

— ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА —

УДК 614.1

DOI 10.25587/SVFU.2023.30.1.005

*Я. Н. Павлов, Н. В. Саввина***МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД
К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА И АРКТИКИ**

Аннотация. Проблеме контроля репродуктивных потерь населения в медико-социальном контексте изучения в отечественной литературе уделялось недостаточно внимания. Каждой стране и региону присущи свои особенности контроля динамики уровня данного показателя, включая новизну по исследованию медико-социальных процессов регионов Крайнего Севера и Арктики. Актуальность данной работы состоит в междисциплинарном комплексном подходе к анализу медико-социальных проблем репродуктивных потерь населения регионов Крайнего Севера и Арктики Российской Федерации. Для реализации междисциплинарного подхода интегрируется группа методов: 1) эпидемиологические – для выявления проблем профилактики, причин, условий и механизмов формирования заболеваемости с целью обоснования мер профилактики; 2) клиничко-статистические – для анализа случаев репродуктивных потерь; 3) антропометрические – для оценки физического развития; 4) социологические – для изучения социально-гигиенических условий жизнедеятельности, качества жизни, формирования репродуктивного поведения и репродуктивных установок; 5) статистические и математические – для выявления наличия и характера зависимостей и различий между признаками изучаемых явлений. Авторами сформирован и обоснован метод исследования «случай-контроль» и предложены стратегии относительно комплексной оценки репродуктивных потерь для достижения цели исследования – научно обосновать систему медико-социальных мероприятий по контролю репродуктивных потерь женщин репродуктивного возраста на основе его комплексной оценки.

Ключевые слова: репродуктивные потери населения, междисциплинарный подход, здоровье человеческого капитала, контроль репродуктивных потерь населения, Крайний Север, Арктика.

ПАВЛОВ Ярослав Николаевич – аспирант кафедры «Организация здравоохранения и профилактическая медицина» Медицинского института СВФУ имени М.К. Аммосова.

pyn5552007@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6959-7624>

PAVLOV Yaroslav Nikolaevich – Postgraduate student, Department of Healthcare Organization and Preventive Medicine, Institute of Medicine, Ammosov North-Eastern Federal University.

pyn5552007@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6959-7624>

САВВИНА Надежда Валерьевна – профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой «Организация здравоохранения и профилактическая медицина» Медицинского института СВФУ имени М.К. Аммосова.

nadvsavvina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2441-6193>

SAVVINA Nadezhda Valerievna – Professor, Doctor of Medical Sciences, Head, Department of Healthcare Organization and Preventive Medicine, Institute of Medicine, Ammosov North-Eastern Federal University.

nadvsavvina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2441-6193>

Ya. N. Pavlov, N. V. Savvina

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT OF REPRODUCTIVE LOSSES IN THE POPULATION OF THE FAR NORTH AND THE ARCTIC REGIONS

Abstract. Insufficient attention has been paid to the problem of controlling reproductive losses in the medical and social context of the population in literature. Each country and region has its own peculiarities of controlling the dynamics of the level of this indicator, including the novelty of studying the medical and social processes of the Far North and Arctic regions. The relevance of this work consists in an interdisciplinary integrated approach to the analysis of medical and social problems of reproductive losses of the population of the Far North and Arctic regions of the Russian Federation. To implement the interdisciplinary approach, a group of methods is integrated: 1) epidemiological – to identify problems of prevention, causes, conditions and mechanisms of morbidity formation in order to justify preventive measures; 2) clinical and statistical – to analyze cases of reproductive losses; 3) anthropometric – to assess physical development; 4) sociological – to study the socio-hygienic conditions of living, quality of life, the formation of reproductive behaviors and reproductive attitudes; 5) statistical and mathematical – to identify the presence and nature of dependencies and differences between the signs of the studied phenomena. The authors formed and justified the “case-control” research method and proposed strategies for a comprehensive assessment of reproductive losses to achieve the purpose of the study: to scientifically substantiate the system of medical and social measures to control reproductive losses in women of reproductive age on the basis of its comprehensive assessment.

Keywords: reproductive losses of the population, human capital, health of human capital, control of reproductive losses of the population, Far North regions, Arctic regions.

Введение.

Существующая на сегодня в регионах Крайнего Севера негативная демографическая ситуация, которая характеризуется ростом показателей убытия населения и ухудшением состояния его здоровья, определяет особую медико-социальную значимость проблематики повышения рождаемости и снижения репродуктивных потерь (РП). Учитывая это, сохранение каждой желанной беременности является главной медико-социальной задачей социальной политики региона в области организации здравоохранения.

Предоставление гражданам качественных услуг в сфере охраны репродуктивного здоровья соответствует плану и целям устойчивого развития, разработанному ООН на период до 2030 г. Несмотря на то, что повышению рождаемости мешают социально-экономический кризис и политическая нестабильность, понижение риска прерывания беременностей остается приоритетной задачей [1]. Однако до сих пор проблеме контроля репродуктивных потерь населения в отечественной литературе уделялось недостаточно внимания [2]. Проблема репродуктивных потерь, в частности потерь от мертворождений и абортов, посвящены многочисленные работы российских ученых [3, 4].

Материалы и методы.

Для реализации междисциплинарного подхода интегрируется группа методов:

- 1) эпидемиологические – для выявления проблем профилактики, причин, условий и механизмов формирования заболеваемости с целью обоснования мер профилактики;
- 2) клинико-статистические – для анализа случаев репродуктивных потерь,
- 3) антропометрические – для оценки физического развития;
- 4) социологические – для изучения социально-гигиенических условий жизнедеятельности, качества жизни, формирования репродуктивного поведения и репродуктивных установок;
- 5) статистические и математические – для выявления процентного соотношения выявленных признаков изучаемых явлений.

Таким образом, в статье сформирован и обоснован метод исследования «случай-контроль» и предложены стратегии относительно комплексной оценки репродуктивных потерь для достижения цели исследования – научно обосновать систему медико-социальных мероприятий по контролю репродуктивных потерь для женщин на основе его комплексной оценки. Расчетные данные собраны самостоятельно в ходе взаимодействия с Центром планирования семьи и родильным отделением Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Магаданский родильный дом» (МРД) с учетом данных форм N 043/у, N 003-1/У. Данные МРД отражают региональный срез проблемы, так как данное ГБУЗ является единственным родильным домом в Магаданской области.

Результаты и обсуждение.

Охрана репродуктивного здоровья определена в рамках региональной программы как приоритетная. В этих программных документах указано, что искусственное прерывание беременности и связанные с ним осложнения приводят к смерти почти каждой десятой женщины, которую можно было бы предотвратить; кроме этого, следует также учитывать аборт, выполняемые по медицинским показаниям вследствие выявленных значительных внутриутробных пороков развития плода (ВПР) [5]. Несмотря на постоянную тенденцию к снижению критического уровня рождаемости после принятия программы поддержки рождаемости, общее количество искусственных абортов в регионе достаточно высокое и составляет 21,1 на 1000 женщин детородного возраста, или 45,8 на 100 беременностей». В 2020 г. в регионе зарегистрировано 81448 абортов, из них у первобеременных – 9089 (в 2007 г. эти показатели были на уровне 201087 и 25257 абортов соответственно).

Среди женщин Крайнего Севера и Арктики всех возрастных групп за период 2008 – 2021 гг. рождаемость оставалась примерно на одном уровне (с небольшим подъемом к 45,90 в 2012 г.), а за период 2018 – 2020 гг. тренды в отношении всех возрастных групп Крайнего Севера и регионах и Арктики совпали: коэффициенты рождаемости имели тенденцию к снижению примерно на 0,40 – 32,00 % (табл. 1). Это снижение как в регионах Крайнего Севера, так и Арктики происходило прежде всего за счет возрастных групп до 19 лет и 20 – 34 года, а показатели в возрастной группе 35 лет и старше оставались примерно одинаковыми в регионах Крайнего Севера [3, 7, 9].

Следует указать, что общие тренды коэффициентов рождаемости в период 2008 – 2020 гг. практически во всех возрастных группах были отрицательными (кроме возрастной группы 35 лет и старше) и составляли от -12,10 % (20 – 34 лет – Арктика) и в -38,00 % (Крайний Север – 19 лет и меньше).

Таблица 1 – Распределение возрастных коэффициентов рождаемости в регионах Крайнего Севера и Арктики по сравнению с общенациональными данными за 2008 – 2020 гг. (на 1000 женщин соответствующего возраста)

Год	Регионы Арктики				Регионы Крайнего Севера			
	возраст, лет							
	15-49	≤ 19	20-34	≥ 35	15-49	≤ 19	20-34	≥ 35
	коэффициенты рождаемости							
2008	36,8	26,9	20,3	22,0	42,4	32,0	23,6	23,2
2009	37,4	24,4	20,6	24,1	43,1	31,2	24,2	25,5
2010	36,8	22,6	20,1	24,6	42,5	28,8	23,3	26,7
2011	37,6	21,4	20,4	26,9	43,6	28,1	23,7	29,4
2012	39,5	22,1	21,2	30,7	45,9	28,7	24,9	31,7
2013	39,3	21,4	21,2	30,3	45,0	27,2	24,4	32,7
2014	41,4	21,7	22,3	34,1	44,5	27,0	24,2	33,5
2015	36,7	22,5	20,1	24,6	42,2	28,7	22,3	26,2

2016	37,6	21,4	20,4	26,9	43,6	28,1	23,7	29,4
2017	39,5	22,2	21,3	34,7	45,2	28,6	24,2	31,7
2018	37,9	20,8	20,6	31,3	44,2	27,3	24,3	33,3
2019	37,0	19,6	20,4	30,8	42,7	25,3	23,7	33,6
2020	33,7	17,4	18,6	30,3	39,6	22,4	22,1	33,3

Следует указать, что в 2008 – 2020 гг. смертность детей 1-го года жизни характеризовалась постепенным снижением с 0,94‰ в 2008 г. до 0,73‰ – в 2012 г. и следующим резким увеличением за 2016 г. (0,97‰) и 2017 г. (0,98‰) (табл. 2) [3, 7, 9].

Таблица 2 – Рождаемость и смертность детей 1-го года жизни и показатели фертильности женщин в регионах Крайнего Севера и Арктики за 2008-2020 гг. (абс. ч.; на 1000 имеющегося населения)

Год	Количество живорожденных, тыс. чел.	Количество умерших детей в возрасте до 1 года и их распределение по полу			Смертность детей до 1-го года, ‰	Численность населения в регионах на 1 января текущего года, тыс. лиц	Суммарный коэффициент рождаемости на одну женщину
		оба пола	мальчики	девочки			
2008	9,8	254	129	125	0,94	2795,9	1,2
2009	9,8	252	157	95	0,93	2782,4	1,3
2010	9,5	243	131	112	0,92	2769,1	1,2
2011	9,6	234	133	101	0,89	2755,1	1,2
2012	9,9	203	123	80	0,75	2742,2	1,3
2013	9,7	195	100	95	0,73	2744,4	1,3
2014	10,1	268	164	104	0,97	2737,2	1,4
2015	9,2	248	159	89	0,98	2731,3	1,3
2016	8,9	178	108	70	0,74	2718,6	1,3
2017	8,0	164	101	63	0,75	2701,2	1,2
2018	7,3	139	87	52	0,70	2694,0	1,1
2019	9,6	203	123	80	0,75	2742,2	1,1
2020	9,7	195	100	95	0,73	2744,4	1,1

Следует указать на отрицательные тренды по всем исследуемым показателям с 2014 по 2020 гг.:

- 9,6 % – суммарный коэффициент рождаемости;
- 25,5 % – количество живорожденных детей до 1-го года жизни;
- 3,26 % – количество умерших мальчиков до 1-го года;
- 4,53‰ – количество умерших детей в возрасте до 1-го года и 5,84‰ – количество умерших девочек в возрасте до 1-го года.

Данные негативные показатели относительно высоких уровней смертности детей до 1-го года жизни связаны (в первую очередь) с крупными постоянно растущими уровнями впервые выявленных в регионах Крайнего Севера и Арктики ВПР плода, деформаций и хромосомных нарушений (от 3,20 тыс. на год в 2008 г. до 4,30 тыс. на год в 2021 г.), что указывает на необходимость более углубленного изучения этих данных.

Исследования показывают, что к высоким уровням РП приводят значительные ВПР плода. Наиболее тяжелые из них (множественные) могут быть несовместимыми с жизнью или могут привести к инвалидности. Своевременное выявление таких ВПР плода может снизить показатели перинатальной смертности за счет лечения; а своевременное консультирование специалистами медико-генетической службы должна предотвратить их появление или дать возможность родителям принять осознанное решение о прекращении беременности в связи с тяжелой патологией.

Количество пороков развития у новорожденных в регионах Крайнего Севера и Арктики в 2008 – 2020 гг. исследования составляло от 2,90 до 4,90 тыс. случаев в год и имело тенденцию к росту с 6,30 до 9,60 тыс. случаев за 2012 – 2018 гг. и снижение за 2018 – 2020 гг. с 9,60 до 8,10 (табл. 3). Данное снижение скорее всего было связано с уменьшением количества проведенных обследований. При этом нами также наблюдалось и довольно существенное увеличение выявленных медико-генетической службой в регионах Крайнего Севера и Арктики пороков развития плода еще до рождения. Так, было констатировано, что их количество увеличилось с 3,00 тыс. случаев в 2008 г. до 4,10 тыс. – в 2020 г. [3, 7, 9].

Таблица 3 – Количество внутриутробных пороков развития плода, выявленных во время беременности по данным медико-генетической и акушерской служб в регионах Крайнего Севера и Арктики за 2008-2020 гг. (тыс., %)

Год	Акушерская служба		Медико-генетическая служба				
	случаи пороков развития по факту рождения, тыс.	% от национального показателя	выявлено пороков развития еще до рождения, тыс.	из них впервые установлены с помощью методов, тыс.			
				молекулярно-генетические и цитогенетические	биохимические	1-ый + 2-ой методы (отдельно от 1-го и 2-го)	с помощью УЗИ (вместе двумя службами)
2008	3,2	6,3	3,0	0,1	0,3	0,1	2,5
2009	3,2	6,2	2,9	0,2	0,4	0,05	2,3
2010	3,2	6,2	2,9	0,1	0,2	0,05	2,6
2011	3,6	6,5	3,2	0,2	0,1	0,1	2,8
2012	3,7	6,9	3,4	0,3	0,3	0,3	2,5
2013	3,8	6,9	3,6	0,2	0,4	0,2	2,8
2014	4,2	7,0	3,8	0,3	0,3	0,1	3,1
2015	7,8	8,6	4,4	0,4	0,5	0,25	3,3
2016	8,0	9,6	4,9	0,5	0,7	0,45	3,3
2017	7,3	8,4	4,3	0,3	0,4	0,6	3,0
2018	7,7	8,6	4,4	0,4	0,5	0,3	3,2
2019	7,2	8,3	4,4	0,4	0,5	0,25	3,3
2020	6,8	8,1	4,1	0,3	0,5	0,3	3,0

Так, выявление ВПР плода с помощью молекулярно-генетических и цитогенетических методов исследования увеличилось за исследуемый период с 0,10 тыс. случаев в 2008 г. до 0,30 тыс. – в 2020 г.; количество биохимических – с 0,30 тыс. до 0,50; при сочетании молекулярно-генетических с цитогенетическим и биохимическим – с 0,10 до 0,30 тыс (табл. 4). Более всего пороки развития плода выявлялись с помощью наименее затратного и более быстрого метода ультразвуковой диагностики, при котором наблюдалось увеличение выявления внутренних пороков развития у 2,50 тыс. в 2008 г. и 3,00 тыс. – в 2020 г. Было определено, что средний процент вноса в регионах Крайнего Севера и Арктики в общенациональной статистике применительно к порокам развития плодов до 28 недель внутриутробного развития составил за анализируемый период 7,89 % [3, 7, 9].

По данным мировых исследований, рост количества внутренних пороков развития – общий мировой и отечественный тренд, который не связан с увеличением количества обследований, а определяется увеличением количества самих пороков развития, происходит по ряду причин, связанных с генетическими факторами.

Согласно проведенному исследованию (табл. 4) установлено, что в течение исследованного периода (2008 – 2020 гг.) количество выявленных пороков развития плода увеличилось практически в три раза (с 113 в 2008 г. к 318 – в 2020 г.).

Таблица 4 – Внутритробные пороки развития плода до 28 недель, выявленные во время беременности с помощью ультразвуковой диагностики в регионах Крайнего Севера и Арктики за 2008-2020 гг. (абс. ч.; %)

Год	Пороки развития (случаев)											
	ЦНС	почек и мочевыводящих путей	скелета (хондродистрофии)	органов пищеварения	передней брюшной стенки	сердца и сосудов	кистей и стоп	лицо	множественные пороки	неуточненные	общее количество	% от общего количества общеросс. показателя
2008	23	13	3	4	12	5	1	2	19	31	113	3,4
2009	37	13	4	1	9	37	3	3	22	42	171	5,5
2010	40	29	7	4	8	31	4	3	32	50	208	6,8
2011	32	23	7	2	5	44	1	10	35	67	226	6,7
2012	38	20	6	7	8	52	2	8	41	65	247	6,7
2013	53	27	8	8	12	60	5	11	33	68	285	7,7
2014	28	30	6	3	17	70	5	6	59	86	310	8,6
2015	46	23	3	0	9	61	4	6	47	92	291	9,3
2016	36	23	8	12	4	40	3	9	40	94	269	9,2
2017	62	34	6	12	6	72	1	11	49	93	346	11,6
2018	28	30	6	3	17	70	5	6	59	86	310	8,6
2019	46	23	3	0	9	61	4	6	47	92	291	9,3
2020	35	26	8	5	3	83	3	10	58	87	318	11,3

Нами было констатировано нарушение развития почек и мочевыводящих путей (9,38 %), передней брюшной стенки (3,3 %), лица (2,8 %) и скелета (хондродистрофии – 2,4 %), органов пищеварения (2,1 %), кистей и стоп (1,2 %), что соответствует полученным ранее данным при проведении исследований в России (рис. 1).

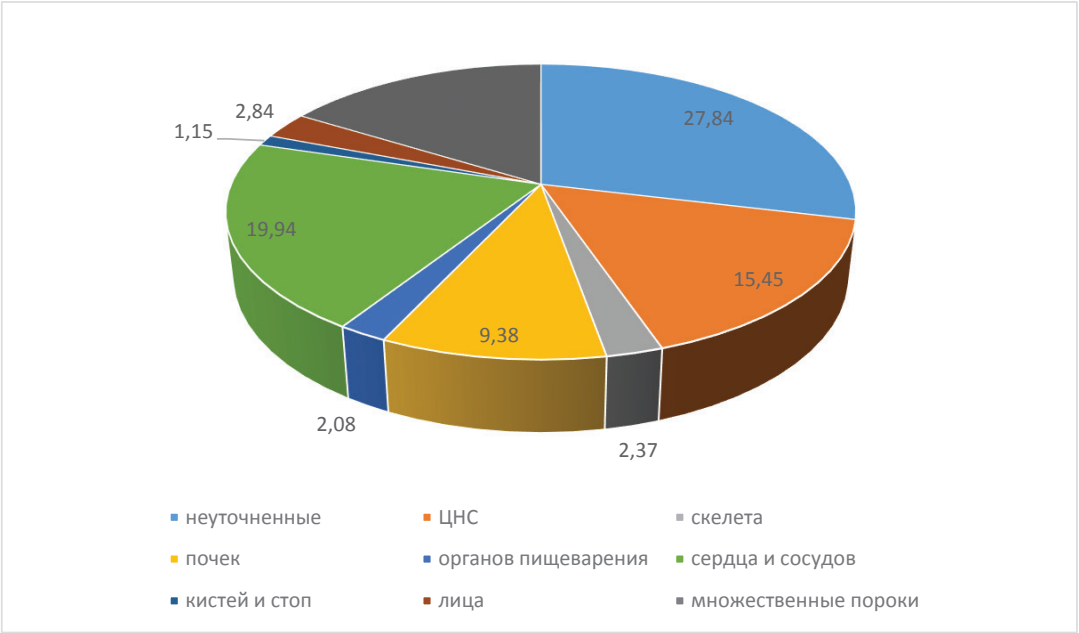


Рис. 1. Распределение внутриутробных пороков развития плода до 28 недель, выявленных во время беременности с помощью ультразвукового исследования в регионах Крайнего Севера и Арктики за 2008 – 2020 гг.

За исследованный период (2008 – 2020 гг.) отмечена устойчивая тенденция к снижению количества аборт в рассматриваемых регионах. Тенденция к снижению на общенациональном уровне нарушалась резкими подъемами спонтанных и медицинских (по поводу замершей беременности) аборт за 2014 – 2015 гг. (соответственно на 14,5; 0,6 и 0,9 % – спонтанные и соответственно на 11,0; 4,4 и 5,5 % – медицинских и самопроизвольных за тот же период в регионах Крайнего Севера и Арктики (на 43,3 % и 5,5 %). Спонтанные и медицинские аборт от всего количества занимали весьма значительную часть. Так, в регионах Крайнего Севера и Арктики за исследуемый период (2008 – 2020 гг.) количество спонтанных аборт колебалась в интервале от 5,9 % до 7,3 % от общего количества; а медицинских (по поводу замершей беременности) – от 11,1 % до 20,0 %. На общенациональном уровне количество спонтанных аборт колебалось в интервале от 7,6 % до 13,6 %; а медицинских – от 10,5 % до 20,5 % (табл. 5).

Таблица 5 – Количественные показатели отдельных видов аборт у женщин в регионах Крайнего Севера и Арктики по сравнению с общенациональными данными за 2008-2020 гг. (тыс.; %)*

Год	Крайний Север					Арктика				
	Аборты									
	все	спонтанные		медицинские		все	спонтанные		медицинские	
		тыс.	%	тыс.	%		тыс.	%	тыс.	%
2008	7661	557	7,3	1127	14,7	201087	15325	7,6	21022	10,5
2009	6761	459	6,8	848	12,5	181064	13863	7,7	20275	11,2
2010	6734	431	6,4	749	11,1	164467	14443	8,8	20209	12,3
2011	6845	420	6,1	1073	15,7	156193	16535	10,6	22426	14,4
2012	6214	415	6,7	1055	16,9	141396	16640	11,8	23412	16,6
2013	6104	448	7,3	1221	20,0	137976	16787	12,2	24691	17,9
2014	5876	376	6,4	1089	18,5	109358	13387	12,2	19776	18,1
2015	5763	377	6,5	1058	18,3	101863	12771	12,5	19176	18,8

2016	5566	328	5,9	1008	18,1	96242	12417	12,9	18898	19,6
2017	5279	329	6,2	938	17,7	88844	11799	13,3	17891	20,1
2018	4732	283	5,9	812	17,1	81448	11062	13,6	16676	20,5
2019	5876	376	6,4	1089	18,5	109358	13387	12,2	19776	18,1
2020	5763	377	6,5	1058	18,4	101863	12771	12,5	19176	18,8

* Рассчитано нами

Отмечены отрицательные тренды за исследуемый период за всеми видами абортс. Так, тренды всеми видами абортс отмечены на уровнях –38,2 % (Крайний Север) и –27,8 % (Арктика); спонтанных – соответственно –49,2 % и 27,8 %; а медицинских – –28,00 % и –20,70 % (табл. 6)

Для уровней материнской и младенческой смертности (как и для показателей искусственных абортс) в последние годы также определяется тенденция к снижению в выбранных регионах, но эти показатели превышают аналогичные в мировых развитых странах в 2 – 3 раза и остаются еще достаточно высокими [6].

Таблица 6 – Факторы риска репродуктивных потерь у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом (абс. ч.; %)

Факторы риска	Абс. ч.	%
Возраст от 35 до 39 лет	48	24,0
Возраст старше 40 лет	28	14,0
Отягощенная наследственность РП	154	77,0
Инфекционно-воспалительные заболевания в анамнезе	173	86,5
Иммунные и гормональные нарушения в анамнезе	163	81,5
Аборты в анамнезе	162	81,0
Анатомические нарушения матки	129	64,5
Наличие коморбидной патологии	143	71,5
Генетические болезни у близких родственников	176	88,0
Табакокурение	184	92,0
Злоупотребление алкоголем	132	66,0
Сочетание курения и злоупотребления алкоголем	84	42,0
Неправильное питание	179	89,5
Малоподвижный образ жизни	143	71,5
Нарушения сна	155	77,5
Психоэмоциональные перегрузки на работе	128	64,0
Частые конфликты в семье	186	93,0
Среднее образование	129	64,5
Среднее специальное образование	57	28,5
Высшее образование	14	7,0
Низкие материальные доходы	98	49,0
Средние материальные блага	58	29,0
Высокие материальные доходы	44	22,0
Наличие семьи	128	64,0
Отсутствие брачных отношений (семьи)	72	36,0
Социальная адаптированность	139	69,5
Социальная дезадаптированность	61	30,5
Тяжелые и вредные условия труда	84	42,0

Известно, что в структуре материнской смертности преобладают экстрагенитальные заболевания, акушерская эмболия, преэклампсии, кровотечения, внематочная беременность, осложнения от применения анестезии и септические осложнения родов и послеродового периода

(табл. 6, 7) [7]. Среди медико-генетических причин этих заболеваний следует прежде всего обратить внимание на гестозы, которые мы берем во внимание при назначении генетических тестов женщинам с отягощенным акушерским анамнезом.

Из всех вышеуказанных имеющихся рисков роста РП следует уделять пристальное внимание именно невынашиванию (НВ), так как оно составляет довольно значительную долю РП среди населения регионов Крайнего Севера и Арктики. Это полностью подтверждается официальными статистическими данными относительно высокого риска возникновения хромосомных нарушений среди новорожденных в регионе, что обнаруживается при реализации программ генетического мониторинга населения региона.

Таблица 7 – Наличие коморбидной патологии у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом (абс. ч.; %)*

Сопутствующие заболевания	Абс. ч.	%
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта	84	42,0
Эндокринная патология (заболевания щитовидной железы, ожирение, сахарный диабет)	58	29,0
Заболевания верхних дыхательных путей	43	21,5
Артериальная гипертензия	48	24,0
Аутоиммунные заболевания (аутоиммунный тиреоидит, бронхиальная астма, гломерулонефрит, аллергические реакции)	34	17,0
Всего женщин с сопутствующими заболеваниями	143	71,5

* Рассчитано нами

По программам генетического скрининга новорожденных Магаданская область входит в тройку лидеров среди всех регионов Крайнего Севера и Арктики по количеству проведенных обследований на фенилкетонурию, гипотиреоз, муковисцедоз и адреногенитальный синдром. Генетические обследования женщин в регионах Крайнего Севера подтверждают корреляцию частоты и срока прерывания беременности: большинство беременностей (до 60,0 %) прерывается до имплантации; 8,0 – 10,0 % – на время от имплантации до начала активного органогенеза на 8 – 10-й неделе беременности и до 5,0 % – во втором триместре беременности. Большинство из этих прерываний беременностей связаны с повышением общей частоты хромосомной патологии среди мертво- и живорожденных и плодов.

Кроме генетических аномалий, по статистике акушерской службы, на НВ в регионах Крайнего Севера и Арктики существенно влияют врожденные и приобретенные пороки матки (фибриомы, полипы, эндометриоз и др.), бактериальный вагиноз, генерализованные инфекции, дисфункции щитовидной железы, гипо- или гиперсекреция лютеинового гормона, инфекции (например, по статистике 2020 г., среди инфекционных факторов НВ преобладали микоплазмы – 24,3 % в Арктических регионах и 22,1 % – в Магаданской области (у 18448 женщин в регионе и в 3466 – в области); хламидийная инфекция – 12,5 % и 13,1 % соответственно (10872 и 1638 установленных диагнозов); уреаплазма – 4,3 % и 3,9 %; TORCH-инфекция – 3,7 % и 5,2 %). Среди этих инфекционных причин НВ обращают на себя внимание несколько пониженные показатели микоплазменной и хламидийной инфекций (по мировой статистике примерно 25,0 % и 20,0 % случаев) на фоне повышенного количества невыясненных инфекционных причин (когда не определена инфекция, которая относится к частым причинам НВ), что свидетельствует о недостаточном уровне диагностического обследования беременных.

Обследование женщин на наличие этих инфекций в основном проводится в частных лабораториях за внушительную стоимость, поэтому количество таких обследований с установленной причиной НВ составляет 56,0 % в регионах Крайнего Севера и районов Арктики и 54,3 % – в Магаданской области, что весьма негативно влияет на уровень НВ, которые при

ликвидации инфекционного фактора (как главного установленного фактора НВ) может предоставить возможность родить здорового ребенка в 76,0 % случаев. Довольно высокий процент стоимости медицинских услуг подтверждается и статистикой ВОЗ, согласно которой около 80 % стоимости пациенты платят из собственных средств (для сравнения, в развитых странах этот показатель составляет 20,0 – 25,0 %, а прочие расходы возложены на страховые компании и бюджет).

На связь спонтанных аборт, замерших беременностей, внематочных беременностей, НВ и других РП по генетическим причинам указывают многочисленные литературные данные. Кроме этого, отмечаются факты ранней смертности ребенка, сниженной фертильности, высоких показателей НВ наследственного характера за возникновения генетических нарушений и синдромов. Неоптимальный для беременности возраст матери (до 19 лет и после 35 лет) также является фактором риска увеличения частоты генетических нарушений плода.

Заключение.

Современные медико-генетические исследования концентрируют свое внимание на региональных особенностях. Изучение случаев РП в региональном разрезе позволяет очертить круг возможных направлений контроля за основными медико-социальными и медико-генетическими проблемами:

- низкая информированность об использовании барьерной контрацепции, что приводит к увеличению инфекций, которые передаются половым путем и приводят к бесплодию 20,00 % супружеских пар в регионе;

- высокая частота незапланированных беременностей, которая также связана с недостаточной информированностью о контрацепции, экстренной контрацепции и недостаточное половое воспитание населения;

- высокая заболеваемость раком молочной железы и шейки матки (62,1 и 18,4 на 100000 женского населения региона соответственно), которая приводит к смерти женщин репродуктивного возраста;

- распространение у женщин трудоспособного возраста эрозии шейки матки (несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости с 20,1 на 1000 населения в 2008 г. до 17,5 на 1000 населения в 2021 г.), что уменьшает способность к наступлению оплодотворения и повышает риск НВ;

- опасность прерывания беременности на фоне тенденции к уменьшению таких аборт (в 2010 г. на один опасный аборт был проведен 3,7 безопасных, а в 2021 г. – на один опасный аборт проведен уже 7,3 безопасных), что является одной из основных причин вторичного бесплодия и существенно влияет на общий показатель РП;

- недостатки послеабортного консультирования, сопровождения в послеабортном реабилитационном периоде и послеабортной контрацепции, которые увеличивают риски повторного преждевременного прерывания беременности.

Главным в области охраны здоровья должно быть снижение количества самопроизвольных аборт и НВ, когда беременность желательна, но прерывается вследствие разнообразных причин нарушения развития плода.

Литература

1. Атарбаева, В. Ш. К вопросу гинекологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста / В. Ш. Атарбаева, С. Картабаев // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 1. – С. 1-4.
2. Адушев, М. Н. Демография и экономика России: зависимость, проблемы и возможности их решения / М. Н. Адушев // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. – 2021. – № 4(68).
3. Ежегодный отчет ЕМИСС. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: fedstat.ru/indicator/59685.

Дополнительные данные: ГИА Статистика. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/for_miac/LP_Suhanova_Rodovspomozhenie.pdf.

4. Коваленко, А. И. Демографическая проблема и медицина в глобальном пространстве / А. И. Коваленко, О. А. Шаршова // Амурский медицинский журнал. – 2020. – № 2(30). – С. 72-74.

5. Олина, А. А. Есть ли влияние невынашивания беременности на демографическую ситуацию? / А. А. Олина, Г. К. Садыкова // Фарматека. – 2019. – Т. 26. – № 6. – С. 26-30.

6. Перинатальные потери: проблемы, приоритеты, потенциал / Т. Ю. Пестрикова, Е. А. Юрасова, И. В. Юрасов [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2020. – № 3. – С. 114-119.

7. Перинатальная смертность по субъектам РФ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://gks.ru/bgd/regl/b18_106/IssWWW.exe/Stg/tab15.xlsx.

8. Рождаемость по федеральным округам РФ. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/for_miac/LP_Suhanova_Rodovspomozhenie.pdf

9. Статистический сборник Здравоохранение в России. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: resursor.ru/statisticheskij...v-rossii.

References

1. Atapbaeva, B. SH. K voprosu ginekologicheskoy zaboлеваemosti zhenshchin reproduktivnogo vozrasta / B. SH. Atapbaeva, C. Kaptabaev // Vestnik Kazahskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta. – 2020. – № 1. – С. 1-4.

2. Adushev, M. N. Demografiya i ekonomika Rossii: zavisimost', problemy i vozmozhnosti ih resheniya / M. N. Adushev // Regional'naya ekonomika i upravlenie: elektronnyj nauchnyj zhurnal. – 2021. – № 4(68).

3. Ezhegodnyj otchet EMISS. – [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: fedstat.ru/indicator/59685.
Dopolnitel'nye dannye: GIA Statistika. – [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/for_miac/LP_Suhanova_Rodovspomozhenie.pdf.

4. Kovalenko, A. I. Demograficheskaya problema i medicina v global'nom prostranstve / A. I. Kovalenko, O. A. SHarshova // Amurskij medicinskij zhurnal. – 2020. – № 2(30). – С. 72-74.

5. Olina, A. A. Est' li vliyaniye nevynashivaniya beremennosti na demograficheskuyu situaciyu? / A. A. Olina, G. K. Sadykova // Farmateka. – 2019. – Т. 26. – № 6. – С. 26-30.

6. Perinatal'nye poteri: problemy, priority, potencial / T. YU. Pestrikova, E. A. YUrasova, I. V. YUrasov [i dr.] // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. – 2020. – № 3. – С. 114-119.

7. Perinatal'naya smernost' po sub'ektam RF. – [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: gks.ru/bgd/regl/b18_106/IssWWW.exe/Stg/tab15.xlsx.

8. Rozhdaemost' po federal'nyim okrugam RF. – [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/for_miac/LP_Suhanova_Rodovspomozhenie.pdf

9. Statisticheskij sbornik Zdravooohranenie v Rossii. – [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: resursor.ru/statisticheskij...v-rossii.