Физиологические исследования

УДК 618.3-06:618.439-079:314.323.482(470.51)

Н.Н. Бушмелева

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ПОИСК РЕЗЕРВОВ ИХ СНИЖЕНИЯ С ВНЕДРЕНИЕМ НОВЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Особую социальную и политическую значимость проблемы повышения рождаемости и снижения репродуктивных потерь определяет сложившаяся в России на рубеже XX–XXI вв. неблагоприятная демографическая ситуация, характеризующаяся естественной убылью и ухудшением здоровья населения. Целью исследований является поиск резервов снижения репродуктивных потерь на региональном уровне. В качестве методов исследования использованы анализ репродуктивно-демографической ситуации в Удмуртской Республике за 1991–2012 гг.; оценка состояния соматического и репродуктивного здоровья женщин Удмуртской Республики, особенности динамики и структуры репродуктивных потерь в Удмуртской Республике; изучение организации акушерско-гинекологической службы Удмуртской Республики, поиск резервов снижения репродуктивных потерь в разработке новых диагностических технологий. В результате анализа медико-демографической ситуации в Удмуртской Республике выявлена необходимость совершенствования системы мероприятий по снижению репродуктивных потерь. Уровень и структура репродуктивных потерь в УР превышают показатели РФ. С целью снижения репродуктивных потерь в основе улучшения медицинской помощи на всех этапах ее оказания положено: создание единой системы организаций родовспоможения во главе с перинатальным центром, располагающим необходимыми организационными, лечебно-диагностическими, методическими технологиями; координация деятельности акушерской и педиатрической службы; повышение результативности использования ресурсов (материально-технической базы и кадрового потенциала) в виде разработанных нормативно-правовых документов, регламентирующих этапность и маршруты оказания медицинской помощи женщинам; а также улучшение системы подготовки и повышения квалификации кадров, работающих в системе охраны здоровья женщин и детей, программно-информационное обеспечение по вопросам организации и контроля медицинской помощи женщинам; создание системы мониторинга женщин с наличием факторов риска репродуктивных потерь и прогнозирование риска репродуктивных потерь; повышение мер профилактической направленности, а также внедрение новых диагностических технологий.

Ключевые слова: репродуктивные потери, соматическое и репродуктивное здоровье женщин, диагностика невынашивания беременности иммунной природы.

Снижение репродуктивных потерь по-прежнему остается одной из приоритетных задач здравоохранения, актуальность проблемы репродуктивных потерь определяется их стабильной и достаточно высокой частотой в Российской Федерации (РФ). Позитивные сдвиги в показателях репродуктивных потерь сегодня есть благодаря государственным программам, реализуемым в этой области [1-4], однако в контексте общей медико-демографической ситуации дают основание рассматривать их в качестве угрозы национальной безопасности, особенно в связи с предстоящим снижением рождаемости из-за снижения численности женщин фертильного возраста по причине сверхнизкой рождаемости в 1990-е годы [3; 5].

Детальный анализ причин и факторов, определяющих распространенность репродуктивных потерь, необходим для повышения качества акушерской и неонатальной помощи [1-3; 6-9]. При этом вполне закономерно повышается значимость службы охраны здоровья материнства и детства, формирующей здоровье рождающегося поколения и населения в целом [1; 10; 11]. Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности, частота которого составляет 20 %, то есть практически теряется каждая 5-я беременность, и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и высокоэффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы [12].

Негативные тенденции в здоровье жителей Удмуртии, репродуктивных потерях и в демографической ситуации в целом побудили нас приступить к разработке поиска резервов улучшения соматического и репродуктивного здоровья женщин и оптимизации условий развития и рождения плода, улучшения качества потомства, снижения репродуктивных потерь.

Были сформированы цель исследования (выявление особенностей медико-демографической ситуации в Удмуртской Республике при разработке, внедрении и оценке результативности системы мер по снижению репродуктивных потерь на основе совершенствования организации службы охраны материнства и детства на региональном уровне) и задачи исследования: провести анализ репродуктивно-демографической ситуации в Удмуртской Республике за 2006–2012гг.; оценить состояние соматического и репродуктивного здоровья женщин Удмуртской Республики; выявить особенности динамики и структуры репродуктивных потерь в Удмуртской Республике; проанализировать систему организации акушерско-гинекологической службы Удмуртской Республики и выявить дефекты оказываемой медицинской помощи при неблагоприятных исходах беременности; разработать, внедрить и оценить результативность комплекса мероприятий по совершенствованию организации акушерско-гинекологической помощи женщинам фертильного возраста и снижению репродуктивных потерь.

Материалы и объект исследований

В качестве методов исследования использованы анализ репродуктивно-демографической ситуации в Удмуртской Республике за 1991–2012 гг. на основании материалов статистических данных о естественном движении населения России и Удмуртской Республики за 1991–2012 гг. (данные Росстата); статистических справочников «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в РФ» за 2006–2012 гг. Объектом исследований являлись женщины фертильного возраста, имеющие в анамнезе репродуктивные потери.

Результаты и их обсуждение

К репродуктивным потерям ряд авторов относит потери продуктов зачатия (беременностей) на протяжении всего срока беременности и после ее завершения, учитывая при этом только причины, связанные с беременностью [6]. В понятие репродуктивных потерь, наряду с плодовыми, обычно включают и материнские потери на протяжении всего срока беременности и 42 дней после ее прекращения [3; 13; 14], а также плодовые потери в результате внематочной беременности [15] и всех медицинских абортов, в том числе самопроизвольных и искусственных.

По мнению некоторых авторов, нецелесообразно относить к «репродуктивным потерям» внематочную беременность, представляющую собой лишь патологическое состояние репродуктивного процесса, а вовсе не желанную беременность [3; 16]. Внематочную беременность, по нашему мнению, следует учитывать как репродуктивную потерю. Могут служить доказательством этого такие примеры из акушерской практики, как внематочная беременность у женщины после прегравидарной подготовки или при применении вспомогательных репродуктивных технологий и просто при планируемой беременности. В разделе репродуктивных потерь внематочная беременность заслуживает внимания даже как патологическое состояние или как признак нарушения репродуктивного процесса в виде патологии зачатия.

С точки зрения ряда авторов, внесение искусственных абортов в репродуктивные потери необоснованно, и они предлагают учитывать их как потенциальное число детей, которые «могли бы родиться». Такое толкование не только неверно, но и вредно, поскольку является основой для ошибочного суждения о том, что сокращение искусственных абортов будто бы способно привести к росту рождаемости [3; 16].

Проведенное нами исследование на территории Удмуртской Республики показало, что среди причин искусственных абортов на первом месте стоят социально-экономические факторы. Было выявлено, что на решение женщины о судьбе возникшей беременности (сохранении или прерывании ее) оказывают влияние социально-экономические условия жизни. Так, после благополучного 1985 года в течение последующих пяти лет на 24 % снизилось количество абортов, приходящихся на одни роды, а негативный социально-экономический кризис начала 1990-х гг. вызвал увеличение этого показателя в 1,8 раза в течение последующего трехлетнего периода. При этом если в 1985 году из каждых 100 беременностей 65,2 завершились абортами, то к 1990 году этот показатель уменьшился до 58,8, а после 1991 года начал стремительно расти и увеличился к 1993 году до 71,6, т.е. на 22,0 %. По данным проведенного нами социологического опроса женщин, прерывавших беременности в анамнезе, 70,29 % (±1,52 %) из них считали аборт крайней, вынужденной мерой. При этом 45,79 % (±1,65 %) оценивали воздействие на организм как очень вредное и 45,23 % (±1,65 %) – вредное.

Анализ искусственных абортов в разделе репродуктивных потерь необходим, важность анализа определяется их высоким уровнем и значимостью в структуре материнской смертности, а также высоким уровнем осложнений, что сказывается на репродуктивном здоровье женщин.

Обоснованной необходимо признать точку зрения о внесении в структуру репродуктивных потерь младенческой смертности, так как в течение первого года жизни ребенок физиологически зависим от организма матери и не является вполне самостоятельным организмом. В большинстве случаев причиной смерти младенцев считается патологические состояния в перинатальный период [3].

В России состояние здоровья женщин заметно ухудшилось в последние десятилетия и почти на треть уменьшилось число благополучно заканчивающих беременность, что в значительной степени определяет течение и исход родов, а также здоровье рождающихся детей [3; 4].

Рост заболеваемости и смертности населения в Российской Федерации и ее регионах, ухудшение репродуктивно-демографических показателей обусловлены кризисными явлениями в российском обществе в постсоветском периоде в виде шоковых реформ начала 1990-х годов, дефолта августа 1998 г. и введения в конце 2004г. ФЗ-122 «О монетизации льгот» [9]. Выраженность общих для страны негативных явлений в УР была особенно яркой. Так, снижение рождаемости в республике характеризовалось большими темпами, чем в РФ: на 32,8 % за 1991–1996 гг. (с 13,7 на 1000 населения до 9,2) при снижении рождаемости в России в 1990-е годы на 29,0 % за те же годы. Это обусловило максимальное сокращение в когорте населения доли детей и более выраженную деформацию возрастного состава населения Удмуртии. Волнообразный характер процесса изменения интенсивности деторождений за последние 20 лет отражал суммарный коэффициент рождаемости (СКР) УР, РФ и ПФО – снижение в 1990-е годы с последующим нарастанием в течение 2000-х годов. В 1996 г. СКР в УР опустился ниже российского показателя (1,26 и 1,28 соответственно). После 1999 г. показатель рождаемости в УР, как и в целом по России, устойчиво увеличивался и определялся более высоким, чем в среднем по РФ и ПФО. В 2005 г. благоприятная тенденция рождаемости в УР (как и в целом по России) была нарушена и произошло ее относительное снижение вслед за введением ФЗ-122, лишившего граждан большого числа льгот.

В Удмуртской Республике в это время 36,4 % детей рождалось вне зарегистрированного брака при благоприятной динамике числа заключенных браков и разводов. Оставался регрессивным тип населения Удмуртии и сохранялся устойчивый тренд ухудшения здоровья населения: увеличение общей заболеваемости (за 1991–2005 гг. на 21,9 %), рост заболеваемости в детском и подростковом возрасте (на 61,2 % и 70,9 % соответственно); высокая заболеваемость репродуктивной системы; рост социально значимой и социально зависимой патологии – туберкулеза, наркомании, алкоголизма, инфекций, передающихся половым путем (сифилиса и гонококковой инфекции, ВИЧ-инфицирования).

В динамике демографической ситуации в Удмуртской Республике более выражены положительные изменения: увеличение рождаемости с 2000 г., положительный естественный прирост населения в УР, зарегистрированный с 2009 г. (+0,6 на 1000 населения) и составивший в 2012 г. +1,9 на 1000 населения, характеризует позитивные тенденции. Однако естественный прирост не достиг дореформенного уровня 1991 г., когда он равнялся 3,8 на 1000 населения. Суммарный коэффициент рождаемости в УР (1,952 в 2012 г.) приблизился к уровню 1991 г. (1,904). При благоприятной динамике числа заключенных браков и разводов в республике 26,8 % детей рождается вне зарегистрированного брака. На фоне положительного естественного прироста тип населения Удмуртии остается регрессивным (в 2012 г. доля детей 0-14 лет – 17,3 %; населения в возрасте 50 и более лет – 32,9 %).

По отношению к 2006 г. рождаемость в 2012 г. выросла в возрастных группах женщин: в 20–24 лет – на 11,1 %; в 25–29 лет – в 1,5 раза; 30–34-летних – на 72,2 %; в группе 35–39-летних увеличилась в 2,1 раза; в 40–44 года и в группе 45–49 лет – в 3 раза. В возрастной группе 15–19 лет рождаемость не изменилась, в целом уровень фертильности в УР увеличился в 1,5 раза, однако по-прежнему остается ниже желаемого.

В городской и сельской местности уровни возрастной рождаемости в 2012 г., как и в прошлые годы, заметно отличались друг от друга (табл. 1).

По сравнению с 2006 г.,в 2011 г. и в городах, и в селах структура кратности родов несколько изменилась в сторону снижения первых и увеличения числа вторых и третьих родов (табл. 2).

Таблица 1

Возрастная рождаемость в городских и сельских поселениях УР в 2006 и 2012 гг. (на 1000 женщин данного возраста), 2012/2006 гг. (±%)

Возраст (лет)	Городские поселения				Сельские поселения			
	2006 г.	2011 г.	2012 г.	2012/2006 (%)	2006 г.	2011 г.	2012 г.	2012/2006 (%)
15-19	25,5	18,2	21,5	–15,7	39,4	59,9	56,5	+43,4
20-24	75,9	76,1	78,8	+3,8	156,6	170,2	191,1	+22,0
25-29	75,5	99,1	105,7	+40,0	98,4	147,9	169,2	+72,0
30-34	49,2	74,0	80,4	+63,4	50,8	92,6	99,7	+96,3
35-39	19,1	36,8	39,5	+106,8	21,6	42,9	52,0	+140,7
40-49	1,3	6,8	8,1	+523,1	1,5	8,4	10,8	+620,0
Всего	36,2	48,4	52,6	+45,3	48,2	73,2	80,3	+66,6

Таблица 2

Структура кратности родов в городских и сельских поселениях УР в **2006 г., 2012 г.**, **темп прироста 2012/2006 гг. (± %)**

Кратность родов	Городские поселения			Сельские поселения		
	2006 г.	2012 г.	2012/2006 (%)	2006 г.	2012 г.	2012/2006 (%)
I	61,3	45,2	–26,3	57,0	39,9	–30,0
II	31,4	42,6	+35,7	27,9	38,0	+36,2
III	5,5	9,9	+80,0	10,7	16,2	+51,4
IV и более	1,7	1,6	–5,9	4,4	4,0	–9,1
Неизвестно	0,1	0,7	+600,0	0,0	1,9	0,0
Всего	100,0	**100,0**	=	100,0	**100,0**	=

Выявлено увеличение суммарного коэффициента рождаемости в целом по УР за 2006–2012 гг. в 1,4 раза: в городах – на 33,8 % и в сельской местности – на 61,3 %. В 2012 г. брутто-коэффициент воспроизводства населения в УР продолжал оставаться недостаточным; в целом по республике он составил 0,954: в городских поселениях 0,796, в сельских – 1,474 (в 2006 г. этот коэффициент был соответственно равен 0,681, 0,604 и 0,902). Необходимо отметить продолжающуюся положительную динамику этих показателей, особенно в сельских районах.

Показатель ОПЖ при рождении увеличился и в 2012 г. достиг значения 69,6 по УР (66,0 в 2006 г.) при 69,8 лет в РФ в 2011 г. (66,6 в 2006.)

Сохранение более высокой частоты экстрагенитальной заболеваемости у беременных Удмуртии, в сравнении с показателями по России в целом, может быть обусловлено неблагоприятным действием экологических факторов – поскольку республика является промышленным регионом (особенно в отношении болезней эндокринной и мочевыделительной систем, наиболее подверженных внешним воздействиям). Рассчитывать на выраженный положительный эффект не приходилось, поскольку сформировавшаяся в течение предшествующих лет жизни женщины соматическая и эндокринная патология не могла исчезнуть даже при существенном повышении качества медицинской помощи за последние годы. К такой патологии относятся болезни системы кровообращения и анемия, частота которых в регионе не только не снизилась, но и продолжает нарастать (на 42,0 % и 12,2 % соответственно, в отличие от снижения этого показателя по РФ).

Уровень абортов в республике в 2012 г. (33,0 на 1000 женщин фертильного возраста) продолжает превышать соответствующий показатель в России (25,6 на 1000 женщин фертильного возраста). За 2006–2012 гг. в УР число деторождений стало превышать число абортов (с 2008 г.); в Российской Федерации данная тенденция наступила на год раньше. При этом положительным моментом является снижение удельного веса абортов у первобеременных женщин в УР на 28,2 % (с 13,1 % до 9,4 %) при снижении по РФ на 23,9 % (с 11,3 % до 8,6 %), увеличилась доля мини-абортов на 23,9 %, выросла в 6 раз доля абортов, произведенных медикаментозным методом, и превышает в 1,44 раза долю использования этого метода по РФ (11,8 % и 8,2 % в 2012 г. соответственно). Доля абортов у девочек до 14 лет в УР снизилась в 2 раза и у девушек 15–19 лет – на 48,3 %.

В основу системы мероприятий по снижению репродуктивных потерь легли создание единой системы организаций родовспоможения во главе с перинатальным центром, располагающим необходимыми организационными, лечебно-диагностическими, методическими технологиями, и координация деятельности акушерской и педиатрической службы, осуществляемая на муниципальном и региональном уровне.

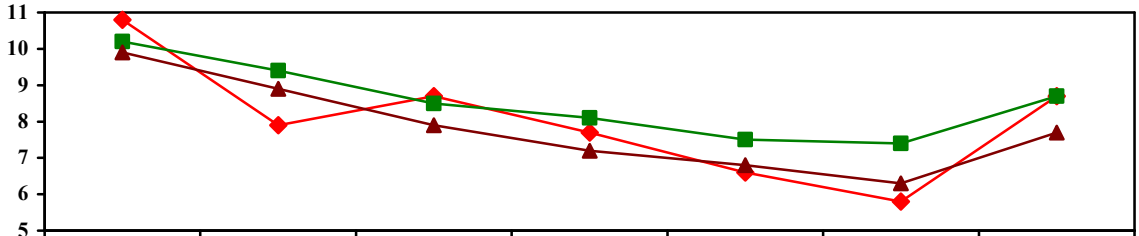
Распоряжением Правительства Удмуртской Республики от 28.09.2009 г. № 830-р «О создании бюджетного учреждения здравоохранения «Перинатальный центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (далее – БУЗ «ПЦ МЗ УР») создан полноценный перинатальный центр. По завершении строительства нового корпуса и открытия в 2010 г. БУЗ «Перинатальный Центр МЗ УР» в республике создана полноценная трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи. Подготовлены, утверждены и вступили в действие Приказы Министерства здравоохранения УР № 424 от 28.07.2009 г. «О порядке этапного оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде в родовспомогательных учреждениях Удмуртской Республики», а в 2010 г. – «Порядок организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период в учреждениях здравоохранения Удмуртской Республики».

При организационно-методическом руководстве БУЗ «ПЦ МЗ УР» внедрен алгоритм действий медицинских работников на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи женщинам фертильного возраста; проведены мониторинг женщин фертильного возраста, беременных, подростков в рамках деятельности системы АТПК по разработанной схеме взаимодействия специалистов и ряд других мероприятий по снижению репродуктивных потерь.

Комплексные меры по регионализации трехуровневой службы охраны материнства и детства и снижению репродуктивных потерь в течение 2010–2011 гг. были реализованы в виде мероприятий Программы модернизации (приказ МЗ УР № 354 от 20.06.2011 г. «О реализации мероприятий по совершенствованию акушерско-гинекологической и педиатрической помощи в рамках Региональной программы модернизации здравоохранения Удмуртской Республики на 2011–2012 годы»).

В деле снижения репродуктивных потерь не менее важным стало повышение эффективности использования ресурсов (материально-технической базы и кадрового потенциала) в виде разработанных нормативно-правовых документов, регламентирующих этапность и маршруты оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, женщинам во время беременности и родов; а также улучшение системы подготовки и повышения квалификации кадров, работающих в системе охраны здоровья женщин и детей, программно-информационное обеспечение по вопросам организации и контроля медицинской помощи женщинам; создание системы мониторинга женщин с наличием факторов риска репродуктивных потерь и прогнозирование риска репродуктивных потерь; повышение мер профилактической направленности.

В результате проведенных мероприятий показатель материнской смертности снизился в УР с 34,2 на 100000 живорожденных в 2006 г. до 18,8 на 100 000 живорожденных в 2011 г. – на 45,1 % (по РФ – на 29,9 %: с 23,8 до 16,7 на 100000 живорожденных), впервые за многие годы приблизившись к общероссийскому уровню. В качестве положительного момента следует отметить факт отсутствия случаев материнской смерти вне стационара за последние 4 года (в сельской местности в течение последних 5 лет); от осложнений аборта в последние 3 года и от внематочной беременности в последние 5 лет. В 2012 г. по УР случаи материнской смертности не зарегистрированы.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
УР	10,8	7,9	8,7	7,7	6,6	5,8	8,7
РФ	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	7,4	8,7
ПФО	9,9	8,9	7,9	7,2	6,8	6,3	7,7

Рис. 1. Показатель младенческой смертности в УР, РФ, ПФО за 2006–2012 гг.
(на 1000 родившихся живыми)

Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми в УР за 2006–2011 гг. снизился на 46,3 % (с 10,8‰ в 2006 г. до 5,8‰ в 2011г.) при уменьшении показателя в РФ с 10,2‰ в 2006 г. до 7,4‰ в 2011 г., или на 28,2 %. Младенческая смертность в УР в 2011 г. также ниже, чем в Российской Федерации, на 20,0 % (рис. 1).

Снижение перинатальной смертности в УР за 2006-2011гг. составило 47,8 % (в РФ – 26,1 % и в ПФО – 26,6 %). Оно более выражено за счет снижения ранней неонатальной смертности с 4,7 до 2,1 на 1000 родившихся живыми (по РФ – с 4,2 до 2,7 на 1000 родившихся живыми) (табл. 3).

Таблица 3

Динамика перинатальной смертности в УР, РФ и ПФО 2006 г., 2010 г., 2011 г. (на 1000 родившихся), темп прироста 2011/2006 гг. (± %)

Показатели	Перинатальная смертность			Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность		
	УР	РФ	ПФО	УР	РФ	ПФО	УР	РФ	ПФО
2006	11,1	9,6	9,5	6,0	5,7	5,5	4,7	4,2	4,0
2010	6,6	7,3	7,0	3,9	4,6	4,6	2,4	2,8	2,4
2011	5,8	7,1	6,97	3,7	4,5	4,7	2,1	2,7	2,3
2011/2006 (%)	– 47,7	– 26,1	– 26,6	– 38,4	– 21,1	– 14,6	– 55,3	– 35,8	– 42,5
2012	11,9	9,98	9,95	8,46	6,76	7,02	3,54	3,64	3,25
2012/2011 (%)	+ 105,2	+ 39,4	+ 42,7	+ 128,6	+ 50,2	49,4	+ 68,5	+ 34,8	+ 41,3

Таблица 4

Динамика младенческой смертности в городах и селах УР и РФ 2006 г., 2011 г., 2012 г.**, темп прироста 2011/2006гг., 2012/2011 гг. (± %)**

Показатели		2006		2011		2012		2011/2006 (%)		2012/2011 (%)	
		УР	РФ	УР	РФ	УР	РФ	УР	РФ	УР	РФ
Всего	абсолютное число умерших детей до 1 года	189	15079	126	13168	195	16306	– 33,3	– 12,7	+ 54,8	+ 23,8
	на 1000 родившихся живыми	10,8	10,2	5,8	7,4	8,7	8,7	– 46,3	– 27,5	+ 50,0	+ 17,6
Городское население	абсолютное число	132	9839	68	8398	130	10843	– 48,4	– 14,6	+ 91,2	+ 29,1
	на 1000 родившихся живыми	11,5	9,4	4,9	6,6	8,9	8,1	– 57,4	– 29,8	+ 81,6	+ 22,7
Сельское население	абсолютное число	57	5240	58	4770	65	5463	+ 1,8	– 9,0	+ 12,1	+ 14,5
	на 1000 родившихся живыми	9,7	12,1	7,2	9,1	7,7	10,1	– 25,8	– 24,8	+ 6,9	+ 11,0

Рост показателей фетоинфантильных потерь в Удмуртии в 2012 г. при переходе на новые критерии рождения (с 28 недель до 22-х; Приказ МЗСР № 1687 от 27.12.2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» (зарегистрирован в Минюсте РФ 15.03.2012 г. № 23490) произошел более выражено, чем по РФ и ПФО. Так, показатель младенческой смертности в УР увеличился на 50,0 % с 5,8 до 8,7 (при 17,6 % с 7,4 до 8,7 на 1000 родившихся живыми по РФ и 22,2 % по ПФО с 6,3 до 7,7 на 1000 родившихся живыми соответственно), перинатальной смертности – на 105,2 % с 5,8 в 2011 г. до 11,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2012 г. (в РФ рост 39,4 % с 7,1 в 2011 г. до 9,8 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2012 г.; в ПФО на 42,7 % с 6,97 до 9,95 ‰ соответственно), рост показателя ранней неонатальной смертности в УР составил 68,5 % (с 2,1 в 2011 г. до 3,54 на 1000 родившихся живыми в 2012 г.) при повышении показателя по РФ на 34,8 % (с 2,7 до 3,64 ‰) и в ПФО – на 41,3 % (с 2,3 до

3,25‰). Рост показателя мертворождаемости за 2011–2012гг. в УР составил 128,6 %, при 50,2 % по РФ и 49,4 % по ПФО (табл. 3).

Снижение показателя младенческой смертности за 2006–2011 гг. и рост за 2012 г. более выражены по городам (57,4 % и 81,6 % соответственно), а в районах республики показатель 2011г. превышает на 46,9 % показатель городов и на 24,1 % среднереспубликанский показатель, но в 2012 г. в сельской местности показатель ниже среднереспубликанского на 11,5 % (табл. 4).

Структура причин младенческой смертности в республике остается стабильной и в целом соответствует закономерностям, сложившимся в РФ. В 2006–2012 гг. ведущими причинами младенческой смертности являются состояния перинатального периода (61,0 %) и врожденные аномалии (17,9 %). Третье ранговое место с 2011 г. занимают прочие причины (8,3 %) (табл. 5).

Таблица 5

Структура причин младенческой смертности в Удмуртской Республике 2006 г., 2011 г., темп прироста 2012/2006 гг. (± %)

Причины смерти	2006	2011	2012 г.	2012/2006 (%)
Перинатальные состояния	54,5	46,0	61,0	+11,9
Врожденные аномалии	24,7	19,8	17,9	–27,5
Болезни органов дыхания	9,2	11,1	5,1	–44,6
Несчастные случаи	6,9	7,9	3,1	–55,1
Инфекции	3,4	3,9	4,6	+35,3
Прочие	1,3	11,3	8,3	+538,5
Всего по всем причинам	100,0	100,0	100,0	=

В динамике причин младенческой смертности к 2012 г. обращает на себя внимание увеличение частоты случаев смерти от состояний перинатального периода (на 11,9 % с 54,5 до 61,0 на 1000 родившихся живыми) и рост роли инфекций (на 35,3 % с 3,4 ‰ до 4,6 ‰) и снижение врожденных аномалий (на 27,5 %, с 24,7‰ до 17,9 ‰).

Мониторинг репродуктивных потерь (потерь продуктов зачатия) выявляет изменение структуры репродуктивных потерь, и прежде всего устойчивую тенденцию роста пренатальной составляющей при снижении опережающими темпами фетоинфантильных потерь (мертворождаемости и смертности детей первого года жизни).

Оценивая структуру репродуктивных потерь в динамике, надо отметить, что темпы снижения ранних потерь значительно отстают от темпов снижения младенческой смертности, причем особенно медленно снижается антенатальная гибель плода, доля которой в структуре мертворождаемости устойчиво возрастает. И основной задачей в снижении перинатальных потерь является сокращение антенатальной мертворождаемости путем улучшения пренатальной диагностики нарушений состояния плода как при амбулаторном наблюдении, так и в акушерском стационаре.

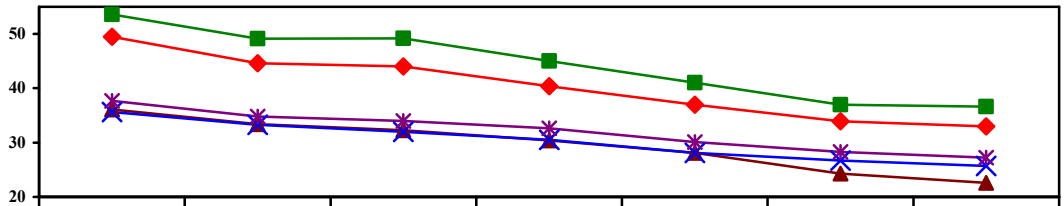
Ранние репродуктивные потери (продуктов зачатия) на протяжении 21 полной недели беременности: самопроизвольные выкидыши (О02 и О03), медицинский аборт (О04), внематочная беременность (О00).

Изменение структуры абортов в настоящее время характеризуют две противоположные тенденции: снижение количества криминальных абортов, рост спонтанных абортов, отражающий степень репродуктивного и соматического нездоровья популяции (в УР за 30 лет они увеличились в 1,7 раза).

По показателю абортов на 1000 женщин фертильного возраста Удмуртия в 1990-е годы входила в тройку «лидеров», и уровень абортов был стабильно выше показателя РФ в 1,5 раза. В 2006–2012 гг. снижение продолжалось (до 33,0 на 1000 женщин фертильного возраста в 2012 г.), но в УР уровень на 2012 г. остается выше среднефедеративного показателя на 28,9 % (в РФ 25,6 на 1000 женщин фертильного возраста) (рис.2).

Выявлено, что ситуация в Удмуртии с абортами имеет выраженную территориальную специфику. Это относится ко всему комплексу проблем, так или иначе определяющих частоту, способы, сроки, причины и последствия абортов.

Частота абортов у женщин сельской местности в Удмуртской Республике в 2006–2012 гг. стабильно ниже частоты прерывания беременности женщинами городов и показателя по ПФО, а с 2009 г. ниже и среднероссийского показателя (рис. 2).



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
УР всего	49,5	44,6	44,0	40,4	37,0	33,9	33,0
Города УР	53,6	49,1	49,2	45,0	41,0	37,0	36,6
Районы УР	36,1	33,4	32,3	30,4	28,1	24,3	22,6
РФ всего	35,6	33,3	32,0	30,5	28,1	26,7	25,7

Рис. 2. Показатель абортов по УР всего, город и село УР и РФ за 2006–2012 гг. (на 1000 женщин фертильного возраста)

За 2006–2012 гг. показатель абортов у девочек УР 10–14 лет снизился на 52,5 % и составил по 0,19 на 1000 девочек соответствующего возраста (в 2012 г. показатель в РФ – 0,16 ‰ и в ПФО – 0,17‰), а показатель абортов у девушек 15-19 лет на 1000 девушек соответствующего возраста за эти годы снизился на 47,1 % и составил 18,2 ‰ при 13,0‰ в РФ (в 2012 г.) и 13,3‰ – в ПФО. Превышение уровня абортов у девочек 10–14 лет и девушек 15–19 лет УР над средними показателями по РФ и ПФО является особо тревожным для Удмуртии.

Исследование динамики абортов по виду аборта выявило, что снижение их числа происходит неравномерно. В наибольшей степени за 2006–2012 гг. уменьшилось число абортов по социальным показаниям (доля в общем числе абортов снизилась в УР в 5 раз – с 0,5 % до 0,1 %; в РФ на 92,9 % – с 0,14 % до 0,01 %).

По темпам снижения за 2006–2012 гг. в УР на втором месте стоят аборты по медицинским показаниям: на 36,6 % снизилась доля в общем числе абортов (с 4,1 % в 2006г. до 2,6 % в 2012 г.) и на 58,0 % – показатель на 1000 женщин фертильного возраста (с 2,05‰ до 0,86‰). В РФ на втором месте по темпам снижения криминальные аборты – 67,8 % (снижение доли их с 0,087 % до 0,028 %). Доля зарегистрированных криминальных абортов в УР за 2006–2012гг. стабильно ниже показателей РФ и составляет 0,02–0,03 % и показатель на 1000 женщин фертильного возраста – 0,01.

Число самопроизвольных абортов в Удмуртской Республике, при общей позитивной динамике снижения уровня абортов, увеличилось за 2006–2012 гг. (показатель на 1000 женщин фертильного возраста вырос в 2,6 раза с 1,2 ‰ в 2006 г. до 3,1 ‰ в 2012 г.), доля среди всех абортов увеличилась в 3,7 раза (с 2,49 % до 9,3 %) при повышении доли самопроизвольных абортов в РФ в 2 раза. При этом доля неуточненных (внебольничных) абортов среди всех абортов в УР повысилась на 9,9 % (с 8,6 % до 9,4 %), а по РФ снизилась на 4,4 % (с 4,77 % до 4,56 %).

В исследуемые годы при оценке уровня показателя официальная статистика до 2012 г. не учитывала всех спонтанных абортов, поскольку в статистической форме ФСН №13 регистрировались лишь самопроизвольные аборты с кодом по МКБ-Х О03 и не учитывались «несостоявшиеся выкидыши», «ранняя гибель плода с задержкой в матке», «неразвивающаяся беременность» с кодом О02 по МКБ-Х. С учетом этих состояний реальное число спонтанных прерываний беременности увеличилось заметно за 2011–2012 гг. Благоприятная динамика общего числа абортов: снижение их (в том числе за счет неполной регистрации артифициальных коммерческих абортов) маскирует неблагополучие с самопроизвольными прерываниями беременности, выявляемое лишь при дифференцированном анализе абортов.

Оценивая невынашивание беременности как основную причину ранних репродуктивных потерь, следует признать, что профилактика и успешное лечение этой патологии является реальным резервом повышения рождаемости. В современных условиях в связи с предстоящим снижением рождаемости из-за сокращения численности репродуктивных контингентов женщин сохранение каждой желанной беременности (после исключения генетического фактора невынашивания) приобретает особое значение. В связи со значительным уровнем ранних репродуктивных потерь (потеря каждой 10-й беременности!), нарастанием факторов риска необходимы внедрение современных технологий и

разработка системы мер по их предупреждению, что является резервом повышения репродуктивного потенциала населения.

Этиология невынашивания чрезвычайно разнообразна и зависит от многих факторов. Методы диагностики и лечения большинства причин невынашивания разработаны и широко используются в практике. В то же время диагностика невынашивания иммунной природы остается недостаточно разработанной [17]. Поэтому случаи невынашивания иммунной природы, как правило, относят к случаям неясной этиологии. До 80 % случаев невынашивания неясной этиологии имеют иммунную причину.

Плод является генетически, а следовательно, и иммунологически чужеродным организму матери из-за наличия в его геноме отцовских генов. В соответствии с законами иммунологии плод должен быть отторгнут, так как фактически представляет аллотрансплантат. Несмотря на иммунологическую несовместимость матери и плода, беременной женщине в течение длительного времени удается поддерживать толерантность к плоду [18].

По данным ряда авторов, естественные антитела, являющиеся биологически активными молекулами, необходимы организму беременной женщины в строго определенных количествах и патологическое отклонение содержания многих показателей иммунной системы матери может вести к патологии беременности, включая привычное невынашивание, остановку развития беременности, гестозы и пороки развития плода и, как результат, репродуктивным потерям [17-19].

Поиск информативных методов с клинико-диагностической ценностью в постановке диагноза невынашивания беременности иммунной природы с возможностью контроля лечения сегодня становится наиболее актуальным в разработке дальнейших мероприятий по снижению репродуктивных потерь в Удмуртской Республике.

Выводы

1. Подъем уровня репродуктивных потерь при выраженных критических ситуациях в стране в УР регистрируется максимальный, превышающий аналогичные показатели по РФ в целом.
2. В годы минимальной рождаемости в УР (1995–1997 гг.) отмечался максимальный уровень репродуктивных потерь в республике. Отрицательный коэффициент корреляции между ними ($r = –0,90$) отражает выраженную связь количественных показателей интенсивности деторождения с качественными характеристиками степени жизнеспособности рождающегося потомства, детерминируемыми едиными социально-экономическими факторами.
3. Положительным результатом проведенных преобразований службы родовспоможения УР за 2006–2011 гг. явилось: снижение уровня материнской смертности на 45,1 %, младенческой смертности – на 46,3 % и перинатальной смертности – на 47,8 %, ранней неонатальной смертности − с 4,7 до 2,1 на 1000 родившихся живыми.
4. Рост показателей младенческой смертности, перинатальной смертности, ранней неонатальной смертности и мертворождаемости при переходе на новые критерии рождения (с 28 недель до 22-х; Приказ МЗСР № 1687 от 27.12.2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» (зарегистрирован в Минюсте РФ 15.03.2012 г. № 23490) в Удмуртии более выражен, чем в целом по РФ, что требует глубокого анализа и поиска решений в разработке мероприятий по снижению репродуктивных потерь.
5. Крайне неблагоприятным фактом для УР является увеличение числа самопроизвольных абортов в Удмуртской Республике за 2006–2012 гг. в 2,2 раза (с 545 в 2006 г. до 1183 в 2012 г.). В УР рост их доли среди всех абортов произошел более выраженный, чем по РФ, – в 3,7 раза и распространенности их в популяции – в 2,6 раза. При аналогичных условиях (изменение правил учета) по РФ выросло число самопроизвольных абортов на 32,7 % (с 168026 в 2006 г. до 222919 в 2012 г.), доля – в 2,8 раза и распространенность – на 43,2 %).

Неблагоприятная тенденция распространенности самопроизвольных абортов в УР требует разработки и внедрения современных технологий диагностики причин невынашивания беременности и совершенствования системы мер по предупреждению самопроизвольных абортов, что является резервом снижения репродуктивных потерь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байбарина Е.Н., Дектярев Д.Н. Перинатальная медицина: от теории к практике // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. 2013. Т. 58, № 5. С. 4.
2. Баранов А.А., Величковский Б.Т., Кучма В.Р. Реализация требований законодательства по предотвращению репродуктивных потерь – важная составляющая демографической политики государства // Российский педиатрич. журн. 2010. № 5. С. 4-7.
3. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы в демографическом развитии России. М.: Менеджер здравоохранения, 2012. 320 с.
4. Сухих Г.Т., Адамян Л.В. Охрана репродуктивного здоровья – важный раздел модернизации здравоохранения // Проблемы репродукции: спец. вып. 2012. С. 5-10.
5. Архангельский В.Н. К оценке резервов повышения рождаемости в России и ее регионах // Демографическое настоящее и будущее России и ее регионов : материалы Всеросс. науч.-прак. конф. М., 2012. С. 11-25.
6. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь. М.: Триада-Х, 2008. 128 с.
7. Сорокина З.Х., Байбарина Е.Н., Яковлева Т.В. Проблемы и приоритеты совершенствования качества медицинской помощи новорожденным детям. М.: ОАО «Типография «Детская книга», 2011. 236 с.
8. Суханова Л.П., Леонов С.А. Родовспоможение в России – состояние, тенденции развития, пути совершенствования // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. № 2. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/201/30/ (дата обращения 15.11.2010).
9. Цыбульская И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей. Тверь: ООО «Тверская городская типография», 2013. 288 с.
10. Кулаков В.И. Роль охраны репродуктивного здоровья населения России в решении демографических проблем // Врач. 2006. № 9. С. 3-4.
11. Суханова Л.П. Репродуктивный процесс в демографическом развитии России // Социальные аспекты здоровья населения. 2009. Т. 12, № 4. С. 9.
12. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. М.: ЮОО «Медицинское информационное агентство», 2010. 536 с.
13. Бурдули Г.М. Репродуктивные потери (причины, факторы риска, пути профилактики): автореф. дис … .д-ра мед. наук. М., 1998. 47 с.
14. Филиппов О.С., Гусева Е.В., Фролова О.Г. Итоги мониторинга материнской смертности в Российской Федерации в 2006 г. // Российс. вестн. акушера-гинеколога. 2008. Т. 8, №2. С. 9-12.
15. Фролова О.Г., Токова З.З., Пугачёва Т.В., Волгина В.Ф., Гудимова В.В., Макарова Е.Е. Методические подходы к изучению репродуктивных потерь. // Бюлл. НИИ соц. гиг., экон. и упр. здравоохр. 1999. Тематич. вып. С. 70-74.
16. Мухина Т.В. Некоторые аспекты репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женщин (по материалам пилотного обследования // Новые технологи в современном здравоохранении: сб. науч. тр. ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. М., 2007. Ч. 2. С. 96-100.
17. Черепанова Н.А. Клиническое значение уровней регуляторных аутоантител для оценки риска развития гестоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2008. 24 с.
18. Poletaev A.B., Morozov S.G. Changes of maternal serum natural antibodies of IgG class to proteins MBP, S100, ACBP14/18 and MP65 and embryonic misdevelopments in humans. Human Antibody. 2000. Vol. 9: 4. P. 216-222.
19. Ярилин А.А. Иммунология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 752 с.

Поступила в редакцию 30.08.14

N.N. Bushmeleva

REPRODUCTIVE LOSSES IN THE UDMURT REPUBLIC AND WAYS OF THEIR REDUCTION WITH INTRODUCTION OF NEW DIAGNOSTIC TECHNOLOGIES

The specific social and political significance of a problem of increasing fertility and reducing reproductive losses is determined by unfavorable demographic situation in Russia at the turn of the XX-XXI centuries, characterized by natural wastage and health deterioration. The purpose of this research is to find the reserves to reduce reproductive losses at the regional level. The author used the following methods: exploration analysis of reproductive and demographic situation in the Udmurt Republic in 1991-2012; estimation of somatic and reproductive health of women in the Udmurt Republic, especially the dynamics and structure of reproductive losses in the Udmurt Republic; study of the organization of obstetric-gynecologic service in the Udmurt Republic, search for reserves to reduce reproductive losses during the development of new diagnostic technologies.

The analysis of medical and demographic situation in Udmurtia revealed the need for improving the system of measures to reduce reproductive losses. The level and structure of reproductive losses in Udmurtia are higher than those for the

Russian Federation. In order to reduce reproductive losses and to improve health care at all stages of its provision the following steps are necessary: the creation of a unified system of obstetrics with the main perinatal center that uses all necessary organizational, diagnostic, healing and methodological technologies; coordination of activities of obstetric and pediatric services; improving the use of resources (material and technical base, personnel potential) in the form of developed legal documents regulating the phasing and routing of women care; improving the system of training and mid-carrier education of personnel working in the field of women's health and child welfare; software and information security for the organization and control of health care for women; establishment of a monitoring system for women with risk factors for reproductive losses and risk prediction of reproductive losses; improvement of preventative measures, as well as the introduction of new diagnostic technologies.

Keywords: reproductive losses; somatic and reproductive health of women; diagnostic of habitual noncarrying of pregnancy of immune nature.

Бушмелева Наталия Николаевна,
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры
акушерства и гинекологии ФПК и ПП,
ассистент кафедры общественного здоровья
и здравоохранения

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная
медицинская академия»
426034, Россия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281
E-mail: nnbush17@mail.ru

Bushmeleva N.N.,
Assistant of the Department of obstetrics
and gynecology Faculty training and retraining,
Assistant of the Department of Public Health
and Health

Izhevsk State Medical Academy
426034, Russiaia, Izhevsk, Communarov st., 281
E-mail: nnbush17@mail.ru