

DOI: 10.29413/ABS.2018-3.4.2

УДК 618.14-089.87:613.99(571.6)

Фролова Н.И. ¹, Белокриницкая Т.Е. ¹, Баркан Т.М. ², Гольгин Е.В. ³, Лига В.Ф. ⁴,
Плетнева В.А. ¹, Плоткин И.Б. ⁵, Потапова Е.Н. ⁴, Тарбаева Д.А. ¹, Хавень Т.В. ³, Фалько Е.В. ³,
Шемякина К.Н. ¹

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЁСШИХ ГИСТЕРЭКТОМИЮ

¹ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России
(672000, г. Чита, ул. Горького, 39а, Россия)

² НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Чита-2 ОАО «РЖД»
(672010, г. Чита, ул. Ленина, 4, Россия)

³ ГУЗ «Краевая клиническая больница»
(672038, г. Чита, ул. Коханского, 7, Россия)

⁴ Министерство здравоохранения Забайкальского края
(672090, г. Чита, ул. Богомякова, 23, Россия)

⁵ ГУЗ «Городской родильный дом»
(672038, г. Чита, ул. Шилова, 47, Россия)

Обоснование. Проблема сохранения репродуктивного здоровья женщин чрезвычайно важна для современной России. Гистерэктомия – самая распространённая гинекологическая операция в мире, занимающая второе место после кесарева сечения и приводящая к стойкой утрате фертильности у женщин репродуктивного возраста. Следовательно, стратификация риска этой операции является важной медико-социальной задачей.

Цель исследования: оценить социальные и медицинские характеристики пациенток молодого репродуктивного возраста, перенёсших гистерэктомию.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации женщин в возрасте 18–35 лет, перенёсших гистерэктомию в лечебных учреждениях Забайкальского края за 5-летний период (с 1 января 2013 г. по 31 декабря 2017 г.).

Результаты. За исследуемый период гистерэктомии были выполнены 140 женщинам (средний возраст $29,4 \pm 4,7$ года), среди которых преобладали домохозяйки (51,4 %); женщины, не состоящие в официальном браке (52,9 %) и имеющие вредные привычки (курение, употребление алкоголя; 55,7 %). В группе отмечена высокая частота социально-значимых инфекций: ВИЧ (3,6 %), активные формы туберкулёза (1,5 %). Экстренных гистерэктомий было 89,3 %, плановых – 10,7 % ($p = 0,0001$; ОШ = 69,4; 95% ДИ 32,6–148,1). Показания к плановым гистерэктомиям – миома матки (80 %), рак шейки матки, рак яичников (20 %). Основными показаниями к экстренной операции были осложнения беременности: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты тяжёлой степени (24,0 %); предлежание плаценты (20,8 %) (с вращением – 16,8 %; с массивным антенатальным кровотечением – 4,0 %); массивные гипотонические кровотечения после родов и кесарева сечения (19,2 %); выкидыши в ранние сроки гестации (от 8 до 19 недель), осложнившиеся септическим или геморрагическим шоком с ДВС-синдромом (15,2 %). Летальность составила 4,3 %, зарегистрирована только после экстренных операций, 50 % которых выполнены по поводу осложнённых выкидышей.

Заключение. Резервами сохранения репродуктивного потенциала женщин молодого репродуктивного возраста является повышение их социально-культурного уровня, ответственности за своё здоровье, сексуальное и контрацептивное поведение.

Ключевые слова: гистерэктомия, факторы риска, репродуктивный потенциал, молодые женщины

Для цитирования: Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Баркан Т.М., Гольгин Е.В., Лига В.Ф., Плетнева В.А., Плоткин И.Б., Потапова Е.Н., Тарбаева Д.А., Хавень Т.В., Фалько Е.В., Шемякина К.Н. Медико-социальная характеристика женщин молодого фертильного возраста, перенёсших гистерэктомию. Acta biomedica scientifica, 3 (4), 15-20, DOI 10.29413/ABS.2018-3.4.2.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF WOMEN OF YOUNG REPRODUCTIVE AGE AFTER HYSTERECTOMY

Frolova N.I. ¹, Belokrinitskaya T.E. ¹, Barkan T.M. ², Golygin E.V. ³, Liga V.F. ⁴,
Pletneva V.A. ¹, Plotkin I.B. ⁵, Potapova E.N. ⁴, Tarbaeva D.A. ¹, Khaven T.V. ³, Falko E.V. ³,
Shemyakina K.N. ¹

¹ Chita State Medical Academy
(ul. Gorkogo 39a, Chita 672000, Russian Federation)

² Railway Clinical Hospital at Chita-2 Railway Station
(ul. Lenina 4 Chita 672010, Russian Federation)

³ Regional Clinical Hospital
(ul. Kokhanskogo 7, Chita 672038, Russian Federation)

⁴ Ministry of Public Health of Zabaykalsky Krai
(ul. Bogomyagkova 23, Chita 672090, Russian Federation)

⁵ City Maternity Hospital
(ul. Shilova 47, Chita 672038, Russian Federation)

Background. In many countries, hysterectomy is one of the most frequently performed surgical procedures. The objective of our analysis was to assess the social and medical characteristics of young reproductive-age patients who underwent hysterectomy.

Materials and methods. A retrospective study involved 140 women aged 18–35 years (median age 29.4 ± 4.7 years) who underwent emergency or elective hysterectomy in the hospitals of Zabaykalsky Krai for a period of 5 years (January 1, 2013, to December 31, 2017).

Results. 51.4 % of patients were housewives; 52.9 % were single; 55.7 % had bad habits (smoking, alcohol consumption). These women had a high incidence of socially significant infections: HIV – 3.6 %, active forms of tuberculosis – 1.5 %. 89.3 % of hysterectomies were emergent and 10.7 % were elective ($p = 0.0001$; OR = 69.4; 95% CI 32.6–148.1). The indications for the emergency hysterectomy were uterine myoma (80 %) and cervical or ovarian cancer (20 %). The obstetrical complications were the main indications for the emergency surgery: placenta abruption – 24.0 %; placenta previa – 20.8 % (placenta increta and/or percreta – 16.8 %; massive antenatal bleeding – 4.0 %); postpartum hemorrhage after vaginal delivery and caesarean section 19.2 %; septic and/or hemorrhagic shock in early miscarriages (from 8 to 19 weeks of gestation) 15.2 %. Mortality was registered in case of emergency hysterectomy only (4.3 %). Half of the deaths (50 %) occurred in cases of complicated miscarriages.

Conclusion. To preserve the reproductive potential of young women of reproductive age, it is necessary to increase their social and cultural level, and responsibility for their own health and gender behavior.

Key words: hysterectomy, risk factors, reproductive potential, young women

For citation: Frolova N.I., Belokrinitskaya T.E., Barkan T.M., Golygin E.V., Liga V.F., Pletneva V.A., Plotkin I.B., Potapova E.N., Tarbaeva D.A., Khaven T.V., Falko E.V., Shemyakina K.N. Medical and social characteristics of women of young reproductive age after hysterectomy. Acta biomedica scientifica, 3 (4), 15-20, DOI 10.29413/ABS.2018-3.4.2.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема сохранения репродуктивного здоровья женщин приобрела особую остроту в России в начале XXI века, что вызвано прогрессирующим снижением демографического резерва и ухудшением показателей здоровья населения страны [1]. По данным официальной статистики, в 2012 г. был достигнут нулевой рубеж естественной убыли населения (рождаемость составила 13,3 на 1000 человек и сравнялась с показателем смертности), с 2013 г. показатель рождаемости стал превышать показатель смертности: в 2013 г. – 13,2 и 13,0; в 2014 г. – 13,3 и 13,1; в 2015 г. – 13,3 и 13,0 на 1000 человек, соответственно [2], а в 2016 г. эти показатели вновь сравнялись и составили 12,9 на 1000 человек [4].

При этом анализ данных Росстата свидетельствует о том, что с 2001 по 2016 гг. доля детей и подростков 0–17 лет в общей структуре населения Российской Федерации снизилась более чем на четверть, а численность женщин фертильного возраста уменьшилась с 40 до 35,1 млн человек. Существенное снижение числа женщин репродуктивного возраста к 2016 г. во многом можно объяснить изменением характера репродуктивных процессов в России. Так, в 90-е годы прошлого столетия произошло двукратное снижение общего коэффициента фертильности – с 68,2 родившихся на 1000 женщин 15–49 лет в 1987 г. (максимальный показатель за предшествующие 40 лет) до 30,9 % в 1999 г. [5].

За последние десятилетия отмечена существенная деформация модели семьи и общественных приоритетов в России: прогрессивно снижается количество браков (в 2010 г. – 8,5; в 2016 г. – 6,7 на 1000 человек) при относительно стабильном показателе разводов (в 2010 г. – 4,3; в 2016 г. – 4,1 на 1000 человек), изменяются репродуктивные установки в сторону снижения численности и ценности деторождения, закрепляется стандарт решения проблемы нежелательной беременности путём её прерывания [3].

Таким образом, несмотря на некоторые положительные общие демографические тенденции, медико-демографическую ситуацию в России следует признать на грани чрезвычайной за счёт прогрессивно снижа-

ющейся численности девушек-подростков и женщин детородного возраста, высокой распространённости у них экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, которые являются основными факторами, формирующими репродуктивный потенциал страны [1, 6]. С этих позиций в фокусе пристального внимания должно находиться репродуктивное здоровье каждой женщины как потенциальной матери, и должен проводиться углублённый анализ причин утраты фертильности.

Гистерэктомия – одна из наиболее частых операций, выполняемых в мире. Частота этой операции варьирует в зависимости от региона и страны, социально-медицинского уровня, культурных и психологических установок населения. По официальным данным, в Канаде гистерэктомия находится на втором по частоте месте после кесарева сечения [8]. В США выполняется 589 999 операций в год, 49 166 операций в месяц, 11 346 операций в неделю, 1 616 операций в день, 67 операций в час, 1 операция в минуту, при этом треть пациенток находятся в возрасте старше 60 лет [9, 11]. По данным масштабного исследования, проведённого в Германии в 2013 г. и включавшего 8152 женщин в возрасте 18–79 лет, частота гистерэктомий составила 17,5 % (16–19,0 %) [10].

В доступной литературе и информационных ресурсах мы не встретили сведений статистики относительно частоты и причин выполнения этих оргоуносящих операций у женщин репродуктивного возраста. В глобальном масштабе гистерэктомия у женщин фертильного возраста – это снижение кумулятивного коэффициента рождаемости и предстоящие демографические потери, ухудшение репродуктивного, культурного и профессионально-производственного потенциала нации. Безусловно, современные репродуктивные технологии позволяют решить проблемы деторождения женщинам с абсолютным бесплодием, обусловленным отсутствием матки. Однако суррогатное материнство в настоящее время сопряжено с рядом финансовых, моральных и юридических проблем. С этих позиций следует идти по пути стратификации риска утраты основного

репродуктивного органа на основе изучения социальных и медицинских факторов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать оценку социальных и медицинских характеристик пациенток молодого репродуктивного возраста, перенёвших гистерэктомию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было проведено в соответствии с этическими нормами и с разрешения Этического комитета ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России (протокол № 64, дата проведения заседания 23.06.2014 г.).

Дизайн исследования: ретроспективный анализ медицинской документации пациенток в возрасте 18–35 лет, перенёвших гистерэктомию в лечебных учреждениях Забайкальского края. Отбор документации проводился сплошным методом в рамках временного периода 2013–2017 гг. В результате была сформирована группа из 140 женщин, сведения о которых вносились в специально разработанную оригинальную анкету, включающую возраст, социальный статус, вредные привычки, соматические и гинекологические заболевания, паритет, показания к гистерэктомии, исходы для пациентки.

Качественные данные представлены в виде числа *n* (число больных с данным признаком) и % (процент от их количества в группе) или десятичной доли единицы (*P*).

Статистическую значимость различий между двумя средними показателями оценивали по критерию Стьюдента (*t*); между долями – по критерию χ^2 . Значения считали статистически значимыми при величине $\chi^2 > 3,84$, при $p \leq 0,05$. Силу связи между явлениями оценивали по величине показателей интенсивности связи *V* Крамера и отношения шансов (ОШ). Доверительные интервалы (ДИ), приводимые в работе, строились для доверительной вероятности $p = 95\%$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток составил $29,4 \pm 4,7$ года. Социальный статус пациенток представлен на рисунке 1. В исследуемой когорте женщин преобладали домохозяйки (51,4% – 72/140; $p < 0,05$), доля рабочих составила 33,6% (47/140; $p < 0,05$) служащих – 12,1% (17/140; $p < 0,05$), учащихся – 2,9% (4/140; $p < 0,05$).

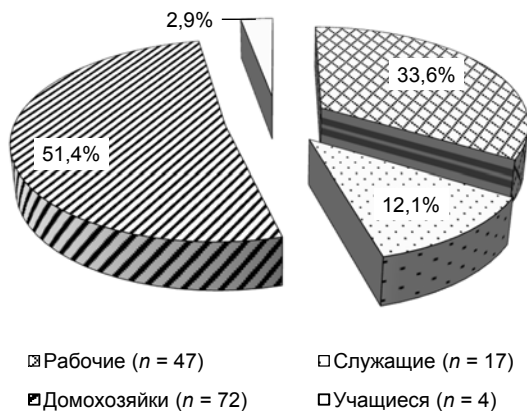


Рис. 1. Социальный статус пациенток.
Fig. 1. Social status of the patients.

На наличие вредных привычек имелись указания в медицинской документации у 55,7% (78/140) женщин: 52,8% (74/140) курили табак, 2,9% (4/140) курили табак и систематически употребляли алкоголь (из них 2 (1,5%) пациентки имели диагноз хронического алкоголизма).

Средний возраст менархе составил $13,4 \pm 1,2$ года и варьировал от 11 до 17 лет. Средний возраст начала половой жизни составил $17,6 \pm 1,8$ лет. В официальном браке не состояли 52,9% (41/140) женщин, из них 25,7% (36/140) указали на гражданский брак.

Среди общих заболеваний особое внимание обращает высокая частота встречаемости социально-значимых инфекций. Так, 3,6% (5/140) женщин имели ВИЧ-инфекцию, 1,5% (2/140) – активные формы туберкулёза, что существенно выше общепопуляционных показателей за 2016 г. – соответственно, 0,45% ($p = 0,001$) и 0,05% ($p = 0,001$) [4].

Указания на наличие гинекологических заболеваний в анамнезе имелись у 22,7% (25/110) пациенток, что обусловлено как молодым возрастом обследованных, так и их социальным статусом: 51,4% составляли домохозяйки, которые характеризуются низкой активностью участия в профилактических осмотрах [7]. Структура имеющихся гинекологических заболеваний представлена главным образом хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (11,4% (16/110) случаев), хроническими цервиковагинитами (7,1% (10/140) случаев). При этом из инфекций, передаваемых половым путём, лишь в одном случае (0,7%) зарегистрирован хламидиоз, что, безусловно, является результатом недостаточного обследования пациенток. 10,7% (15/140) женщин имели интерстицио-субсерозную миому матки.

В анамнезе у 77,1% (108/140) женщин были роды. У 20% (28/140) пациенток беременности закончились потерями в ранние сроки (аборт, выкидыш, эктопические беременности), 2,9% (4/140) женщин не имели беременностей. В среднем на одну женщину пришлось 3,78 беременностей: 1,67 родов, 1,39 аборт, 0,66 выкидышей, 0,06 эктопических беременностей. В целом, соотношение роды: аборт составило 1,2 (234:194).

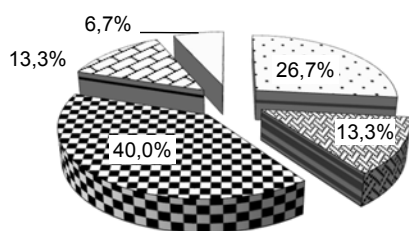
Экстирпация матки была выполнена в 85,7% (120/140) случаях, ампутирована – в 14,3% (20/140). Овариоэктомию не проводились ни в одном случае.

В исследуемой группе у подавляющего числа пациенток (89,3% (125/140)) гистерэктомии были выполнены в экстренном порядке по поводу угрожающих жизни состояний, в плановом порядке – в 10,7% (15/140) случаев ($\chi^2 = 172,9$; $p\chi^2 = 0,0001$; ОШ = 69,4 (95% ДИ 32,6–148,1)). Критерий *V* Крамера составил 0,787, что свидетельствует о наличии сильной связи между критическим состоянием и необходимостью выполнения гистерэктомии.

Осложнения беременности и родовкратно чаще служили показаниями для гистерэктомии, чем гинекологические заболевания – 86,4% (121/140) против 13,6% (19/140; $\chi^2 = 148,6$; $p\chi^2 = 0,0001$). Скорригированное отношение шансов (ОШ = 81; 95% ДИ 33,6–195,5) отражает высочайший риск утраты основного органа репродукции у молодых женщин в

связи с критическими состояниями, обусловленными акушерскими осложнениями. Критерий V Крамера составил 0,729, что подтверждает наличие сильной связи между осложнениями беременности и родов и необходимостью выполнения гистерэктомии.

Плановые удаления матки проводились в 1,5 раза чаще по поводу гинекологических заболеваний (60 % (9/15)), чем по поводу акушерских ситуаций (40 % (6/15); $\chi^2 = 0,533$; $p_{\chi^2} = 0,466$). Структура показаний к гистерэктомиям, выполненным в плановом порядке, представлена на рисунке 2. Наличие гигантских миом матки послужило основанием для кесарева сечения и последующей ампутации матки у 4 пациенток (26,7 % от плановых гистерэктомий, 2,9 % – от всех). Симптомные миомы матки с атипической локализацией узла и гигантскими размерами опухоли (от 22 до 36 недель беременности) были основанием для удаления матки у 6 пациенток (40,0 % от плановых гистерэктомий, 4,3 % – во всей группе). По поводу злокачественных опухолей органосохраняющие операции выполнены у трёх пациенток: у двух – с раком шейки матки II и III стадий (13,3 % от плановых гистерэктомий, 1,4 % – от всех); у одной – с раком яичника II стадии (6,7 % от плановых гистерэктомий, 0,7 % – от всех).



- Миома матки гигантских размеров, кесарево сечение (n = 4)
- ▣ Миома матки больших размеров, беременность до 20 недель (n = 2)
- ▤ Симптомная миома матки атипической локализации, больших и гигантских размеров (n = 6)
- ▥ Рак шейки матки II-III ст. (n = 2)
- Рак яичника 2 ст. (n = 1)

Рис. 2. Структура показаний к плановым гистерэктомиям (n = 15).

Fig. 2. The structure of indications for elective hysterectomy (n = 15).

Общим для женщин этой группы было то, что они в течение длительного периода времени (от 4 до 7 лет) не

проходили профилактических осмотров и не обращались за медицинской помощью при появлении первых симптомов заболевания. Пациентки с установленным диагнозом миомы матки не прошли прегравидарную подготовку и встали на учёт по беременности в поздние сроки. Женщины с выявленным раком шейки матки на 0 и I стадии проявили низкую комплаентность к лечению и обратились за медицинской помощью при появлении выраженной клинической симптоматики.

Показания к гистерэктомиям, выполненным в экстренном порядке, представлены на рисунке 3. В этой группе пациенток имели колоссальный перевес осложнения беременности и родов – 92,0 % (115/125), доля гинекологических заболеваний составила 8,0 % (10/125; $\chi^2 = 176,4$; $p_{\chi^2} = 0,0001$; ОШ = 132,3; 95% ДИ 53,0–329,8).

Акушерские показания к гистерэктомии занимали лидирующие позиции и распределились следующим образом: первое ранговое место заняла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с маткой Кювеллера, геморрагическим шоком и ДВС-синдромом (24,0 % (30/125)); второе место – предлежание плаценты (20,8 % (26/125)), осложнившееся вращением плаценты (подтверждено гистологически) – 16,8 % (21/125) случаев, или массивным антенатальным кровотечением с геморрагическим шоком – 4,0 % (5/125) случаев; третье место – массивные гипотонические кровотечения после родов и кесарева сечения с геморрагическим шоком 2–3 степени/ДВС-синдромом (19,2 % (24/125)); четвёртое место – выкидыши в ранние сроки гестации (от 8 до 19 недель), осложнившиеся септическим шоком или геморрагическим шоком с ДВС-синдромом (15,2 % (19/125)).

Далее в порядке ранжирования следовали тяжёлые эндометриты/перитониты после родов и кесаревых сечений – 5,6 % (7/125); осложнения миомы матки (некроз узлов – 5 случаев; множественная миома матки с экспульсией субмукозного узла, геморрагическим шоком 2-й степени – 1 случай) – 4,8 % (6/125); родовые травмы матери – разрыв матки по рубцу от предшествующего кесарева сечения (4 случая) и разрыв шейки матки с переходом на тело матки (1 случай) – 4,0 % (5/125); эндометрит, гнойные tuboовариальные образования, перитонит (на фоне внутриматочной контрацепции – 3 случая; у пациентки с ВИЧ инфекцией – 1 случай) – 3,2 % (4/125); эктопическая беременность, геморрагический шок, ДВС-синдром (шеечная беремен-

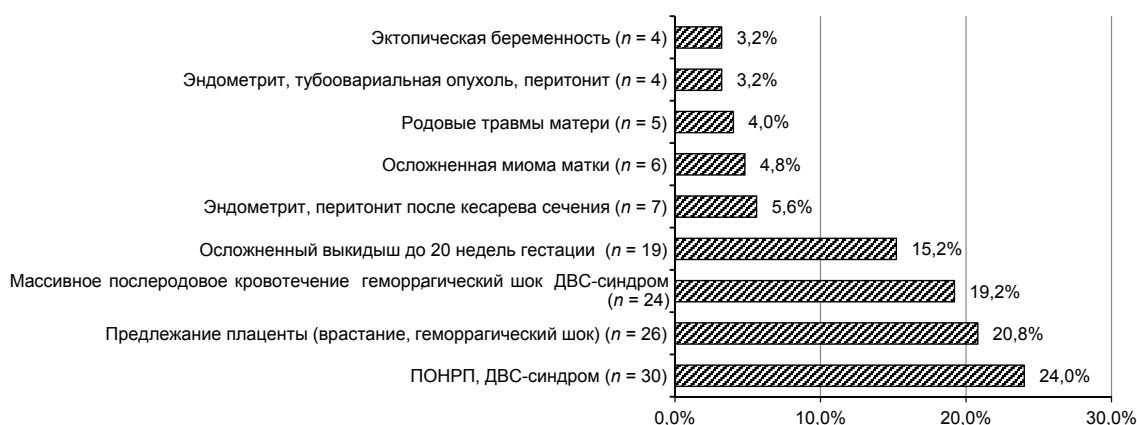


Рис. 3. Структура показаний к экстренным гистерэктомиям (n = 125).

Fig. 3. The structure of indications for emergency hysterectomy (n = 125).

ность – 2 случая; разрыв рудиментарного рога матки с беременностью 20 недель – 1 случай; беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы близко к интрастициальному отделу матки – 1 случай) – 3,2 % (4/125).

Летальность составила 4,3 % (6/140) и по нозологическим формам была представлена следующим образом: поздний внебольничный выкидыш с инфекционно-токсическим шоком – 33,3 % (2/6) случаев; поздний самопроизвольный выкидыш с массивной молниеносной кровопотерей на фоне артериовенозной мальформации матки – 16,7 % (1/6) случаев; массивное антенатальное кровотечение на фоне предлежания и вставания плаценты – 16,7 % (1/6) случаев; тяжёлая политравма в ДТП, маточно-плацентарная апоплексия, антенатальная гибель плода, тяжёлый травматический шок, ДВС-синдром – 16,7 % (1/6) случаев; прервавшаяся эктопическая беременность, геморрагический шок 3-й степени, ДВС-синдром – 16,7 % (1/6) случаев. Представленные факты позволяют заключить, что во всех случаях летальный исход не являлся следствием оперативного вмешательства, а был обусловлен ургентностью клинических ситуаций, тяжестью возникших осложнений и критическим состоянием пациенток. В 4 (66,7 %) из этих случаев медицинская помощь оказывалась в учреждениях первой группы, в 2 (33,3 %) – в учреждениях второй группы.

Полученные нами результаты свидетельствуют о низком уровне ответственности за своё здоровье женщин молодого фертильного возраста, перенёвших гистерэктомию. Так, у 14 из 15 (93,3 %) пациенток плановая органосохраняющая операция была предотвращена при условии надлежащего отношения к своему здоровью и регулярных профилактических осмотров. В группе женщин с экстренными гистерэктомиями особое внимание заслуживают пациентки с выкидышами: 18 из 19 (94,7 %) беременностей были незапланированными, а удельный вес летальных исходов составил 50 % (3/6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ медико-социальных характеристик женщин молодого фертильного возраста, перенёвших гистерэктомию, выявил, что в исследуемой когорте преобладали домохозяйки (51,4 %); не состоящие в официальном браке (52,9 %) и имеющие вредные привычки (55,7 %). Эти женщины имели высокую частоту социально-значимых инфекций: ВИЧ – 3,6 %; активные формы туберкулёза – 1,5 %. 89,3 % операций выполнены в экстренном порядке по жизненным показаниям, из них 92,0 % – в связи с осложнениями беременности и родов. Летальность зарегистрирована только при экстренных операциях и составила 4,3 %. 50 % летальных исходов произошли у пациенток с осложнёнными выкидышами.

Таким образом, резервами сохранения репродуктивного потенциала женщин молодого фертильного возраста являются повышение их социально-культурного уровня и ответственности за своё здоровье, воспитание самоохранительной концепции гендерного поведения.

Благодарности

Авторы выражают признательность врачам акушерам-гинекологам Забайкальского края за

предоставленную возможность работы с первичной медицинской документацией, клиническим ординаторам кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации врачей ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России Маргарян С.С., Горковенко Ю.С., Дашиянжаповой Б.А., Кашниковой Е.А., Колмаковой К.А., Степановой Л.Б., Цыреновой О.Д. за оказание технической помощи в проведении исследования.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Архипова М.П., Хамошина М.Б., Чотчаева А.И., Пуршаева Э.Ш., Личак Н.В., Зулумян Т.Н. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы улучшения // Доктор.Ру. – 2013. – № 1 (79). – С. 70–74.

Arkhipova MP, Khamoshina MB, Chotchaeva AI, Purshaeva ES, Lichak NV, Zulumyan TN. (2013). Reproductive potential of Russia: statistics, problems, prospects of improvement [Reproduktivnyy potentsial Rossii: statistika, problemy, perspektivy uluchsheniya]. *Doktor.Ru*, 1 (79), 70-74.

2. Байбарина Е.Н. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2015 году. – М., 2016. – 33 с.

Baybarina EN. (2016). Key indicators of activity of obstetric and gynecologic service in the Russian Federation in 2015 [Osnovnye pokazateli deyatel'nosti akusher'sko-ginekologicheskoy sluzhby v Rossiyskoy Federatsii v 2015 godu]. Moskva, 33 p.

3. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации. – 2016. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71725510>.

Ministry of labour and social protection of the Russian Federation. (2016). State report on the situation of children and families with children in the Russian Federation. [Gosudarstvennyy doklad o polozhenii detey i semey, imeyushchikh detey, v Rossiyskoy Federatsii]. Available at: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71725510>.

4. Российский статистический ежегодник. – 2017. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/year/year17.pdf.

Russian statistical yearbook [Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik]. (2017). Available at: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/year/year17.pdf.

5. Суханова Л.П., Глушенкова В.А. Эволюция репродуктивного процесса в России в переходный период (с позиций службы охраны материнства и детства) // ЭНИ. Информационно-аналитический вестник. – 2007. – № 3. – Режим доступа: <http://vestnik.mcdnct.ru/content/view/38/30>.

Sukhanova LP, Glushenkova VA. (2007). Evolution of the reproductive process in Russia during the transition period (from the perspectives of maternity and child welfare services) [Evolutsiya reproduktivnogo protsessa v Rossii v

perekhodnyy period (s pozitsiy sluzhby okhrany materinstva i detstva)]. *ENI. Informatsionno-analiticheskiy vestnik*, (3). Available at: <http://vestnik.mcdnct.ru/content/view/38/30>.

6. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Лопатина Д.В. Гинекологическая заболеваемость молодежи как медико-социальная и демографическая проблема // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2015. – № 1 (60). – С. 17–23.

Frolova NI, Belokrinitskaya TE, Belozertseva EP, Lopatina DV. (2015). Gynecologic morbidity of young adults as a medical, social and demographic problem [Ginekologicheskaya zabolevaemost' molodezhi kak mediko-sotsial'naya i demograficheskaya problema]. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov*, 1 (60), 17-23.

7. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Наджаф-Заде А.С., Тугаринова А.М. Репродуктивные проблемы женщин молодого фертильного возраста разных социальных групп при первичной обращаемости в женскую консультацию // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 55–59.

Frolova NI, Belokrinitskaya TE, Belozertseva EP, Nadzhaf-Zade AS, Tugarinova AM. (2012). Reproductive

problems of young women of fertility age from different social groups in first ambulant visit to the obstetrician-gynecologist [Reproduktivnye problemy zhenshchin mladogo fertil'nogo vozrasta raznykh sotsial'nykh grupp pri pervichnoy obrashchaemosti v zhenskuyu konsul'tatsiyu]. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*, (4), 55-59.


8. Canadian Institute for Health Information. (2010). Health indicators. Available at: <https://secure.cihi.ca/es-tore/productFamily.htm?pf=PFC1435&lang=en&media=0>.


9. Merrill RM. (2008). Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Med Sci Monit*, 14 (1), CR24-31.


10. Prütz F, Knopf H, von der Lippe E, Scheidt-Nave C, Starker A, Fuchs J. (2013). Prevalence of hysterectomy in women 18 to 79 years old: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 716-722. DOI: 10.1007/s00103-012-1660-7.


11. The National Women's Health Information Center, CDC. (2017). Available at: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats.

Сведения об авторах Information about the authors

Фролова Наталья Ивановна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (672000, г. Чита, ул. Горького 39а; e-mail: taasyaa@mail.ru)  <https://orcid.org/0000-0002-7433-6012>

Frolova Nataliya Ivanovna – Candidate of Medical Sciences, Teaching Assistant at the Department of Obstetrics and Gynecology, Chita State Medical Academy (672000, Chita, ul. Gorkogo, 39a; e-mail: taasyaa@mail.ru)  <https://orcid.org/0000-0002-7433-6012>

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (e-mail: tanbell24@mail.ru)  <https://orcid.org/0000-0002-5447-4223>

Belokrinitskaya Tatiana Evgenevna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Chita State Medical Academy (e-mail: tanbell24@mail.ru)  <https://orcid.org/0000-0002-5447-4223>

Баркан Татьяна Михайловна – заведующая отделением оперативной гинекологии, ГУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Чита-2 ОАО «РЖД» (672010, г. Чита, ул. Ленина, 4; e-mail: tat.barkan@yandex.ru)


Barkan Tatyana Mikhaylovna – Head of the Department of Operative Gynecology, Railway Clinical Hospital at Chita-2 Railway Station (672010, Chita, ul. Lenina, 4; e-mail: tat.barkan@yandex.ru)


Голыгин Евгений Владимирович – заведующий отделением оперативной гинекологии, ГУЗ «Краевая клиническая больница» (672038, г. Чита, ул. Коханского, 5; e-mail: ginekkkb@mail.ru)

Golygin Evgeniy Vladimirovich – Head of the Department of Operative Gynecology, Regional Clinical Hospital (672038, Chita, ul. Kokhanskogo, 5; e-mail: ginekkkb@mail.ru)

Лига Валентина Фёдоровна – главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии, Министерство здравоохранения Забайкальского края (672090, г. Чита, ул. Богомягкова, 23; e-mail: ligavf@yandex.ru)

Liga Valentina Fedorovna – Chief Freelance Specialist in Obstetrics and Gynecology, Ministry of Public Health of Zabaykalsky Krai (672090, Chita, ul. Bogomyagkova, 23; e-mail: ligavf@yandex.ru)

Плетнёва Валерия Андреевна – студентка, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (e-mail: pochta@chitgma.ru)  <https://orcid.org/0000-0003-2086-5450>

Pletneva Valeriya Andreevna – Student, Chita State Medical Academy (e-mail: pochta@chitgma.ru)  <https://orcid.org/0000-0003-2086-5450>

Плоткин Илья Борисович – главный врач, ГУЗ «Городской родильный дом» (672038, г. Чита, ул. Шилова, 47; e-mail: roddom-chita@mail.ru)

Plotkin Ilya Borisovich – Chief Physician, City Maternity Hospital (672038, Chita, ul. Shilova, 47; e-mail: roddom-chita@mail.ru)

Потапова Елена Николаевна – специалист по акушерству и гинекологии, Министерство здравоохранения Забайкальского края (e-mail: detstvo@minzdrav.e-zab.ru)

Potapova Elena Nikolaevna – Specialist in Obstetrics and Gynecology, Ministry of Public Health of Zabaykalsky Krai (e-mail: detstvo@minzdrav.e-zab.ru)

Тарбаева Долгорма Александровна – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (e-mail: dolgorma35@mail.ru)

Tarbaeva Dolgorma Aleksandrovna – Doctor of Medical Sciences, Assistant Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology, Chita State Medical Academy (e-mail: dolgorma35@mail.ru)

Хавень Татьяна Васильевна – заведующая перинатальным центром, ГУЗ «Краевая клиническая больница» (e-mail: t_khaven@mail.ru)

Khaven Tatyana Vasilyevna – Head of the Perinatal Center, Regional Clinical Hospital (e-mail: t_khaven@mail.ru)

Фалько Елена Владимировна – заведующая родильным отделением перинатального центра, ГУЗ «Краевая клиническая больница» (e-mail: falkoev@kkb.chita.ru)

Falko Elena Vladimirovna – Head of the Maternity Unit of the Perinatal Center, Regional Clinical Hospital (e-mail: falkoev@kkb.chita.ru)

Шемякина Ксения Николаевна – студентка, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России

Shemyakina Kseniya Nikolaevna – Student, Chita State Medical Academy