

мочи, 3 – заболевания, сопровождающиеся патологией глаз и умственной отсталостью, 4 – заболевания, сопровождающиеся поражением ЦНС и печени, 5 – заболевания, сопровождающиеся умственной отсталостью и судорожным синдромом, 6 – заболевания, сопровождающиеся психоневрологическими расстройствами и поражением кожи.

3-й этап – проводится внутригрупповая дифференциальная диагностика.

4-й этап – целенаправленное лабораторное обследование. Эффективность определяется тщательностью обследования на первых трех этапах [2].

Таким образом, на долабораторном уровне обследования использование

сугубо клинических признаков позволяет существенно сократить число нозологических форм для дифференциальной диагностики и определить характер последующих лабораторных исследований.

Литература

1. Баранов А.А. Диетотерапия при наследственных болезнях аминокислотного обмена. Методическое письмо / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Т.Э. Боровик [и др.]. – М., 2013. – 97 с.

Baranov A.A. Dietotherapy in hereditary diseases of amino acid metabolism. Methodical letter / A.A. Baranov, L.S. Namazova-Baranova, T.E. Borovik [et al.]. – M., 2013. – 97 p.

2. Барашнев Ю.И., Бахаров В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и на-

следственных заболеваний / Ю.И. Барашнев, В.А. Бахаров, П.В. Новиков. – М., 2004. – 560 с.

Barashnev Yu.I. Diagnosis and treatment of congenital and hereditary diseases / Yu.I. Barashnev, V.A. Baharov, P.V. Novikov. – M., 2004. – 560 p.

3. Приказ МЗ РФ от 29.12.2012 №1670н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при пропиевой ацидемии».

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation from 29.12.2012 №1670n «On approval of the standard of specialized medical care for children with propionic acidemia».

4. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по оказанию медицинской помощи больным пропиевой ацидезией. – М., 2013. – С 24.

Federal clinical recommendations (protocols) for the provision of medical care to patients with propionic acidemia. – M., 2013. – P. 24.

ОБМЕН ОПЫТОМ

DOI 10.25789/YMJ.2018.63.33

УДК 614.2:311.313(571.56)

А.А. Яворский

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АБОРТОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

В статье представлены результаты медико-статистического анализа аборт в РС(Я) за длительный период (1991–2015 гг.). Отмечены снижение уровня распространенности абортов и трансформация их структуры. В наибольшей степени снизился уровень абортов по социальным показаниям и зарегистрированных криминальных абортов. Отмечено увеличение доли самопроизвольных и неуточненных абортов в структуре всех видов абортов. Результаты проведенного корреляционного анализа подтверждают влияние репродуктивного поведения женщин на демографические процессы в Республике Саха (Якутия).

Ключевые слова: аборты, репродуктивные потери, демографические процессы.

The article represents the results of medical and statistical analysis of abortion in the Sakha Republic (Yakutia) for the long-term period (1991–2015). A decrease in the incidence of abortion and transformation of its structure has been noted. The level of abortions due to social indications and registered criminal abortions has decreased the most. An increase in the proportion of spontaneous and unspecified abortions in total ratio of abortion has been found out. The results of the correlation analysis confirm the influence of the women reproductive behavior on demographic processes in the Sakha Republic (Yakutia).

Keywords: abortions, reproductive losses, demographic processes.

Введение. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи населению является одной из важнейших задач Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Особое внимание в рамках подпрограммы «Охраны здоровья матери и ребенка» уделяется профилактике и снижению количества абортов. Приоритетность проводимых мероприятий определяется социально-демографическими процессами, характеризующимися устойчивой депопуляцией, постарением и ухудшением здоровья всех групп населения [3, 4, 6].

В современных демографических условиях проблема репродуктивных

потерь приобрела особую актуальность, так как, несмотря на сохраняющуюся тенденцию к снижению, аборты занимают ведущее место в реализации репродуктивной функции женщины и структуре репродуктивных потерь [1, 2, 5].

Целью проведенного исследования явился медико-статистический анализ динамики уровня распространенности и структуры всех видов абортов с последующей оценкой их влияния на демографические процессы в Республике Саха (Якутия).

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели в ходе исследования был проведен ретроспективный анализ динамики уровня распространенности и структуры абортов в Республике Саха (Якутия) за длительный период (1991–2015 гг.). Исходным материалом послужила форма государственного

федерального статистического наблюдения № 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 22 недель)» (n=25). Анализированы показатели частоты абортов из расчета на 1000 женщин фертильного возраста и 100 нормальных родов. Проанализированы показатели частоты абортов и их динамика в разных репродуктивных возрастных группах за анализируемый период. Сопоставлена динамика уровня абортов на ранних и поздних сроках прерывания беременности. Определена динамика абортов у первобеременных.

Для анализа взаимосвязи между репродуктивно-демографическими показателями и абортами проведен корреляционный анализ по Пирсону. За основу проведения анализа были взяты статистические данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Респуб-

блике Саха (Якутия) за 1990-2015 гг. Оценивалась сила и направление связи между переменными. Распределение количественных переменных подчинялось нормальному закону (p для критерия Шапиро-Уилка более 0,05).

Результаты и обсуждение. Изучение реализации репродуктивной функции в Республике Саха (Якутия) по итогам 2015 г. показывает, что 16 379 (59,3%) беременностей закончились родами, 11236 (40,7%) – абортами. Число аборт на 1000 женщин фертильного возраста в 2015 г. составило 46,2 (РФ – 23,8).

Для наиболее полного представления характера прерываний беременности проанализированы данные о самопроизвольных, искусственных и неуточненных прерываниях, в результате чего было выявлено изменение структуры видов прерываний беременности (рис.1).

Доля самопроизвольных аборт за анализируемый период увеличилась на 14%, неуточненных – на 5,7%, доля искусственных аборт уменьшилась на 19,2%. В 2015 г. в структуре аборт 21,0% составляли самопроизвольные, 7,9% – неуточненные, 4% – аборты по медицинским показаниям и 67,1% – легальные медицинские аборты.

Общее число аборт за 1991-2015 гг. уменьшилось с 30062 до 11236, преимущественно за счет медицинских легальных аборт, число которых сократилось на 64,7%.

При анализе уровня распространенности аборт по их виду обращает на себя внимание неравнозначная динамика темпов показателей. В максимальной степени снизился показатель аборт, имеющих наибольшую медико-социальную значимость – аборт по социальным показаниям и зарегистрированных криминальных.

Показатель распространенности аборт по медицинским показаниям за анализируемый период времени остается стабильным и составляет 1,8 на 1000 женщин фертильного возраста. Число неуточненных аборт увеличилось на 35,8% (рис.2).

Показатель распространенности самопроизвольного аборт как главного признака нарушения репродуктивного здоровья женщин повысился за 1991-2015 гг. с 7,5 до 10,1 на 1000 женщин фертильного возраста (ЖФВ) (табл.1). Доля спонтанного прерывания беременности в 2015 г. составила около 11% от числа беременностей, завершившихся родами.

В структуре сроков прерывания

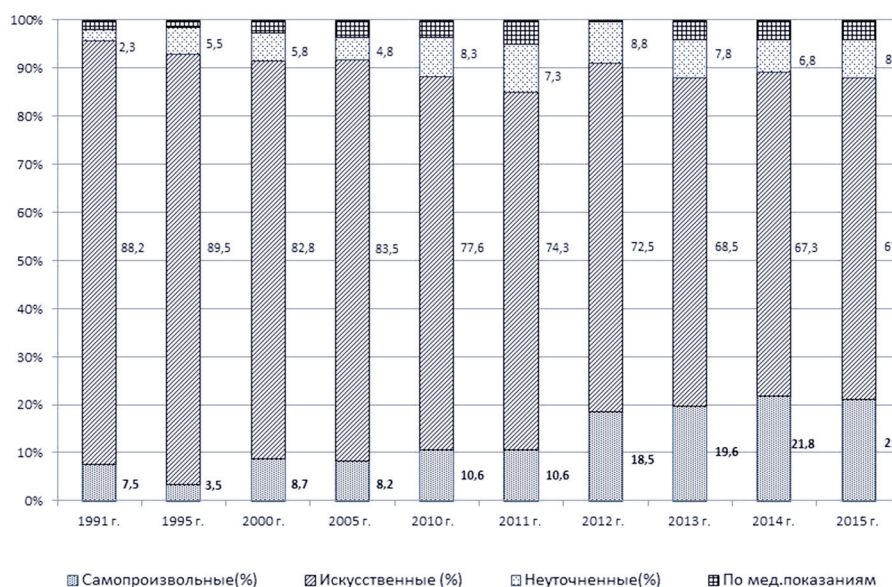


Рис.1. Структура видов прерывания беременности, %

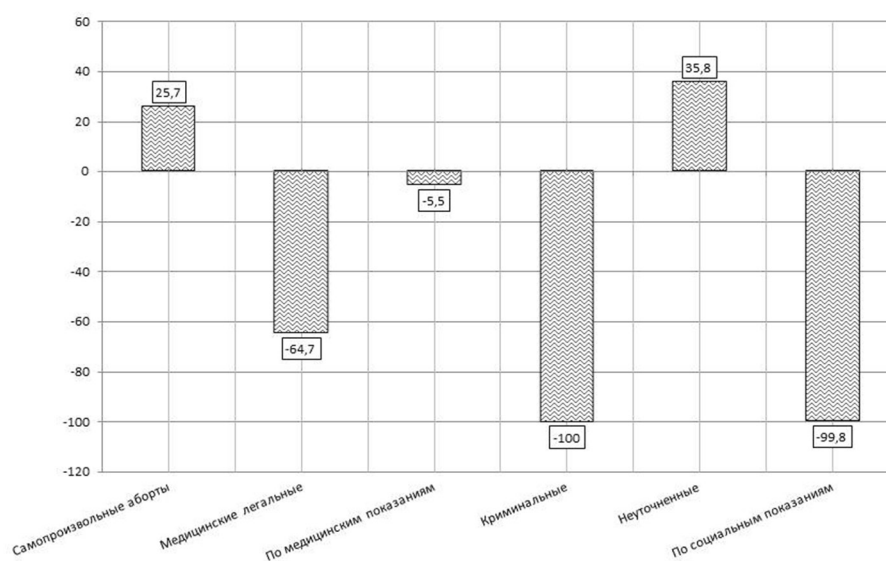


Рис.2. Темпы роста (убыли) показателей аборт за 1991-2015 гг., %

Таблица 1

Структура видов прерывания беременности в динамике

Аборты	1991	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Медицинские										
На 1000 ЖФВ	88,0	69,2	60,5	47,9	37,7	35,5	31,7	32,4	31,3	31,0
На 100 РЖМ	131,7	124,7	127,9	97,6	59,3	59,3	52,1	48,8	45,5	45,1
Самопроизвольные										
На 1000 ЖФВ	7,5	2,7	4,6	4,8	5,1	3,8	5,6	9,3	10,1	10,1
На 100 РЖМ	11,2	5,0	9,8	9,8	9	6,3	10,4	13,9	14,7	14,2
По соц. показаниям										
На 1000 ЖФВ	-	-	2,2	0,75	0,55	0,033	0,037	0,01	0,004	0,004
На 100 РЖМ			4,6	1,5	1	0,06	0,06	0,02	0,006	0,006
По мед. показаниям										
На 1000 ЖФВ	1,9	1,2	1,9	2,0	1,2	1,3	0,5	1,96	1,9	1,8
На 100 РЖМ	2,9	2,1	4,2	4,2	2,2	2,2	0,9	2,96	2,8	2,7
Неуточненные										
На 1000 ЖФВ	2,3	4,5	3,1	2,8	3,5	2,4	3,1	3,7	3,2	3,6
На 100 РЖМ	3,4	7,9	6,5	5,7	6,2	4,1	5,1	5,6	4,6	5,3
Криминальные										
На 1000 ЖФВ	0,4	0,07	0,03	0,003	0,003	0,003	0,003	0,02	0,01	-
На 100 РЖМ	0,6	0,12	0,07	0,007	0,006	0,006	0,006	0,02	0,02	-

беременности, начиная с 2012 г., имеется тенденция в росте прерываний беременности от 12 до 21 нед., количество прерываний до 12 нед. стабильно (табл.2).

Анализ аборт по методу прерывания беременности выявляет, что по-прежнему остается недостаточным использование наиболее безопасного медикаментозного метода прерывания беременности: в 2015 г. 31% от числа медицинских (легальных) абортов.

Анализ абортов по возрастному составу женщин возможен лишь с 1996 г., так как до 1995 г. в статистической форме № 13 женщины 20-34 лет были объединены в одну группу, на которую приходилось свыше 70% абортов.

В структуре возрастных групп наибольшее количество прерванных беременностей приходится на женщин от 20 до 34 лет, и в 2015 г. показатель на 1000 женщин соответствующего возраста составил 71,5 (2011г. – 71,6). Следующую позицию занимает возрастная группа от 35 и старше с показателем в 2015 г. 26,3 (2011 г. – 23,4) и от 15 до 19 лет в 2015 г. – 13,0; 2011 г. – 16,8. В возрастной группе до 15 лет показатель относительно стабилен и составил 0,2.

Изменения возрастной структуры абортов соответствуют изменениям возрастной структуры рождающих женщин («постарение возрастной модели рождаемости»), что вполне закономерно отражает единую тенденцию репродуктивно-сексуальной активности женского населения. Увеличивается доля возрастной группы 25-29 лет (с 22,4 до 28,9%) и 30-34 лет (с 21,1 до 24,5%), как среди прерывающих беременность, так и среди рожениц. Доля возрастной группы 35-39 лет не изменилась (15,3-16,6%).

При сопоставлении возрастных коэффициентов рождаемости (число родившихся детей на 1000 женщин соответствующего возраста) и возрастных коэффициентов абортов (число прерываний беременности на 1000 женщин соответствующего возраста) видно, что при однотипном характере кривых женщины в более молодом возрасте преимущественно рожают, чем прерывают беременность: до 34 лет показатель возрастных коэффициентов рождаемости существенно выше, чем показатель возрастных коэффициентов абортов. Кривая возрастных коэффициентов абортов более пологая, смещена вправо по возрастной оси, т.е. в возрасте старше 35 лет женщины чаще прерывают беременность, чем рожают (рис.3).

В 1991 г. в структуре всех исходов беременностей у 15–19-летних аборты составили 45%, а показатель на 1000 девушек этого возраста составил 52,

в 2015 г. этот показатель снизился до 12,7, аборты же стали составлять 27% от всех беременностей (рис.4).

В проведенном корреляционном

Таблица 2

Структура сроков прерывания беременности*, %

Сроки прерывания беременности	1991	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
До 12 нед.	92,5	93	89,1	94,6	95,2	95,2	95,9	95,2	95,1	95,5
12-21 нед.	5,3	5,2	8,4	3,9	3,1	3,0	4,1	4,8	4,9	4,5
22-27 нед.	2,2	1,8	2,5	1,5	1,7	1,8	-	-	-	-

*С 2012 г. Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 №1687 утвержденные медицинские критерии регистрации рождения с 22 нед. и массы тела плода 500 г (согласно перинатальным критериям, рекомендуемым ВОЗ).

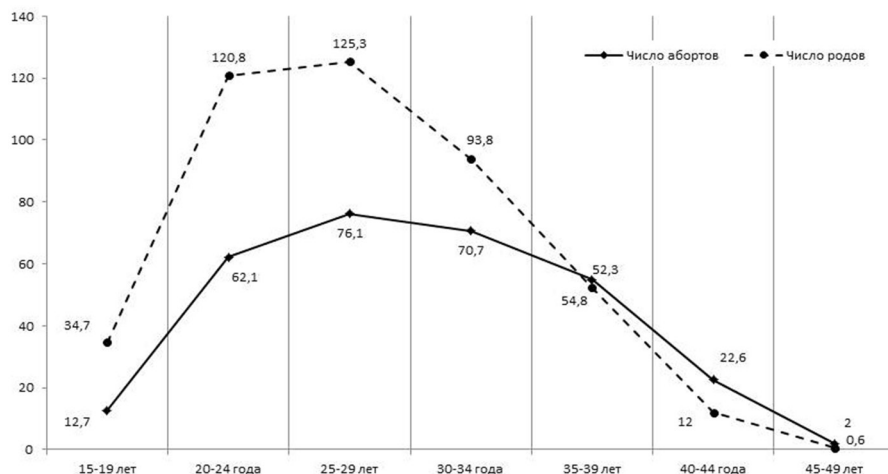


Рис.3. Сопоставление возрастных коэффициентов рождаемости и прерывания беременности в 2015 г. (на 1000 соответствующего населения)

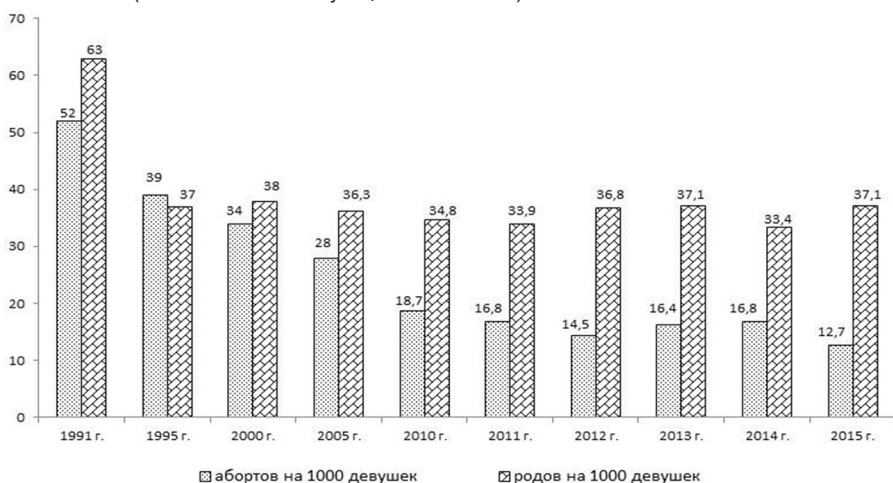


Рис.4. Соотношение распространенности родов и абортов среди подростков в возрасте 15-19 лет в 1991-2015 гг. (на 1000 соответствующего населения)

Таблица 3

Коэффициенты корреляции между показателями

Показатель	Абортов на 1000 ЖФВ	
	г	р
Общий коэффициент рождаемости, на 1000 населения	-0,816	0,001
Общий коэффициент плодовитости, на 1000 женщин 15-49 лет	-0,818	0,001
Суммарный коэффициент рождаемости	-0,630	0,028
Мертворожденные на 1000 РЖМ	0,640	0,025
Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	0,906	<0,001
Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми	0,887	<0,001
Естественный прирост на 1000 населения	-0,838	<0,001
Удельный вес нормальных родов от числа принятых родов	-0,660	0,023

Примечание. г – коэффициент корреляции Пирсона; р – достигнутый уровень статистической значимости.

анализе установлено, что с частотой абортот отрицательно коррелировали коэффициенты общей и суммарной рождаемости, общей плодовитости, доля нормальных родов и показатель естественного прироста. Увеличение общего числа абортот статистически значимо сопровождалось увеличением мертворождаемости. Показатели материнской и младенческой смертности, преждевременных родов, кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах положительно коррелировали с частотой абортот (табл.3).

Заключение. Таким образом, анализ динамики и структуры, официально зарегистрированных абортот выявил, что наблюдаемое снижение числа абортот сопровождается трансформацией их структуры в 1990-е гг. Высокая распространенность самопроизвольного прерывания беременности определяет значимость этой патологии в снижении репродуктивного потенциала населения.

Результаты проведенного корреляционного анализа подтверждают влияние репродуктивного поведения и здоровья женщин на демографи-

ческие процессы в Республике Саха (Якутия).

Литература

1. Бурдули Г.М. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. – М., 2008. – 128 с.
2. Burduli G.M. Causes and technology of analysis of reproductive losses / G.M. Burduli, O.G. Frolova. – M., 2008. – 128 p.
3. Бушмелева Н.Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регион (на примере Удмуртской Республики) [Электронный ресурс] // Н.Н. Бушмелева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – №4 (38). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/596/30/lang.ru/>.
4. Bushmeleva N.N. Reproductive losses and ways to reduce them in the region (the Udmurt Republic as an example) [Electronic resource] // N.N. Bushmeleva // Social Aspects of Population Health. – 2014. – №4 (38). – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/596/30/lang.ru/>.
5. Полунина Н.В. Итоги реализации национального проекта «Здоровье» в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях / Н.В. Полунина, В.В. Полунина, Л.В. Кудряшова, В.Н. Авсаджанишвили // Педиатрия. – 2012. – №3. – С. 21-26.
6. Polunina N.V. Results of the national project «Health» implementation in children's outpatient hospitals / N.V. Polunina, V.V. Polunina, L.V. Kudryashova, V.N. Avsadzhanishvili // Pediatrics. – 2012. – №3. – P. 21-26.

dryashova, V.N. Avsadzhanishvili // Pediatrics. – 2012. – №3. – P. 21-26.

4. Стародубов В.И. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России [Электронный ресурс] / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова, Ю.Г. Сыченков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – №4 (38). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/>.

Starodubov V.I. Reproductive losses as a medical and social problem in the demographic development of Russia [Electronic resource] / V.I. Starodubov, L.P. Sukhanova, Yu.G. Sychenkov // Social Aspects of Population Health. – 2014. – No.4 (38). – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/>.

5. Фролова О.Г. Пренатальная диагностика – важнейшая задача региональных программ модернизации здравоохранения / О.Г. Фролова, Л.П. Суханова, В.Ф. Волчина, Т.К. Гребенник // Акушерство и гинекология. – 2012. – №5. – С. 75-78.

Frolova O.G. Prenatal diagnosis as the most important task of regional programs of healthcare modernization / O.G. Frolova, L.P. Suhanova, V.F. Volgina, T.K. Grebennik // Obstetrics and gynecology. – 2012. – № 5. – P. 75-78.

6. Цыбульская И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей / И.С. Цыбульская. – Тверь: ООО «Тверская городская типография», 2013. – 288 с.

Tsybul'skaya I.S. Medical and social aspects of children's health formation / I.S. Tsybul'skaya. – Tver: LLC «Tver City Printery», 2013. – 288 p.

М.Б. Куцый, М.С. Карасев, Н.Ю. Владимирова, В.С. Гороховский, И.А. Стадникова, Н.В. Гришина, А.Г. Серебренников ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО ПРОТОКОЛА МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У ЖЕНЩИН С ВРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

DOI 10.25789/YMJ.2018.63.34

УДК: 618.36-007.274: 618.5-089.888.61

В статье отражен опыт трансфузионной терапии массивной акушерской кровопотери при операции кесарево сечение у женщин с вращением плаценты в период с 2016 по 2018 г. Представлен сравнительный анализ применяемых компонентов и препаратов крови по годам. Сравнительный анализ показал, что внедрение Европейского протокола массивной кровопотери позволяет добиться снижения среднего объема кровопотери, сокращения послеоперационных трансфузий, частоты проведения послеоперационной ИВЛ, а также сокращения времени пребывания пациенток в отделении реанимации.

Ключевые слова: массивная кровопотеря, акушерство, инфузионно-трансфузионная терапия.

The article reflects the experience of transfusion therapy in major obstetric bleeding during cesarean section among women with placenta percreta from 2016 to 2018. A comparative analysis of the applied blood components and blood products is presented in the article. The analysis has shown that integration of The European guidelines on management of major bleeding allows decreasing of the average volume of blood loss, reducing postoperative transfusions, reducing the frequency of postoperative mechanical ventilation, as well as reducing the time of stay in the resuscitation department.

Keywords: massive hemorrhage, obstetrics, infusion-transfusion therapy.

КГБУЗ «Перинатальный центр» Хабаровского края: **КУЦЫЙ Михаил Борисович** – к.м.н., доцент, зав. отд., mkutsyy@gmail.com, **КАРАСЕВ Михаил Сергеевич** – врач анестезиолог-реаниматолог, аспирант ФГБОУ ВО ДВГМУ МЗ РФ, fishop@mail.ru, **ВЛАДИМИРОВА Наталья Юрьевна** – д.м.н., проф., зам. гл. врача, проф. КГБОУ ДПО ИПКЗ, **СТАДНИКОВА Ирина Андреевна** – врач трансфузиолог, **ГРИШИНА Нина Викторовна** – врач анестезиолог-реаниматолог, nina.grishina1954@gmail.com, **СЕРЕБРЕННИКОВ Артур Геннадьевич** – врач анестезиолог-реаниматолог, **ГОРОХОВСКИЙ Вадим Семенович** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой ДВГМУ МЗ РФ.

Введение. Несмотря на интенсивное развитие медицинских технологий, материнская смертность в мире продолжает оставаться недопустимо высокой. Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает около 830 женщин в мире [2]. По оценкам ВОЗ, в 2015 г. примерно 303 000 женщин умерли во время и после беременности и родов [3].

Женщины умирают в результате развития осложнений во время и после беременности и родов, большинство из этих осложнений предотвратимы. Основным осложнением, приводящим к материнской смертности, является массивная кровопотеря [4]. Одним из основных факторов риска массивной кровопотери является вращение плаценты [1].