Від редакції

Шановні читачі!

Останніми роками в Україні зростає показник материнської смертності. Минулого 2021-го року він досяг критично високого рівня. Усвідомлення кількості втрат молодих працездатних жінок репродуктивного віку і глибини трагедії спустошує. Ми з вами не вправі залишатися осторонь і закривати очі на ці ганебні показники. Не будьмо байдужими! Українська нація заслуговує на краще! Кожен з нас на власному робочому місці може сприяти поліпшенню цієї страшної і принизливої статистики! Чи не єдиний з представників академічних кіл, хто регулярно і системно аналізує показник материнської смертності в Україні, постійно звертає увагу на проблему катастрофічного збільшення випадків загибелі матерів є член-кор. НАМНУ професор Володимир Ісаакович Медведь. Він очолює відділення внутрішньої патології вагітних Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМНУ, є знаним експертом з аналізу випадків материнських смертей, спричинених екстрагенітальною патологією, і протягом багатьох років входив до складу комісії з розгляду випадків материнської смертності МОЗ України. Травневий допис Володимира Ісааковича, присвячений показникам материнської смертності в Україні на офіційній сторінці «Жіночого лікаря» у Фейсбук, отримав значний відгук і набув широкого розголосу, зібравши біля 700 вподобань, 179 поширень і 77 коментарів. Дякуємо сердечно кожному з вас за активність! Актуальність дискусії складно переоцінити, тож об'єднуємо два дописи наукового редактора нашого часопису професора В. І. Медведя та частину ваших коментарів на шпальтах цього випуску «Жіночого лікаря». Проблемам материнської смертності присвячено також статтю «Осмислення зв'язку між соціальними детермінантами здоров'я та материнською смертністю», щойно надруковану в часописі «Британський журнал акушерства та гінекології» (BJOG, Vol. 129, Issue 7, June 2022, P. 1211–1228), і аналіз висновків комісійних судово-медичних експертиз випадків материнських смертей в нашій країні від Української Медичної Спілки.

Материнство-2021 у цифрах офіційної статистики: короткі підсумки



Шановні колеги!

В мене є суттєвий недолік, позбутися якого я вже втратив надію: мої тексти завжди емоційні. Статті клінічного чи, навіть, суто наукового або аналітичного характеру, де, здавалося б, немає місця почуттям, в мене все одно емоційно забарвлені. Нічого з цим вже не поробиш, тож наперед прошу вибачення.

Війна не просто порушила наш звичний ритм життя, вона кардинально усе перевернула. Зазвичай до травня-місяця в нас відбувалося не менше десятка великих конференцій, семінарів, конгресів, виходило два-три числа популярних професійних періодичних видань, а я встигав традиційно ознайомити вас із основними статистичними підсумками попереднього року. Робив я це на шпальтах улюбленого «Жіночого лікаря», який цього року, як і решта медичних часописів, у паперовому варіанті не виходив. Проте статистика акушерської служби за 2021 рік існує, незважаючи на форс-мажорні обставини вона з'явилася вчасно, і я не вважаю, що потрібно відступати від багаторічної традиції, тому ознайомлю вас з найбільш значущими показниками. Мені дуже хотілося б підтримати вас, колеги, приємними, хай і не зовсім свіжими вже новинами, але не вийде: майже усі цифри мають негативну, а точніше вкрай сумну спрямованість. Нагадаю, що минулий рік був мирним і відносно спокійним, тому порівняння з 2020-м і попередніми роками є цілком коректним.

Усього в нашій країні відбулося 258 813 пологів, що на 22 862 (8,12 %) менше, ніж 2020-го. Тут нічого нового немає, ми впевнено з року в рік ідемо страшним шляхом депопуляції! Не знаю, навіть, що ще може бути небезпечніше для національної безпеки (вибачте за недоречний каламбур), але усі вже якось до цього звикли. Якщо ж порівняти минулорічну кількість пологів з цифрою 2013 року, то вийде мінус 235 708 або 47,7 %. Удвічі!

Але справжній шок у мене викликала **материнська смертність** (МС): 2021 року вона склала 46,77 на 100 000 живонароджених. Зупинімося на мить, спробуємо збагнути, що це за цифра. За нею 125 молодих жіночих життів, але якщо спробувати беземоційно оцінити її як статистичний показник, то слід сказати, що нічого й близько подібного у 21 столітті в Україні не було. Попереднього 2020 року в нас був різкий підйом МС, але показник тоді сягнув «лише» 21,75 з приростом 45,4 %. Пригадую, що описуючи у № 2/2021 «Жіночого лікаря» цей торішній сплеск, я так само писав, що шокований, але якби тоді мені хтось сказав що цього року буде ще плюс 115 %, я б сказав «це неможливо, так не буває». А сталося! Коментарів немає, дотепер не можу отямитися, зрозуміти, а гадати не хочу. Вкотре на весь голос заявляю, що скасування централізованої професійної експертизи випадків МС з подальшим аналізом її причин — це трагічна помилка, але, схоже, таке становище нашу спільноту влаштовує.

У нашій країні не виявилося жодного регіону, де б не було материнських смертей, і це також цілком нове явище, оскільки до 2020 року включно в нас то більше, то менше, але щороку були такі тимчасові флагмани. Неза-

перечним сумним лідером стала Рівненська область з показником 119,49 (14 жінок), далі йдуть Чернівецька — 77,74 (6), Дніпропетровська — 57,58 (11) і Одеська — 57,22 (11) області. Навіть наша столиця, яка зазвичай демонструвала досить пристойні показники акушерської допомоги, минулого року втратила 10 матерів, а показник МС, хоч і нижче національного, але для сучасного цивілізованого світу ганебний — 37,80. Ковід? Не знаю. Можливо. Якби ми знали структуру причин, можна було б це обговорювати, а не гадати. Але на питання: «Чому саме в Україні ця хвороба набула настільки несприятливого перебігу серед вагітних?» відповіді, думаю, все одно не знайшлося б.

Зросла, хоча й не так вибухово, **перинатальна смертність** (ПС) — 9,21 ‰, що на 3,65 % вище за попередні 8,89 ‰. Якщо розташувати усі регіони за показником ПС, серед перших — Волинська область (4,82 ‰), місто Київ (6,06 ‰) і Полтавщина (6,71 ‰), на протилежному боці списку — Закарпатська (11,84 ‰) Київська (12,31 ‰) і Херсонська (12,58 ‰) області. Вражений успіхом волинян, які обійшли київських колег — багаторічних незмінних лідерів (уважно слідкуючи за нашою статистикою, не пам'ятаю, чи взагалі хоч раз Київ не був першим за ПС), респект вам! Дуже шкода, що з числа кращих минулого року вийшла Чернівецька область, яка майже завжди була другою, при цьому ще й маючи найнижчу в країні частоту кесаревого розтину, чим з року в рік переконливо доводила можливість гарних перинатальних наслідків природних пологів.

Щодо **кесаревого розтину,** то сумна і водночас залізобетонна тенденція до зростання частоти збереглася — 26,70 % проти минулорічних 25,08 %. Про те, що на загальнонаціональний показник ПС це зростання мало негативний вплив, ви вже знаєте з цифр, наведених у попередньому абзаці, а тепер — про регіональні відмінності. Ті з вас, колеги, хто читав мій минулорічний аналіз, можливо, пам'ятає, що «хірургічно найактивнішою» 2020 року несподівано стала Луганська область (дані по контрольованій частині території), а «лише» на другому місці була багаторічна «лідерка» — Харківщина. У 2021 році харків'яни повернули собі «лідерство», ще й першими впритул наблизились до психологічної межі «кожні треті пологи» — частота абдомінального розродження в Харківській області склала 30,02 %. Далі йдуть Житомирська область (29,89 %), яка у змаганнях за розповсюдження неприродного шляху народження людини піднялася одразу на сім щабелів, і Херсонська область, яка і торік була третьою. Чернівецька (20,55 %) і Вінницька (20,44 %) області залишилися такими, що мають найнижчі показники частоти кесаревого розтину, але обидві перетнули риску «20 %», хоча раніше завжди утримувалися нижче неї. Усі три регіони з найвищими показниками оперативного розродження продемонстрували показники ПС істотно вище загальнонаціонального, а Чернівецька утримала ПС нижчою (8,0 ‰), хоча порівняно з попереднім роком, на жаль, втратила свою віце-лідерську позицію.

Тепер про **екстрагенітальні захворювання.** По тих позиціях, які фігурують в офіційній статистиці МОЗ, минулого року спостерігалися протилежні тенденції щодо частоти розповсюдженості хвороб. Поряд зі зниженням одних, відбулося підвищення інших. Але чомусь ані радості від першої тенденції, ані особливого суму від другої я не відчуваю, бо не вірю, що усі ці цифри віддзеркалюють істинне положення речей. Таке припущення підтверджується величезними розбіжностями між окремими регіонами країни. Вони не можуть пояснюватися екологічним, економічними, етнічними та іншими відмінностями, що об'єктивно існують. Думаю, йдеться швидше про хиби в процесі діагностики хвороб, а також їх обліку та звітності.

Хвороби системи кровообігу третій рік поспіль зменшуються, в 21-му їх стало 6,34 % (попереднього року було 6,90 %). Як і раніше, найчастіше на серцево-судинні хвороби страждали вагітні у Чернівецькій області, проте їх розповсюдженість у регіоні істотно зменшується: минулого року — 17,67 %, а, наприклад, 2018-го було 29,24 %(!). Хоча обидві цифри видаються неправдоподібно високими для молодих жінок, але, погодьтеся, різниця в 1,64 раза дуже істотна. Наступна після Чернівецької за цим показником Київська область — 11,31 %. А традиційно «кардіологічно здорові» Херсонська (1,38 %) та Івано-Франківська (1,87 %) області відрізняються від Чернівецької у 12,8–9,5 раза, що також не є ані нормальним, ані правдоподібним явищем. Отже, як видно, в країні існують дуже глибокі проблеми з діагностикою та обліком серцево-судинних хвороб у вагітних, відтак, гадаю, і з наданням їм висококспеціалізованої кардіологічної допомоги. Відзначу принагідно, що саме хвороби системи кровообігу є основною неакушерською причиною материнських втрат.

Незважаючи на щорічне підвищення показника розповсюдженості цукрового діабету серед вагітних, підсумкова цифра 2021 року залишилася неприпустимо низькою — 0,94 %. Багатократно я писав, що має бути в рази більше. Самого лише гестаційного діабету, згідно з результатами дослідження HAPO, 15–20 %, а ще є й догестаційний діабет. Найліпше серед усіх регіонів України виглядає Чернігівська область з показником 4,23 %. Вона випередила навіть місто Київ, яке традиційно усі роки було лідером з виявлення діабету серед вагітних. Київ навів цифру 2,38 %, що, до речі, ледь нижче торішньої — 2,46 %. (Цей вихід Чернігівської області на перше місце є настільки несподіваним, що я, зізнаюся, припускаю помилку в офіційному статистичному довіднику, але перевірити своє припущення не можу.) Третьою йде Дніпропетровська область (2,22 %), але це абсолютно передбачувано, адже вона завжди, з року в рік — після Києва. Серед тих, в кого цукрового діабету у вагітних майже немає — Тернопільська (0,29 %), Закарпатська (0,23 %) та Івано-Франківська (0,22 %) області. Читачу, Ви вірите, що саме в цих регіонах порушення вуглеводного метаболізму серед вагітних трапляються у 15–20 разів рідше, ніж на Чернігівщині?

Ризикуючи остаточно втомити вас, наведу лише ще дані по анемії. Її рівень незначно збільшився від 24,19 до 24,75 %. Як і раніше, найвищою є розповсюдженість анемії в Донецькій області (34,45 %), що не дивує, і місті Києві (31,23 %), що дуже дивно; найнижчою — у Волинській (18,08 %) і Житомирській (18,05 %) областях. Чомусь не найнижчий показник має Тернопілля, яке багато років поспіль було кращим серед регіонів України. Що це означає — лікарі раптом припинили сумлінно проводити профілактику, рекомендовану ВООЗ, чи локально змінили загальновизнані критерії анемії у вагітних жінок, чи виникли проблеми зі звітністю? Знову мушу сказати «не знаю», але усі подібні феномени мають бути предметом спеціального вивчення, вони потребують уваги.

Усе. Досить. Слід зупинитися. Якщо, шановні колеги, вам здалося, що усе вищевикладене наразі не актуально, що в нас є гостріші й складніші проблеми, скажу так: я беруся писати лише про те, на чому знаюся, і ніколи не висловлююся з проблем, що перебувають поза межами моєї компетенції. Врешті решт не так вже й багато часу відібрав у вас. А тих читачів, яких мені вдалося зацікавити, спонукати до роздумів, щиро дякую. Саме для вас це було написано.

Бережіть себе! Слава Україні!
Слава героям-медикам, які разом із ЗСУ наближають нашу перемогу!

Володимир Медведь
05.05.2022 р.



Olena Osmak
Дякую.Цифри вражають і перестають бути цифрами ,бо на вагу життя...



Olena Mosalam
Централізована національна медична статистика е вкрай необхідною.
Кожен випадок МС це трагедія ,
яка мае бути досконально досліджена заради аналізу помилок, впровадження рекомендацій та протоколів ведення вагітності ,пологів та післяпологового періоду,
заради практики максимально безпечного для матері та немовля медичного догляду,
Заради збереження кожного материнського життя..
Материнська смертність 45-- це занадто ,
це RED TAG, голосний сигнал SOS,
це показник того,
що система охорони материнського здоров'я потребує негайного вдосконалення.
Це не европейський рівень...



Котлік Володимир
Дякую! Матеріал підштовхує до роздумів... Як і завжди, емоційно, неформально- тому й цікаво . Ємоційно забарвлювати статистичні рядки- фірмовий стиль проф. Медведя



Люба Гаркот
Прагматизм, аналітика , наука , відвертість та чесність в судженнях завжди дають позитивну динаміку. Або, хоча б відкривають дорогу до обговорення проблем. Це-одна сторона медалі. З іншого боку наука , відірвана від практики, для вгамування амбіцій посадовців різних рівнів з метою додаткового самоствердження приводить до страху прийняття рішень лікарями- практиками. Жорсте вертикальне керівництво радянського штибу відживає... Безперечно ,війна не дає додаткових стимулів для врегулювання даної ситуації. Однак, іноді в найтемніші часи ,приходять світлі , раціональні рішення.
В реанімаційній практиці це працює...



Евгения Петухова
Спасибо. К сожалению , на "местах" эти показатели -за семью замками



Тарасов Андрей
Спасибо большое за информацию.Но хотелось услышать не сухую констатацию цифр ,а структуру материнской смертности,перинатальной смертности , кесаревых сечений.



Andrii Berbets
Дякую, професоре. Про Чернівецьку область: щонайменше про три випадки МС знаю - ковід. На жаль. Причина? Не в останню чергу, відсоток вакцинації серед вагітних



Helen Trush
Дякую 🙏. Корисна, хоч і тривожна, інформація. Демографічні втрати + втрати від війни - це загроза для виживання та розвитку країни 😭



Natasha Kosenko
Дуже вдячна за аналіз статистичних даних та за Вашу емоційність.
Сумно, що наші молоді жінки не хочуть народжувати(особливо в цей час, коли війна забирає стільки життів. Дуже сумно, що реформи в медицині дають не ті результати які б хотілося... Як так тут не бути емоційним?!



Viktoria Samoylova
Дякую! Як завжди неперевершено, лаконічно, по суті. Такий аналіз змушує задуматися -а де моє місце в цих цифрах ?! Кожному акушер- гінекологу це важливо і корисно !



Алла Чернявская
Доброго дня шановний та дуже поважаємий професор!Дуже вдячна Вам за ваші думки та ґрунтовний аналіз.Кожне слово ,кожна думка-це керівництво до проведення роботи над помилками та необхідність робити висновки.Ще раз дякую Вам,бережи Вас Боже,мира та перемоги.Харків продовжує боротьбу,не скориться.



Vladymyr Kogan
Владимир Исаакович, большое спасибо за , как всегда, подробнейший анализ!
Некоторые показатели не соотносятся с событиями. Скорее всего- недоучёт погрешности в верификации и регистрации случаев...



Olena Zhemela
Щиро дякую за таку титанічну аналітичну працю! Ніби-то сухі цифри, але ми розуміємо, що за ними стоять живі люди і наше майбутнє, майбутнє країни за яке зараз віддають життя кращі воїни світла! Тримаймося!



Людмила Панасенко
Дякую, все ж хотілося би знати структуру материнської смертності. Ковід в минулому році досить багато забрав жінок, у порівнянні з 2020 роком. Дуже цікава доповідь. Хотілося би дізнатися скільки по областях пологів з рубцем на матці пройшли через природні пологові шляхи. Кесарів розтин, на жаль, тільки зростає



Сергей Дорошенко
Шановний Володимире Ісаковичу, як завжди дуже цікавий, ґрунтовний та надто важливий аналіз, за що Вам дуже вдячний. Хотілось би більш детальний аналіз материнської смертності у розрізі випадків, що сталися через ускладнення Ковід. Може взагалі слід випадки від Ковід відділити та враховувати окремо. Мені здається, практика відокремленого врахування випадків МС була при грипі H1N1 у 2009 році. За даними ВООЗ пандемія Ковід забрала 15 млн життів у світі, тому не зовсім правильно випадки материнських смертей від Ковід ставити в один рядок з випадками від акушерських та інших причин. Дуже хотілося би почути Вашу думку з цього приводу. Дякую.

Шановні колеги!

Звісно, коли я писав цей допис, сподівався бути прочитаним. Ви цілком справдили мої сподівання, навіть перевершили їх, за що приношу свою щиру подяку. З ваших коментарів видно зацікавленість, небайдужість, навіть біль від негараздів у нашій службі, і це для мене — головне заохочення, стимул для подальшого спілкування.

Проте серед коментарів є досить багато таких, що потребують моєї відповіді або пояснень. Найчастіше пролунали претензії щодо відсутності структури причин описаних сумних явищ. Процитую досить чітко сформульовані, скажімо так, зауваження до змісту мого допису: «Хотілося б почути не суху констатацію цифр, а структуру [причин] материнської смертності, перинатальної смертності, [показань до] кесаревих розтинів» (Тарасов Андрій).

Ой, колего Андрію, а мені як би хотілося! Ви навіть собі уявити не можете, наскільки мені бракує справжнього клінічного аналізу випадків МС! Такий аналіз мав би містити, окрім структури причин, таку вкрай важливу інформацію:

- скільки жінок загинуло у стаціонарі, скільки поза закладом охорони здоров'я;
- як розподіляються за рівнем надання допомоги заклади, де сталися випадки МС, і чи відповідала складність патології, що призвела до загибелі жінки, рівню медичного закладу;
- скільки жінок зовсім не спостерігалися по вагітності, скільки запізно звернулися для подальшого спостереження, скільки спостерігалися у жіночій консультації і скільки у лікаря загальної практики;
- як за віком розподілялися загиблі матері, скільки серед них було першовагітних і скільки повторно, який був інтергенетичний інтервал;
- чи було обстеження жінок проведено вчасно і у достатньому обсязі, прегравідарно та під час вагітності;
- скільки було таких, в кого вагітність настала внаслідок допоміжних репродуктивних технологій;
- скільки жінок померло під час вагітності і у які терміни, скільки під час або після переривання вагітності (штучного і самовільного), скільки під час пологів, скільки після пологів і на яку добу;
- скільки серед померлих породілль народжували через природні шляхи і скільки абдомінальним шляхом, чи були обґрунтовані показання до кесаревого розтину;
- у якому відсотку остаточний клінічний діагноз не збігся з патолого-анатомічним і до яких категорій розбіжностей той чи інший випадок належить;
- чи були принципові лікарські помилки, які вплинули на результат випадку, яких типових помилок припускалися лікарі у випадках найчастіших життєзагрозливих акушерських ускладнень;
- і найголовніше — скільки випадків МС можна було б відвернути і за яких умов, а скільки слід вважати непопереджуваними.

Повірте, це далеко не повний перелік тих питань, які висвітлювалися до 2016 року у щорічній аналітичній довідці щодо випадків материнських смертей в Україні. А готували цю довідку уповноважені Мінздравом експерти по окремих розділах — кровотечі, емболія навколоплодовими водами, ендометрит/сепсис, прееклампсія/еклампсія, екстрагенітальна патологія, анестезіологічні хиби, аборти та інші. Готували на підставі висновків Експертної комісії з материнської смертності, а ці висновки формувалися тільки після ретельного аналізу медичної документації та прилюдного розбору кожного випадку із залученням безпосередніх учасників, тобто лікарів, які спостерігали пацієнтку і надавали допомогу на різних етапах, представників органів охорони здоров'я, авторитетних рецензентів. На таких засіданнях задавали питання і вислуховували відповіді, сперечалися, дискутували, зрештою приймали виважене рішення.

Тепер саму цю систему експертизи випадків МС скасовано, то звідки візьметься клінічний аналіз?! Я багато років буквально волаю щодо неприпустимості такого становища, а ви, дорогі мої колеги, мене ж питаєте «де структура?». Погодьтеся, це не дуже правильно. Я сумлінно викладаю вам те, що чорним по білому написано в офіційному довіднику Центра медичної статистики (рис. 1), нічого не фантазуючи і не додаючи зі стелі. Тому, докорів ваших не приймаю.

Додам, що багато років я писав розділ з екстрагенітальної патології. Він був завжди найбільшим, тому що саме екстрагенітальні хвороби незмінно посідали сумне перше місце серед причин МС. Він був і складнішим за інші, бо захворювання, що спричинили МС, поділялися на ті, які існували до настання вагітності, і ті, що виникли безпосередньо під час вагітності, а підходи до оцінки адекватності ведення одних та інших зовсім різні. Я намагався усе це продемонструвати, наводив найскладніші та найцікавіші випадки, узагальнював типові помилки і обов'язково надавав пропозиції організаційного і клінічного характеру. Це була дуже складна, відповідальна, творча робота. Проте, було відчуття її корисності.

Усе вищевикладене стосувалося МС. Щодо ПС, то офіційна статистика МОЗ, викладена в іншому довіднику (рис. 2), містить досить докладний аналіз. Там є і структура ПС, тобто розподіл випадків на анте-, інтра- і неонатальні, аналізується ПС у різних вагових категоріях дітей, наводяться дані про захворюваність новонароджених, є й клінічні причини перинатальних втрат. Я не брався цей великий масив інформації переказувати і коментувати, бо не вважаю себе достатньо компетентним. Логічно, аби це робив неонатолог. Упевнений, що для кожного акушера-гінеколога відомості, що містяться у довіднику «Matrix babies» дуже цінні, практично корисні, тож раджу ознайомитися.

Не менше, ніж вас, колеги, мене цікавить структура показань до кесаревого розтину (КР). Але не тільки. Дуже хотілося б знати, скільки операцій виконано в плановому, скільки в ургентному порядку; якою є питома вага абдомінального розродження у різні терміни вагітності — до повних 28 тижнів, у 28–32 тижні, 33–36, 37–38, 39, 40+, і які перинатальні наслідки, виживаність новонароджених після КР та після вагінальних пологів у ці терміни; скільки планових операцій було виконано раніше 39 тижнів і чому. Також дуже цікаво знати окремо структуру показань до первинного КР, бо саме на зменшення частоти цієї операції у першу чергу спрямовані основні зусилля світової акушерської спільноти. І, звісно, хотілося б мати достовірну інформацію щодо частоти вагінальних пологів після попереднього КР у різних регіонах, навіть в окремих закладах, порівняти і спробувати зрозуміти причини цих відмінностей. Але усього цього в державній статистичній звітності немає. От немає і все, тож претензії щодо відсутності такої інформації я прийняти не можу.

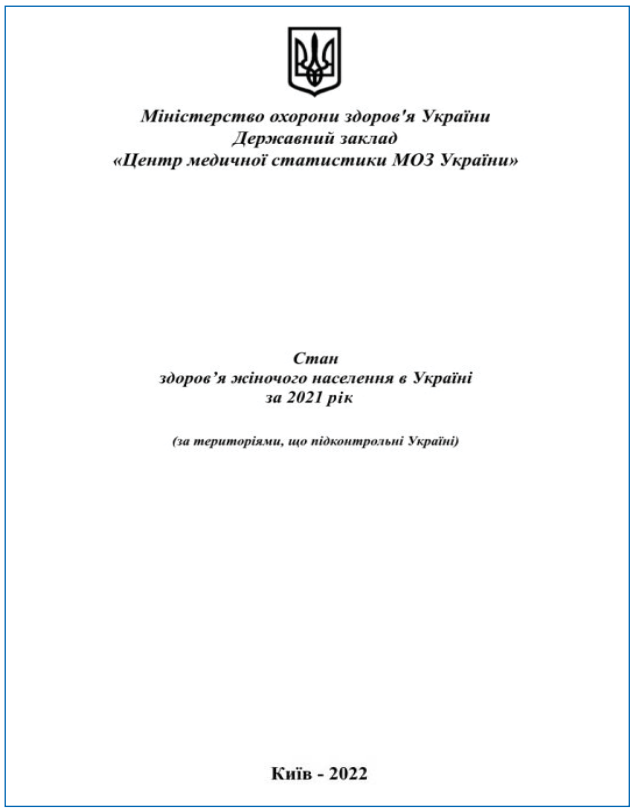


Рис.1. **Довідник «Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2021 рік»**



Рис. 2. **Довідник «Моніторинг стану здоров'я матері та дитини MATRIX - BABIES»**

Хотів би ще відреагувати на пропозицію колеги С. Дорошенка. Але спершу хочу звернутися особисто до нього.

Дорогий Сергію Анатолійовичу! Я не знаю, де Ви зараз — в Краматорську чи іншому безпечнішому місці, але я знаю, що Ви з нами, Ви на боці вільної незалежної України. І те, що у такий важкий час Ви прочитали мій допис, виявили цікавість, ставите слушне запитання, дуже дорого вартує! Дозвольте від душі подякувати Вам і висловити свою шану.

Тепер щодо питання. Цитую: «Може взагалі слід випадки МС від ковіду відділити і враховувати окремо? Мені здається, що практика окремого врахування МС від грипу H1N1 була у 2009 році.»

Абсолютно вірно Ви пам'ятаєте: після відносно благополучного показника 2008 року (14,7 на 100 тис. живонароджених) наступного 2009-го через пандемію грипу A/H1N1 стало відразу 25,4, а 2010-го — 22,3. Слід сказати, що у ті роки очільники МОЗ не так легко ставилися до показника МС, боролися усілякими способами за його зниження, розуміючи, що він свідчить про стан усієї системи охорони здоров'я в країні, а не лише служби родопомочі. Отже таке вибухове збільшення їх дуже засмутило і у багатьох документах та з багатьох трибун почали наводити два показники МС за ці роки — загальний, той, який ви бачите кількома рядками вище, і так званий редукований (підшукали таке сором'язливе слівце), який був би в нас, якби не було пандемії, або якби жодна матір від пандемічного грипу не померла. До речі, у деяких країнах саме так і було — там, на відміну від нас, грип у вагітних лікували не антибіотиками, а озельтамівіром, який призначали у перші години хвороби або, навіть, використовували профілактично, оскільки швидко з'ясувалося, що вагітні є групою високого ризику тяжкого перебігу і несприятливого закінчення цієї хвороби. Я й тоді був, і тепер проти арифметичної редукції показника, тому що смерть і від грипу, і від ковіду цілком відповідає визначенню МС. Нагадаю, що *материнська смерть — це обумовлена вагітністю (незалежно від її тривалості та локалізації) смерть жінки, що настала в період вагітності чи упродовж 42 днів після її завершення від будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю, обтяженої нею або її веденням, проте не від нещасного випадку чи випадкової причини (ВООЗ, 1993).* Оскільки ані грип, ані ковід не можна вважати випадковими причинами смерті, до того ж вагітність точно обтяжує перебіг хвороб, спричинених деякими штамами цих вірусів, визнати смерть від них не материнською неможливо. Додам також, що ковід — пандемія світова і почалася у 2020 році, але не в усіх країнах МС у 2021-му збільшилася удвічі!

Наприкінці цієї занадто довгої відповіді на деякі ваші коментарі хотів би сказати ще таке. У № 2/2021 часопису «Жіночий лікар» було надруковано статтю Камінський В. В., Медведь В. І., Мартиненко Л. В. «Акушерські помилки. Помилки в акушерстві». Чомусь вона залишилася майже непоміченою і не викликала жодної публічної дискусії. Пам'ятаю, що особисто для мене це було не тільки прикро, а й досить несподівано, оскільки мені здавалося, що стаття заслуговує на читацьку увагу і гідна обговорення. Тепер я згадав цю статтю тому, що в ній викладено багато з того, про що зараз у коментарях до мого допису ви запитуєте. Там є клінічний аналіз помилок у випадках материнських і перинатальних втрат, а також у випадках кримінальних проваджень, де відповідачами були лікарі. Стаття доступна, раджу почитати.

Бережіть себе! Слава Україні!
Слава героям-медикам!

Володимир Медведь
07.05.2022 р.