

матки при беременности, биохимические механизмы //Вестн. Росс. академ. мед. наук.-2002.- №1.-С.31-37.

2. Резниченко Г.И., Резниченко Ю.Г., Ткаченко Ю.П. Гипофизарно-надпочечниковая система при беременности, осложненной фетоплацентарной недостаточностью //Здравоохран. Казахстана.- 1992.- №12.-С26-27.

3. McNulty W.P., Novy M.J., Walsh S.W. fetal and postnatal development of the adrenal glands in *Mus musculus* // Biol. Reprod.-1981.- №25.- P.1079.

## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ХРАНЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ

**А.О. Тетелютин, Н.С. Стрелков,  
Д.А. Малмыгин, Н.Н. Бушмелева,  
Т.А. Соколова**

*Ижевская государственная  
медицинская академия  
Ижевск, Россия*

Здоровье - важнейший интегральный показатель, отражающий взаимодействие социально-экономических, экологических, медико-биологических и демографических процессов в обществе. Уровень здоровья женщин зависит от медицинских факторов на 8-12% [1]. Неблагоприятное воздействие внешних факторов (общественная среда, экономическое состояние, экологические нарушения) на здоровье женщин фертильного возраста общепризнанно. Изменения, происходящие в окружающей среде, влияют на течение гестации, состояние и развитие внутриутробного плода и развитие

ребенка. Спектр сохранения здоровья женщин весьма разнообразен: это снижение числа женщин, не имеющих или утративших способность к деторождению, сохранение репродуктивного здоровья детей, подростков, женщин, безопасная половая жизнь при наличии доступного метода регуляции рождаемости, возможность безопасного вынашивания беременности, рождения здорового младенца, профилактика и лечение заболеваний [1].

### Материалы и методы

Исследование проводилось в два этапа. На первом – был проведен скрининг-опрос женщин репродуктивного возраста по специально разработанной анкете, на втором этапе из общего числа полученных и проверенных анкет на основе типологической и случайной выборки были сформированы две репрезентативные группы женщин, подлежащих комплексной оценке состояния здоровья. Математический аппарат включал альтернативный, вариационный, корреляционный анализ и математическое моделирование по теореме гипотез (формула Байеса).

Результаты и их обсуждение. Скрининг-опрос был проведен на выборочной совокупности. Опрошено 1920 женщин в возрасте 15-49 лет, что составило 28,4% от числа женщин детородного возраста. Среди опрошенных все проживали в сельской местности. Половина женщин была в возрасте наиболее благоприятном для рождения детей. Обращает внимание, что только 68,5% опрошенных были замужем, а 31,5% – одиночками, следовательно, репродуктивная функция у них просто не могла быть полностью реализована. По социальному положению 47,3% опрошенных были служащие, 24,5% – рабочие, 17,6% – учились и каждая десятая была домохозяйкой.

При анализе репродуктивной функции женщины установлено, что на 1 женщину приходилось 3,8 беременностей, из них 1,0 роды и 2,8 аборт. Аборты были в анамнезе у 65,8% опрошенных. Первая беременность закончилась родами у 65,6%, самопроизвольным абортom – у 5,5% и у 28,9% – артифициальным абортom. Фактически у каждой третьей женщины первая беременность закончилась абортom, что представляет угрозу для репродуктивного и соматического здоровья. Среди опрошенных 59,2% женщин сделали последний аборт в возрасте до 35 лет и 40,8% – после 35 лет.

Анализ причин абортов у замужних женщин показал, что на первом месте (25,0±8,1%) было неудовлетворительное материальное положение. Далее следует учеба и фактор «случайности», доля которых среди причин была одинакова – 20,8±7,8%. Плохие жилищно-бытовые условия заняли третье место (16,6±7,6%).

Для семей, имеющих 1 ребенка, расширять в дальнейшем семью не планировали 12,5±3,8% респонденток. Одинаковая доля женщин, ограничивающих размер семьи, указала на материальные трудности и чувство социальной нестабильности, неуверенности в завтрашнем дне (по 11,1±3,7%). Материально-экономические условия жизни неразрывно связаны с чувством социальной стабильности.

В группе женщин, имеющих 2 и более ребенка, у 37,8±7,2% на момент прерывания беременности формирование семьи уже закончено. Фактор «случайности» отметила каждая четвертая женщина, а жилищные проблемы каждая шестая женщина в браке. Из общего числа всех респонденток, троих детей имели лишь 3 женщины (1,4%).

Материально-бытовые условия жизни женщины во многом определяют ее отношение к

планированию семьи и являются важным фактором репродуктивного поведения. В нашем исследовании женщины, как одну из причин в прерывании данной беременности на втором месте указывали «материальные трудности» и на четвертом – «плохие жилищно-бытовые условия». Между материальным положением и числом абортов у женщин установлена сильная обратная связь, т.е. с ухудшением материального положения респонденток повышается количество абортов. Одной из причин прерывания беременности у 6,7±1,7%, респонденток, было плохое состояние здоровья, хотя при оценке здоровья доля таких лиц оказалась в 2 раза меньше (3,4%). По результатам опроса нами были изучены возможности сохранения женщинами наступившей беременности. Оказалось, что 42 из 100 опрошенных сохранили бы беременность при улучшении материальных условий, 16 из 100 опрошенных – при улучшении жилищных условий, 12 – при хорошем муже и улучшении семейных отношений. Математическое моделирование по формуле Байеса показало, что при улучшении материальной обеспеченности и жилищных условий рождаемость могла бы быть на уровне 17,0 на 1000 населения, при фактической рождаемости 11,1 на 1000 населения на территории хранения химического оружия. И только 10 женщин (0,5%) не хотели иметь ребенка ни при каких условиях, в основном это были одинокие женщины.

Поскольку опрос женщины проводился на выборочной совокупности, мы сочли необходимым рассчитать доверительные границы для распространенности причин абортов, чтобы нагляднее представить репродуктивные потери в районе в целом в связи с прерыванием беременности (таблица 1). Границы  $Mn$  и  $Mx$  часто-

ты причин абортов рассчитывались по формуле  $P \pm 2m$ , что обеспечивает 95,5% вероятность распространённости их в генеральной совокупности. Эта вероятность является достаточной для обычных медицинских и социально-гигиенических исследований.

Таблица 1

**Доверительные границы частоты причин абортов у женщин детородного возраста (на 100 опрошенных)**

Причина абортов	Частота причин абортов на 100 опрошенных ( $P \pm 2m$ )	Доверительные границы частоты причин абортов в генеральной совокупности	
		Mn	Mx
Нежелание жены иметь детей	10,1±1,6	8,5	11,7
Нежелание мужа иметь детей	2,2±0,2	2,0	2,4
Считают достаточным имеющееся число детей	41,1±3,0	38,1	44,1
Неудовлетворительное материальное положение	22,4±2,2	20,2	24,6
Неудовлетворительные жилищные условия	9,1±1,4	7,7	10,5
Плохие отношения с мужем	5,1±1,0	4,1	6,1
Алкоголизм и наркомания у мужа	2,2±0,8	2,1	3,7
Болезнь жены	3,5±0,8	2,7	4,3
Болезнь мужа	0,5±0,1	0,4	0,6
Затруднились ответить	3,0±0,8	2,2	3,8

Также, как и при анализе причин абортов, нами рассчитаны доверительные границы частоты условий, при которых женщины сохранили бы наступившую беременность и родили бы еще одного ребенка (табл. 2). Это имеет большое прогностическое значение и является теоретическим обоснованием возможности увеличения рождаемости в районе хранения химического оружия и необходимости разработки и реализации специальной программы.

Таблица 2

**Доверительные границы частоты условий, при которых женщины детородного возраста сохранили бы беременность (на 100 опрошенных)**

Условия, при которых женщина сохранила бы беременность	Частота условий ( $P \pm 2m$ )	Доверительные границы частоты условий в генеральной совокупности	
		Mn	Mx
Улучшение материальных условий	47,3±3,4	43,9	50,7
Улучшение жилищных условий	17,6±2,0	15,6	19,6
Улучшение семейных отношений	4,0±0,5	3,5	4,5
Улучшение здоровья супругов	11,6±1,6	10,0	13,2
Ни при каких условиях	14,3±1,8	12,5	16,1

Увеличение рождаемости, возможно, подтверждают ответы женщин об идеальном числе детей в семье. Так, из каждых 100 опрошенных женщин 8 считали, что в семье должен быть один ребенок, 47 – два, 40 – три ребенка и 5 – полагали, что нужно иметь 4 и более детей. Эти данные корреспондируют с ответами женщин, при каких условиях они сохранили бы бере-

менность и раскрывают резервы увеличения рождаемости. При улучшении условий жизни (росте материального благополучия семьи по мере ее увеличения и улучшении жилищных условий). 62,0% женщин готовы родить еще одного ребенка. В настоящее же время реализуется установка на 1-2 детную семью.

Таким образом, устранение «препятствий» материального и жилищного характера среди женщин, проживающих на территории хранения химического оружия, могут способствовать более полной реализации естественных устремлений семьи и, следовательно, улучшению демографической ситуации.

**Список литературы**

1. Бурдули Г.М. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова О.Г. – М., 2008. – 128 с.

**ПЕРИТОНИТ, КАК ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ**

**Н.Д. Томнюк, Е.П. Данилина,**

**А.Н. Черных, А.А. Парно,**

**К.С. Шурко**

*Красноярский государственный  
медицинский университет,  
Клиническая городская больница № 6  
им. Н.С. Карповича  
Красноярск, Россия*

При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, осложненных перитонитом, отмечается высокая летальность. Летальность при распространенном перитоните, по данным разных авторов, колеблется от 10% до 60% [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7], а при госпитальном перитоните может достигать 90% [1, 2, 3, 4, 5].

Летальность при традиционных методах лечения, даже с применением способов экстракорпоральной детоксикации, ГБО, лазерного и УФО крови, остается высокой: при местном перитоните – 4-6%, диффузном – 18-24%, при разлитом – до 45% [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Самой высокой остается смертность при послеоперационном перитоните и в его терминальной фазе [1, 2, 3, 6, 7].

Для более глубокого изучения причин летальных исходов мы проанализировали 246 историй болезни умерших от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости за 2004-2008 гг. Это были больные с острым аппендицитом, острой кишечной непроходимостью, прободной язвой желудка и ДПК, ущемленными грыжами, острым холециститом и панкреатитом. На основании патологоанатомического заключительного диагноза и экспертной оценки истории болезни была определена непосредственно ведущая причина смерти у каждой из перечисленных нозологий.

Мужчин было 139, женщин – 107, их возраст - от 19 до 92 лет, в 78% это лица пожилого и старческого возраста. Следует отметить, что 90% больных с неблагоприятным исходом были доставлены в стационар позже 24 часов с момента заболевания.

По непосредственным причинам смерти мы попытались по возможности выделить те из них, которые являлись основными или могли быть пусковым механизмом неблагоприятного исхода. Многообразие причин у многих, а их имелось по несколько, все они тесно переплетались между собой, усугубляя и дополняя друг друга. На фоне первичных тяжелых хронических заболеваний присоединялись послеоперационные осложнения, что в конечном итоге приводило к летальному исходу.