Майчината смъртност в България
през 1964-1990 г.

Николай Големанов

Население, **10,** 1992, № 3, 63-77

Положението на българската жена и на нейните деца може да се характеризира с помощта на многобройни показатели от различни сфери на живота.
Майчината смъртност е един от показателите за здравното състояние на женския фертилен контингент. Тя характеризира преди всичко развитието и нивото на обществената грижа за жената-майка и по-специално достъпността, качеството и медицинската ефективност на акушеро-гинекологичната помощ.

В този анализ са обхванати изчерпателно жените на възраст от 15 до 49 години в България през периода 1964-1990 г. Изследвана е последователно динамиката на абсолютния брой на жените в тези възрастови рамки, възрастовата структура на фертилния контингент по петгодишни възрастови групи, абсолютният брой на умиранията от всички причини, относителния дял на усложненията на бременността, раждането и следродовия период от всички причини за смърт, общата смъртност и смъртността от усложнения на бременността, раждането и следродовия период (общо и по групи причини).

Анализът е направен поотделно за жените от градовете и селата на България, тъй като селският и градският женски контингент показват съществени различия в динамиката на числеността си и в нивото на майчината смъртност.

Единен класификационен принцип в този анализ е Международната класификация на болестите. В Централното статистическо управление данните за причините за умиранията през периода 1964-1990 г. са табулирани по три ревизии на Международната класификация на болестите:

Ревизия	Период на приложение в България	Година на издаване в България
Седма[1]	1961-1967	1962
Осма[2]	1968-1979	1969
Девета[3]	от 1980	1979

С помощта на два класификационни ключа, разработени от автора, данните, табулирани в Централното статистическо управление по седмата и деветата ревизия, са ретабулирани в единни динамични редове, отговарящи на осмата

[1] Международна статистическа класификация на болестите, травмите и причините за умиранията (седма ревизия от 1955 г.). С., 1962, т. 1, 328 стр.
[2] Международна класификация на болестите (осма ревизия от 1965 г.). С., 1969, т. 1, 533 стр.
[3] Международна класификация на болестите (девета ревизия от 1975 г.). С., 1979, т. 1, 697 стр.

ревизия. Това създава възможност до си проследят тенденциите на майчината смъртност през целия период 1964-1990 г., обхващащ двадесет и седем години. Всички данни са групирани в седем подпериода с цел да се представят тенденциите по-ясно. Независимо от това, те са подложени на оценка за статистическа значимост с помощта на коефициентите на линейната регресия. Използвана е методиката, препоръчана от P. Armitage[4].

Разликите между честотните показатели на жените от градовете и селата са подложени на стохастическа оценка за значимост по метода на C. L. Chiang[5]. Където беше възможно, бяха направени сравнения с данни за други страни с цел да се потърси мястото на България в общността на страните, участвали в срещата на най-високо равнище.

В Осмата ревизия на Международната класификация на болестите усложненията на бременността, раждането и следродовия период са включени в ***клас XI.*** Съгласно списък «А» на същата класификация, озаглавен «Списък със 150 причини за съставяне на таблици за заболеваемостта и смъртността», тези усложнения се разпределят в шест нозологични групи. Всяка от тях включва по няколко рубрики от Аналитичната таблица на класификацията:

Списък "А"		**Аналитична таблица**	
Номер	Наименование на нозолог. група	Номер	Наименование на рубрика
А 112	Токсикози на бременността и следродовия период	637	Прееклампсия, еклампсия и др.
		639	Други токсикози на бременността и следродовия период
А 113	Кръвоизливи на бременността и раждането	632	Кръвоизливи на бременността
		651	Раждане с предлежаща плацента
		652	Раждане със задръжка на плацентата
		653	Раждане с друг кръвоизлив
А 114	Аборт, разрешен законно	640	По медицински показания
		641	По желание
А 115	Аборт, друг	642	Криминален аборт
		643	Спонтанен аборт
		644	Неопределен аборт
		645	Друг вид аборт
А 116	Сепсис при раждане и в следродовия период	670	Сепсис
		671	Флебит и тромбоза
		673	Белодробна емболия
А 117	Други усложнения	631	Ектопична бременност
		655	Несъразмерност между таз и плод
		656	Неправилно предлежание
		659	Руптура на матката

[4] P. Armitage. Statistical Methods in Medical Research. New York, Halsted Press, 1974, 147-166.
[5] C. L. Chiang. Life Table and Mortality Analysis. Geneva, WHO, 1978, 119-137.

		662	Смърт от анестезия
		674	Мозъчен кръвоизлив
		675	Смущения в кръвосъсирването
		677	Други усложнения

Забележки:

1. За целите на този анализ абортът по желание е включен в нозологичната група А 114 вместо в нозологичната група А 115.
2. В списъка на рубриките са включени само онези усложнения, които могат да доведат до смърт.

От 1972 г. ***числеността на жените във фертилна възраст*** в България намалява. Намалението за целия фертилен контингент е резултат на противоположни процеси в градовете и селата:

- За периода 1964-1990 г. числеността на жените във фертилна възраст в градовете е нараснала с 46%;
- За същия период числеността на жените във фертилна възраст в селата е намаляла с 46%.

От гледната точка на демографската характеристика на женското население на България тази динамика е неблагоприятна. Не е излишно да се отбележи, че бързото намаление на фертилния контингент в селата е резултат преди всичко на механична миграция от селата към градовете, засегнала главно населението в активна възраст и настъпила в периода на бърза урбанизация след началото на шестдесетте години. Същият фактор формира отчасти и сравнително бързото нарастване на женския фертилен контингент в градовете.

През изследвания период ***фертилният сегмент от женското население*** на България е намалявал неотклонно. Намалението е със 7% в градовете и (от 1968 г. насам) с 9% в селата. Тази динамика е очевидно неблагоприятна. Тя е резултат на непрекъснато намаляващата раждаемост. В нея са заложени и предпоставките за по-нататъшно влошаване на демографското състояние при жените във фертилна възраст.

Както в градовете, така и в селата на България ***възрастовата структура на женския фертилен контингент*** е относително стабилна. През първото десетилетие на изследвания период относителният дял на жените на възраст от 15 до 29 години е бил по-висок в градовете, а относителният дял на жените на възраст от 35 до 49 години е бил по-висок в селата. Това означава, че като цяло периодът се характеризира с по-неблагоприятна възрастова структура на женския фертилен контингент в селата.
През втората половина на периода относителните дялове на повечето от възрастовите групи в градовете и селата на практика са се изравнили. С по-висок относителен дял е останала само групата на жените на възраст от 45 до 49 години в селата.
Доколкото ги има, промените засягат главно най-младата (15-19 години) и най-зрялата (45-49 години) възрастова група в градовете. За първата е характерно снижение на относителния дял от 1972 г. насам, а при втората се наблюдава нарастване на относителния дял от началото на изследвания период.

Динамиката на ***абсолютния брой на умиранията*** от всички причини при жените във фертилна възраст през 1964-1990 г. следва почти буквално динамиката на числеността на контингента. Това е израз, макар и несъвършен, на един стабилен режим на смъртността при този контингент с незначителни колебания през периода.

Смъртността от всички причини на жените във фертилна възраст от градовете на България се колебае през изследвания период около хоризонталната линия. Колебанията – както в положително, така и в отрицателно направление – са в рамките на случайните и не формират значима тенденция. От подпериода 1968-1971 г. насам смъртността от всички причини на жените във фертилна възраст от селата се колебае на по-високо равнище от това през първия подпериод, но също в рамките на случайните отклонения.

(Забележка: цитираните дотук данни са взети от рутинната статистика. Затова се привеждат само индексите за динамиката им, изчислени от автора.)

На същата характеристика са подчинени и колебанията във всички петгодишни възрастови групи в рамките на фертилната възраст ***(таблица 1)***.

Обща смъртност на жените във фертилна възраст
в България през 1964-1990 г.
по възраст, местоживеене и подпериоди
(на 100 000 жени от съответната група)

Възраст	Место-живеене	Подпериоди 1964-1967	1968-1971	1972-1975	1976-1979	1980-1983	1984-1987	1988-1990
15-19	Град	38	33	32	32	34	34	38
	Село	73	87	73	95	89	71	67
20-24	Град	45	46	38	48	37	40	45
	Село	77	93	105	83	114	89	82
25-29	Град	59	66	51	56	54	58	56
	Село	89	80	90	80	84	87	76
30-34	Град	80	87	81	78	76	72	77
	Село	100	99	96	95	96	108	101
35-39	Град	127	131	119	115	102	115	111
	Село	142	141	119	125	137	138	140
40-44	Град	202	184	191	169	168	168	173
	Село	200	188	176	185	186	188	210
45-49	Град	290	327	294	288	275	264	281
	Село	298	288	290	296	310	298	324

15-49	***Град***	***105***	***112***	***104***	***105***	***99***	***101***	***107***
	Село	***141***	***151***	***150***	***147***	***99***	***101***	***107***

През същия период в напредналите страни във и извън Европа смъртността на жените неотклонно намаляваше. На този фон характеристиката на демографските тенденции при жените във фертилна възраст в България трябва да бъде призната за безусловно неблагоприятна.
Много характерни са разликите по местоживеене на показателите за общата смъртност. С много малки изключения във всички възрастови групи и във всички подпериоди смъртността на жените във фертилна възраст от селата е била по-висока. За целия фертилен контингент разликата не е по-малко от 35 процента. По стохастически критерии тя е съществена в почти всички възрастови групи. Този факт повдига множество въпроси и поставя на дневен ред проблема за наложителната необходимост от допълнително задълбочено изследване на факторите, които формират тези разлики.

В сборната група на жените във фертилна възраст (15-49 години) ***умиранията от усложнения на бременността, раждането и следродовия период*** заемат малък дял от всички причини за смърт. В началото на изследвания период той възлиза на около два процента, а от 1976 г. насам не надвишава един процент ***(таблица 2).***

Таблица 2

Относителен дял на усложненията на бременността, раждането и следродовия период
от всички причини за умиранията при жените във фертилна възраст
в България през 1964-1990 г.
по възраст, местоживеене и подпериоди
(проценти)

Възраст	Место-живеене	Подпериоди						
		1964-1967	1968-1971	1972-1975	1976-1979	1980-1983	1984-1987	1988-1990
15-19	Град	4	2	2	3	1	2	1
	Село	3	4	3	1	2	3	3
20-24	Град	7	5	6	5	5	3	3
	Село	7	5	5	6	3	4	4
25-29	Град	5	4	5	5	4	3	1
	Село	6	6	5	4	6	2	1
30-34	Град	4	3	4	2	2	1	2
	Село	3	2	2	2	1	1	1
35-39	Град	2	2	2	1	1	1	0
	Село	3	2	2	2	1	1	1
40-44	Град	0	0	1	1	0	0*	0*
	Село	1	1	1	0	1	0	0

45-49	Град	0	0	0*	0	0	0	0
	Село	0*	0*	0*	0	0	0	0
15-49	***Град***	***2***	***2***	***2***	***1***	***1***	***1***	***1***
	Село	***2***	***2***	***2***	***1***	***1***	***1***	***1***

* По-малко от 0,50%.

Зад тези осредняващи сборни показатели, които изглеждат напълно благополучно, се крият важни и интересни разлики в петгодишните възрастови групи:

- Във възрастта от 35 до 44 години началото на периода 1964-1990 г. се характеризира с висок относителен дял на тези причини за смърт (от три до седем процента);
- Във всеки следващ подпериод относителният им дял намалява, за да достигне един-два процента през 1988-1990 г.
- Относителният дял на тези усложнения от всички причини за смърт е най-висок във възрастта 20-24 години. Той намалява от седем процента през 1964-1967 г. в градовете и селата до три процента в градовете и четири процента в селата през 1988-1990 г.;
- На второ място по размера на относителния дял на тези усложнения е възрастовата група 25-29 години.

Концентрацията на причините за смърт от клас XI във възрастта 20-29 години отговаря на възрастта, характерна с най-висока плодовитост.
Съществени разлики по местоживеене в относителните дялове не се отбелязват.

През целия период е регистриран един случай на смърт поради усложнения на бременността при майка на възраст под 15 години. Той е включен във възрастовата група 15-19 години за 1970 г.

В ***таблица 3*** смъртните случаи от усложнения на бременността, раждането и следродовия период са отнесени към числеността на жените от съответната възрастова група. Получените ***показатели, наричани от някои автори „истински”***, характеризират смъртността, свързана с репродуктивните функции на жената. Според Световната здравна организация те обогатяват анализа на майчината смъртност, защото я показват в разрез, различен от обичайния[6].

Таблица 3

Смъртност от усложнения на бременността, раждането и следродовия период
при жените във фертилна възраст в България през 1964-1990 г.
по възраст, местоживеене и подпериоди
(на 100 000 жени от съотв етната група)

Възраст	Место-живеене	Подпериоди							Коефициент на регресията
		1964 -	1968 -	1972 -	1976 -	1980 -	1984 -	1988 -	

[6] H. Hansluwka. Maternal Mortality. – In: H. Campbell (Ed.). Manual of Mortality Analysis. Geneva, WHO, 1977, 220-225.

		1967	1971	1975	1979	1983	1987	1990	***B***
15-19	Град	1	1	1	1	0	1	0¹	0,04*
	Село	2	3	2	1	2	2	2	-0,04
20-24	Град	3	2	2	3	2	1	1	-0,07**
	Село	6	5	5	5	4	4	4	-0,07
25-29	Град	4	4	4	4	2	2	1	-0,07**
	Село	6	5	5	3	2	2	1	-0,21***
30-34	Град	3	3	3	2	2	1	1	-0,09**
	Село	7	3	2	3	1	1	0¹	-0,21***
35-39	Град	2	3	2	1	1	1	1	-0,08*
	Село	4	3	3	2	2	1	2	-0,11**
40-44	Град	1	1	1	1	1	0¹	0¹	-0,03
	Село	2	2	1	0	1	1	1	-0,05
45-49	Град	0	0	0¹	0	0	0	0	xxx
	Село	0¹	0¹	0¹	0	0	0	0	-0,01
15-49	***Град***	***2***	***2***	***2***	***2***	***1***	***1***	***1***	-0,06***
	Село	***4***	***3***	***2***	***2***	***2***	***1***	***1***	-0,02***

0¹ - по-малко от 0,50 $^{0}/_{0000}$
* - $p < 0,05$
* * - $p < 0,01$
* * * - $p < 0,001$

От таблицата може да се види, че:

- При жените от градовете честотният показател намалява намалява също така убедително, както относителният дял на усложненията на бременността, раждането и следродовия период от всички умирания;
- При жените на възраст от 15 до 19 години този показател е два пъти по-висок в селата, сравнен с градовете;
- При жените на възраст от 20 до 24 години от селата показателят остава на равнище 4 $^{o}/_{oooo}$ от 1980 до 1990 г. включително и във всички подпериоди е от два до четири пъти по-висок в сравнение с показателя на жените от градовете;
- От края на шестдесетте години при жените над 25-годишна възраст показателите са намалели до 1 $^{o}/_{oooo}$ и не показват съществени разлики по местоживеене;
- От 1976 г. насам при жените на възраст над 45 години няма смъртен случай от усложнения на бременността, раждането и следродовия период.

В ***таблица 4*** са представени ***показатели на майчината смъртност на 100 000 живородени деца***. При този начин на изчисление смъртните случаи се отнасят със значително по-голямо приближение към броя на жените, носещи

реален риск да пострадат от усложнения на бременността, раждането и следродовия период[7].

Таблица 4

Майчина смъртност
(смъртност от усложнения на бременността, раждането и следродовия период)
на жените в България през 1964-1990 г.,
по възраст, местоживеене и подпериоди
(на 100 000 живородени деца)

Възраст	Место-живеене	Подпериоди							Коефициент на регресията ***b***
		1964 - 1967	1968 - 1971	1972 - 1975	1976 - 1979	1980 - 1983	1984 - 1987	1988 - 1990	
15-19	Град	27	13	11	17	3	9	5	-2,9*
	Село	27	27	18	5	13	20	19	-1,5
20-24	Град	21	14	14	13	11	8	8	-1,9**
	Село	26	18	15	22	10	16	17	-1,3
25-29	Град	32	26	25	26	24	20	9	-2,9**
	Село	47	39	38	36	24	17	11	-5,9***
30-34	Град	73	59	66	41	47	30	27	-7,7**
	Село	142	72	64	79	90	41	16	-14,8*
35-39	Град	166	218	163	93	74	110	108	-14,1
	Село	230	171	210	204	177	98	237	-5,6
40-44	Град	226	282	536	438	290	63	151	-0,4
	Село	358	412	423	0	597	312	444	0,1
45-49	Град	0	0	806	0	0	0	0	xxx
	Село	224	268	578	0	0	0	0	xxx
15-49	***Град***	***38***	***29***	***28***	***23***	***19***	***17***	***13***	-3,9***
	Село	***59***	***41***	***35***	***30***	***25***	***21***	***23***	-5,6***

* - $p < 0,05$
* * - $p < 0,01$
* * * - $p < 0,001$

(Поради това, че броят на живородените деца е много по-малък от броя на жените в съответните възрастови групи, а в старшите възрастови групи ражданията рязко намаляват, показателите за майчината смъртност са много по-високи от показателите от таблица 3, а разликите между възрастовите групи могат да достигнат до няколко десетки пъти.)

[7] S. Mandell, H. Campbell. Measures of Mortality. – In: H. Campbell (Ed.). Manual of Mortality Analysis. Geneva, WHO, 1977, 34-57.

През периода 1964-1990 г. майчината смъртност в България е претърпяла устойчиво и значително снижение:

- Показателите на целия фертилен контингент са намалели почти три пъти в градовете и над два пъти в селата и са достигнали съответно 13 и 23 смъртни случая на 100 000 живородени деца през подпериода 1988-1990 г. Оценено по коефициента на линейната регресия, снижението е с много висока статистическа значимост.
- Със значително по-нисък от средния риск и със значимо снижение на майчината смъртност се характеризират жените на възраст от 20 до 29 години от градовете и селата и жените на възраст от 15 до 19 години в градовете.
- Възрастта от 30 до 34 години е обременена със значително по-висок от средния риск за жените от градовете и селата. Снижението на показателя е значимо.
- След 35-ата година на живота се установява рязко повишение на риска от смърт като последица от усложненията на бременността, раждането и следродовия период. Поради малкия брой на раждания в тази възраст колебанията на показателите – даже и в една и съща възрастова група – имат много голям размах. Не се формира видима или статистически установима тенденция към снижение с времето – както в градовете, така и в селата.

Малкият брой на умиранията поради усложнения на бременността, раждането и следродовия период в рамките на една година или даже на цял подпериод не позволява да се изследва структурата им по причини и подпериоди. Затова тук ***нозологичната структура на майчината смъртност*** е изследвана върху сумата от всички умирания от такива усложнения, регистрирани през целия период 1964-1990 г. Сумата възлиза на 976 смъртни случая, от които 506 – в градовете и 470 – в селата.
При внимателно изследване не се намират видими разлики със системен характер в нозологичната структура на подпериодите.
Разпределението по групи причини на умиранията поради усложнения на бременността, раждането и следродовия период е представено в ***таблица 5.***

Таблица 5

Разпределение по групи причини
на всички умирания от усложнения на бременността, раждането и следродовия период
в България през 1964-1990 г. (проценти)

Възраст	Место-живеене	Нозологични групи						Клас XI
		А 112	А 113	А 114	А 115	А 116	А 117	
15-19	Град	24	12	5	10	12		100
	Село	26	16	2	26	10	18	100
20-24	Град	19	20	1	24	12	24	100
	Село	24	24	0	9	24	89	100
25-29	Град	11	18	1	30	15	25	100
	Село	24	19	1	25	5	26	100

30-34	Град	15	14	4	28	9	31	100
	Село	17	33	1	34	3	13	100
35-39	Град	11	17	4	24	8	37	100
	Село	17	18	6	32	5	24	100
40-44	Град	6	16	0	19	13	47	100
	Село	20	15	3	35	5	23	100
45-49	Град	-	-	-	-	-	-	-
	Село	-	-	-	-	-	-	-
15-49	***Град***	***15***	***17***	***2***	***25***	***12***	***30***	***100***
	Село	***21***	***22***	***2***	***28***	***6***	***21***	***100***

А 112 - токсикози на бременността и следродовия период
А 113 - кръвоизливи по време на бременността и раждането
А 114 - аборт, разрешен законно
А 115 - аборт, друг и неопределен
А 116 - сепсис по време на раждането и следродовия период
А 117 - други усложнения на бременността, раждането и следродовия период

Най-голям е относителният дял на сборната нозологична група А 117 - други усложнения на бременността, раждането и следродовия период. Основни компоненти на тази група са усложненията на извънматочната бременност и затегнатото раждане поради пелвеофетални диспропорции и неправилни предлежания.
На второ място по величината на относителния си дял е нозологичната група А 115 (аборт, друг и неопределен). На усложненията на спонтанните и криминалните аборти се пада една четвърт от всички усложнения на бременността, раждането и следродовия период, макар във втората половина на изследвания период те да възлизат на всичко 11 процента от всички аборти, регистрирани в България ***(таблица 6).***

Таблица 6

Разпределение на абортите
регистрирани в здравните заведения на България
през 1964-1990 г., по подпериоди и видове (проценти)

Подпериоди	Аборти				
	по желание	по медицински показания	спонтанни	криминални	всичко
1964-1967	83,1	0,6	16,2	0,2	100
1968-1971	82,9	1,1	16,1	0,1	100
1972-1975	83,8	1,9	14,1	0,3	100
1976-1979	86,1	2,1	11,8	0,2	100
1980-1983	87,1	2,5	10,4	0,1	100
1984-1987	83,8	4,4	10,6	0,2	100
1988-1990	84,1	5,4	10,5	0,2	100

В същото време абортите по желание и по медицински показания – близо 90 на сто от всички аборти – са станали причина за два процента от фаталните усложнения на бременността.
Тези данни показват убедително, че спонтанните и криминалните аборти продължават и при съвременните условия да бъдат свързани с несравнимо по-висок риск от усложнения и смърт, отколкото абортите, извършвани в здравните заведения. Не е излишно да отбележим, че в условията на рестриктивен режим на аборта по желание една значителна част от така наречените „спонтанни" аборти фактически са предизвикани изкуствено, и то в криминални условия.
Трето и четвърто място в структурата на причините за умиранията поради усложнения на бременността, раждането и следродовия период заемат кръвоизливите по време на бременността и раждането (група А 113) и токсикозите на бременността и следродовия период (група А 112). Както показват сравними статистически данни за много страни по света, и в страните с високо развито здравеопазване кръвоизливите продължават да бъдат важна причина за смърт при бременните и родилките. Не е така при токсикозите, които при добре поставен медицински контрол над бременните жени не следва да водят до смъртен изход. Това се отнася особено за еклампсията. Наличието на смъртни случаи от еклампсия атестира много зле системата за регистрация и проследяване на състоянието на бременните жени.
Така представена, нозологичната структура на майчината смъртност в България извежда на преден план усложненията на ектопичната бременност, затегнатото раждане, абортите от всички видове, токсикозите на бременността и кръвоизливите по време на бременността и раждането. Техните относителни дялове, съпоставени с честотните им показатели, както и фрапантните разлики по местоживеене на показателите, дават възможност да се формулират ***основните проблеми на майчиното здравеопазване в България*** и да се изведат от тях ***насоките за действие*** с оглед здравното състояние на българските жени да се подобрява колкото е възможно по-бързо.

От представените дотук данни могат да се изведат следните групи проблеми:

1. Около една трета от смъртните случаи поради усложнения на бременността, раждането и следродовия период в България са свързани с аборти от различен вид.
2. От друга страна, общият брой на абортите в България продължава да нараства при намаляващ брой на ражданията. От 1972 г. сумата на всички аборти надвишава все повече броя на живородените деца. При това общата численост на абортите се определя категорично от броя на абортите по желание.

За сравнение могат да се приведат данни за Съединените американски щати, където само една четвърт от бременностите завършват с аборти от всякакъв вид. При това леталитетът при абортите възлиза на всчко 0,7 на сто хиляди и е седем по-нисък от леталитета на родилките[8].
Днешната ситуация в България, която обуславя значително по-висок риск за бременната жена в сравнение с всички напреднали страни поради голямата численост на абортите, би се изменила много съществено към по-добро, ако

[8] Abortion USA. *Lancet*, 1989, 879-880.

преобладаващата част от жените във фертилна възраст бъдат обхванати ефективно със съвременни методи за предпазване от нежелана бременност. Натрупаното изоставане на обществената практика в България от постиженията на науката в тази важна област е една от водещите причини за рязко повишения риск от усложнения на бременността. Това се отнася особено за най-младата възрастова група на фертилния контингент[9].
Компетентното и отговорно наблюдение на бременните жени от самото начало на бременността им е главното условие за нейния благополучен изход. Даже при възникване на усложнения навременната медицинска помощ може да предотврати задълбочаването им и фаталния им изход в грамадното мнозинство от случаите. Ако ефективността на женските консултации бъде доведена до желаното равнище и те обхванат навреме всички бременни жени, смъртността от токсикози на бременността и следродовия период (нозологична група А 112) и от други усложнения на бременността (нозологична група А 117) би била снижена много съществено.
През периода 1964-1990 г. тези две нозологични групи са станали причина за повече от 40 на сто от всички смъртни случаи при бременни жени и родилки. Сред причините от тези две групи, напълно отстраними при своевременно регистриране и ефективно наблюдение на бременните жени, са еклампсията и пелвеофеталната диспропорция, довела до затегнато раждане и руптура на матката.
Съществуващите в България разпоредби предвиждат да се анкетира всеки смъртен случай при бременна жена и родилка. В резултат на част от направените анкети е установена закъсняла регистрация и небрежно или некомпетентно наблюдение на бременните жени. В резултат на това те са били изпратени късно в съответните болнични заведения.
Значително по-високите показатели за майчината смъртност при жените от селата подкрепят казаното по-горе. Късната регистрация на бременните жени и невинаги компетентното им наблюдение са обусловени от по-ниската им култура и от снижението на равнището на медицинската помощ за селското население през последните двадесетина години.

От равнището на акушерските звена и на хирургическата гинекология в болниците зависи леталитетът на постъпилите в тях жени с акушерски проблеми и с нарушена ектопична бременност, особено ако са изпратени своевременно. Относителният дял на жените, починали от усложнения на бременността, раждането и следродовия период поради недостатъчна компетентност на акушерските и хирургическите звена на болниците, е малък. Независимо от това, в усъвършенстването на тяхната работа се крият важни резерви.

Без съмнение ***тенденциите на майчината смъртност*** в България през периода 1964-1990 г. са благоприятни. Стабилното снижение на показателя обаче не ни освобождава от необходимостта да потърсим мястото на България по този показател сред други страни с развито здравеопазване. ***Сравненията с водещите страни*** биха помогнали да се дефинират нашите далечни цели и непосредствените ни задачи в борбата за снижение на майчината смъртност.

[9] K. Back. Family Planning and Population Control: The Challenges of a Successful Movement. Boston, Twayne, 1989, 177 pp.

Един набор от сравнения по различни критерии и от различни периоди във времето е показан в ***таблица 7.***

Таблица 7

Сравнения по литературни данни
на показатели, характеризиращи майчината смъртност,
в някои страни региони

Показател	Отнесен към	Стойност	Страна/регион	Период
1	2	3	4	5
Отн. дял на клас XI	Вс. умир. във възр. 15-49	1%	САЩ	1989[10]
Отн. дял на клас XI	Вс. умир. във възр. 15-49	36%	Индия(А.Прадеш)	1990[11]
Отн. дял на клас XI	Вс. умир. във възр. 15-49	21-46%	Развив.се страни	1989[11]
Отн. дял на абортите	Всички бременности	ок. 25%	САЩ	1989[8]
Абсолютен брой на смъртните случаи, свързани с аборт	xxx	235	САЩ	1965[8]
		13		1976
		7		1985
Отн. дял на см.случаи, свързани с аборт	Вс. см. случаи от клас XI	26%	Бангладеш	1981[10]
		26%	Замбия (Лусака)	1983
		19%	ЮАР (Дарбън)	1984
Относителен дял на предотвратимите	Вс. см. случаи от клас XI	80%	Индия(А.Прадеш)	1990[11]
Честота на руптурата на матката	1000 раждания	6,1	Гвинея (Ибадан)	1975-1986[12]
		ок. 9	Гвинея (Конакри)	1990[13]
Честота на руптурата на матката	1000 раждания	0,09	Канада	1975-1986[12]
		0,7	САЩ	
		10,1	Уганда	
Майчина смъртност	100 000 живородени деца при възраст на майката:		САЩ	1962-1963[14]
	до 20 години	12		
	20-24 години	13		
			Таблица 7 (продължение)	

[10] A. Rosenfield. Maternal Mortality in Developing Countries. – *J. Amer. Med. Ass.* **262**, 1989, 3, 376-379.
[11] J. Bhatia. Light in Maternal Mortality in India. – *World Health Forum,* **11**, 1990, 2, 188.
[12] J. Konje et al. Ruptured Uterus in Ibadan – a Twelve Year Review. – *Int. J. Gynecol. Obstet.,* **32,** 1990, 2, 207-222.
[13] M. Balde et al. Uterine Rupture – an Analysis of 81 Cases in Conakry/Guinea. - *Int. J. Gynecol. Obstet.,* **32,** 1990, 2, 223-232.
[14] Maternal Mortality. – In: J. Hanlon. Public Health. Administration and Practice. Saint Louis, Mosby Co., 1974, VIth Edition, 324-325.

1	2	3	4	5
	30-34 години	37		
	35-39 години	60		
	40-44 години	90		
	всички възрасти	24		

Майчина смъртност	100 000 живородени деца	4,1	Дания	1972[6]
		6,2	Норвегия	
		7,1	Швеция	
		10,1	Сев. Ирландия	
		10,7	Холандия	
		12,1	Финландия	

Майчина смъртност	100 000 живородени деца	10-15	САЩ и други развити страни	1989[10]

Майчина смъртност	100 000 живородени деца	200-1000	Развиващите се страни	1989[10]

Майчина смъртност	100 000 живородени деца	10	Северна Европа	1989[15]
		600	Африка	

Майчина смъртност	100 000 живородени деца	800	Индия(А.Прадеш)	1990
		540	- градове	
		830	- села	

От тези сравнения могат да се изведат няколко важни констатации:

- По относителния дял на усложненията на бременността, раждането и следродовия период от всички причини за смърт при жените във фертилна възраст България се доближава плътно до страните с най-високоразвито здравеопазване.
- При жените от градовете на България показателите за майчината смъртност влизат в рамките на постигнатото от Съединените щати и от други развити страни.
- При жените от селата на България майчината смъртност, макар и сравнима с някои европейски страни, е значително по-висока и изисква сериозни мерки.
- В сравнение със страните от Северна Европа, достигнали много по-ниски показатели още в началото на седемдесетте години, България изостава много съществено.
- Големият брой на абортите – независимо от мотивите, поради които се прибягва до тях – носи на жените във фертилна възраст значително по-висок риск от усложнения на бременността, раждането и следродовия период в сравнение със страните, където се прилагат широко съвременните методи за профилактика на нежеланата бременност и за планиране на ражданията.

[15] C. Bullough.Maternal Health in the Third World. – *Br. Med. J.,* **299,** 1989, 525-526.

Въз основа на горния анализ могат да се направят следните ***изводи*** за динамиката на майчината смъртност в България през периода 1964-1990 г.:

1. Демографското състояние на женския фертилен контингент в България, взет като цяло на национално равнище, е претърпяло неблагоприятна еволюция. Тя се изразява в:
    a. Снижение на числеността на контингента.
    b. Намаление на относителния дял на жените във фертилна възраст като част от цялото женско население на страната.
    c. Стабилизиране на общата смъртност без тенденция към снижение.
2. По относителния дял на причините за смърт от клас XI (усложнения на бременността, раждането и следродовия период) жените във фертилна възраст в България са се изравнили с напредналите страни, за които разполагаме със сравними данни. Причините за смърт от този клас са концентрирани главно във възрастта от 20 до 29 години, което отговаря на концентрацията на бременностите и ражданията. За целия изследван период, обхващащ двадесет и седем години, е регистриран един случай на смърт от усложнения на бременността, раждането и следродовия период при жена на възраст под петнадесет години. От 1976 г. насам няма регистриран случай на смърт от такива усложнения при жена на възраст над 45 години.
3. Честотата на умиранията от усложнения на бременността, раждането и следродовия период, отнесена към броя на жените от съответната възрастова група (т. нар. „истински" показател), е била подчинена на стабилна тенденция към снижение през целия период.
4. През периода 1964-1990 г. майчината смъртност в България е претърпяла устойчиво и значително снижение:
    a. При жените от градовете тя е намаляла почти три пъти и е достигнала 13 смъртни случая на 100 000 живородени деца.
    b. При жените от селата тя е намаляла над два пъти и е достигнала 23 смъртни случая на 100 000 живородени деца.
    c. Възрастта от двадесет до двадесет и девет години се характеризира с най-нисък риск и значима тенденция към снижение на показателя.
    d. При жените над тридесет и пет години рискът е рязко повишен и не е установена тенденция към снижение.
5. По относителния дял на усложненията на бременността, раждането и следродовия период и по равнището и тенденциите на майчината смъртност България се е изравнила със Съединените американски щати и с повечето от западните страни, но изостава от страните на Северна Европа.
6. Периодът 1964-1990 г. се характеризира със следното разпределение на умиранията поради усложнения на бременността, раждането и следродовия период по групи причини:
    a. На първа рангова позиция се намират усложненията, включващи ектопичната бременност и затегнатото раждане.
    b. На втора рангова позиция са усложненията на спонтанните и криминалните аборти.
    c. На трета рангова позиция са кръвоизливите на бременността и раждането.

   d. На четвърта рангова позиция са токсикозите на бременността и следродовия период.
7. Установените показатели и техните тенденции във времето насочват към ***три главни проблема*** на здравеопазването и здравното състояние на българската жена:
   a. **Значително изоставане от възможностите за ефективна профилактика на нежеланата бременност**, в резултат на което броят на абортите и недопустимо голям и носи големи рискове за здравето и живота на жените.
   b. **Сериозни недостатъци в навременността на регистрацията и в ефективността на контрола над състоянието на бременните жени,** в резултат на които токсикозите на бременността и затегнатото раждане играят съществена роля във формирането на майчината смъртност.
   c. **Съществени недостатъци в областта на акушерската помощ и на оперативната гинекология**, в резултат на които акушерската патология и усложненията на ектопичната бременност продължават да водят до значителен брой смъртни случаи.
8. ***Всички структурни и честотни показатели за демографското състояние, за неговите тенденции и за тенденциите на майчината смъртност са по-неблагоприятни при жените от селата***. По всяка вероятност това се дължи на влошаването на здравеопазването на селското население през последните двадесетина години.
9. ***В качеството и ефективността на здравеопазването при жените в България се крият значителни резерви***. Ако те бъдат мобилизирани и използвани правилно, е възможно здравното състояние на този контингент да бъде подобрено значително в относително кратки срокове.

* * *

Резюме

Материнская смертность
в Болгарии с 1964-ого по 1990-й год

Николай Големанов

На основе всобъемлющего исследования смертности от осложнений беременности, родов и послеродового периода установлено, что за двадцать семь лет материнская смертность в Болгарии непрерывно снижалась и достигла 13 смертных случаев на сто тысяч живорожденных в городах и 23 – в деревнях. Самый низкий риск несут женщины в возрасте 20-29 лет. Подчеркивается большой удельный вес осложнений спонтанных и криминальных абортов в результате ограничений легального аборта, отмененных лишь в 1990-ом году, как и в результате ограниченных возможностей профилактики нежеланной беременности.

Summary

Maternal Mortality
In Bulgaria During the Period 1964-1990

Nikolay Golemanov

An exhaustive study on the mortality from complications of pregnancy, child birth and puerperium was conducted. A steady and significant reduction of maternal mortality in Bulgaria during the period 1964-1990 was established. The maternal mortality reached 13 deaths per 100 000 live born in urban areas and 23 – in rural ones. The author points out the significant proportion of spontaneous and illegal abortions, relating it to the restrictive regime of legal abortion, abolished only in 1990, as well as to a long lasting minimal availability of modern contraceptives in Bulgaria.