

noted that without regard to the far of bills which were during the last 15 years incorporated in parliament, on confession of necessity of reformation of the proper legislation in the row of underlaw acts, prospect of change of current legislation, in the field of international relations and ethnic rights by Verkhovna Rada of Ukraine today is sufficiently contradictory.

Keywords: legislation perfection, international relations, law-projects works, legal doctrine.

УДК 340.6:343.618:618.2/3

О. Ю. Нетудихатка

СУДОВА ЕКСПЕРТИЗА МАТЕРИНСЬКОЇ СМЕРТІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Актуальність проблеми охорони життя жінки-матері визначається тим, що половина людства ще не досягла певної міри забезпечення медичною допомогою та констатується велика смертність вагітних жінок і матерів після народження дитини.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає материнську смерть як смерть жінки в період вагітності або в межах 42 днів до завершення вагітності, незалежно від тривалості вагітності або будь-якої причини, пов'язаної з погіршенням її стану, але не від випадкових або побічних причин.

Виявлення причин смерті жінок завжди викликає безліч невирішених питань у судово-медичних експертів. У цьому відіграють роль непередбачені фактори та будь-яка нестандартна ситуація. Складності вагітності збільшують чисельність медичних порушень. У деяких етнічних групах сама вагітність збільшує вірогідність смерті.

Материнські смерті класифікуються в трьох основних групах:

1. Прямі материнські смерті в результаті акушерських складностей в період вагітності і пологів, від втручання, упущень, некоректного лікування або від низки пов'язаних з цим подій.

2. Непрямі материнські смерті відбуваються від хвороб, які сталися раніше, або хвороб, які розвивались протягом вагітності і які погіршили фізіологічні показники вагітності.

3. Випадкові материнські смерті, які відбуваються протягом вагітності або пологів від причин, які безпосередньо мали відношення до вагітності або її ускладнення.

Так, у Великобританії за 1997–1995 роки померло 106 жінок у процесі пологів від різних причин (табл.). Частішою причиною смерті є мозковий тромбоз і легенева емболія під час пологів, а іноді майже через 40 днів після них. Всі випадки є результатом недостатнього обстеження перед пологами.

Більшість цих жінок мали фактори ризику (надлишкова вага, вживання спиртного та наркотиків, паління, вік понад 35 років). Важливим фактором було те, що до пологів не виявлена тромбофілія. Значно менше цих ускладнень було при кесаревих січеннях. Ранні смерті в період вагітності — друга най-

Таблиця

| Діагноз | Кількість смертельних випадків | % |
|--------------------------|--------------------------------|------------|
| Тромбоз і тромбоемболія | 35 | 33 |
| Гіпертензійні розлади | 15 | 14,1 |
| Кровотечі | 7 | 6,6 |
| Амніотична рідка емболія | 8 | 7,5 |
| Рання смерть вагітної | 17 | 16 |
| Сепсис статевого тракту | 14 | 13,2 |
| Анестезійні смерті | 3 | 2,8 |
| Інші | 7 | 6,6 |
| Всього | 106 | 100 |

більша група. До неї належать: зміщенна вагітність, статевий сепсис. Гіпертонічна хвороба (еклампсія) є третьою групою хвороб вагітних.

Акушерський крововилив (спонтанний розрив, черевні травми, включаючи автомобільні пояси безпеки, злочинні напади, плацента, яка зрослася після вискоблювання). Крововилив був лідеруючою причиною материнської смерті афганських біжінців в Пакистані [1], які відмовлялися звертатися за медичною допомогою. Амніотична рідка емболія, коли амніотична рідина попадає в материнський кровообіг під час пологів.

Повітряна емболія може бути при раптовій неочікуваній смерті в ході пологів; причина тому повітря, яке просувається в крові по венозній системі. Скорочення вени під час розтину може утримати повітря так, що великі вени і серце можуть залишатися непошкодженими так довго, як тільки це можливо. Нижню полу вену треба розглядати зовнішньо для доказу повітряної емболії. Перикардіальний мішочок необхідно наповнити водою і маленькими надрізами, зробленими під водою в правому передсерді і правому шлуночку, подивитися, чи є повітряні пухирі. Газ може сформуватися і після смерті від газоформуючих бактерій.

Сепсис статевого тракту (стрептококк гноерідний). Пізній діагноз сприяє декільком смертям. Сепсис — найбільш часта пряма причина материнської смерті в Пакистані (Карачі) [2], Коломбо, Шри-Ланці [3], Південній Африці. Сепсис, який слідував за кримінальним абортom, був лідеруючим в індійських містах [4]. Розірвана матка у жінок Нігерії складає 13 % причин смерті жінок. Основна причина розглядається експертами як прийом окситоцина перед пологами.

Анестезуючі смерті — в результаті надання прострочених препаратів. Ці дані підкреслюють необхідність активного залучення консультантів-анестезіологів в керуванні процесами виношування та пологів.

Інші прямі причини. Завдяки сильному ожирінню під час пологів відбуваються травми статевого тракту з травмами шийки матки та піхви, розрив матки. Під час удалення матки слід приділяти увагу на недопущення кровотечі.

Експерт, який здійснює розтин, повинен відновити матку і розглядати уважно сліди оперативного втручання.

Непрямі причини. Непряма акушерська смерть — важке поняття і його виявлення — складна справа. Багато смертей виникло в результаті невчасного надання адекватної багатофункційної допомоги.

Хвороби центральної нервової системи називались як найголовніші причини непрямой материнської смерті. Норма розтину в цій групі підвищилась до 87%, завдяки чому отримують більш чіткі висновки про причини смерті жінок. За останні 2 роки смерть від раптової, неочікуваної смерті при епілепсії знизилась з 19 до 9%. Складність лікування таких жінок у необхідності поєднання вагітності і лікування епілепсії, тобто введення протисудомних препаратів, які мають тератогенний ефект.

Інфекційні хвороби. Загальновідомі інфекції особливо небезпечні в період вагітності, наприклад, грип і вітряна віспа. Жінки, схильні до астматичних приступів, особливо ризикують при інфекціях грудей і грипу. В деяких випадках смертей інфекція була тільки діагностована при розтині (рідкий випадок гострого флегмонозного гастриту, туберкульоз стовбуру мозку, гнійний менінгіт). Ускладнення інфекції імунодефіційованого вірусу (ВІЛ) інфекції визначилося тільки в 3 смертях; ці ускладнення є загальновідомими в материнських смертях в Африці. Починаючи з 1999 р. перевіряють наявність інфекції ВІЛ всім вагітним жінкам.

В Західній Європі, США, Австралії, Новій Зеландії причини і кількість випадків материнської смерті подібні тим, що і у Великобританії. Смертність залежить від доступності медичної допомоги, періоду утробного розвитку [5], а також додаткового догляду, в тому числі адекватної інтенсивної допомоги і якості діагностичного устаткування [6]. Але інформація про смертність ховається в регіонах. Смертність в Нідерландах [7] складає 19.1 на 100 000 смертності серед імігрантів і 8.7 серед корінного населення. Жінки, що переселяються, отримують меншу кількість медичних послуг, а частина самолікується. В США материнська смертність в 4.1 раз більше серед темношкірих жінок, ніж для білих жінок [5]. Неперервні пошуки медичного забезпечення, турботи жінок до народження дитини, які умирають [8], свідчать, що навіть в розвинутих країнах, смерть від прямих акушерських причин (підвищення кров'яного тиску, крововиливи) можуть бути зменшені [9].

В країнах, що розвиваються, материнська смертність значно вище, але облік її відсутній. Тому важко говорити про динаміку, особливо, коли річ іде про аборти, які робляться поза медичних закладів [10]. Підвищений кров'яний тиск, який виникає у жінок вперше вагітних, — проблема в країнах, що розвиваються [11]. В сільських регіонах часто виникає у жінок внутрішньоутробний розрив з наступною смертю. Низький освітній рівень жінок [12], погане харчування — додаткові фактори ризику в багатьох частинах розвиваючого світу.

Невизначені інфекційні хвороби в Пакистані [3] і специфічні умови (вірусний гепатит [13] і збільшення синдрому СНІД) в Південній Африці [14] вели

до смерті в частинах світу, що розвивається. Зоб і кретинізм може негативно діяти на материнську смертність.

Неприродна смерть. Самогубство частіше відбувається в післяпологовому періоді. Післяпологові суїциди відбуваються на фоні депресії, в період вагітності внаслідок зловживання речовинами, передозуванням назначеного лікування, алкоголем, випаданням з вікон.

Зіткнення автомобілів. Смерть або ушкодження у вагітних жінок менше, коли використовуються пояси безпеки. В деяких регіонах використання поясу на животі пошкоджує вагітну матку. Коли це відбувається, то виникають і інші серйозні ушкодження [15].

Вбивство. Місцеве насильство в період вагітності має місце в різних частинах світу, особливо в США, і призводить до смерті жінки. Чоловік або партнер — частіше порушник. Вбивства темношкірих жінок частіше, ніж білих.

Опіки. Материнські смерті від опіків більше в світі, який розвивається. Від опіків гине 25–50% потерпілих жінок [16].

Материнські смерті рідкі і більшість медичних експертів мають малий досвід в цій галузі. Клінічні проблеми, з якими стикається експерт, потребує збирання специфічних зразків разом з детальним розтином трупа і окремих тазових органів. Процедура складна і треба дати вичерпну відповідь правоохоронним органам і родичам. Імовірно є мало випадків, коли не чекають відповіді при розтині. Експерт повинен підійти до цієї роботи відповідально і розцінити роботу як іспит професійних навичок. У Великобританії за 3 роки з 81 розтину 22% описані як незадовільно рецензовані.

Найвідоміші помилки такі: відмова звертатися до історії хвороби; оцінювати і описувати ушкоджені органи; розглядати гістологічні та бактеріологічні зразки; відсутність тлумачення на основі патологічних змін в організмі жінки.

Медичний експерт повинен на підставі клінічних записів робити порівняльні висновки в ході розтину трупа. Багато експертів незнайомі з аспектами акушерства, ембріології і гінекології, а також зі специфікою хвороб під час вагітності. Присутність акушера або анестезіолога під час розтину надзвичайно корисно, але не завжди можливо. Повний список анестезуючих речовин, які використовувались, їх дозування повинні контролюватися.

Необхідно зробити уважний зовнішній огляд. Можуть бути фізичні пошкодження або жовтуха, самопошкодження, зловживання наркотиками.

Кров для мікробіологічних досліджень необхідно брати з лівого нерозкритого шлуночка серця або нижньої полові вени стерильною технікою в першу чергу, перед всіма іншими процедурами.

Література

1. Bartlett L. A. Maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan, 1999–2000. — *Lancet*, 2002. — P. 359, 639–840.
2. Quershi R. N. Maternal deaths in a developing country: a study from the Aga Khan University Hospital, Ksrachi, Pakistan 1988–1999 // *Pac Med Assoc.* — 2001. — Vol. 51. — P. 109–111.
3. Wagaarachchi F. Trends in maternal mortality and assesment of substandant in a tertiar care hospital // *Eur. Obster Gynecol Reprod. Biol.* — 2002. — Vol. 101. — P. 36–40.

4. Verma K. Maternal mortality in rural India, a hospital based, 10 year retrospective analysis // *Obster Gynaecol Res.* — 2001. — Vol. 27. — P. 183–187.
5. Koonin L. M. Pregnancy-related mortality surveillance. United states, 1987–1990 // *Mor. mortal Wkly Rep CDC Syrveil Summ.* — 1997. — Vol. 46. — P. 17–36.
6. Pazelgrove. Multicentre study of obstetric admissions to 14 intensive care units in southern England // *Crit care Med.* — 2001. — Vol. 29. — P. 770–775.
7. Roosmalen van. Substandart care in immigrant versus indigenous maternal deaths in the Netherlands // *Br. J. Obster Gynecol.* — 2002. — Vol. 109. — P. 212–213.
8. Sachs B. P. Maternal mortality in Massasuchets // *Trend and prevention. N/ Engl. Med.* — 1987. — Vol. 316. — P. 667–672.
9. Panchal S. Maternal mortality during hospital admission for delivery, a retrospective analysis using a state-maintained database // *Anaest Analg.* — 2001. — Vol. 93. — P. 134–141.
10. Singh K., Ratnam S. S. The influence of abortion legislation on maternal mortality // *Int. J. Gynaecol Obster.* — 1998. — Vol. 24. — P. 225–234.
11. Etard F. Fssesment of maternal mortality and late maternal mortality among a cohort of pregnancy women in Bamaco, Mali // *Br. J. Obster Gynecol.* — 1999. — Vol. 106. — P. 60–65.
12. Golding J. Maternal mortality in Jamaica. Socioeconomic factor // *Acta Obster Gynecol scand.* — 1989. — Vol. 68. — P. 581–587.
13. Kwast B. E. Viral hepatitis as a major cause of maternal mortality in Addis Ababs, Rphiofia // *Int. Gynaecol Obster.* — 1987. — Vol. 25. — P. 99–106.
14. Rutgers S. Two years maternal mortality Vatebeleleand north Province Zimbabwe // *Gent Afr. Med.* — 2001. — Vol. 47. — P. 39–43.
15. Aitokallio-Tallberg A. Votor vehicle accident during the second or third trimestr // *Acta Obster Gynecol scand.* — 1997. — Vol. 76. — P. 313–317.
16. Mabrouk F. A. R. Burns during pregnancy a gloomy outcome // *Burns.* — 1997. — Vol. 23. — P. 596–600.

Анотація

Нетудихатка О. Ю. Судова експертиза материнської смерті під час вагітності. — Стаття.
Причинами смерті під час пологів і після народження дитини частіше є тромбоз і тромбоемболія, гіпертонічні розлади, кровотечі, сепсис статевого тракту. При розтині трупів жінок судово-медичні експерти допускають такі помилки: не звертаються до історій хвороб померлої жінки, не описують детально ушкоджені органи, не беруть до уваги гістологічні та бактеріологічні аналізи.
Ключові слова: смерть жінок, судова експертиза, захворюваність, пологи.

Summary

Netudykhatka O. U. Judicial Expertize of Mother Death at the Time of Pregnancy. — Article.
The causes of death during and after childbirth mostly can be: trombosis and tromboembolia, illness of hypertonic, haemorrhagia, sepsis of sex tracte. During autopsy of corpses of women forensic experts makes such mistakes as: do not using stories of illnesses of death woman, detaie do not discripts injuring organ, do not using histological, bacteriological analyses.
Keywords: women's death, judicial expertize, ill, births.