

На правах рукописи

Кузнецова Татьяна Владимировна

**Медико-социальные факторы, определяющие
репродуктивное поведение женщин
в современных условиях**

14.02.03. Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва 2011

Работа выполнена в ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития РФ (ЦНИИОИЗ МЗСР РФ)

Научный руководитель: доктор медицинских наук Суханова Л.П.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Цыбульская Инна Сергеевна

доктор медицинских наук, профессор

Чичерин Леонид Петрович

Ведущая организация – ГОУ ВПО Первый Московский медицинский Университет им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития России

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2011 года в 10 часов на заседании специализированного совета Д 208.110.01 при ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ по адресу: Москва, ул. Добролюбова, 11

Автореферат разослан «_____» _____ 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного Совета

доктор медицинских наук

К.Г.Пучков

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Демографическая ситуация в современной России остается неблагоприятной как в количественном отношении (уменьшение численности населения), так и в качественном (снижение ожидаемой продолжительности жизни, демографическое старение населения). Высокая смертность, снижение уровня рождаемости и естественная убыль населения России (с 1992г.), обусловленные негативным влиянием экономических и социальных факторов, приобрели устойчивый долговременный характер (В.Н.Архангельский, 2005; Л.Л.Рыбаковский, 2008). Высказывается мнение, что если не изменится репродуктивное поведение населения и если однодетная семья останется преобладающим типом российской семьи, то мрачные прогнозы о гибели русского народа как этноса приобретут зловещую реальность (Альбицкий В.Ю., 2005).

В течение 2000-х годов в России наблюдается некоторое улучшение репродуктивно-демографической ситуации - увеличение рождаемости, рост суммарного коэффициента рождаемости, однако сохраняющийся высокий уровень смертности при низкой рождаемости формирует естественную убыль населения.

Специфической чертой депопуляции в России является падение качества жизни и уровня здоровья наиболее уязвимых контингентов населения – прежде всего молодежи, беременных женщин и рождающихся детей (Н.М.Римашевская, 2006; Л.П.Суханова, 2006; Б.Т.Величковский, 2009). И поскольку главным фактором, обеспечивающим демографическую безопасность страны, является эффективность репродуктивного процесса, приоритетными в современных условиях являются мероприятия, направленные на повышение рождаемости.

Правовые основы медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека определены Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993г.). Чрезвычайно актуальной в России остается проблема аборта, традиционно воспринимаемого большинством населения как приемлемый метод регулирования рождаемости, и несмотря на снижение числа аборт в последние годы, уровень их существенно превышает таковой в развитых странах. На охрану репродуктивного здоровья и профилактику аборт направлена деятельность практически всей сети и кадров акушерско-гинекологической службы в стране, вплоть до специально созданных центров планирования семьи и репродукции. В 90-х годах проблемы охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи и профилактики аборт в России решались в рамках федеральных целевых программ «Планирование семьи» и «Безопасное материнство». Направлены они были (И.И.Гребешева, 1995) преимущественно на профилактику аборт, в том числе путем закупки

контрацептивов для бесплатного обеспечения ими подростков и контингентов населения из групп социального риска (малообеспеченных, инвалидов и др.). Однако столь широкая пропаганда методов планирования семьи и безопасного секса была встречена неоднозначно. Обсуждение проблемы аборта склонилось в сторону этических и моральных вопросов («аборт как детоубийство» и т.д.), возникли предложения о запрете аборта, и в определенной степени косвенным результатом этих дискуссий явилось сокращение показаний к прерыванию беременности по медицинским и социальным показаниям.

Таким образом, проблемы репродуктивного выбора женщин, планирования семьи и профилактики абортов как важнейшей меры сохранения репродуктивного здоровья женщин являются важнейшими в России.

Это определяет актуальность изучения медико–социальных факторов репродуктивного поведения женщин России в современных условиях.

Цель: на основе комплексного изучения медико–социальных факторов репродуктивного поведения женщин научно обосновать систему мероприятий по оптимизации репродуктивного выбора женщин.

Задачи исследования:

1. Проанализировать динамику репродуктивно–демографических показателей в России в 1991–2009 гг. в сопоставлении с медико–социальными факторами (по данным официальной статистики).

2. Определить закономерности репродуктивного поведения женщин в зависимости от медико–социальных и экономических условий (на основании данных государственной статистики).

3. Выявить наиболее значимые медико–социальные факторы, определяющие репродуктивный выбор женщин на примере г.Москвы и регионов России (по данным анкетирования женщин, прерывающих беременность и родивших ребенка).

4. Разработать комплекс мероприятия по созданию условий для оптимизации репродуктивного поведения - на основании анализа полученных факторов, определяющих репродуктивный выбор.

Предмет исследования – репродуктивное поведение женщин; факторы, определяющие репродуктивный выбор женщины.

Объект исследования - контингенты женщин, прервавших беременность и родивших ребенка.

Методы исследования: аналитический, социологический (анкетирование), статистический, эпидемиологический, экспертных оценок.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

- впервые проведено комплексное исследование динамики репродуктивно–демографических показателей в России за 19-летний период (1991-2009гг.) в сопоставлении с медико–социальными и экономическими факторами;
- определены тенденции частоты распространения и структуры аборт в динамике постсоветского периода;
- выявлены наиболее значимые медико–социальные факторы, определяющие репродуктивный выбор женщин – деторождение или прерывание беременности;
- разработан комплекс мероприятий по оптимизации репродуктивного выбора женщин и предложены научно обоснованные меры по профилактике и снижению негативных последствий нежелательной беременности.

Научно-практическая значимость:

- выявлены медико–социальные факторы, определяющие репродуктивное поведение женщин;
- дана медико-социальная характеристика рожавшей женщины и прерывающей беременность;
- разработаны предложения по созданию условий для оптимизации репродуктивного поведения женщин;
- предложены научно обоснованные меры по профилактике и снижению негативных последствий нежелательной беременности;
- разработаны предложения по совершенствованию статистики аборт.

Положения, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа динамики репродуктивно–демографических показателей в России в 1991–2009 гг.

2. Закономерности репродуктивного поведения женщин в зависимости от медико–социальных и экономических условий.

3. Комплекс мероприятий по созданию условий для оптимизации репродуктивного поведения женщин.

Апробация работы. Материалы исследования доложены:

- на 5-м Международном конгрессе по репродуктивной медицине (Москва, 2011);
- 4-м съезде акушеров-гинекологов России (Москва, 2008);
- Всероссийской конференции «Проблемы репродукции. Технологии XXI века в гинекологии» (Москва, 2008);
- 11-м ежегодном конгрессе специалистов перинатальной медицины «Новые технологии в перинатологии» (Москва, 2008);

- конференции «Межсекторальное партнерство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения», ФГУ ЦНИИОИЗ, Москва, 2009.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 158 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы, включающего 189 источников, в том числе 24 иностранных, и приложений. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 43 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность проблемы оптимизации репродуктивного поведения женщин в современной России, сформулированы цели и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость работы, а также основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Медико-социальные факторы репродуктивного поведения женщин в современных условиях» представлены результаты анализа данных литературы по проблеме репродуктивного здоровья женщин, медико-демографическим аспектам рождаемости, факторам, формирующим репродуктивное поведение населения. При анализе динамики нормативно-правовой базы, регламентирующей репродуктивные права и репродуктивное поведение женщин России, отмечена непоследовательность развития российского законодательства по охране репродуктивных прав и развитию службы планирования семьи. Отмечено отсутствие сопоставления факторов, определяющих исход беременности (деторождение или прерывание беременности), т.е. репродуктивный выбор женщины (семьи), с медико-социальными факторами.

Во второй главе дана характеристика базы исследования, освещены организационно-методические аспекты и этапы проведения исследования, сформулированы методологические подходы, методические приемы и методы анализа данных. Представлены сведения о трех базовых территориях, по которым проведено социологическое исследование (показатели анализируются в соответствующих диссертационных главах). Исследование проводилось в несколько этапов и по нескольким направлениям (схема 1).

На первом этапе проводился анализ литературных данных и информационных материалов по проблеме репродуктивных установок и репродуктивного поведения женского населения России в условиях меняющейся демографической ситуации. В свете тенденций государственной политики, определяющей приоритеты демографического развития страны, изучены правовые и нормативные документы, регламентирующие показания к прерыванию

беременности по медицинским и социальным показаниям, а также стимулирование рождаемости.

На втором этапе проведен сравнительный анализ демографических и репродуктивных показателей в России. Изучены в динамике исходы родов (заболеваемость беременных, рожениц, родильниц и новорожденных) и аборта в разные сроки гестации с учетом вида прерывания беременности за 1991-2009 гг.

На третьем этапе – на основании социологического исследования - изучено влияние медико-социальных факторов на репродуктивные исходы по результатам анонимного анкетирования 986 женщин - 507 родильниц и 479 женщин, прервавших беременность. Исследование проводилось в трех различных регионах РФ – г. Москве (154 родильницы и 171 женщина после аборта), г. Калининграде (140 и 132 соответственно) и г. Ессентуки Ставропольского края (213 и 176).

Проанализированы анкеты родивших женщин (с оценкой здоровья женщины, качества жизни, течения беременности и родов, способа родоразрешения, организации и качества оказанной помощи в родах), а также женщин, прерывающих беременность (с оценкой данных о состоянии здоровья, социальных факторах риска, методах контрацепции, сроке гестации, трудностях при прерывании беременности).

На четвертом этапе сопоставлены факторы, определившие репродуктивный выбор женщины (деторождение или прерывание беременности); изучено влияние медико-социальных факторов на репродуктивный исход. Проведен корреляционный анализ по регионам России социально-экономических факторов, а также гинекологической заболеваемости женщин с исходом беременности.

На пятом этапе разработаны предложения по оптимизации репродуктивного поведения женщин, а также профилактике и снижению негативных последствий нежелательной беременности.

В исследовании анализируются данные о репродуктивных показателях, характеризующих здоровье и исход беременности женщин по Российской Федерации и 3 территориям: г.Москва (Центрального ФО), Калининградская область (Северо-Западного ФО) и Ставропольский край (Северо-Кавказского ФО) - по соответствующим отчетным статистическим формам:

- данные статистической формы ФСН №13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)» за 1991-2009 гг. по Российской Федерации (19 документов), а также за 2009г. по г.Москве, Центральному ФО, Калининградской области, Северо-западному ФО, Ставропольскому краю, Южному и Северо-Кавказскому ФО – 7 документов;

Схема 2.1. Этапы, методы и объекты исследования, источники информации

Содержание этапа	Методы	Источники информации и объемы исследования
<p>1.1. Анализ данных литературы отечественных и зарубежных авторов. 1.2. Анализ правовых и нормативных документов по вопросам охраны материнства и детства в РФ.</p>	<p>Аналитический</p>	<p>189 источников литературы 22 правовых и 19 нормативных документов МЗРФ и МЗСР РФ</p>
<p>2. Сравнительный анализ демографических и репродуктивных показателей в России – изучение в динамике показателей исхода родов (заболеваемость беременных, рожениц, родильниц и новорожденных) и прерывания беременности в разные сроки гестации с учетом вида аборта и возраста женщин 1- в России за 1991-2009 гг. 2- в изучаемых территориях и субъектах РФ (г. Москва, Калининградская обл., Ставропольский край), а также соответствующих федеральных округах – ЦФО, СЗФО СКФО и ЮФО.</p>	<p>Статистический Эпидемиологический</p>	<p>Государственные отчетно-статистические формы №№ 13;14;32 - в РФ - за 1991-2009 гг., - г. Москва, Калининградская обл., Ставропольский край, ЦФО, СЗФО СКФО и ЮФО - 2009г.</p>
<p>3. Изучение влияния медико-социальных факторов на репродуктивный выбор женщины и исход беременности. 3.1. Анализ анкет родивших женщин с оценкой здоровья женщины, качества жизни, течения беременности и родов, способа родоразрешения, организации и качества оказанной помощи в родах. 3.2. Анализ результатов анкетирования женщин, прерывающих беременность в сопоставлении с данными о состоянии здоровья, социальных факторах риска, сроке гестации, и проч.</p>	<p>Анкетирования Статистический Экспертных оценок Социально-гигиенический Математическая статистика</p>	<p>Специально разработанные анкеты: родивших женщин - 507 родильниц и прервавших беременность - 479 женщин. Всего - 986 женщин: в г. Москве (154 родильницы и 171 женщина после аборта), г. Калининграде (140 и 132 соответственно) и г. Ессентуки Ставропольского края (213 и 176 женщин).</p>
<p>4. Сопоставление факторов, определивших репродуктивный выбор женщины (деторождение – прерывание беременности); обоснование необходимости принятия мер по профилактике аборта и внедрению безопасного медикаментозного аборта</p>	<p>Статистический Экспертных оценок Социально-гигиенический Математическая статистика</p>	<p>Автоматизированная обработка данных</p>
<p>5. Разработка предложений по оптимизации репродуктивного поведения и снижению негативных последствий нежелательной беременности.. Анализ и изложение результатов исследования в печатных изданиях, разработка практических предложений по оптимизации перинатальной службы оформление диссертации</p>	<p>Аналитический Статистический Логический контроль данных</p>	<p>Диссертация, статьи</p>

- данные статистической формы ФСН № 14 «Сведения о деятельности стационара», за 1991-2009 гг. по Российской Федерации (19 документов), а также за 2009г. по г. Москве, ЦФО, Калининградской области, Северо-западному ФО, Ставропольскому краю, Южному и Северо-Кавказскому ФО – 7 документов;

- данные статистической формы ФСН № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 1991-2009 гг. по Российской Федерации (19 документов), а также за 2009г. по г. Москве, Центральному ФО, Калининградской области, Северо-западному ФО, Ставропольскому краю, Южному и Северо-Кавказскому ФО – 7 документов.

Также использовались данные статистических справочников «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» за 2001-2009 гг., а также по г. Москве, Центральному ФО, Калининградской области, Северо-западному ФО, Ставропольскому краю, Южному и Северо-Кавказскому ФО – 9 документов;

- данные Федеральной службы Государственной статистики, представляющие показатели брачности и разводимости, гинекологической заболеваемости, социально-значимых заболеваний – по России и регионам в 2008-2009 гг. – 10 таблиц.

Основные демографические сведения (показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения, ожидаемой продолжительности жизни, данные о численности населения с доходом ниже прожиточного минимума) по трем изучаемым территориям, соответствующим федеральным округам и России изучены по статистическим справочникам:

- Статистические справочники «Медико-демографические показатели по Российской Федерации» за 1991-2009 гг. – 19 документов; Статистические справочники «Заболеваемость, ресурсы и деятельность дермато-венерологических учреждений» за 2008-2009 гг. по Российской Федерации, г. Москве, Центральному ФО, Калининградской области, Северо-западному ФО, Ставропольскому краю, Южному и Северо-Кавказскому ФО – 12 таблиц.

Для выявления долгосрочных тенденций изменения демографических процессов и репродуктивных показателей в России анализировали статистические показатели рождаемости, смертности, брачности, показатели, характеризующие контингенты рожаящих женщин и прерывающих беременность, параметры здоровья беременных, рожениц, родильниц и родившихся детей за 19-летний период с 1991 по 2009 гг., а для определения региональных различий в состоянии репродуктивного поведения женщин проводили сравнительный анализ статистических показателей по трем территориям и соответствующим федеральным округам.

Статистический мониторинг репродуктивно-демографических показателей в России проводили сплошным методом на генеральной совокупности всех

беременных, рожениц и родильниц, а также женщин, прервавших беременность, непрерывно в течение последних 19 лет, что позволило выявить закономерности (качественные и количественные) репродуктивного процесса в стране в течение нестационарного переходного периода в стране и повысить достоверность полученных выводов, исключив случайные колебания по регионам.

Социологическое исследование двух принципиально разных групп женщин (с противоположным репродуктивным исходом) - включало: 1) данные опросов родивших женщин (г. Москва, г. Калининград, г. Ессентуки Ставропольского края) с оценкой показателей здоровья женщины, медико-социальных факторов, качества жизни, течения беременности и родов, способа родоразрешения, организации и качества оказанной помощи в родах – 507 анкет; 2) данные опросов женщин, прерывающих беременность (г. Москва, г. Калининград, г. Ессентуки Ставропольского края) с оценкой данных о состоянии здоровья, социальных и семейных факторах риска, методах контрацепции, сроке гестации и трудностях при прерывании беременности – 479 анкет.

Всего анонимное анкетирование 986 женщин – в г. Москве (154 родильницы и 171 женщина после аборта), г. Калининграде (140 и 132 соответственно) и г. Ессентуки Ставропольского края (213 и 176 женщин респондентки) - позволило изучить факторы, определившие репродуктивный выбор женщины.

Специально разработанные анкеты содержали общую часть, одинаковую для обеих изучаемых групп, включавшую сведения о возрасте, образовании, социальном и семейном положении, характере внутрисемейных отношений, материально-бытовых условиях жизни, акушерском и гинекологическом анамнезе, состоянии здоровья женщины, методах контрацепции, отношении женщины к аборту и к возможному его ограничению или запрету.

Для женщин, прервавших беременность, дополнительными учетными признаками были: 36 признаков, характеризующих причину прерывания беременности, контрацептивное поведение женщины, ее оценку влияния аборта на здоровье, организационные моменты (куда и когда обращалась по поводу прерывания беременности, в каком сроке произведен аборт), информированность в отношении возможных осложнений аборта, отношение к платному аборту и т.д.

При анализе анкет женщин, родивших ребенка, дополнительно оценивались учетные признаки, характеризующие течение беременности, наблюдение, обследование, госпитализацию при беременности, срок и характер родов, осложнения в родах и послеродовом периоде, массо-ростовые показатели и состояние ребенка при рождении, оценка по шкале Апгар, характер вскармливания, условия содержания и отделение, где находились мать и дитя, отношение женщины к обслуживанию при беременности и в родах и т.д., всего 46 факторов.

Полученные сведения и сопоставление медико-биологических, социально-гигиенических и медико-организационных факторов позволили определить

наиболее значимые факторы, определившие предпочтения и выбор женщиной исхода беременности.

В третьей главе – «Анализ динамики демографических и репродуктивных показателей в России» изучены медико-статистические показатели репродуктивного процесса населения России (по данным материалов государственной статистики) на популяционном уровне в течение 1991-2009 гг., а также проанализированы социальные проблемы воспроизводства населения.

Анализ показателей репродуктивно-демографического процесса в России выявил двухфазную его динамику в течение постсоветского периода. Основным демографическим феноменом 90-х годов в России явилось сокращение рождаемости до небывало низких уровней (с 13,4 на 1000 населения в 1990г. до 8,3 в 1999г., или на 38,1%). Суммарный коэффициент рождаемости (среднее число детей, рожденных женщиной за свою жизнь) прогрессивно снижался с 1,89 в 1990г. до 1,17 в 1999г. Основными факторами, обусловившими падение репродуктивного потенциала страны в 90-е годы, являлись рост доли бедного населения с денежным доходом ниже прожиточного минимума до 29,4% в 1999г. (41,6 млн. чел) при одновременном увеличении степени дифференциации населения по денежным доходам (увеличении индекса Джинни с 0,29 до 0,40 за 1992-1999гг.); снижение числа браков (с 8,9 до 6,2 на 1000 населения за 1990-1999гг.) при увеличении числа разводов (с 4,3 до 5,9); увеличение числа родившихся вне брака детей (с 14,6 на 100 родившихся в 1990г. до 28,0 в 2000г.); высокий уровень материнской экстрагенитальной и акушерской патологии при беременности и увеличение числа осложнений в родах. Снижение рождаемости сопровождалось ростом репродуктивных потерь за счет невынашивания беременности и вынужденных абортов по социальным и медицинским показаниям.

В течение 2000-х годов в России наблюдается улучшение репродуктивно-демографической ситуации - увеличение рождаемости с 8,3 в 1999г. до 12,4 на 1000 населения в 2009г., рост суммарного коэффициента рождаемости с 1,17 до 1,54 за те же годы, снижение числа родившихся вне брака детей (с 30,0% в 2005г. – максимальное значение показателя – до 26,1%), уменьшение числа абортов и репродуктивных потерь. Однако при сохраняющемся высоком уровне смертности (14,2 в 2009г.) продолжается естественная убыль населения (-1,8), что определяет необходимость принятия мер по повышению эффективной рождаемости в стране.

Особенностью репродуктивной ситуации в современной России является поздняя рождаемость – в течение 2008-2009 гг. число родившихся детей у женщин 25-29 лет (91-93,7 на 1000 женщин) впервые за все годы наблюдения превысило число родившихся детей у женщин 20-24 лет (89,8-90,3). Другой важной особенностью является то, что рост рождаемости в 2000-х годах сопровождается значительным уровнем репродуктивных потерь желанных беременностей за счет самопроизвольных выкидышей и поздних абортов в сроке 22-27 недель,

составивших суммарно в 2009г. 11,2 на 100 родившихся живыми. С учетом мертворожденных и умерших в течение первого года жизни общие репродуктивные потери достигают 12,5 на 100 живорожденных. И это реальный резерв повышения рождаемости, составляющий альтернативу запрещению аборта.

Наблюдающееся в последние годы снижение числа аборт в стране (до 30,5 на 1000 женщин фертильного возраста и 66,7 на 100 родившихся), в том числе за счет их неполной регистрации в коммерческих учреждениях, сопровождается неблагоприятной динамикой их структуры – ростом числа самопроизвольных (до 15,2%), а также неуточненных внебольничных аборт (до 5,2% в 2009г.). Наблюдающееся увеличение распространенности спонтанных аборт за 2005-2009гг. (с 4,23 до 4,63 на 1000 женщин фертильного возраста) свидетельствует о продолжающемся снижении репродуктивного здоровья российских женщин.

Таблица 1.

Динамика основных репродуктивных показателей в России в 1991-2009гг.

	1991	1995	1999	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Рождаемость	12,1	9,3	8,3	8,7	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4
Смертность	11,4	15	14,7	15,4	16,1	15,2	14,7	14,7	14,2
Материнская смертность (на 100 тыс.род живыми)	52,4	53,3	44,2	39,7	25,4	23,8	22,1	21,0	22,0
Число аборт на 1000 жфв*	100,3	67,6	52,8	49,5	38,2	35,8	33,5	32,2	30,5
Число аборт на 100 ржм*	199,3	187,4	170,6	156,2	105,4	96,0	81,9	73,1	66,7
Медицинские легальные аборт	3108230	2210874	1707470	1615138	1202276	1124624	1021843	967497	893611
% медицинских легальных аборт	86,1	85,9	82,9	82,3	80,7	79,9	78,5	78,3	76,9
Медицинский аборт на 1000 жфв	62,8	40,9	30,5	28,3	30,2	28,5	26,1	26,1	23,4
Медицинский аборт на100 ржм	127,8	115,0	98,5	89,3	84,4	76,7	64,3	57,2	51,3
Криминальные аборт (абс)	13642	5263	4152	2639	1477	1221	1351	1309	1132
% криминальных аборт	0,378	0,204	0,202	0,135	0,099	0,087	0,104	0,106	0,10
Криминальные аборт на 1000 жфв	0,379	0,138	0,106	0,067	0,037	0,031	0,035	0,035	0,03
Неуточненные внебольничные аборт (абс)	115430	95987	87237	83938	72722	67129	63850	61155	60001
% неуточненных аборт	3,20	3,73	4,24	4,28	4,88	4,77	4,90	4,95	5,16
Неуточненные аборт на 1000 жфв	3,21	2,52	2,23	2,12	1,83	1,70	1,63	1,65	1,57
Самопроизвольные (абс)	232131	186277	170490	173905	168140	168026	173938	175572	176409
% самопроизвольных аборт	6,43	7,23	8,28	8,87	11,28	11,94	13,35	14,20	15,19
Самопроизвольные аборт на1000 жфв	6,45	4,89	4,37	4,39	4,23	4,26	4,45	4,74	4,63
Самопроизвольные аборт на 100 ржм	13,1	13,8	14,1	13,8	11,8	11,5	10,9	10,4	10,14
Аборт по медицинским показаниям (абс)	56471	44923	43884	42232	42703	44109	40170	29931	30003
% аборт по мед.показаниям	1,56	1,74	2,13	2,15	2,87	3,13	3,08	2,42	2,58
Аборт по мед.показаниям на 100 жфв	1,57	1,18	1,12	1,07	1,07	1,12	1,03	0,81	0,79
Аборт по мед.показаниям на 100 ржм	3,19	3,32	3,63	3,36	3,00	3,01	2,53	1,77	1,72
Аборт по социальным показаниям (абс)		31510	46469	43687	2683	1933	1328	898	534
% аборт по соц. показаниям		1,22	2,26	2,23	0,18	0,14	0,10	0,07	0,046
Аборт по соц. показаниям на 1000 жфв		0,83	1,19	1,10	0,07	0,05	0,03	0,02	0,014
Аборт по соц. показаниям на 100 ржм		2,33	3,85	3,48	0,19	0,13	0,08	0,05	0,031
% поздних аборт (22-27 нед.)	1,77	1,48	1,45	1,46	1,43	1,46	1,55	1,42	1,51
Медикаментозные аборт (абс)					11593	16669	22449	32072	35125
Доля медикам. аборт от всех аборт					0,78	1,18	1,72	2,59	3,02
Доля медикам. от медицинских аборт					0,96	1,48	2,20	3,31	3,93

* 1000 жфв – на 1000 женщин фертильного возраста (15-49 лет)

** 100 ржм – на 100 родившихся живыми и мертвыми

Особенно тревожна ситуация с абортами у подростков, причем число абортов у этого контингента достоверно выше в регионах с высоким общим уровнем абортов в популяции ($r=+0,45$). Следовательно, молодежь сохраняет вредные традиции старшего поколения – отношение к абарту как к приемлемому методу регулирования рождаемости.

Среди искусственных абортов недопустимо низок уровень медикаментозных абортов, наиболее безопасных и имеющих очевидные преимущества перед хирургическим методом прерывания беременности. Так, в 2009г. доля медикаментозного аборта составила в целом по России 3,9% от числа артифициальных абортов, причем характерны колебания показателя от 1,4% в Москве до 19,8% в С-Петербурге. Столь высокий (14-кратный!) разброс показателя в столицах (как и деформация общей структуры абортов в стране) отражает разный уровень «коммерческих» абортов и степень их недорегистрации.

Как видно из таблицы 1, потери желанных беременностей в результате самопроизвольных выкидышей в сроке до 22 недель гестации составили в 2009г. 176409 случаев, а поздних абортов в сроке 22-27 недель – 17493 (в сумме 193902, или 11,2% от числа родившихся живыми). С учетом фетоинфантильных потерь, составивших 22651 потерянных детей (8380 мертворожденных при сроке гестации более 28 недель и 14271 умерших в течение первого года жизни) общие репродуктивные потери достигают 12,5 на 100 живорожденных. И это реальный резерв повышения рождаемости, который следует использовать прежде всего, резерв, за сохранение которого стоит бороться, поскольку речь идет о желанных детях – в отличие от прерываемых по желанию женщины беременностей, которые если и завершаются рождением ребенка, то весьма проблематичным остается вопрос о том, насколько счастливой окажется его судьба и насколько позитивен вклад этих «нежеланных» детей в демографический, репродуктивный, трудовой, оборонный и интеллектуальный потенциал страны.

Артифициальный аборт как проявление сознательного отказа женщины от деторождения неразрывно связан с другой проблемой негативного репродуктивного поведения, к сожалению, специфичной для России – отказом женщины от родившегося ребенка. И в этой связи проблема нежелательной беременности существенно глубже и масштабнее, чем только вред аборта для женского здоровья. В 2008г. (единственный год, когда эти сведения учтены в статистической форме №32) число новорожденных, от которых отказались родители в акушерском стационаре, составило 6614 ребенка, или 3,94 на 1000 родившихся (каждый 250-й ребенок!). Для сравнения – показатель умерших новорожденных в акушерском стационаре в том же 2008г. составил 2,93 на 1000 живорожденных (умерло 4934 ребенка). Следовательно, в количественном отношении проблема «социального сиротства» превышает проблему неонатальной смертности, являясь важнейшей проблемой современной отечественной

демографии. Значительное число детей, от которых отказались родители в родильном доме («отказные» дети), как своеобразный маркер социального здоровья (вернее нездоровья) рождающихся сегодня детей, характеризует низкий уровень так называемой «эффективной рождаемости» - термин, характеризующий не просто число рожденных детей, но тех, которые выживают, социализируются, участвуют в экономической жизни и по всем параметрам заменяют своих родителей. Социальное нездоровье рождающихся детей (как и рожаящих женщин) с учетом сохраняющейся высокой заболеваемости и инвалидности детского населения, не позволяет согласиться с оптимистичной оценкой ситуации с воспроизводством населения в стране. Речь идет об устойчивой долговременной тенденции снижения репродуктивного потенциала населения России. Оценка сугубо количественной динамики рождаемости создает иллюзию благополучия демографического развития, однако «рождаемость для рождаемости», без учета качественных характеристик рождающегося потомства может явиться источником новых социальных, медицинских и демографических проблем в перспективе.

Характерна и вполне закономерна прямая связь ($r=+0,50$) числа «отказных» детей с числом криминальных и неуточненных (внебольничных) аборт (в число последних, как известно, входят криминальные аборты). Наличие прямой связи этих двух параметров, каждый из которых характеризует нежелание женщины иметь ребенка, подтверждает тезис о недопустимости отмены или ограничения аборт при нежелательной беременности, поскольку эти меры способны привести лишь к росту числа социальных сирот, создавая комплекс других проблем, достаточно широко известных в России. Известны также вредные последствия отмены аборт для женщин – рост криминальных вмешательств и материнской смертности от аборт, тяжелых преступлений вплоть до детоубийства и т.д.

Оценивая проблемы нежелательной беременности, надо отметить, что бесспорно основной причиной их возникновения является отсутствие контрацептивной культуры в России как наследие нашего прошлого. Согласно статистическим данным, в 2009г. лишь 23,6% женщин фертильного возраста применяли современные методы контрацепции (ВМС – 12,6% и оральные контрацептивы - 11%). И тем не менее проблема нежелательной беременности, даже обусловленная недостаточным применением контрацепции, существует, и масштаб ее негативных социальных последствий (в том числе «социального сиротства») явно недооценивается прежде всего государственными структурами, в том числе депутатами Госдумы, которые время от времени упорно поднимают вопрос о запрете или ограничении аборт (якобы это будет способствовать росту рождаемости в стране!). В результате непонимания сути проблемы, без должного профессионального анализа возможных последствий, был сокращен перечень социальных показаний к прерыванию беременности с 13 позиций (Приказ МЗМП РФ №242 от 11.06.1996г.) до 4-х (Приказ МЗ РФ №484 от 14.10.2003г.).

В современной репродуктивной медицине особое значение придается вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), прежде всего экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО), которые некоторыми авторами рассматриваются как один из способов повышения рождаемости в стране. Однако в России методы ВРТ сегодня не решают демографической проблемы и не занимают значимого места в процессе воспроизводства населения. Согласно статистической форме №30, в 2009г. в учреждениях Минздрава ЭКО проведено 13112 женщинам, из них беременность наступила у 4107 (в 31,3%), а это значит, что даже если все эти женщины доносят беременность до срока родов, это составит лишь 0,24% от числа родов в стране. То есть доля их ничтожно мала и составляет лишь треть от уровня перинатальных потерь (13838 по данным Росстата: 8380 мертворождений и 5458 умерших в возрасте 0-6 суток), большинство которых можно было предупредить при обеспечении должного качества медицинской помощи.

Сопоставление исходов беременности с медико-социальными факторами по регионам России выявило зависимость их от уровня жизни населения. При корреляционном анализе по 80 регионам России обнаружена прямая связь доли населения с доходом ниже прожиточного минимума с уровнем анемии беременных ($r=+0,41$), перинатальной ($r=+0,49$), материнской ($r=+0,44$), младенческой смертности ($r=+0,54$), а также родовой травмы новорожденных ($r=+0,39$). Это определяет высокую значимость социальных факторов в репродуктивных исходах и уровне акушерской и перинатальной патологии. Следовательно, главным резервом увеличения репродуктивного потенциала сегодня является повышение уровня жизни и социального благополучия населения, снижение заболеваемости женщин, прежде всего социально обусловленной патологии (анемии беременных), а также обеспечение должного качества помощи при родах и аборте.

Таким образом, поскольку основополагающим фактором, определяющим эффективность репродуктивного процесса в стране, является социальная стабильность семьи и общества, основной задачей демографической политики должно быть обеспечение должного уровня жизни населения и социальной поддержки молодежи и женщин фертильного возраста.

В четвертой главе «Изучение влияния медико-социальных факторов на репродуктивные исходы (социологическое исследование)» приведены результаты комплексной социально-гигиенической оценки рожавших женщин и прерывающих беременность.

Влияние медико-социальных факторов на репродуктивные исходы изучено по результатам анонимного анкетирования 986 женщин - 507 родильниц и 479 женщин, прервавших беременность. Исследование проводилось в трех различных регионах РФ – г. Москве (154 родильницы и 171 женщина после аборта), г. Калининграде (140 и 132 соответственно) и г. Ессентуки Ставропольского края (213 и 176 женщин респондентки).

Региональные особенности изучаемых групп респондентов (как по возрасту, так и по акушерскому анамнезу) значительно менее выражены (статистически недостоверны), чем контингенты с различным репродуктивным поведением (рожающие и прерывающие беременность).

Средний возраст всех респонденток составил $28,5 \pm 0,39$ лет. При этом возраст женщин, родивших ребенка, составил $27,96 \pm 0,34$ лет, т.е. был несколько меньше возраста прервавших беременность – $29,06 \pm 0,44$ лет ($p > 0,05$). Среди рожавших преобладали женщины в возрасте 24-29 лет (32,6%), в то время как среди прервавших беременность доля этой возрастной группы составила лишь 24,6%. При этом среди беременных старшего репродуктивного возраста (35 лет и старше) преобладали женщины прервавшие беременность (18% против 16,6% среди родивших). Из рисунка 1 видно, что рожают женщины преимущественно в более раннем возрасте – менее 30 лет; роженицы старших возрастных групп - 30 лет и старше - составили лишь 37%, в то время как среди прерывающих беременность доля их достоверно выше - 43,4% - ($p < 0,05$).

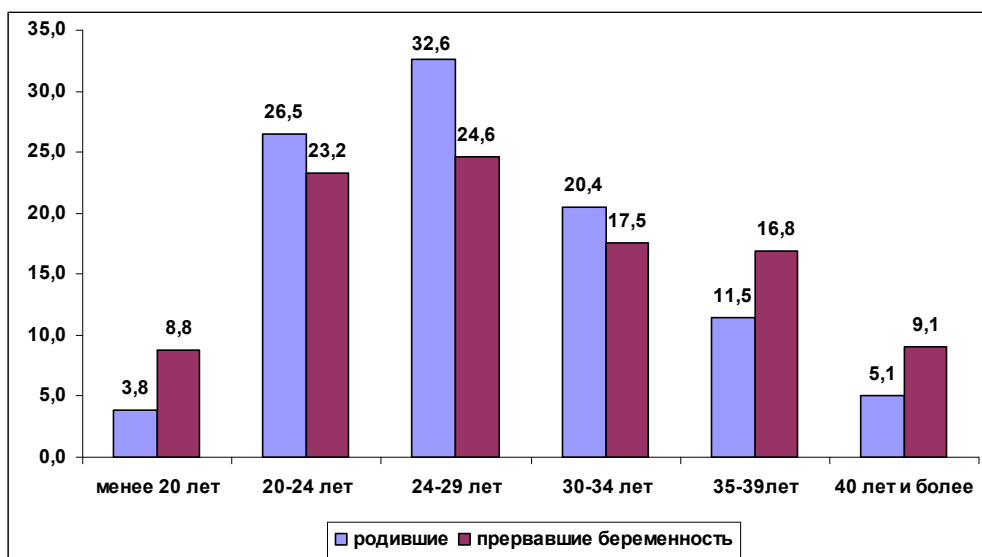


Рис. 1. Распределение по возрастным группам родивших женщин и прервавших беременность.

Порядковый номер данной беременности среди прерывающих беременность составил $3,06 \pm 0,08$ против $2,39 \pm 0,08$ среди рожавших ($p < 0,05$). Среди прерывающих беременность 31,5% женщин детей не имели, 42,0% имели одного ребенка, 22,4% - двух детей, 4,1% - трех и более. Среди рожавших женщин не имели ранее детей 13,8%, имели одного ребенка 40,4%, двух – 38,8%, трех и более – 7%. В то же время данные о достоверно меньшем числе детей у прерывающих беременность ($0,99 \pm 0,05$) в сравнении с рожавшими ($1,55 \pm 0,04$) характеризуют особенности репродуктивного поведения «абортного» контингента женщин, в определенной степени «адаптированных» к искусственному прерыванию беременности как традиционному («приемлемому») методу регулирования рождаемости - избавления от наступившей незапланированной беременности.

Существенное различие изучаемых контингентов выявлено при анализе семейного положения респонденток. Среди рожавших женщин преобладали женщины состоящие в браке (93,8%), в том числе зарегистрированном (77,5%) и незарегистрированном (16,3%). В то же время среди прерывающих беременность лишь 48% состояли в зарегистрированном браке и 18% в гражданском. Разведенные женщины преобладали среди прерывающих беременность (8,0% против 1,3% среди рожавших) - рис.2.

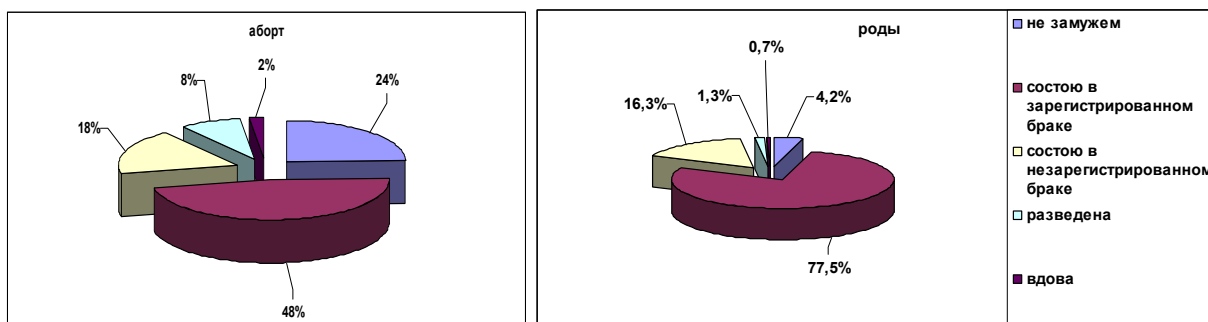


Рис. 2. Распределение женщин, прерывающих беременность (слева) и рожавших (справа) по семейному положению (%)

Таким образом, данный фактор был одним из наиболее значимых, определяющих репродуктивный выбор женщины. Эти данные подтверждаются результатами корреляционного анализа по 80 регионам России, выявившего положительную связь частоты аборта с коэффициентом разводимости ($r=0,67$), а с числом родов в регионе – отрицательную ($r=-0,54$).

Анализ ответов респонденток о жилищных условиях не выявил существенной разницы изучаемых контингентов. В то же время в обеих группах улучшение жилищных условий отмечено как мера, способствующая росту рождаемости (45,1%).

Достоверно более низкий уровень материальной обеспеченности выявлен среди рожавших женщин в сравнении с прерывающими беременность. Так, каждая пятая (21,5%) родильница оценила свой достаток как низкий («не хватает средств на необходимое»), в то время как среди прерывающих беременность этих женщин было 7,7%. Наоборот, высокий материальный уровень жизни («удовлетворены все потребности семьи») отмечен у 8,7% в группе производящих аборт и лишь 2,3% среди рожавших. Эти данные соответствуют результатам корреляционного анализа, согласно которым установлена положительная связь уровня рождаемости в регионе с долей населения с доходом ниже прожиточного минимума ($r=0,47$).

Подавляющее большинство респонденток обеих групп (83,6% среди прерывающих беременность и 76,2% среди рожавших, $p>0,05$) отнесли себя к группе среднего достатка («достаточно средств на все необходимое»). Отсутствие статистически достоверной разницы показателей по двум анализируемым группам мы объясняем практически равным социальным статусом наших респонденток,

пользующихся услугами муниципальных гинекологических и акушерских учреждений для родоразрешения и аборта. Даже разница в образовании не определяет различия уровня материальной обеспеченности и качества жизни, что, впрочем, четко описано социологами как «специфическая особенность бедности российского общества».

Анализ ответов респонденток об уровне образования дал несколько неожиданные результаты. Высшее и незаконченное высшее образование имели 49,8% женщин прерывающих беременность и 59,7% рожаящих – хотя принято считать, что аборт делают преимущественно более «просвещенные» и образованные женщины, прерывающие беременность из-за фактора карьерного роста и т.д. Среднее и среднеспециальное образование имели соответственно 48,3 и 39,7% женщин (рис.3).

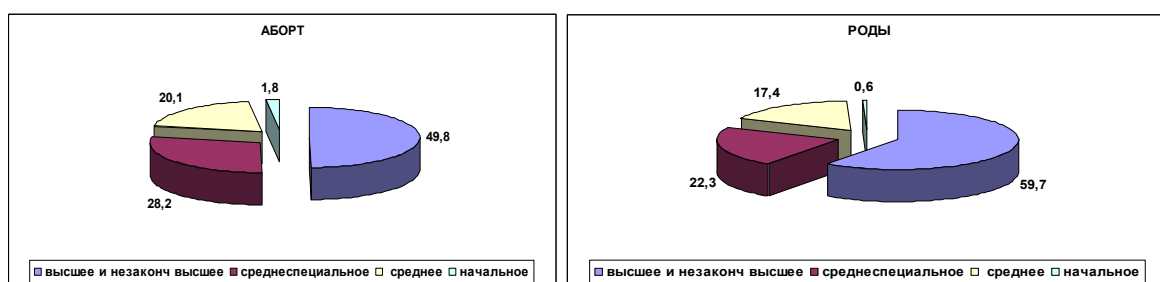


Рис. 3. Распределение женщин, прерывающих беременность (слева) и рожаящих (справа) по уровню образования (%)

В то же время анализ места работы и социального статуса респонденток выявил, что в государственном предприятии работают больше рожаящих женщин (46,8%) против 42,7% прерывающих беременность ($p>0,05$). В коммерческой фирме работают поровну (42,2 и 42,3%). Собственное предприятие имеют 12,4% прерывающих беременность (каждая восьмая) и лишь 4,5% рожаящих женщин. Следовательно, уровень образования выше среди рожаящих, но социально более активными (имеющих собственное предприятие и работающих в коммерческих учреждениях) являются женщины, прерывающие беременность. Впрочем, на уровне материального благополучия это существенно не отражается – подавляющее большинство респонденток – среднего достатка ($p>0,05$).

При анализе респонденток по месту работы выявлено, что среди рожаящих женщин больше служащих (13% против 10,0% женщин, прерывающих беременность), работников здравоохранения (8,8% против 7,6), образования (6,5 и 3,8%), финансовой сферы (8,1 и 6,5%), а также неработающих и безработных (7,5% против 1,4%). Среди прерывающих беременность больше не работающих (23,4% против 17,9%), работников сферы обслуживания (15,8 и 10,1%), рабочих (10,3 и 8,1%), студенток (4,5 против 1,9%) и предпринимателей (3,4 и 2,6%). Учащиеся школы (2,1%) по результатам нашего исследования делали аборт и не рожали.

Гинекологические заболевания, согласно результатам опроса, имеются у почти половины всех респонденток (45,6%). В структуре патологии репродуктивной системы у прерывающих беременность на первом месте воспалительные заболевания (21,1%), в группе родивших женщин число страдающих воспалительными заболеваниями достоверно меньше (7,0%). Нарушения менструальной функции, составившие 11,1% по общему массиву респонденток, преобладали в группе прерывавших беременность (11,8% против 10,4% у рожавших женщин, $p > 0,05$). На третьем месте - эрозия шейки матки (10,7% и 10,1% - соответственно в исследуемых группах). Таким образом, частота наиболее распространенной патологии репродуктивной системы – воспалительной и эндокринной - чаще встречается в группе женщин, прерывающих беременность, что согласуется с литературными данными и имеет четкое патогенетическое обоснование. При этом характерно, что сведений о возбудителе инфекционной патологии (в том числе инфекциях, передающихся половым путём - трихомоноз, хламидиоз, генитальный герпес и др.), большинство женщин не имели.

При анализе интервала между первым обращением женщины по поводу данной беременности и абортom оказалось, что он составил менее одной недели лишь у 5,8% респонденток, от одной до двух недель – у 36,5% , от двух до трех недель – у 44%, более трех недель у 13,7%. При этом выявлена зависимость срока прерывания беременности от длительности обследования и «очереди» в стационаре на аборт – т.е. организационных факторов, определяющих в большинстве случаев более поздний срок прерывания беременности (в среднем на 2-3 недели от момента первой явки женщины в консультацию). Следовательно, фактор сокращения длительности обследования и консультаций важен для снижения негативных последствий аборта. Речь идет о необходимости совершенствования организации деятельности женской консультации, равно как и гинекологического стационара при записи на прерывание беременности.

С сожалением приходится констатировать тот факт, что женщинам при направлении на аборт врачом акушером-гинекологом не предлагается метод медикаментозного прерывания беременности; более того, 44,6% респонденток, прерывающих беременность, даже не знали о существовании такой возможности.

Ответы на вопрос о том, какова основная причина прерывания Вами беременности, расположились следующим образом. Большинство женщин обосновали свой выбор наличием необходимого и возможного числа детей в семье и нежелание или невозможность иметь больше детей (22,8%). Вторым по значимости фактором, тесно связанным с первым (обычно эти ответы сочетались) было отсутствие и недоступность детских дошкольных учреждений (18,4%). На третьем и четвертом месте - неудовлетворительные жилищные условия (17,9%) и материальная необеспеченность (14,3%). Нежелание мужа (партнёра) иметь

ребёнка было причиной аборта в 13,4% случаев; 12,5% женщин отметили, что рождение ребёнка мешает профессиональному росту (учёбе). Кроме того, у 8,5% женщин в настоящее время работа несовместима с рождением ребёнка. Принципиальное нежелание иметь ребенка отметили 6,7% женщин, прервавших данную беременность (причем три четверти из них прерывали уже повторную беременность). 6,3% респонденток отметили как причину аборта плохое здоровье, 3,1% женщин - отсутствие мужа.

На вопрос о том, какие мероприятия должны проводиться для предупреждения нежелательной беременности, 42% респонденток отметили в качестве основной меры обеспечение бесплатными средствами контрацепции.

Меры, которые могут способствовать сохранению беременности и деторождению, были оценены респондентами следующим образом. Главным приоритетом было улучшение жилищных условий (45,1% женщин) и повышение материального благосостояния (44,8% опрошенных). Увеличение денежного пособия на детей рассматривают как меру, способствующую росту рождаемости, 36% (48,1% родивших женщин и 23,1% прервавших беременность) - различие статистически высоко достоверно и вполне объяснимо, т.к. проблема величины пособия актуальна для когорты рожаящих женщин и мало актуальна для прерывающих беременность, среди которых более трети не имеют детей) (табл.2).

Столь же выраженное различие между изучаемыми группами выявлено в отношении проблемы обеспеченности детскими дошкольными учреждениями, которую считают важной 34% родивших женщин и лишь 21,8% сделавших аборт. И также достоверно различие между группами (24,2 и 15,4%) по вопросу важности формирования в обществе приоритета материнства и отцовства и изменения отношения к детской семье. Необходимость улучшения медицинской помощи считает важным пятая часть опрошенных, из них почти четверть (23,2%) родивших ребенка.

Таблица 2.

Какие меры необходимы для повышения рождаемости:

	женщины, прервавшие беременность	женщины, родившие ребенка	всего
улучшение жилищных условий;	42,3	56,9	45,1
повышение материального благосостояния	34,6	55,9	44,8
увеличение денежного пособия на детей	23,1	48,1	36,0
обеспечение детскими дошкольными учреждениями	21,8	34,0	27,2
формирование в обществе приоритета материнства отцовства и изменение отношения к семье	15,4	24,2	20,8
укрепление физического здоровья	15,4	19,5	18,5
улучшение медицинской помощи	20,8	23,2	21,6
другое	11,9	10,1	10,9

В связи с периодически возникающим в разных кругах российского общества вопросом о целесообразности запрета аборта, что будто бы должно

способствовать повышению рождаемости, в нашу анкету включен вопрос – «Считаете ли Вы, что запрещение аборта будет способствовать повышению рождаемости». Утвердительных ответов было всего 5,7%, в то время как 94,3% женщин ответили отрицательно, поскольку, по мнению респондентов, запрет аборта приведёт к увеличению криминальных прерываний беременности (39,5% женщин) и к увеличению стоимости аборта в частных коммерческих учреждениях (48,5%). При этом характерно, что москвичи прогнозируют в большей степени увеличение стоимости аборта при его запрете, а жители Ставропольского края – рост криминальных вмешательств.

При анализе удовлетворенности пациенток, родивших ребенка, выявлено, что каждая пятая рожавшая женщина перенесла роды и пребывание в родильном доме как тяжелый стресс; причем наименее благоприятное впечатление о родах (у каждой третьей женщины) отмечено пациентками г.Калининграда, а наиболее благоприятное (у 84,5%) в родильном доме г.Ессентуки. Основными проблемами при этом были невнимательное, грубое отношение персонала; 17,7% женщин отмечали вынужденное платное обследование, лечение и/или родоразрешение.

В отношении аборта плохое впечатление (невнимательное, грубое отношение персонала) осталось у трети опрошенных пациенток.

Корреляционный анализ частоты аборта с демографическими показателями по 80 регионам России за 2008 год выявил отрицательную связь частоты абортот с ожидаемой продолжительностью жизни ($r=-0,56$) и положительную с коэффициентом смертности ($r=+0,25$) – т.е. абортот больше в регионах с низкой продолжительностью жизни и высокой смертностью. Положительная связь числа абортот выявлена и в отношении материнской ($r=+0,40$), детской ($r=+0,38$), и младенческой ($r=+0,23$) смертности. Следовательно, абортот больше в регионах с низкой продолжительностью жизни и высокой смертностью. Характерна положительная связь частоты абортот с числом правонарушений в регионе ($r=+0,52$), а также с числом учащихся профтехучилищ ($r=+0,47$).

Анализ корреляционной связи частоты аборта с показателями гинекологической заболеваемости и инфекций, передаваемых половым путем в 2008-2009 гг. выявил наличие значимой зависимости показателей в отношении трихомоноза ($r=+0,42$ в 2008г. и $r=+0,45$ в 2009г.), сифилиса ($r=+0,46$ и $r=+0,49$), хламидийной инфекции ($r=+0,34$ и $r=+0,35$). Наиболее сильная связь частоты аборта выявлена в отношении гонореи ($r=+0,64$ и $0,62$).

Значимая корреляционная связь частоты аборта с показателями распространенности патологии шейки матки – эрозии и эктропиона ($r=+0,42$ в 2008г. и $r=+0,45$ в 2009г.), а также расстройствами менструации ($r=+0,32$ в 2008г. и

$r=+0,34$ в 2009г.) характеризует нарушение репродуктивной системы женского населения в регионах с высокой частотой аборта.

Высокая значимость семейного фактора в репродуктивном поведении женского населения подтверждается положительной связью частоты аборта с уровнем разводов в регионе ($r=+0,47$ в 2008г. и $r=+0,48$ в 2009г.).

Учитывая особую значимость здоровья подростков в репродуктивном процессе, отдельно проанализированы корреляционные связи частоты аборт у девушек 15-17 лет с показателями их заболеваемости – по тем же 80 регионам России. Выяснено, что уже среди девушек-подростков отмечается наличие связи частоты аборта с социально-значимыми инфекциями, передаваемыми половым путем – гонореей ($r=+0,47$ в 2008г. и $r=+0,62$ в 2009г.) и сифилисом ($r=+0,37$ в 2008г. и $r=+0,27$ в 2009г.). Это характеризует неблагополучие того контингента подростков, которые прибегают к прерыванию беременности в юном возрасте, и таким образом определяет с одной стороны высокую социальную значимость проблемы аборта, с другой – медицинский аспект аборт у подростков, являющихся фактором снижения репродуктивного здоровья будущих матерей.

В заключении обобщены результаты исследования и сформулированы основные положения, способствующие улучшению репродуктивного поведения женщин. Особое внимание обращено на необходимость решения проблемы нежелательной беременности, предупреждение которой является в то же время профилактикой социального сиротства в стране. В связи с меняющейся государственной политикой, определяющей репродуктивное поведение и приоритеты демографического развития страны, даны правовые и нормативные документы, регламентирующие показания к прерыванию беременности (по медицинским и социальным показаниям), а также стимулирование рождаемости в стране. Важно отметить также, что, в связи с тем, что аборт нельзя считать причиной снижения рождаемости и соответственно запрет аборта не может быть способом увеличения рождаемости (вопреки утверждениям некоторых авторов), необходимо обеспечить полноценное и непреложное право женщины на репродуктивный выбор, в том числе прерывание беременности – в соответствии с действующими Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 года).

При заключительной разработке факторов, определяющих репродуктивный выбор женщины и способствующих оптимизации репродуктивной политики, использованы как результаты собственного социологического исследования, так и данные официальной статистики о репродуктивно-демографических показателях.

**Основные мероприятия по сохранению
репродуктивного потенциала
населения России**

СОЦИАЛЬНЫЕ МЕРЫ

1. Увеличение материальной и социально-правовой поддержки материнства (преимущественное предоставление доступного жилья, ипотечное кредитование, гарантированный оплаченный отпуск по беременности, материальная компенсация за многодетность и т.д.);
2. Поддержка молодых семей (предоставление льгот при рождении не только повторных детей, но и первого ребенка; увеличение денежного пособия по уходу за ребенком);
3. Программы поддержки семей с детьми (детские сады, бесплатное и льготное питание и предметы ухода за ребенком и т.д.);
4. Обеспечение трудовой занятости женщины-матери (неполный рабочий день, надомные рабочие места); денежная компенсация при непредоставлении места в детских садах;
4. Новая информационная политика по утверждению в обществе семейных ценностей и формированию приоритета материнства, отцовства и изменению отношения к детной и многодетной семье.

**МЕДИЦИНСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОГО
МАТЕРИНСТВА И СНИЖЕНИЯ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ**

1. Сохранение соматического и репродуктивного и здоровья подростков как потенциальных родителей;
2. Обеспечение доступной, бесплатной, квалифицированной пренатальной помощи на амбулаторном этапе (снижение невынашиваемости, плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода);
3. Повышение выявляемости врожденных пороков развития и гипоксических нарушений плода;
4. Обеспечение оптимальной интранатальной помощи в акушерском стационаре (выбор оптимального времени и способа родоразрешения; бережное родоразрешение исключающее развитие предотвратимой патологии матери и ребенка);
4. Адекватная послеродовая помощь в родильном доме и в женской консультации; послеродовая реабилитация при осложненных родах; послеродовая контрацепция;
5. Оптимальная помощь новорожденному в родильном доме и детской поликлинике (предотвращение постнатальной патологии);
6. Рациональная организация и регионализация акушерской помощи (с учетом прогноза рождаемости) как условие повышения качества родовспоможения на популяционном уровне – в широкой сети родовспоможения;
7. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи женщинам (при беременности, в родах и после родов), а также новорожденным и детям первого года жизни.

**МЕДИЦИНСКИЕ
МЕРОПРИЯТИЯ
ПРИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ**

1. Эффективная экономически доступная контрацепция (прежде всего социально незащищенным группам населения) как мера предупреждения нежелательной беременности и сохранения репродуктивного здоровья женщин;
2. Обеспечение безопасного аборта (приоритет медикаментозного аборта перед хирургическим; сокращение сроков обследования при направлении на аборт; реабилитация при осложненном аборте);
3. Послеабортная контрацепция;
4. Совершенствование нормативно-правовой базы в отношении вынужденных прерываний беременности по социальным и медицинским показаниям;
5. Оптимизация статистики аборта (учет осложнений аборта по статистической форме №13; учет числа абортов, производимых в коммерческих учреждениях).

ВЫВОДЫ

1. Ухудшение демографической ситуации в России на рубеже веков приобрело устойчивый долговременный характер. В течение 2000-х годов в России наблюдается некоторое улучшение репродуктивно-демографической ситуации - увеличение рождаемости с 8,3 в 1999г. до 12,4 на 1000 населения в 2009г., рост суммарного коэффициента рождаемости с 1,19 до 1,54, однако сохраняющееся превышение уровня смертности над уровнем рождаемости при продолжающейся естественной убыли населения (-1,8 на 1000 населения) и регрессивном типе его возрастной структуры ухудшает прогноз демографического развития страны. Это определяет необходимость совершенствования системы мероприятий, направленных на создание условий, стимулирующих рождаемость. Поскольку основополагающим фактором, определяющим эффективность репродуктивного процесса, является социальная стабильность семьи и общества, основной задачей демографической политики должно быть обеспечение должного уровня жизни населения, социальной поддержки молодежи и женщин репродуктивного возраста.

2. Особенностью репродуктивной ситуации в России является поздняя рождаемость. В 2008-2009 гг. число родившихся детей у женщин в возрасте 25-29 лет (93,7 на 1000 женщин в 2009г.) впервые превысило число родившихся у женщин 20-24 лет (90,3). Рост рождаемости в 2000-х годах сопровождается значительным уровнем репродуктивных потерь за счет самопроизвольных выкидышей и поздних аборт, составивших в 2009г. 11,2 на 100 родившихся живыми. Общие репродуктивные потери с учетом мертворожденных и умерших в возрасте 1 года достигают 12,5 на 100 живорожденных, что является реальным резервом роста рождаемости и составляет альтернативу запрещению абортов.

3. Особого внимания заслуживает проблема нежелательной беременности, вызванная низкой культурой контрацепции и обуславливающая высокую частоту абортов и новый тип негативного репродуктивного поведения, связанный с отказом от рожденного ребенка («социальное сиротство»). Число отказных детей в 2008г. составило 3,94 на 1000 родившихся, превысив уровень ранней неонатальной смертности. Это определяет важность мер по обеспечению доступной контрацепции – не только как фактора сохранения репродуктивного здоровья женщин, но и для предотвращения «социального сиротства» в России.

4. Наблюдающееся в последние годы снижение числа абортов в стране (до 30,5 на 1000 женщин фертильного возраста и 66,7 на 100 родившихся), в том числе за счет их недорегистрации в коммерческих учреждениях, сопровождается неблагоприятной динамикой их структуры – ростом числа самопроизвольных абортов (до 15,2%), а также неуточненных внебольничных (до 5,2% в 2009г.). Наблюдающееся увеличение частоты распространения спонтанных абортов за 2005-2009гг. (с 4,23 до 4,63 на 1000 женщин фертильного возраста)

свидетельствует о продолжающемся снижении репродуктивного здоровья российских женщин.

5. Опросы беременных женщин показали, что основными мерами, которые могут способствовать сохранению беременности и деторождению, является улучшение жилищных условий (45,1%) и повышение материального благосостояния (44,8%). Увеличение денежного пособия на детей рассматривают как меру, способствующую росту рождаемости, 36% респонденток (48,1% родивших женщин и 23,1% прервавших беременность). Решение проблемы обеспеченности детскими дошкольными учреждениями считают важной каждая третья родившая женщина (34%) и каждая пятая женщина, сделавшая аборт (21,8%). Необходимость улучшения медицинской помощи считает важным пятая часть всех опрошенных и почти четверть (23,2%) родивших ребенка.

6. Приоритетными мерами по сохранению репродуктивного потенциала населения России является 1) увеличение социально-правовой и материальной поддержки материнства; 2) обеспечение безопасного материнства и снижение репродуктивных потерь путем повышения качества акушерской помощи; 3) медицинские мероприятия по сохранению репродуктивного здоровья женщины при нежелательной беременности (эффективная экономически доступная контрацепция и обеспечение безопасного аборта, в том числе медикаментозного).

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Важным фактором повышения рождаемости является снижение репродуктивных потерь в результате самопроизвольных аборт, а также уменьшение предотвратимой патологии матери и ребенка в процессе беременности и родов. Репродуктивные показатели следует рассматривать как критерий оценки общественного здоровья и индикатор демографического благополучия населения.

2. Предупреждение нежелательной беременности - путем обеспечения эффективной экономически доступной контрацепции, в первую очередь среди социально неблагополучных и юных контингентов женщин, является актуальной задачей акушерско-гинекологической службы.

3. Повышение безопасности аборта, прежде всего за счет широкого внедрения медикаментозного аборта, является важной мерой сохранения репродуктивного здоровья женщин. Для адекватной и объективной оценки влияния аборта на здоровье женщины предлагается ввести в статистическую форму №13 учет сведений об осложнениях аборта как меры, обеспечивающей контроль качества медицинской помощи при прерывании беременности. Для количественной оценки истинной распространенности аборта необходимо введение статистического учета аборт, производимых в частных учреждениях здравоохранения.

СПИСОК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Кузнецова Т.В. / Репродуктивное здоровье женщин как фактор демографического развития России / Суханова Л.П., Кузнецова Т.В. // Проблемы репродукции. 2008. Специальный выпуск. Технологии XXI века в гинекологии. – М., 2008. – С.21-22.
2. Кузнецова Т.В. / Медико-организационные факторы в обеспечении репродуктивного процесса в России / Суханова Л.П., Скляр М.С., Кузнецова Т.В. // Проблемы репродукции. 2008. Специальный выпуск. Технологии XXI века в гинекологии. – М., 2008. – С.22-23.
3. Кузнецова Т.В. / Обеспечение бесплатного родовспоможения как фактор сохранения здоровья населения России / Суханова Л.П., Скляр М.С., Кузнецова Т.В. // Вопросы практической педиатрии. Материалы 11 ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины «Новые технологии в перинатологии» (Москва, 29-30 сентября 2008. – С.51.
4. Кузнецова Т.В. / Статистика родовспоможения в оценке качества медицинской помощи / Суханова Л.П., Скляр М.С., Кузнецова Т.В. // Материалы 4-го съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, 30 сентября-2 октября 2008. - Москва - 2008. - С.246-247.
5. Кузнецова Т.В. / Оценка современных тенденций организации региональной службы родовспоможения / Суханова Л.П., Скляр М.С., Кузнецова Т.В. // Материалы 4-го съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, 30 сентября-2 октября 2008. - Москва - 2008. - С.247-249.
6. **Кузнецова Т.В. / Медико-статистический анализ динамики репродуктивных исходов в России за период 1999-2008 гг. / Кузнецова Т.В. // Информационно-аналитический Вестник «Социальные аспекты здоровья населения», 2009-№4 (12). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/146/30/>**
7. Кузнецова Т.В. / Аборты у подростков как медико-социальная проблема в современной России / Суханова Л.П., Кузнецова Т.В., Глушенкова В.А. // Межсекторальное партнерство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения. – Сборн.научн.трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. Москва: ЦНИИОИЗ. – 2009. - стр.135-139.
8. **Кузнецова Т.В. / Эволюция акушерской патологии в России / Суханова Л.П., Глушенкова В.А., Кузнецова Т.В. // Здравоохранение Российской Федерации – 2010. - №4. – С.27-32.**
9. **Кузнецова Т.В. / Перинатальные проблемы воспроизводства населения России (по данным анализа статистических форм №№13,32) / Суханова Л.П., Кузнецова Т.В. // Информационно-аналитический Вестник «Социальные аспекты здоровья населения», 2010-№4 (16). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/243/30/>**
10. Кузнецова Т.В. / Проблема врожденных пороков развития плода в современной репродуктивной медицине / Суханова Л.П., Кузнецова Т.В. // 5-й Международный конгресс по репродуктивной медицине. М.,2011. – С.20-21.
11. Кузнецова Т.В. / Репродуктивные проблемы воспроизводства населения России в переходный период / Суханова Л.П., Кузнецова Т.В. // 5-й Международный конгресс по репродуктивной медицине. М., 2011. – С.21-22.
12. Кузнецова Т.В. / Аборт и проблема нежелательной беременности в России (медико-статистический анализ) / Суханова Л.П., Кузнецова Т.В. // Амбулаторно-поликлиническая практика: проблемы и перспективы. Всероссийский конгресс с международным участием. М., 2011. – С.341-342.
13. Кузнецова Т.В. / Проблемы негативного репродуктивного поведения женщин России / Суханова Л.П., Кузнецова Т.В. // Демографическое развитие России: задачи демографической политики и усиления социальной поддержки населения. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Москва. 2011.- С.101-104.