
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ПРИМОРСКОМ КРАЕ

М.С. Тулупова, А.И. Чотчаева, М.Б. Хамошина

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Л.А. Кайгородова, Л.А. Несвяченная, В.Л. Стрельцова

Кафедра акушерства и гинекологии
Владивостокский государственный медицинский университет
пр. Острькова, 2, Владивосток, Россия, 690002

В связи с неблагоприятной демографической ситуацией в Российской Федерации (РФ) сохраняют свою актуальность вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин. Его региональные особенности необходимо учитывать при разработке региональных программ по оптимизации специализированной помощи беременным. В статье представлен сравнительный анализ основных показателей статистической отчетности РФ, Карачаево-Черкесской республики (КЧР) и Приморского края (ПК), характеризующих здоровье беременных женщин (Росстат, в динамике за 2005—2010 гг.). Выявлено, что, несмотря на улучшение большинства показателей, уровень их популяционного здоровья в РФ остается низким — у каждой третьей регистрируется анемия, у каждой пятой — болезни мочеполовой системы, у каждой десятой — болезни системы кровообращения. Особенностью КЧР является более высокая частота болезней щитовидной железы и венозных осложнений, имеющих тенденцию к росту, низкий уровень болезней мочеполовой системы, а также рост заболеваемости преэклампсией, эклампсией при более низкой общей частоте осложнений беременности отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами. Региональные показатели ПК, которые отличают более низкую частоту болезней системы кровообращения, венозных осложнений и стабильно низкий уровень осложнений беременности преэклампсией, эклампсией, в целом в большей степени отражают общероссийские тенденции. Проблемами, требующими принятия организационных решений, являются угроза прерывания беременности, половина случаев которой, независимо от региона, приходится на сроки 22—37 недель, и сахарный диабет, осложняющий течение гестации, заболеваемость которым в РФ и в ПК неуклонно растет, а в КЧР, несмотря на снижение, разброс показателя все еще соответствует общероссийскому.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, беременные женщины, региональные особенности здоровья населения.

В сложившейся в последние десятилетия демографической ситуации проблема охраны репродуктивного здоровья женщин РФ приобрела чрезвычайный характер. Это связано как с количественным снижением демографического резерва страны, так и со снижением уровня популяционного здоровья женщин репродуктивного возраста [1, 2, 7]. Несмотря на значительные успехи в области оптимизации организации помощи беременным женщинам, достигнутые в настоящее время, динамика структуры материнской смертности в РФ наглядно демонстрирует актуальность проблемы индивидуализации прегравидарной подготовки и ведения гестационного периода здоровых женщин и женщин, имеющих различные хронические заболевания [1, 6, 9]. Опыт, накопленный отечественным здравоохранением в последние десятилетия, свидетельствует, что для наиболее радио-

нального использования имеющихся ресурсов оказания лечебно-профилактической помощи необходимо учитывать региональные особенности формирования репродуктивного здоровья женщин, которые в масштабах территории могут существенно влиять на перинатальный исход [4, 5, 8, 12, 14, 16].

Цель исследования: выявить региональные особенности здоровья беременных женщин, проживающих в Карачаево-Черкесской республике и Приморском крае, и определить основные пути его оптимизации.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен сравнительный анализ основных показателей статистической отчетности РФ, Карачаево-Черкесской республики (КЧР) и Приморского края (ПК), характеризующих здоровье беременных женщин в 2005—2010 гг. (соответственно 1 — РФ, 2 — КЧР и 3 — ПК) [8]. Для статистической обработки данных использовали пакет прикладных программ STATISTICA 6.1 фирмы StatSoft Inc. (США). Достоверность различий оценивали с использованием критерия χ^2 . Различие между сравниваемыми величинами признавали достоверным при $p < 0,01$ [10].

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что за анализируемый период в РФ в 1,1 раза возросла доля беременных, поступивших на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности (соответственно 75,3% и 83,0%, $p < 0,01$), а удельный вес женщин, не состоявших на учете к моменту родов, напротив, снизился в 1,7 раза (с 3,7% до 2,1%, $p < 0,01$). Терапевтом были осмотрены в 2005 г. и 2010 г. соответственно 98,3% и 98,2% беременных ($p > 0,1$), при этом в динамике доля женщин, осмотренных в сроках беременности до 12 недель, существенно увеличилась (с 73,9% до 81,1%, $p < 0,01$). При оценке показателей, характеризующих организацию пренатального скрининга (данные 2010 г.), установлено, что ультразвуковым исследованием (УЗИ) в РФ были охвачены 98,3% беременных, из них у 1,09% выявлены врожденные пороки развития (ВПР) плода. Биохимическому скринингу подверглись только 68,8% женщин, подлежащих обследованию, при этом у каждой двадцатой (5,1%) были обнаружены отклонения от нормативных показателей.

В структуре угрозы прерывания беременности преобладала угроза прерывания в сроки до 22 недель — 52,1%, частота которой составила 19,1% (данные 2010 г.). Каждый четвертый случай (25,6%) приходился на сроки 22—27 недель (9,4% от числа закончивших беременность), каждый пятый (22,3%) — на сроки 28—37 недель (8,2% от числа закончивших беременность). Положительным моментом следует считать снижение в масштабах страны в 1,2 раза заболеваемости беременных отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами (соответственно 22,3% и 18,1% от числа закончивших беременность, $p < 0,01$), в том числе преэклампсией, эклампсией — в 1,5 раза (соответственно 2,09% и 1,44%, $p < 0,01$).

Наряду с отсутствием выраженной динамики венозных осложнений (соответственно 3,9% и 4,5%, $p > 0,01$) и стабильной частотой регистрации болезней системы кровообращения (10,6% и 10,3%, $p < 0,01$) за анализируемый период в РФ уменьшилась заболеваемость беременных женщин болезнями мочеполовой системы — в 1,1 раза (с 21,2% до 19,2%, $p < 0,01$), анемией — в 1,2 раза (соответственно 41,5% и 34,7%, $p < 0,01$), болезнями щитовидной железы — в 1,3 раза

(8,27% против 6,15%, $p < 0,01$). Вместе с тем частота сахарного диабета, осложнившего течение беременности, возросла в 2,3 раза (с 0,16% до 0,36%, $p < 0,01$).

На территории КЧР доля беременных, поступивших на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности, отражая тенденции в целом по стране, возросла в 1,1 раза (соответственно 70,4% и 79,3%, $p < 0,01$), однако оставалась стабильно ниже общероссийского показателя ($p_{1-2} < 0,01$). Число женщин, не состоявших на учете к моменту родов, уменьшилось с 3,99% до 1,89% ($p < 0,01$), различий с показателями по РФ не получено ($p_{1-2} > 0,1$). Соответственно 98,7% и 97,6% беременных были осмотрены терапевтом ($p > 0,1$), что не отличает регион от РФ в целом ($p_{1-2} < 0,01$), однако охват беременных осмотром терапевта в сроки беременности до 12 недель в КЧР оказался стабильно выше ($p_{1-2} < 0,01$) общероссийского показателя (соответственно 77,0% и 83,3%, $p < 0,01$). Охват беременных УЗИ (данные 2010 г.) в КЧР составил 94,6%, что ниже по сравнению с РФ ($p_{1-2} < 0,01$), при этом частота выявления ВПР плода у беременных региональных отличий не имела (1,63%, $p_{1-2} > 0,1$). Биохимическому скринингу в КЧР подверглись больше беременных (74,1%, $p_{1-2} < 0,1$), с идентичным общероссийскому результату (5,2%, $p_{1-2} > 0,1$).

Установлено, что для КЧР характерна стабильно более низкая частота осложнений беременности отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами (соответственно 9,5% и 9,1% от числа закончивших беременность, $p < 0,01$). Это вдвое меньше показателей в целом по стране ($p_{1-2} < 0,01$), что не исключает влияния эколого-географических особенностей зоны проживания [3]. Вместе с тем за анализируемый период существенно возросла частота преэклампсии, эклампсии (с 0,04% до 2,82%, $p < 0,01$), и если в 2005 г. республиканский показатель был в 52,5 раза ниже общероссийского ($p_{1-2} < 0,01$), то в 2010 г. он уже превышал его ровно вдвое ($p_{1-2} < 0,01$). Структура угрозы прерывания беременности в КЧР принципиально не отличалась от общероссийской ($p_{1-2} < 0,05$). Выявлено, что на сроки до 22 недель приходился каждый второй ее случай (46,8%, $p_{1-2} < 0,01$), что составило 16,9% от числа закончивших беременность ($p_{1-2} < 0,01$). Каждый четвертый случай (26,6%) приходился на сроки 22—27 недель (9,6% от числа закончивших беременность, $p_{1-2} > 0,1$), равно как и на сроки 28—37 недель (9,6% от числа закончивших беременность, $p_{1-2} > 0,1$).

Еще одну негативную тенденцию региона формируют болезни системы кровообращения, частота которых увеличилась в 1,3 раза (7,9% против 10,11%, $p < 0,01$), сравнявшись с показателем по РФ ($p_{1-2} > 0,1$). Следует отметить и стабильно более высокий ($p_{1-2} < 0,01$) уровень венозных осложнений у беременных (соответственно 5,5% и 7,1%, $p < 0,01$) и более выраженные темпы его роста. Вместе с тем заболеваемость анемией беременных женщин, проживающих в КЧР, за период 2005—2010 гг. уменьшилась в 1,3 раза, составив соответственно 40,6% и 32,3% ($p < 0,01$), в 2010 г. региональный показатель оказался ниже, чем в РФ ($p_{1-2} < 0,01$). Кроме того, в течение анализируемого периода в КЧР отмечена стабильно более низкая в сравнении с РФ частота болезней мочеполовой системы у беременных (15,3% против 13,4%, $p > 0,01$), хотя темп снижения этого показателя соответствует общероссийскому.

Выявлена четкая тенденция к снижению уровня региональной заболеваемости беременных сахарным диабетом, его показатель, в 2005 г. в 1,2 раза превышавший общероссийский ($p_{1-2} < 0,01$), к 2010 г. снизился (с 0,2% до 0,13%, $p < 0,01$) по сравнению с РФ в 2,8 раза ($p_{1-2} < 0,01$). Частота болезней щитовидной железы в КЧР имеет схожую с РФ динамику (соответственно 13,17% и 7,31%, $p < 0,01$), однако уровень ее стабильно выше такового в целом по стране ($p_{1-2} < 0,01$), а темп снижения превышает общероссийский ($p_{1-2} < 0,01$).

В регионе ПК выявлена самая выраженная динамика доли беременных, поступивших на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности, за анализируемый период — в 2005 г. она была существенно ниже, чем в целом по стране и в КЧР (66,0%, $p_{1-3, 2-3} < 0,01$). Вместе с тем в 2010 г. этот показатель вырос в 1,3 раза, обогнав КЧР и даже РФ (85,0%, $p_{1-3} < 0,05$, $p_{2-3} < 0,01$). Аналогичная динамика присуща удельному весу женщин, не состоявших на учете к моменту родов. Так, в 2005 г. он превышал общероссийский в 1,5 раза, а показатель КЧР — в 1,4 раза (5,67%, $p_{1-3, 2-3} < 0,01$). В 2010 г. доля женщин, не состоявших на учете к моменту родов, в ПК уже соответствовала общероссийской (2,12%, $p_{1-3, 2-3} > 0,1$).

Удельный вес женщин, осмотренных терапевтом, в ПК не имел выраженных различий с РФ и КЧР (соответственно 96,8% и 99,7%, $p_{1-3, 2-3} < 0,1$), однако следует отметить явную положительную динамику данного показателя, присущую только этой территории ($p < 0,01$). Более выраженные изменения в сравнении с РФ и КЧР ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$) претерпел и показатель охвата беременных осмотром терапевта в сроки беременности до 12 недель. В 2005 г. он был в 1,2 раза ниже по сравнению с тем и другим (63,8%, $p_{1-3, 2-3} < 0,01$), однако к 2010 г. доля беременных, поступивших на учет в женскую консультацию, в ПК возросла в 1,3 раза, опередив РФ и практически сравнявшись с показателем КЧР (82,4%, $p_{1-3} < 0,05$, $p_{2-3} < 0,01$). УЗИ в регионе проведено 99,4% беременным, это самый высокий из сравниваемых показателей ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$), при этом ВПР плода выявлены лишь у 0,75% женщин, что по сравнению с РФ меньше в 1,5 раза, по сравнению с КЧР — в 2,2 раза ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$). Уровень охвата биохимическим скринингом у беременных ПК также оказался максимальным, он превышал общероссийский в 1,2 раза, показатель в КЧР — в 1,1 раза ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$). Соответственно, и результативность последнего в регионе оказалась выше — отклонения при биохимических исследованиях обнаружены у 10,2% обследованных женщин ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$).

Динамика показателя заболеваемости беременных ПК отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами отражает общероссийские тенденции, однако темпы снижения регионального показателя (в 1,4 раза, $p < 0,01$) отличаются от РФ, и от КЧР. В 2005 г. он превышал общероссийский в 1,2 раза, а показатель КЧР — в 2,8 раза (26,6%, $p_{1-3, 2-3} < 0,01$). В 2010 г. заболеваемость беременных ПК отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами уже соответствовала общероссийской, также превышая уровень КЧР вдвое (18,7%, $p_{1-3} > 0,1$; $p_{2-3} < 0,01$). Выявлена характерная для региона стабильность показателя забо-

леваемости преэклампсией, эклампсией (соответственно 1,15% и 1,19%, $p > 0,1$), в противовес снижающемуся общероссийскому и растущему уровню заболеваемости в КЧР, в результате чего в 2010 г. в ПК отмечен самый низкий среди сравниваемых уровень осложнений беременности преэклампсией, эклампсией ($p_{1-3} > 0,1$; $p_{2-3} < 0,01$).

Структура угрозы прерывания беременности в ПК отличалась от общероссийской ($p_{1-3} < 0,01$). Удельный вес угрозы прерывания в сроки до 22 недель (данные 2010 г.) составил 45,3%, что ниже, чем в РФ ($p_{1-3} < 0,01$), но соответствует показателю КЧР и по структуре, и по частоте (17,2% от числа закончивших беременность, $p_{2-3} > 0,05$). Доля угрозы прерывания в сроки 22—27 недель оказалась самой высокой из сравниваемых показателей (28,2%, $p_{1-3, 2-3} < 0,01$), это осложнение у беременных, проживающих в ПК, наблюдалось чаще, чем в РФ, равно как и в КЧР (10,7%, $p_{1-3, 2-3} < 0,01$). На сроки 28—37 недель приходился более чем каждый четвертый случай (26,5%), или каждая десятая беременность (10,1%), что отличало регион от РФ, но соответствовало показателю КЧР ($p_{1-3} < 0,01$, $p_{2-3} > 0,1$).

В отличие от РФ и КЧР в ПК заболеваемость беременных болезнями системы кровообращения имела четкую тенденцию к снижению (соответственно 13,11% и 7,83%, $p < 0,01$). В 2005 г. этот показатель был самым высоким из сравниваемых, он превышал общероссийский в 1,2 раза ($p_{1-3} < 0,01$), а показатель КЧР — в 1,7 раза ($p_{2-3} < 0,01$). В 2010 г. заболеваемость беременных ПК болезнями системы кровообращения уже была в 1,3 раза ниже, чем в РФ и КЧР ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$). Вместе с тем ПК отличается самая низкая частота венозных осложнений (соответственно 2,6% и 2,9%), которую также характеризует отсутствие динамики, в отличие в РФ, где показатель за анализируемый период возрос в 1,2 раза, и КЧР, где он увеличился в 1,3 раза ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$). В 2010 г. заболеваемость беременных венозными осложнениями в регионе была в 1,6 раза ниже, чем в РФ, и в 2,5 раза ниже, чем в КЧР ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$).

Частота анемии у беременных женщин ПК снизилась в 1,8 раза (соответственно 39,4% и 22,3%, $p < 0,01$), что отражает общую динамику показателей. Вместе с тем темп ее снижения в регионе существенно превышал общероссийский (в 1,2 раза, $p_{1-3} < 0,01$) и республиканский (в 1,3 раза, $p_{2-3} < 0,01$), что, в конечном итоге, позволило в 2010 г. констатировать в ПК самый низкий из сравниваемых уровень заболеваемости беременных анемией, который в 1,5 раза ниже, чем в РФ, и в 1,4 раза ниже, чем в КЧР ($p_{1-3, 2-3} < 0,01$). Тренд заболеваемости беременных болезнями мочеполовой системы в целом отражает общероссийские тенденции, однако темпы ее снижения в регионе (в 1,4 раза, $p < 0,01$) существенно отличаются от РФ (в 1,1 раза, $p_{1-3} < 0,01$), что позволило региону, имевшему в 2005 г. уровень заболеваемости, соответствовавший РФ (21,4%, $p_{1-3} > 0,1$), в 2010 г. практически сравняться с КЧР (14,9%, $p_{2-3} < 0,05$).

Динамика заболеваемости беременных сахарным диабетом в ПК отражает общероссийские тенденции, ее уровень за анализируемый период удвоился (с 0,13% до 0,26%, $p < 0,01$), зеркально отражая тренд соответствующего пока-

зателя по КЧР ($p_{2-3} < 0,01$). В 2010 г. заболеваемость в регионе не имела различий с общероссийской ($p_{1-3} > 0,1$). Частота болезней щитовидной железы, осложнивших беременность, в ПК оставалась стабильно ниже показателей в РФ и в КЧР, в то же время соответствуя общему тренду к снижению (соответственно 4,36% и 2,27%, $p < 0,01$). В 2005 г. ее уровень в регионе был ниже общероссийского в 1,9 раза ($p_{1-3} < 0,01$), уровня в КЧР — в 3 раза ($p_{2-3} < 0,001$), в 2010 г. — соответственно в 2,7 раза ($p_{1-3} < 0,01$) и в 3,2 раза ($p_{2-3} < 0,001$).

В результате проведенного исследования можно заключить, что показатели, характеризующие здоровье беременных женщин РФ, за период 2005—2010 гг. в целом имеют положительные тренды, что выразилось в снижении заболеваемости беременных отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами, в том числе преэклампсией, эклампсией. Этому в значительной степени способствовала достоверная динамика показателей, характеризующих качество диспансерного наблюдения беременных, важность которого подтверждена многочисленными исследованиями [4, 6, 9, 15]. Вместе с тем, по данным 2010 г., у каждой третьей беременной РФ регистрируется анемия, у каждой пятой — болезни мочеполовой системы, у каждой десятой — болезни системы кровообращения. В масштабах страны значительную проблему, требующую принятия организационных решений, в настоящее время представляет угроза прерывания беременности, причем в ее структуре 47,9% приходится на долю преждевременных родов в сроках 22—37 недель, а из них больше половины (25,6%) занимает угроза прерывания беременности в сроках 22—27 недель, которая регистрируется у каждой десятой женщины РФ, завершившей беременность. Важность этой проблемы отражена в ряде публикаций последних лет [4, 9, 13, 17]. Несмотря на то, что в регионах КЧР и ПК доля преждевременных родов в сроках 22—37 недель в общей структуре угрозы прерывания существенно выше общероссийской (КЧР — 53,2%; ПК — 54,7%, $p_{1-2, 1-3} < 0,01$), в ней также половину (КЧР — 25,6%; ПК — 28,2%) составляет угроза потери беременности в 22—27 недель, которой, независимо от территории проживания, осложняется каждая десятая учтенная беременность (КЧР — 9,6%; ПК — 10,7%). Другой нерешенной проблемой, как подчеркивает ряд авторов [11, 12], остается сахарный диабет, осложняющий течение периода гестации, заболеваемость которым в РФ и в ПК неуклонно растет. Несмотря на то, что КЧР отличается снижением уровня заболеваемости сахарным диабетом, однако разброс показателя все еще соответствует общероссийскому.

К региональным особенностям здоровья беременных женщин, проживающих в КЧР, следует отнести стабильно более высокий уровень венозных осложнений и болезней щитовидной железы, а также более низкую частоту болезней мочеполовой системы. Территорию ПК отличает более низкая частота выявления у беременных венозных осложнений, анемии и болезней щитовидной железы. В целом динамика анализируемых показателей в ПК в большей степени отражает общероссийские тенденции, нежели в КЧР.

Особенностью КЧР является стабильно более низкая частота осложнений беременности отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами. Вместе с тем следует подчеркнуть такую неблагоприятную тенденцию, как рост частоты преэклампсии, эклампсии, показатель которой в 2010 г. вдвое превышал и обще-

российский, и показатель по ПК. В этой связи обращает на себя внимание более низкий удельный вес женщин, поступивших на учет в женскую консультацию, а также увеличение у беременных, проживающих в республике, частоты болезней системы кровообращения и венозных осложнений, поскольку на территории ПК, который отличает более высокая доля беременных, поступивших на учет в женскую консультацию, а также более низкая частота болезней системы кровообращения и венозных осложнений, регистрируется и низкий уровень осложнений беременности преэклампсией, эклампсией.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке системных региональных мер по оптимизации специализированной помощи беременным женщинам. Одними из приоритетных направлений следует считать активные лечебно-профилактические мероприятия на этапе прегравидарной подготовки, направленные на достижение стойкой ремиссии у женщин, страдающих хроническими заболеваниями, а также раннее взятие на учет и угрозометрическую диспансеризацию беременных с выделением групп высокого риска развития угрозы прерывания беременности, в том числе в сроках 22—27 недель.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [2] Гинекологическая заболеваемость и репродуктивные потери в России в первой декаде XXI в. / М.С. Тулупова, М.Б. Хамошина, А.С. Календжян, А.И. Чотчаева, А.Ю. Пастарнак // Вестник РУДН. — 2011. — № 5. — С. 280—283.
- [3] Государственный доклад «Об экологической ситуации в Карачаево-Черкесской Республике за 2011 год» — Черкесск, Управление охраны окружающей среды и водных ресурсов Карачаево-Черкесской Республики, 2012.
- [4] Калиновская И.И. Оптимизация организации родовспоможения в условиях мегаполиса: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2010.
- [5] Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2012.
- [6] Кукарская И.И. Профилактика и резервы снижения материнской смертности в Тюменской области: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2012.
- [7] Лебедева М.Г. Медико-социальные и социально-географические особенности формирования репродуктивного здоровья девушек-подростков: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2010.
- [8] Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Сборник статистических материалов. URL: <http://www.mednet.ru/ru/statistika/materinstvo-i-detstvo.html>
- [9] Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. — М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011.
- [10] Руководство по анализу деятельности учреждений здравоохранения муниципального уровня. — М.: ЦНИИОИЗ, 2008.
- [11] Сахарный диабет и беременность. Часть II. Диагностика и компенсация заболевания — ключ к успеху / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, С.В. Апресян, А.И. Чотчаева, М.С. Тулупова // Доктор.Ру. — № 9 (68). — Ч. 1. Гинекология. — 2011. — С. 43—48.
- [12] Тришкин А.Г. Резервы снижения перинатальной смертности в промышленном регионе (на примере Кемеровской области): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2012.
- [13] Факторы, влияющие на течение гестационного периода у женщин с угрозой прерывания беременности во втором триместре / А.И. Чотчаева, М.С. Тулупова, М.Б. Хамошина, И.А. Чакчурина // Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. — № 1 (69). — 2012. — С. 48—51.

- [14] Хамошина М.Б., Смирнова А.Ю., Заякина Л.Б. Пренатальная диагностика и факторы риска рождения ребенка с врожденными аномалиями в Приморском крае // Вестник РУДН. — 2009. — № 5. — С. 54—63.
- [15] Школа здоровья. Беременность. Руководство для врачей / С.А. Князев, М.Б. Хамошина / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
- [16] The experience of the reduction of the number of abortions and level of maternal death — rate of women-teenagers / M.B. Khamoshina, L.A. Kaygorodova, L.A. Nesvyachenaya, G.F. Pogorelova // The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. — 2008. — Vol. 13. — Suppl. 2. — P. 57—58.
- [17] The experience of use of unloading obstetric pessary for correction of isthmico-cervical deficiency in women from the group of the high risk of the miscarriages / M.B. Khamoshina, S.V. Sagaydachnaya, E.V. Novickaya, A.I. Chotchaeva / Reproductive BioMedicine Online (Abstracts of the 5th Congress of the World Association of Reproductive Medicine). — Vol. 20. — Suppl. 3. — October, 2010. (www.rbmonline.com). — S. 55.

REGIONAL FEATURES OF HEALTH OF THE PREGNANT WOMEN LIVING IN THE KARACHAEVO-CIRCASSIAN REPUBLIC AND PRIMORSKY KRAI

M.S. Tulupova, A.I. Chotchayeva, M.B. Hamoshina

Obstetrics and gynecology chair with a perinatologiya course

Medical faculty

People's Friendship University of Russia

Miklukho-Maklay str., 8, Moscow, Russia, 117198

L.A. Kaygorodova, L.A. Nesvyacheny, V.L. Streltsova

Obstetrics and gynecology chair

Vladivostok state medical university

Ostryakov Ave., 2, Vladivostok, Russia, 690002

Due to the adverse demographic situation in the Russian Federation (Russian Federation) keep the urgency questions of protection of reproductive health of women. Its regional features are necessary for considering when developing regional programs on optimization of the specialized help to pregnant women. In article the comparative analysis of the main indicators of the statistical reporting of the Russian Federation, the Karachaevo-Circassian republic (KChR) and Primorsky Krai (personal computer), pregnant women characterizing health (The Russian Federal Service of State Statistics, in dynamics for 2005—2010 gg is presented.) It is revealed that, despite improvement of the majority of indicators, level of their population health in the Russian Federation remains low — at every third anemia, at everyone a heel — diseases of urinogenital system, at every tenth — diseases of system of blood circulation is registered. Feature of KChR is higher frequency of diseases of a thyroid gland and the venous complications tending to growth, low level of diseases of urinogenital system, and also growth of incidence by a preeklampsiya, eklampsii at lower general frequency of complications of pregnancy hypostases, a proteinuria and gipertenzivny frustration. Regional indicators of the personal computer which distinguish lower frequency of diseases of system of blood circulation, venous complications and stably low level of complications of pregnancy a preeklampsiya, eklampsii, as a whole more reflect the all-Russian tendencies. The problems demanding adoption of organizational decisions, threat of interruption of the pregnancy, which half of cases, irrespective of the region are, it is the share of terms of 22—37 weeks, and the diabetes complicating a current of a gestatsiya, incidence which in the Russian Federation and in the personal computer steadily grows, and in KChR, despite decrease, disorder of an indicator still corresponds to the all-Russian.

Key words: reproductive health, pregnant women, regional features of health of the population.