
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СОЦИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ/PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE ORGANIZATION, SOCIOLOGY AND HISTORY OF MEDICINE

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.172.3> EDN: UGUIJN**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ МАКСИМАЛЬНОГО РИСКА: СТАТИСТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ СТРАН С НАИВЫСШИМИ КОЭФФИЦИЕНТАМИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ**

Обзор

Фомина А.В.^{1,*}, Онда Е.Э.², Бивол Е.В.³, Гринберг М.В.⁴¹ORCID : 0000-0002-2366-311X;^{1, 2, 3, 4} Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (fomina-av[at]rudn.ru)

Предложена: 07.06.2026; Принята: 24.09.2026; Опубликовано: 16.10.2026

Аннотация

Проведен анализ коэффициента материнской смертности в ряде стран с наибольшими значениями данного показателя (коэффициент материнской смертности, превышающий 500 случаев материнской смерти в расчете на 100 тысяч живорождений). На примере группы стран с высоким значением коэффициента материнской смертности (девять стран Африки и Афганистан) показаны тенденции в снижении или колебаниях данного показателя в зависимости от отнесения данных стран к конкретной группе: страны с коэффициентом материнской смертности свыше 600 на 100 тысяч живорожденных и страны с коэффициентом материнской смертности от 500 до 600 на 100 тысяч живорожденных. Дана оценка возможного достижения общемирового коэффициента материнской смертности в соответствии с Целью устойчивого развития (ЦУР 3) по обеспечению здоровой жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте, включающего снижение коэффициента материнской смертности до менее 70 на 100 000 живорожденных к 2030 году.

Ключевые слова: коэффициент материнской смертности, Цели устойчивого развития, репродуктивное здоровье.**WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH IN HIGH-RISK CONDITIONS: A STATISTICAL PROFILE OF COUNTRIES WITH THE HIGHEST MATERNAL MORTALITY RATES**

Review article

Fomina A.V.^{1,*}, Onda Y.E.², Bivol Y.V.³, Grinberg M.V.⁴¹ORCID : 0000-0002-2366-311X;^{1, 2, 3, 4} RUDN University, Moscow, Russian Federation

* Corresponding author (fomina-av[at]rudn.ru)

Suggested: 07.06.2026; Accepted: 24.09.2026; Published: 16.10.2026

Abstract

An analysis was carried out of the maternal mortality rate in a number of countries with the highest figures for this indicator (a maternal mortality rate exceeding 500 maternal deaths per 100,000 live births). Using a group of countries with high maternal mortality ratios (nine African countries and Afghanistan) as an example, the analysis illustrates tendencies in the decline or fluctuations of this indicator depending on the classification of these countries into specific groups: countries with a maternal mortality ratio of over 600 per 100,000 live births and countries with a maternal mortality ratio of between 500 and 600 per 100,000 live births. An evaluation is provided of the feasibility of achieving the global maternal mortality ratio in line with Sustainable Development Goal (SDG 3) on ensuring healthy lives and promoting well-being for all at every age, which includes reducing the maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births by 2030.

Keywords: maternal mortality rate, Sustainable Development Goals, reproductive health.**Введение**

Материнская смертность — это смерть женщин, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания, связанная с любым патологическим состоянием, возникшем во время беременности (кроме несчастных случаев и других случайных причин). Коэффициент материнской смертности (КМС) определяется как число случаев материнской смертности за определенный период времени в расчете на 100 000 живорождений. Он отражает риск материнской смертности по отношению к числу живорождений и, по сути, отражает риск смерти при одной беременности или одном живорождении [1], [2].

Принятые и вступившие в силу с 1 января в 2016 года и рассчитанные на 15-летний период, Цели устойчивого развития (ЦУР, Sustainable Development Goals (SDGs)) включают также ЦУР, связанные со здоровьем, а именно ЦУР 3: Обеспечение здоровой жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. Одной из подзадач ЦУР 3 (ЦУР 3.1.1) является снижение глобального коэффициента материнской смертности до менее 70 на 100 000 живорожденных к 2030 году [3], [4].

КМС считается высоким, если он составляет 300-499 смертей на 100 тысяч живорождений, очень высоким, если он находится в диапазоне от 500 до 999, и чрезвычайно высоким, если он равен или превышает 1000 на 100 тысяч живорождений [5].

По данным ВОЗ, глобальный КМС в 2023 году оценивался в 197 (доверительный интервал (ДИ) 174–234) случаев материнской смертности на 100 000 живорожденных, по сравнению с 328 (ДИ 308–352) в 2000 году, что говорит о снижении данного показателя на 40,0% за весь 24-летний период [6], [7]. Однако, если такие темпы сохранятся, то к 2030 году данный показатель составит 177 на 100 000 живорожденных, что в 2,5 раза превышает целевой показатель ЦУР 3 [7].

В значительной степени на уровень КМС влияют показатели стран с самыми высокими значениями КМС. Здесь необходимо отметить, что в 2023 году не было зафиксировано стран, в которых КМС характеризовался как чрезвычайно высокий (более 1000 на 100 тыс. живорождений), однако, в 2022 году и несколькими годами ранее данный показатель, как чрезвычайно высокий, отмечался в ряде стран Африки (Нигерия, ЧАД, Южный Судан, ЦАР). Высокий уровень материнской смертности (от 500 до 1000 на 100 тыс. живорождений) в 2023 году имели девять африканских стран и Афганистан [7].

Исследование базировалось на анализе докладов, подготовленных и опубликованных в сети Интернет рядом организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирный банк), а также полнотекстовых публикаций, представленных в PubMed. Анализ статистических показателей (КМС) осуществлялся с использованием данных, представленных на ресурсе Maternal Mortality Rate by Country: World Population Review [8] и проводился за 10-летний период (2014–2023 гг.).

Результаты

Анализ значений КМС показал, что страны с самыми высокими показателями можно условно разделить на 2 группы: первая группа стран имеет КМС на уровне от 500 до 600 на 100 тыс. живорождений, вторая группа стран имеет КМС, превышающий 600 на 100 тыс. живорождений (табл.1, составлено авторами по данным источника [8]).

Таблица 1 - Страны с самыми высокими показателями материнской смертности в мире

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.172.3.1>

Страны	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Нигерия	1155	1168	1155	1142	1118	1091	1065	1046	1016	993
ЧАД	1198	1176	1133	1085	1020	958	877	869	775	748
Южный Судан	1216	1436	1629	1662	913	745	729	749	704	692
Центральная Африканская Республика	1034	981	962	1093	881	1650	1296	1127	841	692
Либерия	801	784	690	703	707	689	664	667	634	628
Сомали	816	784	754	716	727	656	655	726	622	563
Афганистан	755	741	702	659	629	601	634	660	551	521
Бенин	605	606	604	592	585	572	578	584	547	518
Гвинея-Биссау	662	631	617	597	585	598	603	617	539	505
Гвинея	664	642	606	582	560	548	528	533	500	494
Лесото	707	594	518	468	491	467	529	577	477	478

Примечание: 2014-2023 гг; КМС на 100 тыс. живорождений

Первая группа стран, выделенная нами, включает страны, в которых показатель КМС к 2023 году составил от 500 до 600 на 100 тыс. живорождений. К ним относятся Сомали, Афганистан, Бенин, Гвинея Биссау, Гвинея. Условно к этой группе стран можно отнести Лесото, в которой КМС в 2022-2023 гг. стал ниже 500 на 100 тыс. живорождений, однако, на протяжении изучаемых 10 лет КМС в этой стране колебался в пределах показателя от 500 до 600 на 100 тыс. живорождений, а в 2014 году составлял даже 707 на 100 тыс. живорождений, что вообще позволяло относить страну к далее анализируемой второй группе (рис. 1, составлено авторами по данным источника [8]).

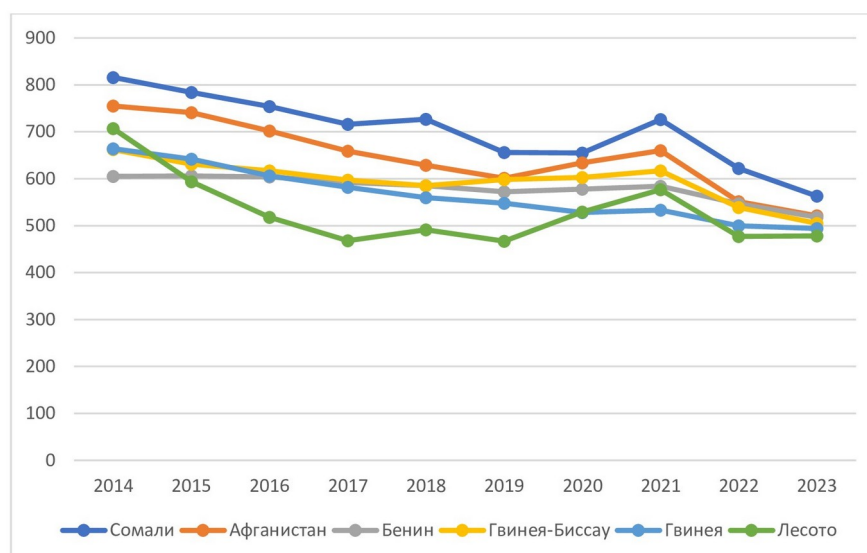


Рисунок 1 - Тенденции изменения показателей материнской смертности в первой группе стран
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.172.3.2>

Примечание: 2014-2023 гг., КМС на 100 тыс. живорождений

Фактически можно отметить, что все страны первой группы в 2014 году также имели КМС выше 600 на 100 тыс. живорождений, но за 10-летний период значение данного показателя снизилось, причем значительных колебаний по увеличению в указанные годы практически не происходило. Некоторый подъем наблюдался в 2021 году для всех стран данной группы, что, возможно, связано с увеличением регистрации в период пандемии COVID-19.

Темпы снижения КМС за период 2014–2023 гг. в первой группе стран колеблются от 14,4% в Бенине до 31% в Сомали и Афганистане, в Лесото темп снижения данного показателя составил 32%.

Во вторую группу стран на протяжении всех 10 лет, с 2014 по 2023 гг., продолжают входить Нигерия, Чад, Южный Судан, Центральная Африканская Республика и Либерия. Для стран этой группы характерно снижение показателей материнской смертности, однако, несмотря на то что темпы снижения колеблются от 14,0% в Нигерии до 43,1% в Южном Судане, чрезвычайно высокие показатели КМС в период вплоть до 2021–2022 г. не дают им возможность выйти на оптимальные показатели снижения КМС. Кроме того, в Южном Судане и Центральной Африканской Республике отмечались значительные колебания КМС (рис. 2, составлено авторами по данным источника [8]):

- в Южном Судане КМС в период с 2014 по 2018 гг. возрастал, в этот период эта страна возглавила печальный мировой рейтинг материнской смертности, снижение показателя зарегистрировано только в 2018 г., снижение КМС за период 2018–2023 г. составило при этом 23,0%;

- для Центральной Африканской Республики также характерно резкое увеличение КМС, в 2019 г. данный показатель был практически на уровне КМС в Южном Судане в 2017 г. (1650 против 1662), в последующие годы снижение показателя произошло, но составило при этом за весь период 2018–2023 г. около 33%.

Возможно, резкое увеличение, а затем такое же резкое снижение значений КМС в этих двух странах может быть связано с целым рядом факторов. Оба государства переживали острые фазы гражданских войн и межэтнических столкновений именно в период скачка КМС. Конфликты напрямую влияют на инфраструктуру и доступность медицинской помощи, обеспечение санитарных условий. Кроме того, значительные скачки в изменении КМС могут быть также связаны с недостаточностью официальных статистических данных и неполным их сбором в определенные периоды, при этом значения КМС в обеих странах остаются одними из самых высоких в мире, и даже в существующих условиях не отражать реальную картину.

Следует также отметить, что для этой группы стран не отмечался подъем КМС в период пандемии COVID-19 и постпандемийный период (2021–22 гг.), что также может говорить о поступлении недостаточной статистической информации, скорее всего, об отсутствии четкой регистрации данных о материнской смертности.

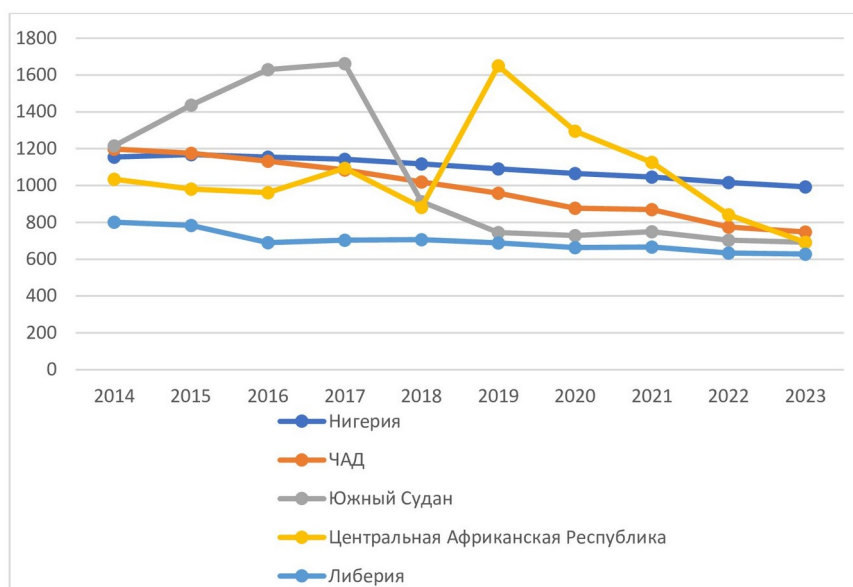


Рисунок 2 - Тенденции изменения показателей материнской смертности во второй группе стран

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.172.3.3>*Примечание: 2014-2023 гг., КМС на 100 тыс. живорождений*

Для реализации мер по предотвращению материнской смертности критически важно понимать, что её обуславливает. В публикации Souza J.P. и соавт. определяют следующие основные факторы, влияющие на материнскую смертность [9]:

- низкий уровень развития систем здравоохранения, который влияет на уровень доступности медицинской, в том числе акушерско-гинекологической, помощи женщинам, к ее низкому качеству, недостаточному обеспечению лекарственными средствами и др.;
- социально обусловленные детерминанты, к которым относятся низкие доходы населения, доступ к образованию, этническая принадлежность, что приводит к более высокому риску развития осложнений беременности и родов у ряда некоторых групп населения;
- проблемы гендерного неравенства, приводящие к нарушению прав женщин на доступную медицинскую помощь и консультации в сфере репродуктивного здоровья;
- различные внешние факторы, которые приводят к гуманитарным кризисам (климатические катаклизмы, военные действия и др.) и нарушениям в работе систем здравоохранения.

Проблемы с обеспечением квалифицированной медицинской помощью подтверждаются данными Регионального бюро ВОЗ: в странах Африки к югу от Сахары квалифицированным медицинским персоналом принимаются менее половины всех родов (46%), а в сельской местности этот показатель резко уменьшается до 30%, при этом до 60% женщин не имеют надежного транспорта, а среднее расстояние до места оказания помощи составляет более 10 км [10].

По данным, которые приводят Oyedele, O.K., Lawal, T.V., существует прямая корреляционная связь между родами вне медицинских учреждений (non-institutional delivery, NID) и уровнем материнской смертности. Они выяснили, что примерно треть родов в странах Африки к югу от Сахары (в исследование вошли 25 стран) проходят вне больниц, причём особенно высока такая практика в Нигерии (около 60,4%) и ЧАДе (около 78,6%). Рост доли домашних родов связан не только с повышением коэффициента материнской смертности, но и с «пожизненным риском» смерти матери. Авторами рассчитано, что увеличение распространённости NID на 1% связано с ростом КМС примерно на 248 случаев на 100 000 живорождений [11].

В Нигерии, где отмечается самый высокий КМС в 2022–2023 гг. (табл.1), только 24% и 63% женщин начали посещать женскую консультацию во время последней беременности в первом и втором триместрах соответственно (всего в исследовании приняли участие 21 785 респондентов), такие результаты приводят в своем исследовании Fagbamigbe A.F. и соавт. При этом доля женщин, обратившихся в службу планирования семьи в первом триместре беременности, была самой высокой в Бенуэ (44,5%), Лагосе (41,4%) и Насараве (39,3%), а самой низкой в Замфаре (7,6%), Кано (7,4%) и Сокото (4,8%). У респонденток в возрасте 40–49 лет было на 65% больше шансов начать наблюдение в течение первого триместра беременности по сравнению с лицами в возрасте 15–19 лет [12].

В странах с низким и средним уровнем дохода среди медицинских причин, которые при наличии ресурсов можно предотвратить или эффективно лечить, выделяют следующие акушерские состояния, определяющие высокие КМС: акушерские кровотечения, гипертензивные расстройства беременности (преэклампсия, эклампсия), сепсис и послеродовые инфекции, тромбоэмболические осложнения, осложнения небезопасных абортов. Кроме того, материнская смертность тесно связана с общим состоянием здоровья населения, прежде всего, с распространением ВИЧ-инфекции, малярией, хроническими неинфекционными заболеваниями (болезни системы кровообращения, сахарный диабет), которые в условиях развитой медицины контролируются во время беременности, а при слабых

системах здравоохранения могут оставаться недиагностированными или плохо управляемыми. Снижение материнской смертности невозможно без интеграции помощи по этим направлениям в систему охраны материнства [13].

Еще одной нерешенной стороной проблемы остается недостаточный уровень квалификации медицинского персонала в сфере неотложной акушерско-гинекологической помощи [14].

Все эти группы факторов в совокупности определяют высокие показатели материнской смертности в указанных странах.

Заключение

Показатели материнской смертности являются одним из определяющих факторов репродуктивно-демографического потенциала в стране, который влияет на воспроизводство населения, что определяет его медико-социальную значимость. Однако рассмотрение всех стран в совокупности достаточно затруднительно, так как в странах с высокими КМС зачастую преобладают все группы показателей, которые суммарно приводят к нарушениям в функционировании систем здравоохранения и обеспечения доступной и своевременной акушерско-гинекологической помощи женщинам репродуктивного возраста. Страны с высокими КМС целесообразно также разделить на несколько подгрупп, выделив определенные тенденции, например, условно разделить на 2 группы: первая группа стран с КМС, превышающим 600 на 100 тыс. живорождений; вторая группа с КМС на уровне от 500 до 600 на 100 тыс. живорождений, чтобы более детально анализировать ситуацию. Возможно, что для этих групп стран должны быть выработаны другие стратегии в достижении ЦУР 3, так как уже сейчас становится понятно, что планируемого показателя к 2030 году они практически не смогут достичь, кроме того, значения КМС в этих странах будут определять общемировые показатели КМС в целом.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Материнская смертность // Всемирная организация здравоохранения. — 2023. — URL: <https://www.who.int/ru/newsroom/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (дата обращения: 01.06.26)
2. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 // World Health Organization. — 2013. — URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf (дата обращения: 02.06.26)
3. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development: UN General Assembly Resolution A/RES/70/1. — 2015. — URL: <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html> (accessed: 03.06.26)
4. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages // UN. — 2020. — URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/health/> (дата обращения: 02.06.26)
5. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division // WHO. — 2017. — URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/88660fa7-59a4-4231-b105-b11759894a6e/content> (accessed: 15.05.26)
6. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA / Population Division. // WHO. — 2021. — URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c3957b94-cdd5-47d7-85f8-6202be229f8e/content> (дата обращения: 14.05.26)
7. Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA / Population Division. // WHO. — 2025. — URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462> (дата обращения: 14.05.26)
8. Maternal Mortality Rate by Country // World Population Review. — 2025. — URL: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/maternal-mortality-rate-by-country> (дата обращения: 12.05.26)
9. Souza J.P. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality / J.P. Souza, L.T. Day, A.C. Rezende-Gomes [et al.] // Lancet Glob Health. — 2024. — № 12 (2). — P. e306-e16. — DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00468-0.
10. African region's maternal and newborn mortality declining, but progress still slow // WHO. — 2025. — URL: <https://www.afro.who.int/news/african-regions-maternal-and-newborn-mortality-declining-progress-still-slow> (accessed: 03.06.26)
11. Oyedele O.K. Global dominance of non-institutional delivery and the risky impact on maternal mortality spike in 25 Sub-Saharan African Countries / O.K. Oyedele, T.V. Lawal // Global Health Research and Policy. — 2025. — № 10 (1). — P. 10. — DOI: 10.1186/s41256-025-00409-x
12. Fagbamigbe A.F. Timing of first antenatal care contact, its associated factors and state-level analysis in Nigeria: a cross-sectional assessment of compliance with the WHO guidelines / A.F. Fagbamigbe, O. Olaseinde, O.S. Fagbamigbe // BMJ Open. — 2021. — № 11 (9). — P. e047835. — DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047835
13. Lawrence E.R. Maternal Mortality in Low and Middle-Income Countries / E.R. Lawrence, T.J. Klein, T.K. Beyuo // Obstet Gynecol Clin North Am. — 2022. — № 49 (4). — P. 713–733. — DOI: 10.1016/j.ogc.2022.07.001



14. Meh C. Levels and determinants of maternal mortality in northern and southern Nigeria / C. Meh, A. Thind, B. Ryan et al. // BMC Pregnancy Childbirth. — 2019. — № 19 (1). — P. 415. — DOI: 10.1186/s12884-019-2471-8

Список литературы на английском языке / References in English

1. Materinskaya smertnost [Maternal mortality] // World Health Organization. — 2023. — URL: <https://www.who.int/ru/newsroom/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (accessed: 01.06.26) [in Russian]
2. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 // World Health Organization. — 2013. — URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf. (accessed: 02.06.26)
3. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development: UN General Assembly Resolution A/RES/70/1. — 2015. — URL: <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html> (accessed: 03.06.26)
4. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages // UN. — 2020. — URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/health/>. (accessed: 02.06.26)
5. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division // WHO. — 2017. — URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/88660fa7-59a4-4231-b105-b11759894a6e/content> (accessed: 15.05.26)
6. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA / Population Division. // WHO. — 2021. — URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c3957b94-cdd5-47d7-85f8-6202be229f8e/content>. (accessed: 14.05.26)
7. Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA / Population Division. // WHO. — 2025. — URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>. (accessed: 14.05.26)
8. Maternal Mortality Rate by Country // World Population Review. — 2025. — URL: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/maternal-mortality-rate-by-country>. (accessed: 12.05.26)
9. Souza J.P. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality / J.P. Souza, L.T. Day, A.C. Rezende-Gomes [et al.] // Lancet Glob Health. — 2024. — № 12 (2). — P. e306-e16. — DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00468-0.
10. African region's maternal and newborn mortality declining, but progress still slow // WHO. — 2025. — URL: <https://www.afro.who.int/news/african-regions-maternal-and-newborn-mortality-declining-progress-still-slow> (accessed: 03.06.26)
11. Oyedele O.K. Global dominance of non-institutional delivery and the risky impact on maternal mortality spike in 25 Sub-Saharan African Countries / O.K. Oyedele, T.V. Lawal // Global Health Research and Policy. — 2025. — № 10 (1). — P. 10. — DOI: 10.1186/s41256-025-00409-x
12. Fagbamigbe A.F. Timing of first antenatal care contact, its associated factors and state-level analysis in Nigeria: a cross-sectional assessment of compliance with the WHO guidelines / A.F. Fagbamigbe, O. Olaseinde, O.S. Fagbamigbe // BMJ Open. — 2021. — № 11 (9). — P. e047835. — DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047835
13. Lawrence E.R. Maternal Mortality in Low and Middle-Income Countries / E.R. Lawrence, T.J. Klein, T.K. Beyuo // Obstet Gynecol Clin North Am. — 2022. — № 49 (4). — P. 713–733. — DOI: 10.1016/j.ogc.2022.07.001
14. Meh C. Levels and determinants of maternal mortality in northern and southern Nigeria / C. Meh, A. Thind, B. Ryan et al. // BMC Pregnancy Childbirth. — 2019. — № 19 (1). — P. 415. — DOI: 10.1186/s12884-019-2471-8