

Н.В. Саввина, А.А. Яворский, Е.А. Борисова,
Л.Н. Афанасьева, М.В. Платонова

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АБОРТОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 618.39:31(571.56)

В статье представлены результаты изучения динамики, структуры и общей характеристики аборт в Республике Саха (Якутия) за 1991–2011 гг., отмечены снижение общего числа аборт и трансформация их структуры. Для дальнейшего снижения числа аборт необходимо улучшение работы по их профилактике.

Ключевые слова: аборт, репродуктивное здоровье, рождаемость, репродуктивный возраст.

The article presents the analysis of newborns with tumoral and cystous neoplasms of various localization, observed in surgical department of the Pediatric center RHN№1-NCM MH RS (Y) from 1999 for 2012. The majority of tumors diagnosed prenatally, are not malignant. Malignant neoplasms were revealed in 18% of the newborns.

Keywords: newborns, tumors, cysts of abdominal cavity, neonatal oncology.

Введение. Медико-социальная значимость аборт определяется его высокой распространенностью, значительным удельным весом в структуре причин материнской смертности и гинекологической заболеваемости, в том числе бесплодия, а также частотой осложнений, существенно снижающих уровень репродуктивного здоровья женщин. При сохраняющейся тенденции снижения общего числа и показателей аборт частота их остается высокой [1,2,4]. Информация об уровне и динамике статистических показателей аборт в РС (Я) позволяет оценить деятельность органов и учреждений здравоохранения по профилактике аборт.

Целью исследования является проведение анализа динамики, структуры и общей характеристики аборт в РС(Я) по уровню показателей их на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 родившихся живыми и мертвыми.

Материалы и методы. Используются официальные статистические данные Территориального органа Федеральной службы госстатистики по Республике Саха (Якутия) по аборт за 1991–2011 гг.; проведен анализ динамики показателей аборт за указанный период.

Результаты и обсуждение. Изучение реализации репродуктивной

функции по итогам 2011 г. показывает, что 58,3% беременностей заканчиваются родами, 41,7% – аборт, из них 0,7% беременностей прерываются в сроке 22-27 недель. За 2011 г. в Республике Саха (Якутия) выполнено 11749 аборт, из них 3274 – мини-аборт (рис.1).

Согласно официальным статистическим данным (статистическая форма № 13 «Сведения о прерывании беременности в сроки до 28 недель»), за 1991–2011 гг. частота аборт в Республике Саха (Якутия) сократилась в 2 раза — с 149,5 до 72,6 на 100 родившихся живыми и мертвыми и с 100,0 до 45,4 на 1000 женщин репродуктивного возраста. Имеется тенденция и к изменению структуры видов прерываний беременности. Доля самопроизвольных аборт увеличилась на 4,3%, доля неуточненных аборт – на 3%, доля искусственных аборт уменьшилась на 7,3% (рис.2).

В республике преобладает прерывание беременности в сроке до 12 недель, и его абсолютное число снизилось за первое десятилетие нового века в 1,2 раза. Абсолютное число прерываний в сроке от 22 до 27 недель снизилось в 2,7 раза. В структуре сроков прерывания беременности имеется тенденция роста прерываний беременности до 12 недель (+10,3%), в то время как количество прерываний от 22 до 27 недель снизилось в 1,9 раза (таблица).

Общее число аборт за 1991–2011 гг. уменьшилось с 30062 до 10848, преимущественно за счет медицинских легальных аборт, число которых снизилось с 26389 до 8394 тыс., или на 72%. При анализе темпов снижения числа аборт по их виду обращает на себя внимание неравнозначная динамика показателей. В максимальной степени снизилось число аборт, имеющих наибольшую медико-социальную

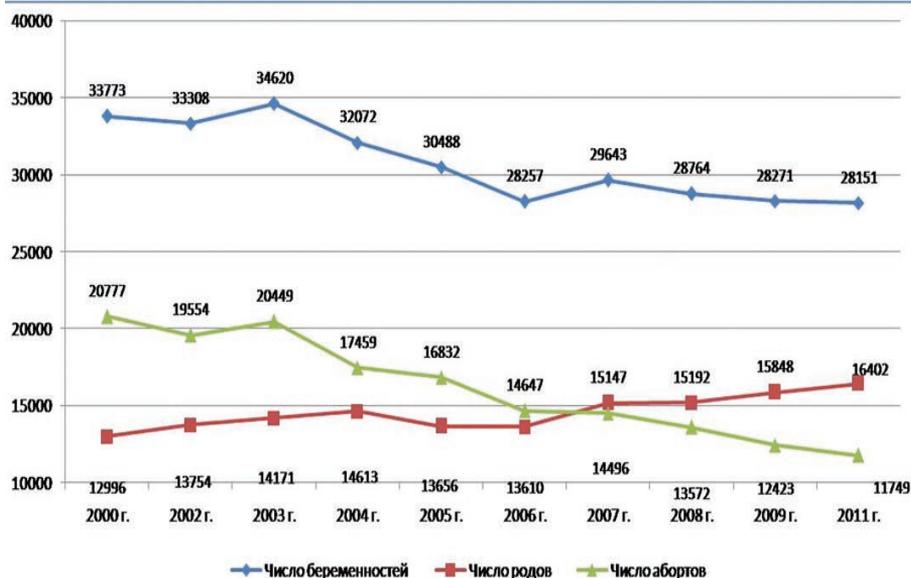


Рис.1. Реализация репродуктивной функции (в абс.ч.) в Республике Саха (Якутия) в динамике за 2000-2011 гг.

САВВИНА Надежда Валерьевна – д.м.н., проф., зав. кафедрой СВФУ им. М.К. Аммосова, padvsavvina@mail.ru; **ЯВОРСКИЙ Алексей Александрович** – аспирант ФПОВ СВФУ им. М.К. Аммосова, yavorskiy2011@mail.ru; **БОРИСОВА Елена Афраимовна** – к.м.н., директор ГБУ РС(Я) «Медицинский центр г.Якутска», bolenaff@yandex.ru; **АФАНАСЬЕВА Лена Николаевна** – к.м.н., руковод. ГКУ РС (Я) «УЗ г. Якутска при МЗ РС (Я)» lenanik2007@mail.ru; **ПЛАТОНОВА Майя Викторовна** – аспирант ФПОВ СВФУ им. М.К. Аммосова, mayka8585@mail.ru.

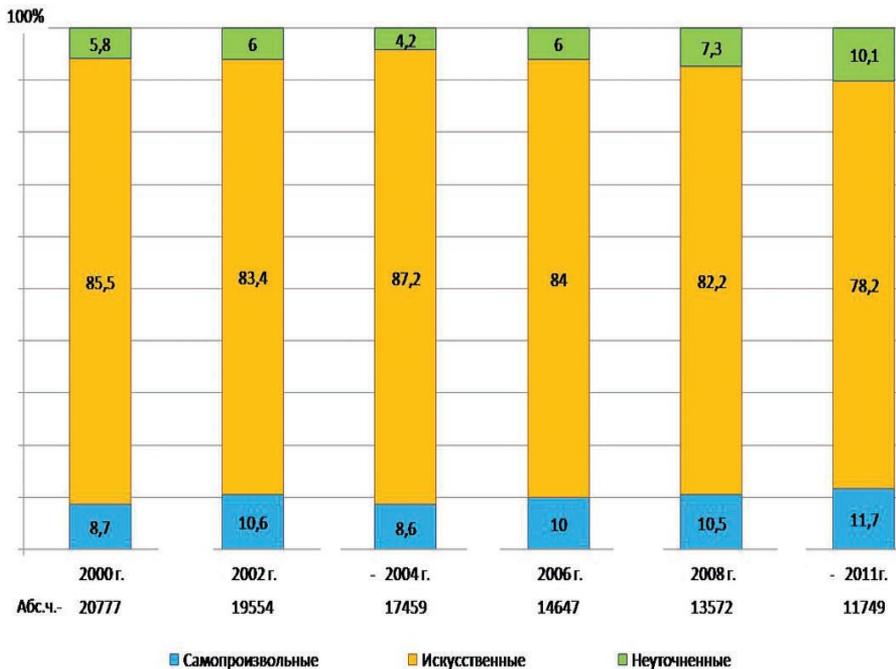


Рис.2. Структура видов прерывания беременности в Республике Саха (Якутия) в динамике за 2000-2011 гг.

Сроки прерывания беременности в Республике Саха (Якутия) в динамике за 2000-2011 гг. (в % к общему числу прерванных беременностей)

Сроки прерывания беременности	Год										
	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
До 12 недель	85,2	89,6	80,0	74,5	74,8	93,4	95,8	93,3	95,4	95,5	
22-27 недель	3,3	2,8	2,8	2,0	1,5	1,7	1,7	1,5	1,7	1,7	

значимость, – аборт по социальным показаниям (на 99,4%) и зарегистрированных криминальных (на 99,2%).

Сократилось число самопроизвольных абортов – на 48% за 1991–

2011 гг. – с 2262 до 1164. Показатель распространенности самопроизвольного аборта как главного признака нарушения репродуктивного здоровья женщин снизился за 2000–2011 гг. с 4,6 на

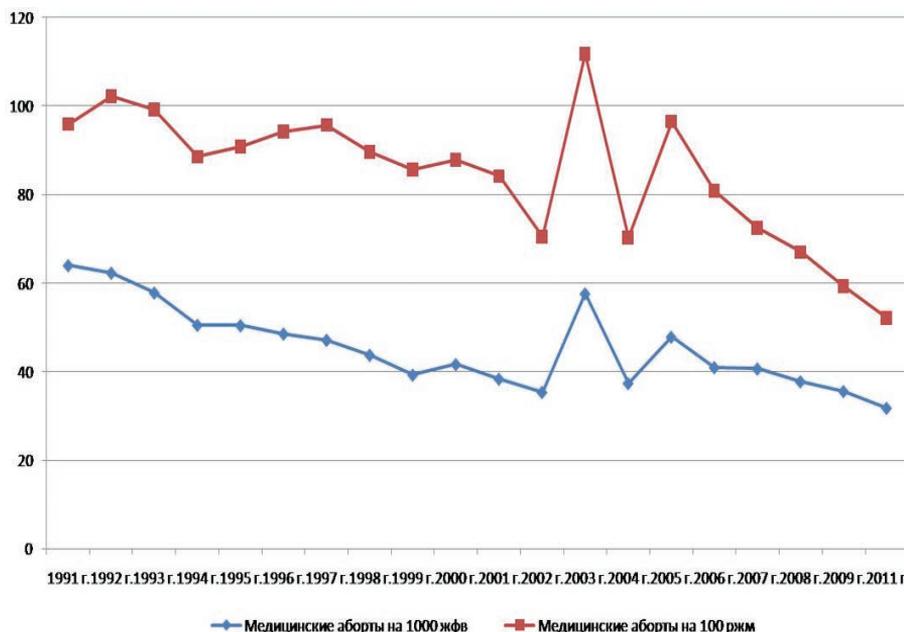


Рис.3. Динамика распространенности медицинских абортов (на 1000 женщин 15-49 лет) и частоты (на 100 родившихся живыми и мертвыми) в 2000-2011 гг.

1000 женщин фертильного возраста до 3,6. Этот показатель отражает снижение уровня репродуктивного здоровья современных женщин, чье рождение и период полового созревания пришлось на неблагоприятные 90-е гг. Неблагополучие ситуации с самопроизвольными абортами является наиболее важным фактором снижения репродуктивного потенциала населения. Сегодня доля спонтанного прерывания беременности составляет около 7% от числа беременностей, завершившихся родами.

Высокая распространенность самопроизвольного прерывания беременности имеет особую значимость сегодня, когда предстоит снижение рождаемости, и каждая беременность важна для сохранения репродуктивного потенциала населения России. Профилактика и успешное лечение невынашивания беременности являются при этом реальным резервом повышения рождаемости [3].

Снижение медицинских абортов отражает не только истинное уменьшение их числа, но и отсутствие регистрации «коммерческих» абортов (рис.3).

Особого внимания заслуживает сопоставление вынужденных абортов по медицинским и социальным показаниям. Динамика их в наибольшей степени обусловлена социально-экономическими факторами и отражает состояние здоровья, а также условия и качество жизни населения. Рост распространенности и частоты абортов по социальным и медицинским показаниям в течение 90-х гг. закономерен в связи с ухудшением здоровья и снижением социального статуса населения. Резкое снижение числа абортов по социальным показаниям произошло в 2003 г. в связи с сокращением Перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности с 13 позиций (согласно Приказу МЗМП РФ № 242 от 11.06.1996) до 4 (Приказ МЗ РФ № 484 от 14.10.2003) (рис.4). Снижение абортов по медицинским показаниям с 2008 г. обусловлено также введением соответствующего приказа, ограничившего материнские показания к прерыванию беременности (рис.5).

В 2011 г. в структуре абортов 11,7% составляли самопроизвольные, 10,1 – неуточненные, 5% – аборты по медицинским показаниям, 73,1 – легальные медицинские аборты.

Важным показателем в статистике абортов является число женщин, прерывающих первую беременность, что представляет собой максимальную опасность в плане последующих нарушений репродуктивного здоро-

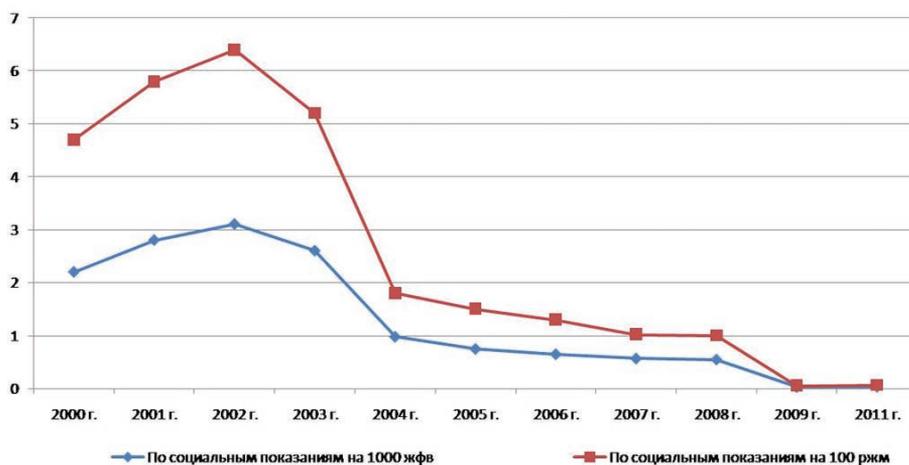


Рис. 4. Динамика распространенности абортов по социальным показаниям (на 1000 женщин 15-49 лет) и частоты (на 100 родившихся живыми и мертвыми) в 1991-2011 гг.

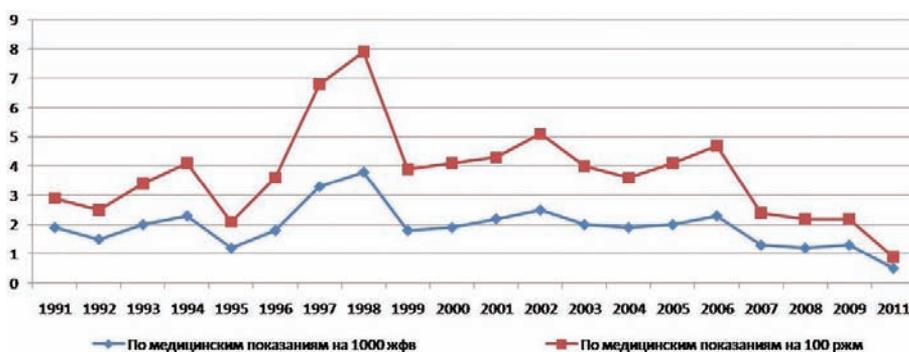


Рис. 5. Динамика распространенности абортов по медицинским показаниям (на 1000 женщин 15-49 лет) и частоты (на 100 родившихся живыми и мертвыми) в 1991-2011 гг.

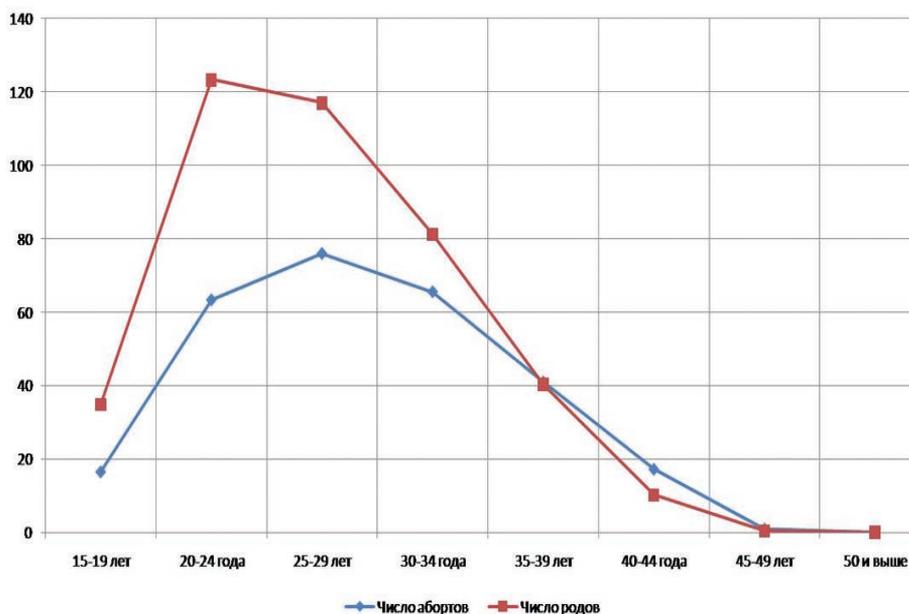


Рис. 6. Сопоставление возрастных коэффициентов рождаемости и коэффициентов прерывания беременности в 2011 г.

вья и развития акушерской патологии, вплоть до невынашивания беременности или бесплодия. Число первобеременных среди всех женщин, прерывающих беременность, составлявшее в 1991 г. 3,8% от числа всех абортов,

увеличилось до 10,5 в 1999 г. (год максимального неблагоприятного репродуктивных и демографических параметров) и снизилось в 2011 г. до 7,5%.

Анализ абортов по методу прерывания беременности методом выявляет, что

по-прежнему остается недостаточным использование наиболее безопасного медикаментозного метода прерывания беременности: в 2011 г. 1,4% от числа медицинских (легальных) абортов. Заниженный показатель медикаментозных абортов отражает лишь отсутствие регистрации медикаментозных «коммерческих» абортов, производимых в частных клиниках. При этом доля медикаментозных абортов является своеобразным «маркером» полноты регистрации искусственных прерываний беременности.

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, естественно, приходилось свыше 70% абортов. За последние 15 лет 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. Среди женщин, прерывающих беременность, увеличиваются доля в возрасте 20–24 лет (с 22,7% от общего числа абортов в 1996 г. до 24,2% в 2011 г.) и доля возрастной группы 25–29 лет (с 22,4 до 29,2% за те же годы), оказавшихся сегодня в «лидерах» среди прерывающих беременность, как и среди рожениц. Доля возрастной группы 30–34 лет в структуре абортов не изменилась (21,1 – 21%). Уменьшается доля женщин в возрасте 35–39 лет (15,3–14,4%).

При сопоставлении возрастных коэффициентов рождаемости (число родившихся детей на 1000 женщин соответствующего возраста) и возрастных коэффициентов аборта (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 ВКР (возрастной коэффициент родов) существенно выше, чем ВКА (возрастной коэффициент 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. 6).

Наиболее важным и значимым в возрастной структуре абортов является снижение удельного веса юного

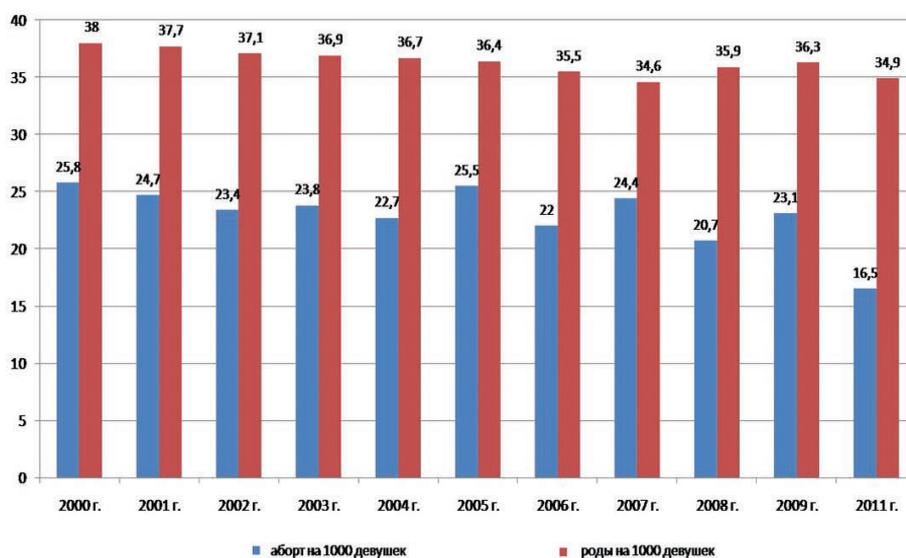


Рис.7. Сопоставление показателей распространенности родов и абортов среди подростков в возрасте 15-19 лет в 2000-2011 гг. (на 1000 соответствующего населения)

контингента (до 19 лет) среди прерывающих беременность с 6,7% в 1996 г. до 5,1% в 2011 г. в общей структуре абортов (рис.7).

Снижение распространенности абортов у подростков 15–19 лет произошло на 36% – с 25,8 на 1000 девушек данного возраста в 2000 г. до 16,5 в 2011 г. При этом темпы снижения абортов, рассчитанные по абсолютному их числу, были разными в зависимости от вида аборта.

В структуре «вынужденных» абортов по медицинским и социальным показаниям доля подростков, составлявшая в 2007 г. соответственно 16,6 и 27% от числа абортов соответствующего вида, снизилась до 3 и 25% в 2011 г. В структуре абортов у подростков уменьшилась доля самопроизвольных (с 6,0 до 4,8%), искусственных медицинских (с 7,5 до 4,6 %) и неуточненных внебольничных (с 10,6 до 5,6%).

Заключение. Анализ динамики и структуры абортов за 1991-2011 гг. выявил, что наблюдаемое снижение числа абортов сопровождается их трансформацией. Высокая распространенность самопроизвольного прерывания беременности определяет значимость этой патологии в снижении репродуктивного потенциала населения. Невынашивание беременности является одной из основных причин репродуктивных потерь, поэтому профилактика и лечение этой патологии являются резервом повышения рождаемости.

С целью снижения негативных последствий нежелательной беременности необходимо внедрение в широкую практику медикаментозного аборта как наиболее безопасного в сравнении с хирургическим. Это требует разработки соответствующей нормативно-правовой базы и медицинских стандартов, отсутствующих в настоящее время.

Для получения достоверных сведений об уровне и структуре абортов необходимо совершенствование статистики аборта, прежде всего обеспечение полной регистрации искусственных прерываний беременности в коммерческих учреждениях, а также включение в учитываемые самопроизвольные аборты прерываний беременности с кодом по МКБ-Х рубрики O02 наряду с учитываемой рубрикой O03. Для обеспечения контроля качества медицинской помощи при прерывании беременности необходимо ввести статистический учет сведений об осложнениях аборта в форму № 13.

Литература

1. Репродуктивное здоровье / В.Е. Радзинский.- М., 2011. -105 с.
Reproductive Health / V.E. Radzinsky. - Moscow, 2011. -105 P.
2. Сравнительный анализ абортов в Российской Федерации и регионах / М.П. Шувалова [и др.]// Акушерство и гинекология.- 2011.- №4.-С.85-88.
Comparative Analysis of Abortions in the Russian Federation and the Regions / M.P. Shuvalova [at al.] // Obstetrics and Gynecology. - 2011. - № 4. -p.85-88.
3. Стародубов В.И. Репродуктивные проблемы демографического развития России / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. – 320 с.
Starodubov V.I. Reproductive Problems of Demographic Development of Russia / V.I. Starodubov, L.P. Sukhanov // Moscow ID "Health Manager", 2012. - 320.
4. Шарапова О.В. Меры по профилактике и снижению числа абортов и материнской смертности в Российской Федерации / О.В. Шарапова, Баклаенко // Здравоохранение. – 2004. –№7. – С. 13–24.
Sharapova O.V. Measures for the Prevention and the Reduction of Abortions and Maternal Mortality in the Russian Federation / O.V. Sharapova, Baklaenko // Health Care. - 2004. - № 7. - pp. 13-24.