

На правах рукописи

ТУРБИНА ЮЛИЯ ОЛЕГОВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АБОРТОВ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва, 2022 г.

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор, академик РАН

**Полунина
Наталья Валентиновна**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
заведующий

**Тюков
Юрий Аркадьевич**

доктор медицинских наук, профессор,
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения с
курсом ИДПО, заведующий

**Шарафутдинова
Назира Хамзиновна**

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А.Семашко»

Защита состоится «__» _____ 2022 года в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.06 при ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1 и на сайте <http://rsmu.ru>

Автореферат разослан «__» _____ 2022г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук



Бокарева Наталия Андреевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

К приоритетным направлениям государственной политики в области народонаселения относится улучшение состояния здоровья населения, стабилизация рождаемости и укрепление семейных отношений. Это закреплено в концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года, утвержденной Правительством РФ в 2021 году (Распоряжение правительства РФ от 16.09.2021г.№2580-р).

В настоящее время в России существует модель сниженного воспроизводства населения, характеризующаяся наличием роста отрицательного естественного прироста на протяжении последних 5-ти лет с 2016г. по 2020г. (от 0,01‰ до 4,8‰) и низкой рождаемости (с 12,9‰ до 9,8‰). Кроме того, за тот же период времени в стране отмечено увеличение возраста вступления женщины в брак (с 27,2 до 27,9 лет) и возраста появления первого ребенка (с 28,2 до 28,8 лет). При относительной стабильности численности женщин репродуктивного возраста за последние 5 лет (45,5% и 43,9% соответственно) имеет место снижение суммарного коэффициента рождаемости с 1,77 до 1,50 ребенка на 1 женщину и доли повторных рождений с 49% до 41%¹.

Одним из методов регулирования рождаемости в нашей стране является аборт по желанию женщины (Вартапетова Н.В., 2011; Чернов А.В., 2012; Стародубов В.И., 2013). Данные официальной статистики² свидетельствуют о снижении в 1,9 раза за период с 2010г. по 2020г. числа абортов на 1000 женщин в возрасте 15-49 с 31,7 до 16,1 аборта и в 1,7 раза числа абортов на 100 родов с 66,6 до 38,8 аборта. В то же время часть проведенных абортов не учитываются в Федеральной службе государственной статистики, поскольку частные медицинские организации не отчитываются о проведенных абортах (из общего числа абортов 38,9% абортов производится в частных медицинских организациях). Кроме того, среди женщин, госпитализированных с кровотечением, у каждой третьей женщины оно обусловлено самостоятельным прерыванием беременности (Яворский А.А., 2018).

В выполненных исследованиях показано, что наличие абортов в анамнезе

¹ Российский статистический сборник «Семья и дети в России. 2021 г.», 116 с.

² Статистический сборник «Здравоохранение в России 2021 г.», 171 с.

приводит к осложнениям течения беременности у 33,8% женщин, в родах – у 25-32% женщин, послеродового периода – в 12%, к бесплодию – у 10-20% женщин (Сухих Г.Т., 2010; Токтар Л.Р. 2010; Костюкова Н.Б., 2012; Сергейко И.И., 2014; Бушмелева Н.Н., 2015; Тихонов М.Ю., 2018). Отмечено, что в структуре материнской смертности на долю аборта приходится от 18,8% до 25,2% (Мингалева Н.В., 2008; Щепин О.П., 2009; Посисеева Л.В., 2014). Среди матерей, имевших аборт в анамнезе, у каждого пятого новорожденного выявлено ухудшение здоровья и нормального развития (Полунина Н.В., Дубович Е.Г., 2011; Гинзбург Б.Г., 2017; Балакирева А.В., 2017; Кузьмичев К.А., 2022).

Все вышесказанное обуславливает высокую медико-социальную значимость проблемы профилактики абортов.

Степень научной разработанности темы исследования.

Неблагоприятное репродуктивное здоровье характеризуется наличием акушерско-гинекологической патологии, осложненным течением беременности, родов, в значительной мере определяется наличием абортов в анамнезе (Кострыкина Л.С., 2014; Швырева Е.А., 2014; Ворыханов А.В., 2016; Манакина Е.С., 2017; Прокопов А.Ю., 2021 и др.).

Изучению распространенности абортов и различным аспектам репродуктивного поведения посвящены работы Рахматуллина Э.В., 2008; Костина И.Н., 2009; Филипповой Т.Ю., 2010; Сергейко И.В., 2014; Бушмелевой Н.Н., 2015; Гараевой А.С., 2018; Чучалиной Л.Ю., 2018; Богдановой Т.Г., 2020; Курбанисмаилова Р.Б., 2021 и др.

Результаты анализа причин искусственного прерывания беременности нашли свое отражение в работах Крутовой В.А., 2005; Гряниченко Н.А., 2006; Семикиной Н.А., 2013; Шатуновой Е.П., Калиматовой Д.М., 2013; Мустафиной Г.Т., Шарафутдиновой Н.Х., Халиковой Л.Р., 2015; Петрова Ю.А., 2016; Лавлинской Л.И., 2016 и др.

Социально-гигиенические исследования проблем искусственного прерывания беременности представлены в трудах Конакова С.А., 2014; Атамбаевой Р.М., 2016; Тихонова М.Ю., 2018; Харитонова А.К., 2019; Ленкина С.Г., 2018; Романовой О.В., 2018; Кузьмичева К.А., 2022 и др. Комплексное социально-гигиеническое исследование снижения ранних спонтанных потерь беременности проведено Вахрушевой Е.Н., 2022.

Несмотря на всестороннее изучение состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, роли различных социально-гигиенических факторов в формировании их здоровья в проведенных исследованиях отсутствуют критерии комплексной оценки состояния здоровья женщин фертильного возраста; не рассмотрены вопросы, касающиеся репродуктивных установок женщин; не раскрыта роль медицинской активности и медицинской грамотности в профилактике абортoв.

Учитывая вышеизложенное, представляется целесообразным и своевременным проведение настоящего исследования, подчеркивающего его актуальность и научно-практическую значимость сформулированной цели и задач.

Цель исследования: на основании результатов комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья женщин и образа жизни фертильного возраста разработать медико-социальные мероприятия по профилактике абортoв.

Для достижения поставленной цели исследования были сформулированы следующие **задачи:**

1. Изучить заболеваемость женщин фертильного возраста;
2. Дать анализ социально-гигиенической характеристики обследуемых женщин;
3. Проанализировать репродуктивное поведение и причины абортoв у женщин исследуемой группы;
4. Установить роль факторов медицинской активности в формировании здоровья женщин репродуктивного возраста;
5. Разработать медико-социальные мероприятия, направленные на профилактику абортoв, и оценить их эффективность.

Научная новизна исследования состояла в разработке критериев комплексной оценки состояния здоровья женщин фертильного возраста, включающих наличие или отсутствие хронических заболеваний, кратности заболеваний в течение года, особенностей течения беременности, родов и послеродового периода, наличие оперативных вмешательств на органах малого таза. Полученные результаты свидетельствуют, что среди женщин с абортoв в анамнезе 39,5% были отнесены к группе с плохим состоянием здоровьем, а среди

женщин контрольной группы таковых было в 1,5 раза меньше.

Изучение социально-гигиенической характеристики показало, что большая часть женщин имеет высшее образование, работает, состоит в официальном браке. В то же время среди женщин основной группы достоверно больше семей с детьми, чем в контрольной группе. Отмечено, что женщины основной группы достоверно чаще в 1,7 раза не планировали рождение детей, указывали на неудовлетворенность материально-бытовыми условиями и возникновение частых трудноразрешимых конфликтных ситуаций.

Изучение контрацептивного поведения выявило, что женщины с абортами в анамнезе чаще, чем женщины контрольной группы не применяли контрацептивы (в 1,4 раза) или прибегали к неэффективным методам контрацепции (в 1,5 раза), основывая свой выбор на недостоверных источниках информации.

Среди причин прерывания беременностей по собственному желанию большинство женщин отмечают наличие желаемого числа детей, возникновение незапланированной беременности, неудовлетворительные материально-бытовые условия, одинокое проживание. Обращает на себя внимание, что в каждом пятом случае женщина совершала аборт под давлением полового партнера или родителей. В среднем на 1 женщину приходится 1,8 аборт, причем с увеличением возраста число аборт возрастает.

Изучение медицинской активности показало, что женщины основной группы в 2,3 раза чаще имели низкий уровень медицинской активности, в том числе несвоевременно обращались к врачу, не выполняли рекомендации врача акушера-гинеколога, вели малоподвижный образ жизни, имели нарушения питания и сна, вредные привычки.

Анализ места проведения аборта показал, что лишь каждая вторая женщина обращалась в государственные медицинские организации. Особостораживают полученные данные о том, что у каждой четвертой женщины возникают осложнения в течение последующих беременностей, что отражается на здоровье будущих детей.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что доля женщин с осложнениями после аборта выше в 1,7 раза в частных медицинских организациях по сравнению с государственными медицинскими организациями.

Полученные результаты позволили научно обосновать и разработать

медико-социальные мероприятия по профилактике аборт, реализация которых способствует повышению медицинской активности и улучшению состояния здоровья.

Теоретическая и практическая значимость работы состоит в том, что предложена методика комплексной оценки состояния здоровья женщин фертильного возраста, включающая несколько критериев, характеризующих гинекологическую и экстрагенитальную заболеваемость, осложненное течение беременности, родов и послеродового периода.

Изучены особенности медицинской активности и репродуктивного поведения женщин фертильного возраста, определена их роль в формировании здоровья. На основании полученных результатов разработаны медико-социальные мероприятия, направленные на изменение медицинского поведения и профилактику аборт.

Применение разработанных медико-социальных мероприятий по профилактике аборт способствовало повышению уровня медицинской грамотности и медицинской активности женщин репродуктивного возраста. Реализация предложенных мероприятий позволила сформировать у них навыки правильного контрацептивного поведения и улучшить состояние здоровья.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Особенности заболеваемости органов репродуктивной сферы и экстрагенитальной патологии женщин фертильного возраста, критерии комплексной оценки их здоровья;
2. Социально-гигиеническая характеристика образа жизни женщин репродуктивного возраста с аборт в анамнезе;
3. Влияние репродуктивных установок и медицинской активности на состояние здоровье исследуемой группы женщин;
4. Разработка медико-социальных мероприятий, направленных на профилактику аборт и улучшение здоровья женщин репродуктивного возраста.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность научных положений, выводов и практических рекомендаций определяется достаточным объемом исследования, применением адекватных методов сбора материала и корректных методов статистической обработки полученных данных. Полученные результаты свидетельствуют о решении

поставленной цели и сформулированных задач в полном объеме.

Внедрение результатов исследования

Разработанные медико-организационные мероприятия, направленные на снижение числа аборт и улучшение состояния репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, включающих повышение информированности о влиянии репродуктивного поведения женщин на ее здоровье и здоровье будущих детей, повышение медицинской грамотности женщин и мужчин репродуктивного возраста по вопросам контрацептивного поведения, а также формирование навыков по здоровому образу жизни реализуются в деятельности в ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения Москвы». Реализация предложенных рекомендаций способствовала повышению медицинской грамотности женщин и увеличению удельного веса женщин, применяющих эффективные методы контрацепции.

Полученные в ходе исследования данные о состоянии здоровья женщин репродуктивного возраста, имеющих аборт в анамнезе, позволили определить направления реабилитационной работы среди женщин, прервавших беременность, включающих медицинские и социальные мероприятия, направленные на снижение последствий аборта и предотвращение наступления нежелательной беременности. Внедрение предложенных мероприятий в ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова Департамента здравоохранения города Москвы» Женская консультация Ясенево-2 дало возможность улучшить здоровье женщин, снизить удельный вес женщин с воспалительными заболеваниями на 18,4% и с гормональными нарушениями – на 36,9% женщин.

Материалы настоящего исследования используются в учебном процессе на кафедре Общественного здоровья и здравоохранения имени академика Ю.П.Лисицына педиатрического факультета ФГАОУ ВО Российского национального исследовательского медицинского университета Минздрава России, расширяя знания учащихся о здоровье женского населения, о социально-гигиенических факторах риска женского здоровья и медико-социальных мероприятиях по предупреждению наступления нежелательной беременности.

Методология и методы исследования

При проведении данной научной работы применялись следующие методы:

социально-гигиенический, выкопировки данных из первичной медицинской документации, статистический, аналитический, сравнительного анализа и наглядного представления полученных результатов.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью вычисления объема необходимого наблюдения, средней, скользящей средней и относительных величин, их ошибок, определения достоверности различий средних и показателей, вычисления показателей динамического ряда, коэффициента корреляции.

В процессе статистической обработки полученных материалов был использован персональный компьютер с прикладными пакетами программ «Statistica 10.0» и «Excel».

Апробация работы

Основные положения и результаты доложены и обсуждены на совместном заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Материалы диссертации доложены на VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием молодых ученых и специалистов, посвящённой 85-летию ФГБУ "НИИ ЭЧ и ГОС им. А.Н. Сысина" Минздрава России (Москва, 2016), на XXIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2016), на XXIV Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2017), на XXV Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2018), на Всероссийской научно-практической конференции «От Гигиены до современности: научно-практические основы профилактической медицины» (Москва, 2018), на «Международной Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых» (Москва, 2018), на IV Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» (Москва, 2019), на XXVIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2021).

Личный вклад автора

Автором составлены план и программа, дизайн исследования, проведен анализ литературных источников. Для сбора материала разработаны анкеты и выборочная карта, проведен сбор материала, выкопировка данных из первичной

медицинской документации, анализ полученного материала и статистическая обработка, сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлена диссертационная работа.

Личное участие автора в исследовании подтверждается публикациями. Все научные положения, представленные в работе, являются результатами авторского наблюдения и заключения. Доля личного участия автора – 95%.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертационного исследования опубликовано 9 работ, в том числе 2 в журналах, включенных в перечень ВАК РФ, и 1 в издании, индексируемом в международной реферативной базе данных Scopus.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 175 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания программы и методики исследования, 3-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, который содержит 183 библиографических источника, в том числе 166 отечественных и 17 зарубежных публикаций, 3-х приложений. Работа иллюстрирована 42 таблицами, 22 рисунками и 3 схемами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность работы, представлена степень разработанности научной проблемы, определена цель исследования и задачи для ее достижения, научная новизна, теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту и внедрение результатов исследования.

В первой главе представлен аналитический обзор литературы, посвященный медико-социальным аспектам репродуктивного здоровья женщин. Анализ опубликованных материалов продемонстрировал, что, несмотря на достаточно большое число работ, посвященных роли аборт в формировании здоровья женщин и их детей, социально-гигиенических факторов, влияющих на решение женщины о прерывании беременности, до сих пор должного внимания не уделено анализу комплексной оценки состояния здоровья и образа жизни женщин фертильного возраста, имеющих аборт в анамнезе, не раскрыты особенности репродуктивного и контрацептивного поведения.

Во второй главе представлена разработанная в процессе исследования программа комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья и образа жизни женщин фертильного возраста. Для достижения поставленной цели были разработаны этапы исследования, определен объект и объем научного наблюдения.

Объектом наблюдения явились женщины репродуктивного возраста, имеющие аборт в анамнезе и постоянно проживающими в г. Москва (533 женщины). Контрольная группа была подобрана по таким признакам, как возраст, место жительства и наблюдение в одной медицинской организации (599 женщин). Критерием отличия явилось отсутствие аборта в анамнезе женщин.

В третьей главе представлен анализ здоровья женщин репродуктивного возраста, включающий характеристику заболеваемости репродуктивных органов и экстрагенитальной патологии. Проведенный анализ показал, что осложненное течение беременности, родов и послеродового периода достоверно чаще встречается у женщин основной группы, чем у женщин контрольной группы (67,4% и 22,6% соответственно, $p < 0,05$). В структуре беременностей, родов и послеродового периода, протекающих с осложнениями, более 63,5% приходится на беременности, не закончившиеся родами, 27,6% – на угрозу прерывания беременности и токсикоз, 7,2% – на аномалии малого таза, 1,7% – на осложнения послеродового периода (рисунок 1).

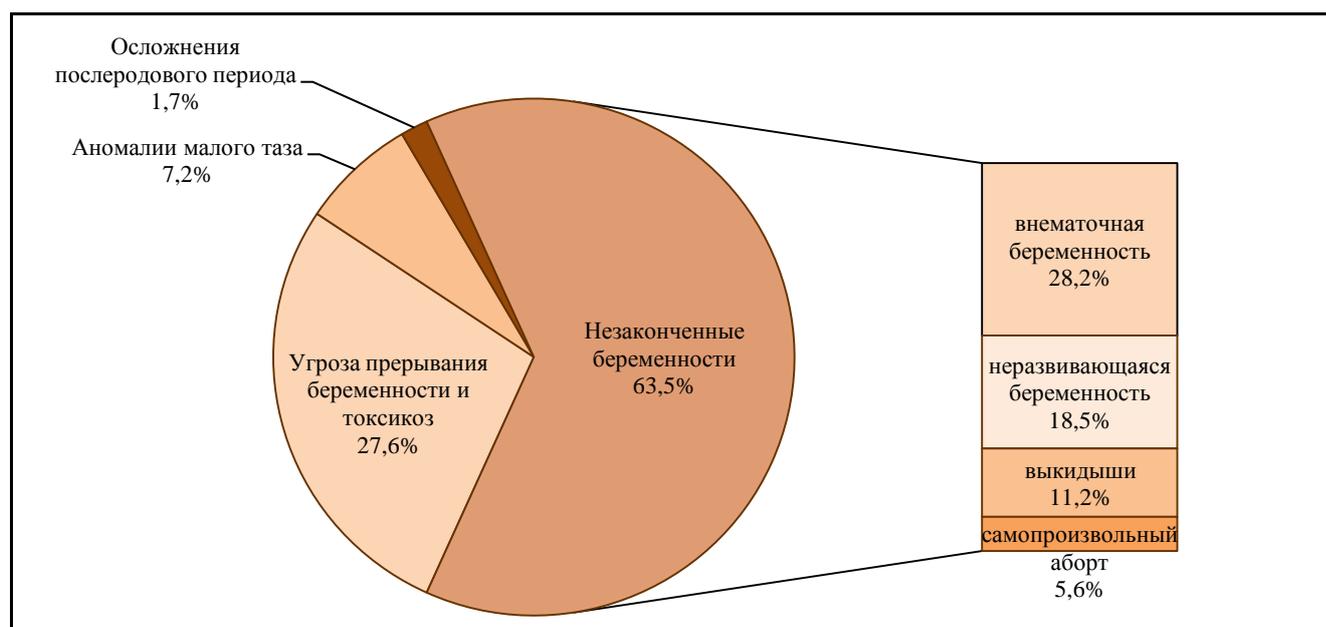


Рисунок 1 – Структура осложненного течения беременности, родов и послеродового периода среди всех обследованных женщин (в % к итогу)

Детальный анализ структуры беременности, родов и послеродового периода, протекающих с осложнениями выявил, что среди женщин основной группы чаще встречались аномалии малого таза (в 4,0 раза), осложнения послеродового периода (в 3,2 раза), беременности, не окончившиеся родами (2,3 раза), угроза прерывания беременности и токсикоз (в 2,0 раза).

Сравнительный анализ внутренней структуры беременностей, не закончившихся родами, показал, что в основной группе в 1,6 раза чаще отмечены неразвивающиеся беременности, в 1,7 раза – выкидыши, в 1,8 раза – внематочные беременности, в 4 раза – самопроизвольные аборты.

Анализ гинекологической заболеваемости показал, что доля женщин с гинекологическими заболеваниями в 1,9 раз выше в основной группе в сравнении с женщинами контрольной группы (52,7% и 27,1%). Среди женщин основной группы в 1,7 раза выше уровень острой гинекологической заболеваемости (630,7‰ против 356,4‰) и в 1,5 раза уровень хронической гинекологической заболеваемости (254,7‰ против 173,2‰).

Показатели острой гинекологической заболеваемости выше во всех возрастных группах у женщин основной группы: в возрастной группе 18-28 лет – в 2,1 раза, в группе 29-39 лет – в 1,9 раз, в группе 40-50 – в 1,5 раза. Женщины основной группы достоверно чаще имели гинекологические операции в анамнезе (38,1% у женщин основной группы и 14,1% у женщин контрольной группы) и обращались второй и третий раз за медицинской помощью в течение года в сравнении с женщинами контрольной группы.

В структуре острой гинекологической заболеваемости невоспалительные заболевания составили 57,1%, доброкачественные новообразования – 24,9%, воспалительные заболевания – 11,3%, венерические заболевания – 4,2%, прочие – 2,5% (рисунок 2). Выявлено, что у женщин основной группы в 1,5 раза чаще встречаются доброкачественные новообразования и венерические заболевания, а у женщин контрольной группы – в 1,2 раза невоспалительные и воспалительные заболевания.

Изучение внутренней структуры наиболее часто встречающихся нозологических форм показало, что у женщин основной группы в 1,8 раза достоверно чаще встречались аномальные кровотечения из матки и влагалища ($p < 0,05$), в 1,2 раза – доброкачественные образования матки ($p < 0,01$). В

контрольной группе в 2,2 раза достоверно чаще встречались невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки ($p < 0,05$), в 1,9 раза – доброкачественные образования яичников ($p < 0,05$).

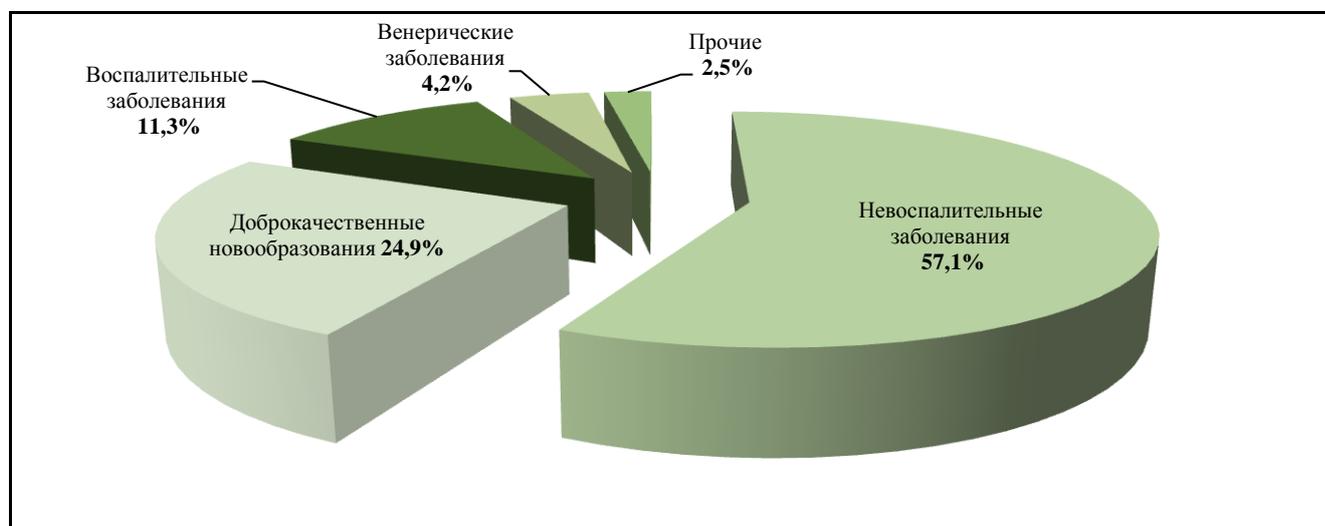


Рисунок 2 – Структура острой гинекологической заболеваемости среди обследуемых женщин (в % к итогу)

Анализ экстрагенитальной заболеваемости показал, что среди обследуемых женщин удельный вес женщин, имеющих экстрагенитальную патологию достоверно выше в основной группе (23,4% и 16,8% соответственно, $p < 0,05$), в 1,2 раза выше уровень данной заболеваемости.

При изучении структуры хронической экстрагенитальной заболеваемости среди женщин основной и контрольной групп отмечено, что первое и второе место соответствует структуре в целом (болезни органов пищеварения и болезни мочеполовой системы соответственно). Третье место у женщин основной группы заняли болезни крови и кроветворных органов, у женщин контрольной группы – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ; четвертое место у женщин основной группы – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ, у женщин контрольной группы – болезни кровообращения; пятое место у женщин основной группы – болезни кровообращения, у женщин контрольной группы – болезни органов дыхания.

У женщин основной группы достоверно чаще в 1,6 раза, чем у женщин контрольной группы диагностировались болезни эндокринной системы, расстройство питания и нарушение обмена веществ, в 1,4 раза болезни

кровообращения и болезни мочеполовой системы.

Комплексная оценка состояния здоровья исследуемой группы женщин включала следующие критерии: наличие или отсутствие гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, кратности заболеваний в течение года, наличие оперативных вмешательств на органах малого таза.

Полученные результаты свидетельствуют, что среди женщин с абортами в анамнезе 39,5% были отнесены к группе с плохим состоянием здоровьем, что в 1,5 раза больше, чем среди женщин контрольной группы (26,9%). В то же время женщин, имеющих хорошее здоровье, в основной группе было достоверно меньше в сравнении с контрольной группой (в 1,5 раза).

В четвертой главе представлено изучение социально-гигиенической характеристики и репродуктивного поведения женщин исследуемой группы. Полученные результаты свидетельствуют, что средний возраст обследованных женщин составил $33,2 \pm 0,6$ года; большинство женщин имели высшее образование (66,3% основной группы и 57,6% контрольной группы), работали (68,2% основной группы и 60,8% контрольной группы), являлись служащими (49,4% основной группы и 48,7% контрольной группы); стаж работы в среднем оставил у женщин основной группы $12,5 \pm 0,4$ лет, а у женщин контрольной группы – $9,4 \pm 0,6$ лет.

Анализ семейного статуса показал, что 69,5% женщин основной группы и 65,1% женщин контрольной группы состояли в официальном браке, незамужние и разведенные женщины встречались достоверно чаще в 1,7 раз в основной группе, а вдовы в 6,6 раза – в контрольной группе. Женщины основной группы достоверно чаще имели детей в сравнении с контрольной группой (79,2% и 61,8% соответственно, $p < 0,05$). Женщины основной группы чаще воспитывают двух и более детей, женщины контрольной группы – имеют 1 ребенка ($p < 0,05$). Отмечено, что женщины основной группы в сравнении с контрольной группы чаще в 1,7 раза указывали на неудовлетворенность материально-бытовыми условиями, в 2,1 раза – на наличие частых и трудноразрешимых конфликтных ситуаций.

Изучение контрацептивного поведения выявило, что женщины, имеющие аборт в анамнезе, достоверно чаще, чем женщины контрольной группы

отказывались от использования средств контрацепции (13,7% против 9,6%), а среди тех, кто применял контрацептивы – использовали нерегулярно (27,2% против 18,3%).

Женщины использовали в среднем от 1-го до 2-х источников получения информации о контрацептивных средствах. Результаты исследования показали, что в расчете на 100 опрошенных в 46,3 случаях женщины использовали научно-популярную литературу, в 38,3 случаях – данные интернета и средств массовой информации, в 32,8 случаях – советы врача акушера-гинеколога, в 15,1 случаях – советы полового партнера, в 6,9 случаях – советы знакомых, друзей, родственников. Женщины основной группы существенно реже прибегали к совету врача акушера-гинеколога, но чаще основывали свой выбор на мнении полового партнера и данных из интернета и средств массовой информации, а также научно-популярной литературы (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от рекомендаций методов контрацепции (на 100 опрошенных)

Источник информации	Женщины	
	основной группы	контрольной группы
Научно-популярная литература	50,4	42,3
Интернет и средства массовой информации	42,1	34,5
Врач акушер-гинеколог:		
➤ стационар	4,6	6,1
➤ женской консультации	19,2	15,5
➤ знакомый	7,9	13,3
Половой партнер	18,0	12,3
Знакомые/друзья	4,4	3,8
Родственники	1,8	4,1

Анализ используемых методов контрацепции выявил, что женщины основной группы достоверно чаще, чем женщины контрольной группы использовали прерванный половой акт (в 2,1 раза), гормональные методы (в 1,2 раза), внутриматочные методы (в 4,4 раза), народные методы (в 17 раз), достоверно реже механические способы (в 1,2 раза), календарный метод (в 1,2

раза). Кроме того, женщины основной группы в 1,8 раза достоверно чаще использовали экстренную контрацепцию для предотвращения наступления беременности, чем женщины контрольной группы.

Результаты изучения репродуктивных установок показали, что один аборт имели 72,5% женщин, 2 аборта – 16,9%, 3 аборта – 6,5%, 4 и более – 3,9%. Среднее число абортотворений на одну женщину составило $1,8 \pm 0,17$ абортотворений, причем с увеличением возраста женщины возрастает число абортотворений с $1,2 \pm 0,1$ абортотворений в возрастной группе 18-28 лет до $2,2 \pm 0,1$ абортотворений в возрастной группе 40-50 лет. Кроме того, с увеличением количества детей у женщины в семье возрастает число абортотворений ($r=+0,372$; $m=\pm 0,07$, $p<0,05$). Число абортотворений в 1,3 раза достоверно больше у незамужних женщин по сравнению с женщинами, состоящими в официальном браке ($1,8 \pm 0,2$ абортотворения и $1,4 \pm 0,3$ абортотворения соответственно).

Основными причинами абортотворений по собственному желанию в расчете на 100 опрошенных женщин явились: незапланированная беременность при наличии желаемого числа детей (64,9 случаев), материальные трудности (58,4 случаев), неудовлетворенность жилищными условиями (51,9 случаев), нежелание прерывать карьеру (32,4 случаев), желание полового партнера прервать беременность (19,4 случаев), желание родителей (13,2 случаев).

В пятой главе дана характеристика медицинской активности, обоснованы и разработаны медико-социальные мероприятия по профилактике абортотворений и оценена их эффективность.

Сравнительный анализ медицинской активности показал, что женщины основной группы достоверно чаще не состояли под наблюдением у врача акушера-гинеколога (21,4% женщин основной группы против 14,9% женщин контрольной группы), несвоевременно посещали врача акушера-гинеколога (45,7% против 30,9% соответственно), не считали нужным выполнять рекомендации врача в 1,3 раза чаще (65,3% женщин основной группы против 52,1% женщин контрольной группы). Отмечено, что женщины основной группы чаще выполняли лечебные рекомендации и реже – профилактические.

Анализ полового поведения включал изучение не только отношения к контрацептивным средствам, но и гигиенические привычки и предпочтительный стиль одежды. Полученные результаты показали, что каждая третья женщина проводила гигиенические процедуры женщины нерегулярно, каждая пятая

использовала тампоны в первые дни менструаций. Изучение предпочтительного стиля в одежде выявило в расчете на 100 опрошенных женщин ношение узких джинсов в 63,8 случаях, узких юбок – в 20,7 случаях, одежды, не соответствующей погоде – в 19,2 случаях. Отмечено, что среди женщин, имеющих перечисленные выше неблагоприятные факторы, в 3,4 раза чаще отмечалось плохое здоровье в сравнении с женщинами, у которых отсутствовали названные выше неблагоприятные факторы.

Отмечено, что женщины основной группы в сравнении с контрольной группой достоверно чаще в 2,2 раза имели низкую физическую активность, в 1,3 раза – нарушение питания, в 1,4 раза – нарушения сна, в 1,3 раза курили, в 1,4 раза регулярно употребляли алкоголь.

Комплексная оценка медицинской активности с учетом изученных характеристик позволила сформировать 3 группы: 42,4% женщин основной группы и 18,7% женщин контрольной группы были включены в группу с низким уровнем медицинской активности, 21,1% женщин основной группы и 41,5 % женщин контрольной группы – в группу с высоким уровнем, остальные составили группу с удовлетворительной медицинской активностью.

Полученные данные показали, что среди женщин, имеющих хорошее состояние здоровья, каждая вторая была отнесена в группу с высоким уровнем медицинской активности, а среди женщин с плохим состоянием здоровья – каждая третья женщина имела низкий уровень медицинской активности.

Анализ обращения женщин для проведения операции по прерыванию беременности выявил, что практически каждая вторая обращается в частную медицинскую организацию (47,1%). Причинами выбора частной медицинской организации женщины указали в расчете на 100 опрошенных отсутствие «минуты молчания» (61,8 случаев), более комфортные условия пребывания (60,3 случаев), соблюдение конфиденциальности (45,6 случаев) и повышенное внимание со стороны персонала к пациентам (32,4 случаев).

Причинами выбора государственной медицинской организации явились в расчете на 100 опрошенных: оказание помощи по системе обязательного медицинского страхования (79,2 случаев), территориальная близость (63,6 случаев), длительное наблюдение у одного врача (52,8 случаев), желание наблюдаться в одной организации (39,1 случаев).

Отмечено, что у каждой четвертой женщины после операции аборт возникали различные осложнения: гормональные нарушения (41,9%), невозможность дальнейшего зачатия (30,7%), осложненное течение последующих беременностей (невынашивание беременности, замершие беременности и др.) – 24,5%, прочие – 2,9%. Доля женщин с осложнениями после проведенного аборта в 1,7 раза достоверно выше ($p < 0,05$) среди женщин, которые обратились в частные медицинские организации, по сравнению с женщинами, обратившимися в государственные медицинские организации.

На основании полученных результатов была предложена программа медико-социальных мероприятий, направленная на профилактику абортов и улучшение состояния здоровья женщин репродуктивного возраста. Учитывая, что частные медицинские организации не предоставляют сведения о прерывания беременности в территориальные органы управления здравоохранения, предлагается обязать их подавать Форму №13 «Сведения о беременностях с абортным исходом» и Форму №30 «Сведения о медицинской организации» в Федеральную службу государственной статистики. Это позволит иметь более объективную информацию о распространенности абортов среди женщин фертильного возраста (схема 1).



Схема 1 – Медико-социальные мероприятия, направленные на профилактику абортов

Полученные данные свидетельствуют, что женщины после прерывания беременности, имеют ухудшение состояния здоровья. Целесообразно обеспечить диспансерное наблюдение данной группы женщин для проведения среди них медицинских и социальных реабилитационных мероприятий с целью снижения последствий аборта и улучшения их здоровья. Для профилактики аборт и их последствий необходимо использовать при оценке деятельности женских консультаций показатель распространенности абортов среди прикрепленного контингента женщин.

Результаты настоящего исследования установили, что ведущая роль в формировании неблагоприятных показателей здоровья принадлежит медицинской активности, повышение которой включает в себя повышение медицинской грамотности по вопросам полового и контрацептивного поведения, формирование навыков здорового образа жизни.

Реализация предложенных мероприятий позволила увеличить удельный вес женщин, имеющих положительные изменения образа жизни и показателей здоровья (таблица 2).

Таблица 2 – Оценка эффективности предложенных мероприятий

Показатели	Мероприятия		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	до проведения	после проведения	
Доля женщин, своевременно обратившихся к врачу	62,5%	73,2%	$p < 0,05$
Доля женщин, выполняющих рекомендации врача	27,6%	45,6%	$p < 0,05$
Доля женщин, имеющих благоприятные гигиенические навыки	11,9%	35,6%	$p < 0,05$
Доля женщин, использующих навыки здорового образа жизни	43,5%	69,1%	$p < 0,05$
Доля женщин, имеющих благоприятное контрацептивное поведение	67,5%	83,1%	$p < 0,05$
Кратность обращений по поводу гинекологических заболеваний в год	1,3	0,6	$p < 0,05$

Приведенные данные свидетельствуют о том, что разработанные и реализованные в процессе исследования мероприятия эффективны и могут быть использованы для улучшения состояния здоровья женщин.

В заключении обобщаются основные результаты исследования, подводятся его итоги, которые свидетельствуют о решении поставленных задач.

ВЫВОДЫ

1. Анализ течения беременности, родов и послеродового периода показал, что среди женщин, имеющих аборт в анамнезе, в сравнении с женщинами контрольной группы достоверно больше женщин с осложнениями беременности и родов (в 2,9 раза). Среди них чаще встречаются беременности, не закончившиеся родами (в 2,3 раза), аномалии малого таза (в 4 раза), осложнения послеродового периода (в 3,2 раза), угроза прерывания беременности и токсикоз (в 2 раза).

Сравнительный анализ внутренней структуры беременностей, не закончившихся родами, показал, что в основной группе в 1,8 раза чаще отмечены внематочная беременность, в 1,6 раза – неразвивающаяся беременность, в 1,7 раза – выкидыши, в 4 раза – самопроизвольные аборты.

2. Анализ гинекологической заболеваемости показал, что среди женщин основной группы в 1,9 раз выше доля женщин с гинекологическими заболеваниями, в 1,7 раза – уровень острой гинекологической заболеваемости и в 1,5 раза – уровень хронической гинекологической заболеваемости. Выявлено, что у женщин основной группы в структуре острой гинекологической заболеваемости в 1,5 раза чаще встречаются доброкачественные новообразования и венерические заболевания, а у женщин контрольной группы в 1,2 раза – воспалительные и невоспалительные заболевания органов малого таза.

Изучение внутренней структуры наиболее часто встречающихся нозологических групп показало, что у женщин основной группы в 2 раза достоверно чаще встречались аномальные кровотечения и в 1,2 раза чаще доброкачественные образования матки, когда как в контрольной группе – в 1,7 раза достоверно чаще невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки и в 1,9 раза – доброкачественные образования яичников.

3. Анализ экстрагенитальной заболеваемости показал, что доля женщин основной группы, имеющих экстрагенитальную патологию достоверно выше, чем среди женщин контрольной группы (23,4% и 16,8%, соответственно). Среди женщин основной группы достоверно чаще были выявлены болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в 1,6 раза), болезни кровообращения (в 1,4 раза) и болезни мочеполовой системы (в 1,4 раза).

Результаты комплексной оценки состояния здоровья исследуемой группы

женщин показали, что женщины основной группы в 1,5 раза достоверно чаще были отнесены к плохой группе здоровья, а женщины контрольной группы в 1,5 раза достоверно чаще – к хорошей группе здоровья.

4. Изучение социально-гигиенической характеристики показало, что женщины основной группы чаще, чем в контрольной группе имели высшее образование (66,3% против 57,6%); работали (68,2% против 60,8%); состояли в официальном браке (69,5% против 65,0%); имели детей (79,2% против 61,8%); чаще были одинокими в 1,7 раз. Отмечено, что женщины основной группы достоверно чаще в 1,7 раза не планировали рождение детей (24,1% против 13,6%).

Оценка жилищно-бытовых условий показала, что женщины основной группы чаще в 1,7 раза указывали на неудовлетворенность материально-бытовыми условиями, в 2,1 раза – на наличие частых и трудноразрешимых конфликтных ситуаций.

5. Изучение контрацептивного поведения выявило, что женщины, имеющие аборт в анамнезе, достоверно чаще, чем женщины контрольной группы отказывались от использования средств контрацепции (13,7% против 9,6%) или использовали их нерегулярно (27,2% против 18,3%).

Выявлено, что женщины основной группы достоверно чаще, чем женщины контрольной группы использовали прерванный половой акт в (2,1 раза) и экстренную контрацепцию (в 1,8 раза) и достоверно реже механические способы (в 1,2 раза).

Каждая вторая женщина основной группы получала информацию о контрацептивах из данных научно-популярной литературы, практически каждая третья – из интернета и средств массовой информации, каждая пятая – от полового партнера. Лишь каждая третья получала информацию от врача акушера-гинеколога.

6. Результаты исследования репродуктивных установок показали, что один аборт имели 72,5% женщин, 2 аборта – 16,9%, 3 аборта – 6,5%, 4 и более – 3,9%. Среднее число аборт на одну женщину составляет $1,8 \pm 0,2$ и имеет достоверное увеличение с возрастом (от 1,2 до 2,2).

Среди причин прерывания беременностей большая часть женщин называют возникновение незапланированной беременности при наличии желаемого числа детей, неудовлетворенность материально-бытовыми условиями, проживание

одинок. Обращает на себя внимание, что в каждом шестом случае женщина совершала аборт под давлением полового партнера или родителей.

7. Сравнительный анализ медицинской активности показал, что женщины основной группы чаще, чем женщины контрольной группы несвоевременно посещают врача акушера-гинеколога (45,7% против 30,9%). Женщины основной группы достоверно чаще не наблюдались у врача акушера-гинеколога (в 1,4), не считали нужным выполнение рекомендаций (в 1,6 раза), вели малоподвижный образ жизни (в 2,2 раза), имели нарушение питания (в 1,3 раза) и сна (в 1,4 раза), курили (в 1,3 раза) и регулярно употребляли алкоголь (в 1,4 раза). Отмечено, что в 45,3% случаев женщины носили неподходящую одежду и в 14,3% случаев не выполняли гигиенические процедуры.

Комплексная оценка медицинской активности показала, что 42,4% женщин основной группы и 18,7% женщин контрольной группы имели низкий уровень медицинской активности.

8. Изучение места проведения операции аборт выявило, что лишь каждая вторая женщина обращалась в государственные медицинские организации, остальные – 47,1% в частные медицинские организации. В 1,3% случаев аборт проводился вне медицинского учреждения. Причинами выбора частной медицинской организации женщины указали отсутствие «минуты молчания», более комфортные условия пребывания, соблюдение конфиденциальности и повышенное внимание со стороны персонала к пациентам.

Анализ возникших осложнений после аборта показал, что наиболее часто встречались гормональные нарушения (41,9%), невозможность дальнейшего зачатия (30,7%), осложненное течение последующих беременностей – 24,5%, прочие – 2,9%. Кроме того установлено, что доля женщин с осложнениями после аборта в 1,7 раза выше в частных медицинских организациях по сравнению с государственными медицинскими организациями.

9. На основании полученных результатов предложены медико-социальные мероприятия, направленные на повышение медицинской грамотности, формирование навыков здорового образа жизни и мотивацию к рациональному контрацептивному поведению.

Среди женщин, выполнявших предложенные рекомендации, увеличилась доля женщин, своевременно обращающихся к врачу (в 1,1 раза), выполняющих

рекомендации врача (в 1,6 раза), имеющих благоприятное гигиеническое поведение (в 2,9 раза) и навыки здорового образа жизни (в 1,6 раза). При этом снизился удельный вес женщин, имеющих нерациональное контрацептивное поведение (в 1,9 раз), получающих информацию о контрацепции не от квалифицированного медицинского работника (в 3,3 раза), а также сократилась кратность обращения в связи с заболеваниями в течение года (в 2,2 раза).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Территориальным органам управления здравоохранения для своевременного принятия управленческих решений, направленных на снижение распространенности аборт и их осложнений, целесообразно:

* обеспечить полную регистрацию проводимых прерываний беременности, в том числе осуществляемых в частных медицинских организациях, на основании представления ими в вышеуказанные организации Формы №13 «Сведения о беременностях с абортивным исходом» и Формы №30 «Сведения о медицинской организации»;

* для оценки эффективности деятельности женских консультаций учитывать такой показатель, как распространенность аборт и их осложнений среди прикрепленного контингента женщин, что позволит снизить уровень распространенности аборт и их последствий.

2. Реализовать в медицинских организациях, осуществляющих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», медико-организационные мероприятия по повышению информированности женщин и мужчин репродуктивного возраста о роли влияния репродуктивных установок и медицинской активности на здоровье женщин, обучению их вопросам профилактики наступления нежелательной беременности и формирования навыков здорового образа жизни.

3. Женским консультациям для улучшения здоровья женщин репродуктивного возраста, прервавших беременность, взять их под диспансерное наблюдение для проведения реабилитационной работы, включающей проведение не только медицинских, но и социальных мероприятий по обучению их правилам применения эффективных способов контрацепции, способствующих профилактике аборт.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Турбина, Ю.О. Профилактика медико-социальных факторов риска здоровья женщин репродуктивного периода / Ю.О. Турбина, Н.М. Ашанина, Н.В. Полунина // Окружающая среда и здоровье. Гигиена и экология урбанизированных территорий : материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием молодых ученых и специалистов, посвящённой 85-летию ФГБУ «НИИ ЭЧ и ГОС им. А.Н. Сысина» Минздрава России ; под редакцией Ю.А. Рахманина. – Москва, 2016. – С. 480-484.
2. Турбина, Ю.О. Медико-социальные аспекты профилактики абортов / Ю.О. Турбина, В.С. Полунин, Н.В. Полунина, Г.Н. Буслаева // Человек и лекарство : сборник материалов XXIV Российского национального конгресса. – Москва, 2017. – С. 60-61.
3. Турбина, Ю.О. Основные направления оптимизации репродуктивного поведения / Н.М. Ашанина, Ю.О. Турбина, П. Волкова // Человек и лекарство : сборник материалов XXV Российского национального конгресса. – Москва, 2018. – С. 28.
4. **Турбина, Ю.О. Социально-гигиенические аспекты профилактики абортов / В.С. Полунин, Н.В. Полунина, Г.Н. Буслаева, Ю.О. Турбина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26 – № 3. – С. 148-150.**
5. Турбина, Ю.О. Пути оптимизации деятельности медицинских учреждений по профилактике абортов / Ю.О. Турбина, Г.Н. Буслаева, Г.Н. Беспалюк // Человек и лекарство : сборник материалов XXVI Российского национального конгресса. – Москва, 2019. – С. 37-38.
6. Турбина, Ю.О. Медико-социальные аспекты здоровья женщин, перенесших прерывание беременности / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века : сборник IV Всероссийской научно-практической конференции. – Москва, 2019. – С. 244-246.
7. **Турбина, Ю.О. Социально-гигиеническая характеристика женщин репродуктивного возраста и ее роль в развитии гинекологической патологии / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. – 2019. – Т. 25. – № 2. – С. 89-92.**
8. **Турбина, Ю.О. Особенности здоровья женщин репродуктивного возраста / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. – 2019. – Т. 25. – № 4. – С. 199-201.**
9. Турбина, Ю.О. Анализ распространенности причин абортов в мегаполисе / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина // Человек и лекарство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика : сборник материалов XXIV Российского национального конгресса. – Москва, 2021. – С. 85.