

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
Н.И.ПИРОГОВА» МИНИСТРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ТУРБИНА ЮЛИЯ ОЛЕГОВНА

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

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель
академик РАН, д.м.н., профессор
Полунина Н.В.

Москва, 2022г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Введение (обоснование актуальности темы, цель и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость, апробация материалов исследования)	3
ГЛАВА 1 Медико-социальные аспекты формирования репродуктивного здоровья женщин (обзор литературы)	12
ГЛАВА 2 Программа и методика социально-гигиенического исследования состояния здоровья и образа жизни женщин репродуктивного возраста, имеющих аборт в анамнезе	36
ГЛАВА 3 Особенности состояния здоровья женщин фертильного возраста	52
3.1. Характеристика репродуктивного здоровья женщин исследуемой группы	52
3.2. Характеристика экстрагенитальной заболеваемости и комплексная оценка здоровья исследуемого контингента женщин	67
ГЛАВА 4 Социально-гигиеническая характеристика образа жизни обследованных женщин	77
4.1. Социально-гигиеническая характеристика обследованных женщин	77
4.2. Характеристика репродуктивного поведения женщин исследуемой группы	94
ГЛАВА 5 Особенности медицинской активности женщин репродуктивного возраста и разработка мероприятий по улучшению их здоровья	106
5.1. Оценка медицинской активности женщин обследуемой группы	106
5.2. Разработка мероприятий по улучшению здоровья женщин репродуктивного возраста и оценка их эффективности	123
Заключение	132
Выводы	141
Практические рекомендации	145
Список использованной литературы	146
Приложения	166

ВВЕДЕНИЕ

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 16.09.2021 г. №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 2016 г. по 2020 г. (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 (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 2010 г. по 2020 г. 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

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

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

медицинские организации не отчитываются о проведенных абортах (из общего числа аборт 38,9% аборт 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 аборт в анамнезе 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 аборт 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 аборт.

Степень научной разработанности темы исследования.

Неблагоприятное репродуктивное здоровье характеризуется наличием акушерско-гинекологической патологии, осложненным течением беременности, родов, в значительной мере определяется наличием аборт 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 аборт 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; Харитоновна 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 аборт.

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 аборт.

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 аборт у

женщин исследуемой группы;

4. Установить роль факторов медицинской активности в формировании здоровья женщин репродуктивного возраста;

5. Разработать медико-социальные мероприятия, направленные на профилактику аборт, 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 абортами 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 абортов, причем с

увеличением возраста число абортсв 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. Особо настораживают 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 абортов, 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 абортов.

Применение разработанных медико-социальных мероприятий по профилактике абортов 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 абортom в анамнезе;
3. Влияние репродуктивных установок и медицинской активности на состояние здоровья исследуемой группы женщин;
4. Разработка медико-социальных мероприятий, направленных на профилактику абортom 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 абортom 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, включающей 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 РФ, 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.

ГЛАВА 1

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН (обзор литературы)

Негативные изменения социально-экономических, экологических и других аспектов жизни современного человека оказывают ощутимое неблагоприятное влияние на здоровье женщин репродуктивного возраста. Ухудшение экологической обстановки приводит к повышению уровня общесоматических заболеваний, что, в свою очередь, является фактором риска развития нарушений репродуктивной функции у женщин. Социально-экономические кризисы ухудшают материальное положение населения и снижают доступность и качество оказываемой медицинской помощи, что также является одной из причин снижения показателей репродуктивного здоровья женщин [2, 10, 38, 45, 85, 100, 177].

Факторами, неблагоприятно влияющими на патологию репродуктивной системы, являются неблагоприятная наследственность, патология полового созревания, соматические заболевания, острые и хронические инфекции, стресс, социальные факторы, нерациональное питание, осложнения беременности и родов [154, 155, 143, 144].

Социальными факторами, негативно воздействующими на репродуктивное здоровье женщин, являются социальная напряженность, нестабильность, плохие материально-бытовые условия; отсутствие нравственных устоев в обществе, изменение репродуктивных установок в подростковом возрасте; увеличение удельного веса заболеваний, передающихся половым путем; наличие вредных привычек таких, как курение, алкоголь, наркомания; рождение детей вне брака, высокий уровень прерывания беременности [13, 16, 40, 42].

Кроме того, на здоровье женщин фертильного возраста оказывают негативное влияние такие внешние факторы, как общественная среда, экономическое состояние, экологические нарушения. Например, изменения, происходящие в окружающей среде, оказывают влияние на течение гестации, внутриутробное развитие плода и развитие ребенка [143, 161, 162].

В многочисленных трудах [37, 20, 139, 30, 34, 164] доказана причинная роль аномальных соотношений микроэлементов в окружающей среде (вода, почва, воздух) в формировании репродуктивной функции.

Качественными показателями оценки состояния репродуктивного здоровья женщины являются демографические показатели (рождаемость, смертность, естественный прирост, материнская и младенческая смертность), частота встречаемости осложненного течения беременности и родов (невынашивание беременности, кровотечения, гнойно-воспалительные заболевания), охват женщинами репродуктивного возраста методами контрацепции, удельный вес бесплодия, число абортов на 100 родов.

Тенденция развития службы охраны материнства и детства заключается в снижении репродуктивных потерь, которые являются результатом влияния медицинских, биологических и социальных факторов на здоровье женщины в период беременности и здоровье новорожденного. В исследованиях [43, 44, 51, 52] выделяются следующие причины медико-социальной значимости репродуктивных потерь:

- высоким уровнем материнской и перинатальной смертности;
- ухудшением здоровья беременных и рожениц, что определяет более высокий уровень материнской и перинатальной смертности по сравнению с экономически развитыми странами;
- большим числом абортов, увеличение их удельного веса у первобеременных и женщин юного возраста;
- ростом заболеваемости новорожденных.

Обращается внимание и на важность изучения влияния группы социально-экономических факторов. Потенциальный уровень репродуктивного здоровья

женщины, включая физическую и психическую составляющие, может быть реализован непосредственно в благоприятных социальных условиях [35, 12, 21, 14, 71].

В качестве главных групп медико-биологических и социально-гигиенических факторов, на которые необходимо оказывать влияние в целях улучшения репродуктивного здоровья женщин, выделяют демографические факторы, акушерский анамнез, экстрагенитальную патологию, акушерские и другие факторы [57, 61].

Мероприятия службы охраны репродуктивного здоровья предусматривают использование современных профилактических, медицинских, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий [68, 74, 75, 82].

Описанные медико-социальные характеристики, воздействующие на репродуктивное здоровье женщин, целесообразно применять для своевременного осуществления лечебных и организационных мероприятий, способствующих улучшению здоровья женщин репродуктивного возраста. Также вышеуказанную оценку репродуктивного здоровья женщин полезно применять в целях принятия управленческих решений в области охраны материнства и детства, и для планирования мероприятий, связанных с охраной здоровья женщин и увеличением уровня воспроизводства населения [97, 98].

Одним из значимых факторов ухудшения репродуктивного здоровья женщин является аборт по желанию женщины, по-прежнему остающийся ведущим методом регулирования рождаемости [3, 19, 29, 106, 146, 157, 179]. Частота абортов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет составила 19,0, что является одним из самых высоких показателей в мире [130]. Проведено большое число исследований, посвященных решению проблемы высокой частоты абортов в современном обществе, однако это решение не найдено до сих пор, что требует дальнейшего изучения медико-социальных аспектов с целью улучшения репродуктивного здоровья женщин.

В зависимости от общественного и государственного строя, от экономических и социальных условий жизни в Российском государстве

отношение общества и государства к абортам было различно. В дореволюционной России аборт был запрещен, однако, несмотря на то, что законодательство строго карало женщину и способствовавших ей, число абортс ежегодно увеличивалось. В Санкт-Петербурге, по данным Л.Г. Личкуса (в 1913 г.), аборты составили 20% от числа родов. Смертность женщин от криминальных абортов была очень высокой. На XII Пироговском съезде в 1913 г. ставился вопрос об отмене запрещения аборта, чтобы оградить здоровье женщин от пагубного влияния подпольных абортов [36].

Наказания за производство аборта в РСФСР фактически были отменены в первые дни после Великой Октябрьской революции, когда была создана государственная система охраны материнства и детства. Основным элементом данной службы стала борьба с подпольными абортами. Отсутствие наказания за проведение аборта была утверждена 18 ноября 1920 г. Россия стала первым государством, в котором аборты были легализованы.

Легализация аборта значительно снизила смертность от аборта (с 4% до 0,2%). Несмотря на резкое увеличение числа больничных абортов, показатель рождаемости остался на прежнем уровне (1923г. - 45,5‰; 1924г. - 42,2‰; 1925г. - 43,9‰; 1926г. - 42,5‰). Число зарегистрированных абортов начало расти. Этот рост действительно объясняется, главным образом, легализацией абортов и доказывает стабильность показателя рождаемости в СССР за этот период. Хотя число абортов росло, но «значительная доля видимого увеличения числа абортов должна быть отнесена за счет улучшения порядка статистической регистрации аборта и за счет распространения в массе населения сведений о возможности больничного производства операций» [36].

Мотивы к аборту были весьма разнообразны и зависели в основном от социальных и экономических условий. В 1925г. основными мотивами к аборту у городских женщин были: неблагоприятные жилищные условия (53,7%), нарушение здоровья (12,7%), наличие грудного ребенка в семье (11,9%), желание скрыть беременность (0,6%), другие причины (21,1%) (по А. Генсу). Среди мотивов проведения абортов в сельской местности в сравнении с городом вдвое

чаще причиной аборта (30%) являлось плохое состояние здоровья и в 4 раза чаще число абортпроводилось из-за желания скрыть беременность (1,6%-2,9% в городах, 7,3% в сельских местностях). Наличие грудных детей реже являлось причиной аборта в деревне (4,8% против 12,7% в городах) [36].

Второй этап в законодательстве СССР по абортам характеризуется запретом искусственного аборта (закон «О запрещении абортпровод, увеличении материальной помощи роженицам, установления государственной помощи многосемейным, расширении сети родильных домов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах», опубликован 27 июня 1936 г.). За производство незаконного аборта было установлено уголовное наказание врачу. С этого времени аборт мог производиться только по медицинским показаниям и по решениям абортных комиссий, руководствовавшихся в своей деятельности инструкцией Наркомздрава СССР. Политические и экономические права женщины были закреплены Советской Конституцией (ст.122), которая предоставляла женщине равноправие с мужчиной в общественно-политической, государственной и культурной жизни. В этот же период установлен дородовый и послеродовый отпуск по беременности, льготные условия труда для беременных, организована широкая сеть яслей, молочных кухонь, женских и детских консультаций, детских садов и санаториев, пионерских лагерей и т.д. [76].

Мероприятия, предусмотренные законом, способствовали поощрению материнства. Запрет абортпровод положительно сказался и на количестве рождений: если в 1935 г. родилось 70 тыс. детей, то в 1937 г. уже родилось 136 тыс. детей. Однако, запрещение аборта привело к перемещению абортирующих женщин из группы с больничными абортпровод в группу с внебольничными. Рост внебольничных абортпровод, производимых невежественными лицами, а если и врачами, то при неблагоприятных санитарных условиях, что обуславливает большой процент осложнений и высокую смертность. В городах СССР в 1935г. умерла 451 женщина, в 1936г. – 909, в 1940г. – около 4000 [76].

Большое значение среди мероприятий Советского правительства по охране

матери и ребенка имеет Указ Президиума Верховного Совета СССР, который был издан в 1944г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждения ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства» [41].

Учитывая возросший культурный уровень народа и с целью снижения внебольничных аборт, Президиум Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955г. издал Указ «Об отмене запрещения абортов». Согласно этому Указу, операция искусственного прерывания беременности допускалась по медицинским и социальным показаниям только в лечебных учреждениях. Сохранялась уголовная ответственность за криминальный аборт. В РСФСР на 100 родившихся в 1960 году приходилось 157,2 аборта, в 1965 году - 274,5 аборта, в 1970 году - 254,1 аборт, в 1975 году - 221,8 аборта, а в 1980 году -204,6 аборта [125].

Установлена взаимосвязь состояния жилищных условий и показателей рождаемости: частота рождения вторых детей больше в семьях, живущих в отдельных квартирах. Основные причины прерывания беременности были связаны с состоянием здоровья, семейными конфликтами и наличием большого числа детей в семье [125].

Важнейшими мероприятиями, направленными на предупреждение искусственных абортов, их постепенное уменьшение вплоть до полной ликвидации, являются общие социальные и экономические преобразования в СССР, устранившие эксплуатацию человека человеком, социальное неравенство между мужчинами и женщинами, раскрепостившие женщин. Систематический рост материального благосостояния трудящихся также привел к сокращению числа абортов. Большое значение имеет и санитарно-просветительская работа по разъяснению вреда и опасности аборта для здоровья женщин и здоровья будущего ребенка; ознакомление женщин с законодательством по охране материнства и детства, по борьбе с криминальными абортами и уголовной ответственности за них [125].

В «Основах законодательства СССР и союзных республик о браке и семье»,

утвержденных Верховным Советом СССР в 1968г., устанавливается о поощрении материнства. По решению XXIV съезда КПСС (1971г.) в 9-м пятилетнем плане развития народного хозяйства была предусмотрена материальная помощь семьям, которые имели детей. Были введены пособия для семей, в которых средний доход на одного члена семьи не превышал 50 рублей в месяц, для работающих женщин – оплата отпуска по беременности и родам в размере полного заработка независимо от стажа[125].

В этот период основными причинами искусственного аборта являлись желание женщины ограничить число детей в семье или вообще их не иметь, неблагоприятный психологический климат в семье, невозможность (или нежелание) сочетать работу или учебу с рождением и воспитанием ребенка, что особенно характерно для молодых семей, а также наличие малолетнего ребенка, многодетность, болезнь одного из членов семьи, неудовлетворительные материально-бытовые условия и др. Ежегодно в СССР производилось от 6,5 до 7 млн. искусственных абортов. Высокая частота искусственных абортов в СССР во многом была обусловлена низким уровнем информированности населения о высокоэффективных методах и средствах контрацепции, недоступностью их для большей части населения [125].

К моменту распада Союза (1991 г.) в стране совершалось не более 4,5 млн. прерываний беременности. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан» от 22 июля 1993 года каждая женщина имеет право принять решение о прерывании беременности самостоятельно.

Говоря об истории абортов в постсоветской России, следует отметить, что максимальный их уровень приходился на начальный период 90-х годов, что было обусловлено тяжелым социально-экономическим кризисом в стране. Основными причинами принятия решения о выполнении аборта в этот период были неблагоприятные экономические и жилищные условия женщин и семей. Однако, с ростом благосостояния населения и при поддержке института семьи государством данные причины частично нивелированы, что привело к постепенному снижению числа абортов. Так, если в 1994 году показатель числа

случаев искусственного прерывания беременности составил 3060,2 тыс. случаев, то к 2005 году данный показатель сократился вдвое (1501,6 тыс.), а к 2018 году – более чем в 5 раз (567,18 тыс.), что является одним из наиболее высоких показателей в мире [9, 27, 70, 80, 152].

На сегодняшний день вопросы искусственного прерывания беременности регламентируются Федеральным законом Российской Федерации № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно закону женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, а прерывание беременности по ее желанию может быть проведено в срок до 12 недель беременности. Искусственное прерывание беременности должно быть проведено не ранее 48 часов с момента первичного обращения женщины в лечебное учреждение при сроке беременности от 4 до 12 недель (но не позднее 12 недели) [150]. За проведение криминального аборта законодательством Российской Федерации предусмотрена уголовная ответственность.

Важным условием выполнения искусственного аборта является наличие информированного добровольного согласия, оформленного надлежащим образом. Информированное согласие подписывается лично обратившейся для проведения искусственного прерывания беременности женщиной или ее законным представителем при возрасте младше 15 лет, у больных наркоманией – младше 16 лет, а также в случае ее недееспособности [150]

В Российской Федерации организация медицинской помощи при прерывании беременности определяется приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 ноября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология». Данный нормативный документ предполагает выполнение искусственного прерывания беременности только в лечебно-профилактических учреждениях, которым в установленном порядке была выдана лицензия на оказание акушерской и гинекологической помощи. Искусственное прерывание беременности должно выполняться врачом, имеющим сертификат по специальности «акушерство и

гинекология»[117].

Медицинская организация, в которой проводятся аборт, должна обладать возможностью оказания неотложной хирургической помощи. В случае отсутствия такой возможности, должна быть предусмотрена экстренная транспортировка в лечебное учреждение, где данный вид специализированной медицинской помощи может быть оказан.

Врач акушер-гинеколог при первичном обращении женщины для проведения искусственного прерывания беременности должен при наличии согласия направить ее в Центр медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, или в кабинет медико-социальной помощи с целью оказания консультативной помощи специалистом по социальной работе или психологом. В случае отсутствия возможности направить женщину в кабинет медико-социальной помощи консультация проводится врачом акушером-гинекологом после подписания ею добровольного согласия [117].

Важным обстоятельством является то, что женщине, обратившейся в медицинское учреждение для проведения искусственного прерывания беременности, должно быть предоставлено время для размышления с целью принятия окончательного решения о прерывании или сохранении беременности (Федеральный закон РФ № 323 -ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.) [150].

В случае выявления медицинских показаний для выполнения искусственного прерывания беременности должно выдаваться врачебное заключение о наличии у беременной женщины заболевания, обуславливающего данные показания. Подобное заключение выдается консилиумом врачей, заверяется их подписями и печатью лечебного учреждения [117].

К социально-гигиеническим проблемам искусственного прерывания беременности можно отнести, в первую очередь, снижение уровня рождаемости, которое связано не только непосредственно с частотой абортов в стране, но и с их осложнениями, негативно сказывающимися на репродуктивной функции женщин [7, 16, 46, 171]. При этом, стоит отметить, что социально-гигиенические факторы

занимают одно из ведущих мест в структуре причин искусственных прерываний беременности [6, 12, 32, 114]. Так, в условиях фактического отсутствия системы сексуального воспитания и просвещения [48, 54, 85], недостаточной доступности информации о современных методах контрацепции [84, 101, 123] и неразвитости службы планирования семьи [93, 103, 141] одним из наиболее распространенных методов регулирования рождаемости остается искусственный аборт [17, 49, 55, 65, 147]. Большинство авторов указывают на то, что сокращение числа искусственных аборт является одним из основных доступных средств повышения рождаемости в стране. И именно на это необходимо направить усилия в рамках проведения медико-просветительской работы с населением. Улучшение социально-экономических условий и развитие программ поддержки семьи также способствуют сокращению числа искусственных прерываний беременности, что, в конечном счете, благоприятно сказывается на демографической ситуации [18, 56, 94, 102, 142, 149].

Изучение медико-социальных факторов искусственного прерывания беременности выявило, что абортивные вмешательства негативно сказываются на воспроизводстве населения, на качестве потомства, наносят экономический ущерб [42, 68, 99, 109, 161, 128, 75, 164].

В исследовании [143] выявлена следующая последовательность медико-социальных причин искусственного прерывания беременности: неудовлетворительное материальное положение; учеба; неудовлетворительные жилищно-бытовые условия.

Материально-бытовые условия жизни женщины по большому счету определяют ее отношение к планированию семьи и выступают значимым фактором репродуктивного поведения. Между материальным положением и числом аборт у женщин выявлена существенная обратная связь. В частности, с ухудшением материального положения женщин увеличивается количество аборт [163].

В работе [81] обоснованы медико-социальные причины аборт. При этом, факторы, оказывающие влияние на частоту аборт объединены в 5 следующих

комплексов: семейные; социально-гигиенические; медико-биологические; факторы образа жизни семьи; факторы здоровья матери.

Внутрисемейные факторы включали наличие детей раннего возраста, проживание в незарегистрированном браке неполной семьей, сочетанное действия. Социально-гигиенические факторы включали сочетание неудовлетворительных жилищных условий с плохими условиями труда, сочетание низкой материальной обеспеченности с плохими условиями труда. Медико-биологические факторы включали сочетание возраста женщины старше 20 лет с продолжительностью брака более 10 лет, плохое состояние здоровья.

В исследовании [81] проведен анализ взаимосвязи медико-социальных характеристик женщин с состоянием их репродуктивного здоровья. Определено, что чем старше женщина, тем ниже интегрированный показатель репродуктивного здоровья. Семейное положение имеет достоверную прямую связь с числом выкидышей; длительность брака имеет достоверную прямую связь с числом беременностей, с числом родов. Материальное обеспечение женщины имеет обратную достоверную связь с числом беременностей, с числом родов, с наличием осложнений в послеродовом периоде.

Главными среди обозначенных факторов выступают отрицательные факторы неблагоприятного образа жизни семьи и социально-гигиенические. Тем самым, основным элементом в причинно-следственной связи между факторами и частотой искусственного прерывания беременности выступает совокупность таких факторов как неблагоприятный образ жизни семьи и неудовлетворительные социально-гигиенические факторы [119, 126, 118].

К клиническим проблемам, связанным с искусственным прерыванием беременности следует отнести последствия применения аборта, среди которых выделяют [5,33, 28, 132]:

- – высокий уровень материнской смертности;
- – увеличение частоты бесплодия;
- – повышение частоты воспалительных заболеваний половых органов;
- – нарушения менструального цикла.

Дополнительным неблагоприятным фактором, негативно влияющим на репродуктивное здоровье женщин, перенесших искусственный аборт, является высокая частота применения кюретажа и дилатации для прерывания беременности, что обусловлено недостаточной укомплектованностью современным оборудованием отечественных государственных медицинских учреждений. Данный метод основан на механическом инструментальном удалении плодного яйца, что, с одной стороны, позволяет достаточно эффективно санировать полость матки, но, с другой, является фактором повышенного риска развития инфекционных осложнений. Кроме того, применение данного способа искусственного прерывания беременности сопровождается достаточно высокой степенью травматизации эндометрия, что, в свою очередь, может приводить к бесплодию и нарушениям менструального цикла. В России доля использования данных методов в государственных лечебно-профилактических учреждениях достигала 70%, при этом частота применения медикаментозного аборта составляла 3,8%, вакуумной аспирации – 26,2% [11, 91, 136,148].

Искусственное прерывание беременности является фактором риска развития различных заболеваний, большая часть которых относится к болезням органов репродуктивной системы. Аборт связан с риском для здоровья женщин на любом сроке беременности. При этом ряд неблагоприятных последствий носят отсроченный характер [1, 13, 26, 62, 176].

Одними из наиболее частых осложнений искусственного прерывания беременности являются воспалительные заболевания органов репродуктивной системы. Причинами развития данных заболеваний являются [64, 87, 104, 130]:

- травматизация эндометрия при проведении манипуляции;
- инфицирование, связанное с проведением аборта;
- изменение гормонального статуса, приводящего к снижению защитных свойств иммунной системы.

Структура осложнений искусственного прерывания беременности тесно связана со сроками их развития, в настоящее время заболевания и патологические состояния, связанные с проведением аборта, разделяют следующим образом [14,

70, 96]:

1) Ранние (возникают сразу после проведения операции):

- ✓ кровотечения – 3,1-4,3%;
- ✓ задержка частей плодного яйца в матке – 1,5-3,3%;
- ✓ перфорация матки – до 0,2%;
- ✓ острый эндометрит – до 0,15%.

2) Отсроченные (развиваются в течение месяца после вмешательства):

- ✓ воспалительные заболевания матки, шейки матки (хронический эндометрит, цервицит) – 14,6%;
- ✓ воспаление придатков (оофорит, аднексит) – 19,2%;
- ✓ нарушение менструального цикла (8-42,4%).

3) Отдаленные (появляются в течение 1 года после выполнения аборта):

- ✓ истмико-цервикальная недостаточность вследствие повреждения и рубцовых изменений внутреннего зева и цервикального канала;
- ✓ бесплодие или внематочная беременность, как следствие нарушения проходимости маточных труб;
- ✓ повреждение эндометрия, приводящее к его дегенерации, что сопровождается нарушениями процесса имплантации и возникновением аномалий развития плода;
- ✓ изоиммунизация при наличии резус - несовместимости;
- ✓ психические расстройства, связанные с возникновением чувства вины у женщины после проведения аборта;
- ✓ увеличение риска развития преэклампсии и эклампсии, а также кровотечения в родах, слабости родовой деятельности;
- ✓ повышение вероятности рождения ребенка с низкой массой тела и нарушением здоровья.

Воспалительные заболевания половых органов составляют значительную часть от всех осложнений аборта, наблюдаются у 33,8% женщин, перенесших искусственное прерывание беременности. Как правило, данные заболевания развиваются в течение первого месяца после проведения аборта. Их

выраженность может значительно колебаться в диапазоне от клинически значимых патологий со стойким нарушением репродуктивной функции до бессимптомных заболеваний с латентным течением. Наиболее значимыми последствиями гинекологических заболеваний после перенесенного аборта являются бесплодие и невынашивание беременности [8, 45, 101, 117].

Одними из отдаленных последствий аборта являются онкологические заболевания, причиной которых являются травматизация тканей матки, шейки матки, воспалительные заболевания, изменения гормонального статуса после проведенного искусственного прерывания беременности. К наиболее распространенным видам онкологических заболеваний, развивающихся после проведения аборта, относятся: рак шейки матки, рак молочной железы, хорионкарцинома, рак щитовидной железы. При этом, если для большей части из перечисленных онкологических заболеваний не всегда можно достоверно установить причинно-следственную связь между перенесенным абортom и развитием опухоли, то возникновение хориокарциномы непосредственно связано именно с выполнением искусственного прерывания беременности. Данное новообразование формируется из ворсин трофобласта и обладает свойством крайне быстрого прогрессирования с прорастанием в стенку матки и развитием кровотечения. Наибольшая частота развития хориокарциномы характерна для случаев неоднократного и/или позднего применения абортom. Доказано, что риск возникновения хориокарциномы увеличивается в 21 раз после первого аборта, в 2 раза после второго и в 34 раза после третьего и последующих. Как правило, риск развития заболевания повышается при применении более травматичных методов искусственного прерывания беременности, связанных с механическим выскабливанием полости матки. Аборт становится причиной развития хориокарциномы в 32,7-41,0% случаев [38, 60, 63, 178].

При проведении ряда исследований установлено, что аборт является провоцирующим фактором развития онкологических заболеваний не только органов репродуктивной системы, но и экстрагенитальных. Большинство авторов связывают возникновение злокачественных новообразований после проведения

аборта с гормональной дисфункцией, вызванной нефизиологичным прерыванием беременности. В частности, с реализацией подобного патогенетического механизма связывают развитие рака молочной железы у женщин, перенесших искусственное прерывание беременности. Так, зачатие приводит к повышению выработки ряда гормонов (эстроген, прогестерон и др.), под влиянием которых происходит активация размножения клеток молочной железы. Данный период быстрого роста и созревания клеток молочной железы сопровождается повышением чувствительности железистой ткани к воздействию канцерогенов. В более поздних стадиях беременности происходит дифференцировка и специализация клеточного пула молочной железы, что приводит к снижению восприимчивости тканевых структур к влиянию канцерогенных факторов. В случае проведения искусственного прерывания беременности не происходит своевременной дифференцировки клеток молочной железы, что обуславливает повышение частоты развития злокачественных новообразований. Наиболее опасным в отношении развития рака молочной железы является аборт первой беременности, проведение которого увеличивает риск развития новообразования на 90% [91, 110].

Проведенные в последние годы исследования показали, что риск развития онкологического заболевания возрастают в 8 раз для женщин, перенесших несколько абортов и не имевших родов до 35 лет. Даже 1 перенесенное искусственное прерывание беременности повышает риск развития рака груди в 3 раза [110, 133].

Нарушение менструальной функции после искусственного прерывания беременности встречается с частотой от 8% до 42%. Подобный диапазон колебаний связан с возрастом женщины, числом предыдущих абортов и техникой выполнения искусственного прерывания беременности. Нарушения менструального цикла после проведения аборта могут носить следующий характер [145, 153]:

- появление дискомфорта или болевых ощущений во время менструации;
- нарушение регулярности менструального цикла: раннее или позднее

наступление менструаций, отсутствие менструаций в течение нескольких месяцев.

Причины, приводящие к развитию нарушений менструальной функции, разделяют на механические и функциональные. Основным механическим фактором является повреждение эндометрия при выполнении аборта, что может сопровождаться потерей части функционального слоя эндометрия. К функциональным причинам относят развитие дисфункции половых органов (матки, яичников, маточных труб), сопровождающейся повышением сократимости миометрия, нарушением эндокринной функции, приводящей к дисбалансу в выработке половых гормонов, регулирующих менструальный цикл. Зачастую именно эти процессы становятся причиной изменения времени овуляции или ее полного отсутствия на протяжении нескольких месяцев [165, 169].

Нередкой причиной аменореи является тотальное повреждение функционального слоя эндометрия во время проведения искусственного прерывания беременности. При этом репаративная способность эндометрия угнетается, восстановление функционального слоя и возобновление менструаций в таком случае может занять несколько месяцев. Также причиной аменореи после аборта является заращение канала шейки матки, при этом менструальная кровь остается в полости матки. В таком случае развивается гематометра – состояние, для которого характерны жизнеугрожающие осложнения: перфорация стенки матки, инфицирование с развитием септического состояния.

В основе нарушения менструальной функции после проведения искусственного прерывания беременности лежит не только возникновение дисбаланса в выработке яичниками половых гормонов, но и нарушение функционирования нейроэндокринной системы. Данные изменения сопровождаются развитием нарушений баланса между гормонами гипофиза, надпочечников и половыми гормонами, что также является достаточно частой причиной нарушения регулярности менструального цикла [31, 50, 168].

Проведенное при первой беременности искусственное прерывание является

одной из основных причин нарушений последующих репродукций, а также ведущим фактором осложнений последующих беременностей. В большинстве случаев причина данных осложнений заключается в наличии воспалительных изменений в репродуктивных органах после перенесенного аборта. Установлено, что в 25% случаев у женщин, перенесших аборт и не имеющих жалоб, касающихся гинекологической патологии, имеются признаки хронического эндометрита. Воспалительный процесс, связанный с течением хронического эндометрита, является причиной нарушения фертильности, появления дефектов процесса имплантации, невынашивания, а также разнообразных осложнений беременности. Протекающая на фоне хронического эндометрита беременность в значительной части случаев имеет тенденцию к самопроизвольному прерыванию, чему способствует состояние аутоиммунной агрессии, потенцирующее развитие плацентарной недостаточности. Даже в случаях отсутствия самопроизвольного прерывания беременности, протекающей в условиях хронического эндометрита, существенно повышается вероятность развития задержки роста плода, возрастает риск материнской и перинатальной смертности [53, 58, 83, 131, 156].

Л.Р. Токтар и соавт. провели исследование, направленное на выявление последствий искусственного прерывания беременности на репродуктивную функцию. Авторами было установлено, что у женщин, имевших в анамнезе аборт, течение первого триместра последующей беременности в 3 раза чаще осложнялось угрозой прерывания беременности. Также в достоверно большем числе случаев у данной категории пациенток наблюдалось предлежание плаценты. На пятнадцатой неделе, когда начинается вторая волна инвазии цитотрофобласта, достигающая своего максимума между 16 и 18 неделями, у женщин, имевших в анамнезе искусственное прерывание первой беременности, в значительной части случаев не происходит полноценной инвазии. Причиной подобного нарушения являются воспалительные изменения эндометрия, приводящее к поражению сосудов матки, которое, в свою очередь является причиной снижения эластичности маточно-плацентарных артерий с редукцией кровотока и появления недостаточности маточно-хориальной микроциркуляции.

Все указанные процессы приводят к значительному повышению вероятности развития перинатальных осложнений. Наиболее типичными осложнениями во втором триместре являются плацентарная недостаточность, предлежание плаценты и задержка развития плода. Кроме этого, установлено, что в 2 раза чаще у данной категории женщин в этом периоде развивается угроза прерывания беременности. При исследовании уровня гемоглобина у беременных женщин, перенесших искусственное прерывание первой беременности, со второго триместра наблюдается более выраженная тенденция к анемизации по сравнению с женщинами с неотягощенным анамнезом. В третьем триместре данные различия достигают статистически достоверных значений. Также в третьем триместре у пациенток с отягощенным анамнезом чаще выявляли многоводие [146].

Таким образом, можно заключить, что наличие аборта в анамнезе существенно ухудшает прогноз последующих беременностей, приводит к отчетливому повышению риска развития таких осложнений беременности, как предлежание плаценты, угроза прерывания беременности, гестоз, многоводие, выраженная анемия, нарушение развития плода с формированием гипо- или гипертрофии.

Наличие искусственного прерывания беременности в анамнезе имеет существенное влияние на родоразрешение при последующих беременностях. Установлено, что частота необходимости применения оперативного разрешения родов выше среди пациенток, имеющих в анамнезе аборт при первой беременности, в 1,5 раза. В половине подобных случаев кесарево сечение проводится вследствие наличия предлежания плаценты, что препятствует естественному родоразрешению. У оставшейся части женщин с осложненным анамнезом, которым для родоразрешения необходимо проведение оперативного вмешательства, показаниями для кесарева сечения являются неправильное положение плода и аномалии родовой деятельности. При этом у женщин, не имеющих в анамнезе аборт, подобные осложнения встречаются в 2 раза реже. Основным показанием к оперативному родоразрешению у данной категории рожениц является клинически узкий таз.

Нормальные физиологические роды у женщин, перенесших аборт, возможны значительно реже (примерно в 1,5 раза), чем у беременных с неотягощенным анамнезом. Частота физиологических родов среди беременных повторно, имеющих в анамнезе искусственное прерывание первой беременности, не превышает 50%.

У женщин, имеющих в анамнезе аборт, достоверно чаще встречаются осложнения послеродового периода, связанные с замедленной инволюцией матки. Частота подобных осложнений среди данной категории достигает 12%, что в три раза выше, чем у женщин с неотягощенным анамнезом. У 4,7% родильниц, имеющих аборт в анамнезе, наблюдаются кровотечения, связанные с гипотонией матки. Данный показатель значительно превышает частоту подобного осложнения в послеродовом периоде у женщин, не имевших в анамнезе искусственного прерывания беременности. При неотягощенном анамнезе частота послеродового гипотонического кровотечения не превышает 0,8% [146, 153, 156].

Одним из типичных осложнений искусственного прерывания беременности является развитие бесплодия. Риск данного осложнения после перенесенного аборта находится в диапазоне от 10% до 20%. Наибольшая вероятность развития бесплодия характерна при проведении искусственного прерывания первой беременности по сравнению с рожавшими женщинами. Среди основных факторов возникновения бесплодия после проведения аборта выделяют следующие [146, 156]:

- гормональный дисбаланс;
- нарушения менструального цикла;
- развитие острого воспалительного процесса или хронического эндометрита вследствие травматизации эндометрия во время выполнения аборта;
- несостоятельность шейки матки вследствие проведения хирургического раскрытия;
- психические расстройства, психосоматический фактор, депрессивное состояние;

- инфицирование во время проведения манипуляции;
- эндометриоз;
- появление рубцовых изменений вследствие спаечного процесса в матке;
- развитие непроходимости маточных труб.

Установлено, что непроходимость маточных труб, как причина бесплодия, почти в 50% случаев имеет место у женщин, перенесших искусственное прерывание беременности. Следует отметить, что бесплодие является частым последствием не только аборта, проведенного с помощью механической манипуляции, но и медикаментозного искусственного прерывания беременности. Причина этого неблагоприятного явления заключается в развитии эндокринных нарушений и гормонального дисбаланса на фоне нефизиологичного завершения беременности [146, 156, 167].

Аборты являются одной из основных причин материнской смертности во всем мире. В последние годы диапазон умерших женщин после аборта женщин колеблется в пределах от 18,8% до 25,2% от общей материнской смертности [106, 107, 140, 159]. При этом структура материнской смертности вследствие проведения абортов выглядит следующим образом [76, 95, 166]: самопроизвольное прерывание беременности – 13,7-15,4%; аборты по медицинским показаниям – 37-45,9%; криминальные аборты – 16,8-20,5%; внебольничные (неуточненные) аборты – 18,4-23,5%.

При исследовании распределения умерших женщин после абортов в зависимости от сроков его проведения за последние 15 лет получены следующие данные: до 12 недель – от 10,3 до 13,7%; 12-18 недель – от 20,5 до 24,2%; 18-22 недели – от 21,4 до 26,0%; 22-28 неделя – от 39,7 до 43,8%.

Таким образом, наиболее значительная часть умерших женщин закономерно приходится на более поздние сроки, что свидетельствует о возрастающей опасности проведения искусственного прерывания беременности по мере увеличения ее срока [182, 183].

В качестве основных причин летального исхода у женщин после

проведения искусственного прерывания беременности современные авторы называют [86, 120, 175] инфекционные осложнения, приводящие к сепсису; кровотечения; тяжелые соматические заболевания; различные осложнения во время беременности: отечный синдром, артериальная гипертензия, протеинурия; осложнения, связанные с проведением анестезиологического пособия; другие причины.

На развитие септического процесса у женщин приходится более половины летальных исходов после проведения аборта. Кровотечения занимают второе место в структуре смертности, составляя от 20% до 24%.

При анализе возрастного состава умерших в результате проведения аборта установлено, что почти треть погибших женщин находится в возрастном диапазоне от 30 до 34 лет. Наименьшее число умерших женщин (2,9-4,2%) имеют возраст 18-19 лет [121, 134].

При изучении случаев летальных исходов у женщин после проведения искусственного прерывания беременности установлено, что наиболее частыми ошибками на различных этапах оказания медицинской помощи являются:

- ✓ отсутствие проведения полного необходимого спектра лабораторных и инструментальных исследований;
- ✓ нарушения, допущенные при проведении диагностических мероприятий, направленных на выявление осложнений беременности (сепсиса, отечного синдрома, артериальной гипертензии);
- ✓ ненадлежащая диагностика соматического заболевания, ставшего причиной смерти.

Наиболее частыми ятрогенными причинами смерти женщин в стационаре после проведения искусственного прерывания беременности являются следующие факторы:

- ✓ недооценка тяжести состояния;
- ✓ ошибочное занижение объема кровопотери при развитии кровотечения;
- ✓ неадекватно проводимое лечение тяжелых осложнений

(антибактериальной, инфузионно-трансфузионной терапии и др.);

- ✓ несвоевременное проведение оперативного вмешательства;
- ✓ отсутствие участия в лечении специалистов по соматическому заболеванию, ставшему причиной летального исхода.

Большая часть врачебных ошибок и недостатков в проведении лечебных и диагностических мероприятий, которые могли стать одним из факторов летального исхода у женщин при проведении искусственного прерывания беременности, так или иначе связаны с развитием одного из жизнеугрожающих осложнений. В большинстве случаев такими осложнениями являются сепсис и кровотечение [137, 146].

В качестве существенных факторов, увеличивающих вероятность летального исхода у женщин при проведении искусственного прерывания беременности, являются криминальные аборты и несвоевременное обращение за медицинской помощью [142, 170].

Таким образом, можно резюмировать, что искусственное прерывание беременности является ведущей причиной материнской смертности, что обуславливает высокую социально-экономическую значимость данного аспекта. Наиболее высокий риск летального исхода у женщин в результате проведения аборта связан с такими факторами, как поздний срок беременности, возраст старше 30 лет, криминальные вмешательства, а также несвоевременное обращение за медицинской помощью.

Перенесенное ранее искусственное прерывание беременности является не только фактором риска развития неблагоприятных последствий для здоровья матери при последующих беременностях и осложнений во время родов, в послеродовом периоде, но и потенциальной причиной ухудшения здоровья и нормального развития новорожденного [115, 172].

Изменения здоровья детей, родившихся у женщин, имеющих в анамнезе искусственное прерывание беременности, обусловлено влиянием аборта на репродуктивную функцию женщин и на течение общесоматических заболеваний [65, 66].

Рубцовые изменения в матке могут оказывать негативное влияние, проявляющееся ухудшением маточно-плацентарного кровотока, наиболее вероятными последствиями которого является редуция газообмена. Данные нарушения сказываются, в первую очередь, на развитии центральной нервной системы. Внутриутробная гипоксия оказывает негативное влияние на формирование головного мозга, что впоследствии может стать фактором развития интеллектуальных нарушений и психических заболеваний. Кроме того, перенесенная внутриутробно гипоксия приводит к формированию многочисленных заболеваний периферической нервной системы, отрицательно сказывающихся на последующем развитии ребенка [173].

Нарушение маточно-плацентарного кровотока у женщин, имеющих в анамнезе искусственное прерывание беременности, нередко приводит к снижению массы тела новорожденного. Так, при сравнительном анализе массы тела новорожденных установлено, что гипотрофия (снижение массы тела менее 2500 г) наблюдается у женщин, перенесших аборт, примерно в 2,5 раза чаще. Также в данном случае увеличивается вероятность рождения ребенка с низкой массой тела (от 2500 до 2999 г). Также у женщин с отягощенным анамнезом была выявлена более высокая частота встречаемости случаев рождения крупного плода, что, вероятно, связано с нарушениями гормонального статуса и, как следствие, перенесенной беременностью [146].

По данным современной литературы установлено, что преждевременные роды у женщин, имеющих в анамнезе аборт, встречаются на 58,3% чаще, чем у первородящих впервые беременных, что имеет прямое негативное влияние на состояние здоровья и последующее развитие рожденных детей. Также негативное влияние на здоровье новорожденных оказывает увеличение акушерского травматизма на 11,6% у данной категории женщин. Таким образом, заболеваемость новорожденных в данном случае составляет 38,2%, что в 1,4 раза выше, чем у беременных впервые.

Одним из наиболее существенных факторов развития заболеваний у новорожденных, которые могут оказывать неблагоприятное влияние на их

развитие и дальнейшую жизнь, являются инфекционно-воспалительные процессы. Инфекционные осложнения достоверно чаще наблюдаются у женщин, в анамнезе которых имеется искусственное прерывание беременности. Воспалительные процессы, протекающие в организме матери, являются одной из важных причин нарушения нормального развития плода. Подобные осложнения имеют потенциально высокую опасность для формирования заболеваний практически всех органов и систем новорожденного [89, 116, 174].

Качественная организация медицинской помощи беременным предопределяет благоприятный исход родов для матери и ребенка, а также низкий уровень заболеваемости новорожденных. Поэтому необходимо создать беременной социально-гигиенические условия, которые способствуют сохранению ее здоровья и благоприятному развитию плода [160, 73, 78, 88, 124, 127, 138].

Научные исследования, выполненные по теме, посвящены изучению влияния аборта на гинекологическую заболеваемость, возникновение онкологической патологии, осложненное течение последующих беременностей после аборта, родоразрешения и послеродового периода, показатели материнской смертности. Особое внимание уделено влиянию аборта на здоровье детей, рожденных у матерей с абортом в анамнезе. В единичных работах раскрыты социально-гигиенические аспекты и медико-социальные причины искусственного прерывания беременности.

Несмотря на достаточно широкое изучение и освещение проблем репродуктивного здоровья женщин и факторов, на него влияющих, в доступной литературе не нашла должного отражения комплексная оценка заболеваемости женщин, включающая гинекологическую и экстрагенитальную заболеваемость, осложненное течение, беременности, родов и послеродового периода, не определена роль репродуктивных установок и медицинской активности на здоровье женщин, отсутствуют сведения об особенностях контрацептивного и гигиенического поведения.

ГЛАВА 2

ПРОГРАММА И МЕТОДИКА СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ АБОРТ В АНАМНЕЗЕ

В настоящее время в Российской Федерации наблюдается снижение показателей рождаемости и увеличение показателей заболеваемости среди женского населения, что обуславливает особое внимание к здоровью женщин фертильного возраста, являющихся репродуктивным потенциалом страны, а здоровье которых является достоянием страны.

При анализе суммарного коэффициента рождаемости по стране (рисунок 2.1) отмечено, что среди городского населения ситуация менее благоприятная по сравнению с сельской местностью. Так, например, в Москве суммарный коэффициент рождаемости равен 1,47 на 1 женщину, что соответствует среднему значению по стране [125].

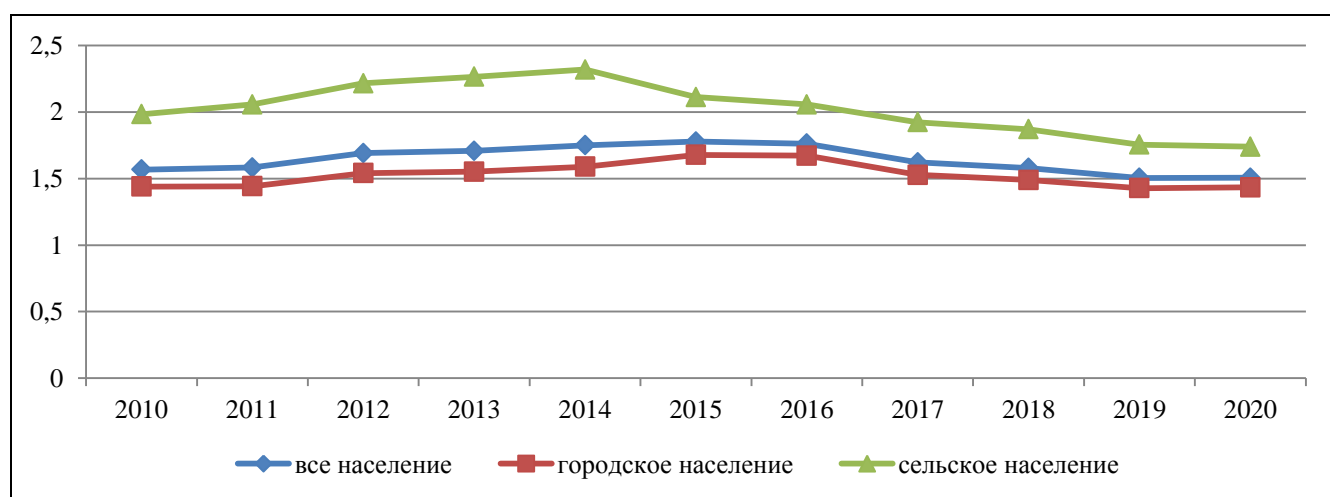


Рисунок 2.1 – Суммарный коэффициент рождаемости в Российской Федерации в динамике с 2010 по 2020 гг.

Репродуктивное поведение по некоторым территориям определяет число проведенных абортов. Такое поведение в мегаполисе обуславливают

экономическое благосостояние, психологические установки, доступность контрацепции, а также желание женщины быть задействованной в трудовом процессе.

Важно отметить, что демографические показатели и показатели заболеваемости в крупных мегаполисах могут быть экстраполированы на другие субъекты Российской Федерации. В связи с вышесказанным для проведения настоящего исследования был выбран город Москва, который является экономическим и политическим центром страны и имеет развитую сеть медицинских организаций, осуществляющих помощь женщинам по профилю «акушерство и гинекология».

В качестве баз исследования были взяты женские консультации при городской многопрофильной больнице ГБУЗ «Городская клиническая больница им.В.В.Виноградова Департамента здравоохранения Москвы» (Женские консультации Профсоюзная и Ясенево-2 ЮЗАО г.Москвы), а также гинекологические отделения ГБУЗ «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения города Москвы». Выбранные в качестве баз исследования учреждения являются типичными при оказании амбулаторной и стационарной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», осуществляющих полный спектр диагностических и лечебных мероприятий по программам обязательного медицинского страхования и действуют в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми актами, существующими на территории Российской Федерации и г. Москвы.

Комплексный характер настоящего исследования определил объект наблюдения для изучения заболеваемости и оценки социально-гигиенических характеристик образа жизни, а также особенностей репродуктивного поведения и медицинской активности. Им явились женщины репродуктивного возраста с абортom в анамнезе, постоянно проживающими в г. Москва и наблюдающиеся в указанных медицинских организациях (далее – основная группа).

В исследование были включены женщины контрольной группы, поскольку проводился анализ влияния различных факторов риска на здоровье женщин. Она

была подобрана по методу пара-копий и явилась максимально идентичной основной группе: возраст (от 18 до 50 лет), постоянное проживание в г. Москва и наблюдение в одних медицинских организациях (далее – контрольная группа). Критерием отличия контрольной группы явилось отсутствие аборта в анамнезе женщин.

Для получения репрезентативных результатов при проведении выборочного исследования женщин фертильного возраста, имеющих в анамнезе аборт, определение необходимого объема наблюдений было проведено заранее по нескольким результирующим признакам, в качестве которых были взяты наиболее значимые характеристики для женщин репродуктивного возраста.

При изучении состояния здоровья женщин фертильного возраста в качестве признака был взят удельный вес женщин детородного возраста, имеющих хроническую патологию органов репродуктивной сферы. Ряд авторов указывают на то, что от 24,2% до 30,3% женщин данного возраста имеют хронические заболевания репродуктивной сферы различной степени выраженности [2, 56, 148].

Вычисления по данному результирующему признаку, выполненные по формуле 1, свидетельствуют, что необходимый объем наблюдений составил 585 женщин основной группы.

$$n = \frac{t^2 \times p \times (100 - p)}{\Delta^2}, \text{ где} \quad (\text{формула 1})$$

t – коэффициент достоверности, который в данном случае принимается равным 2,0 при доверительном уровне вероятности безошибочного прогноза $p = 0,95$;

p – удельный вес хронической патологии репродуктивной сферы у женщин детородного возраста, равный 30,3%;

Δ – приемлемое значение ошибки при доверительном уровне вероятности $p = 0,95$, равное 3,6%.

Для проведения исследования по изучению состояния здоровья женщин исследуемой группы и получения достоверных результатов необходимо

обследовать не менее 585 женщин, имеющих аборт в анамнезе. Было обследовано 599 единиц наблюдения, все из которых вошли в окончательную обработку. Объем наблюдения контрольной группы составил 533 женщины.

В качестве результирующего признака для изучения социально-гигиенических характеристик образа жизни и показателей медицинской активности, а также определения факторов, формирующих неблагоприятные показатели здоровья женщин с абортами в анамнезе, был использован средний возраст рождения первого ребенка, так как именно он свидетельствует о репродуктивных установках женщины и является отражением ее социально-гигиенического статуса. Средний возраст рождения первого ребенка по данным Федеральной службы государственной статистики на момент начала исследования составил 28,4 года.

Используя формулу 2, получили объем наблюдения, равный 324 единицам наблюдения.

$$n = \frac{t^2 \times \delta^2}{\Delta^2}, \text{ где} \quad (\text{формула 2})$$

t – коэффициент достоверности (критерий Стьюдента), который в данном случае принимается равным 2,0 при доверительном уровне вероятности безошибочного прогноза $p = 0,95$;

δ – среднее квадратическое отклонение, равное 4,5;

Δ – приемлемое значение ошибки при доверительном уровне вероятности $p = 0,95$ равняется 0,5 года.

Полученные данные свидетельствуют, что для изучения различных факторов образа жизни и показателей медицинской активности необходимо обследовать не менее 324 женщин, имеющих прерывание беременности в анамнезе. Было взято под наблюдение 385 женщин, в окончательную разработку после выбраковки собранного материала вошло 349 единиц наблюдения. Объем наблюдения контрольной группы при изучении социально-гигиенической характеристики составил 373 женщин.

Разработанная программа комплексного социально-гигиенического исследования по изучению состояния здоровья и образа жизни женщин репродуктивного возраста была использована для всех женщин и включала 8 разделов (схема 2.1).

Представленная программа позволила изучить заболеваемость органов репродуктивной сферы (в том числе особенности осложненного течения беременности, родов и послеродового периода и гинекологической заболеваемости) и экстрагенитальную заболеваемость женщин; дать комплексную оценку состояния здоровья женщин; социально-гигиеническую характеристику их образа жизни; показатели медицинской активности; особенности репродуктивного поведения; выявить медико-социальные причины аборт; определить роль наиболее значимых факторов образа жизни в формировании здоровья женщин.



Схема 2.1 – Программа социально-гигиенического исследования состояния здоровья и образа жизни фертильного возраста с абортом в анамнезе

В результате реализации данной программы были разработаны медико-социальные мероприятия, направленные на профилактику аборт и улучшение здоровья женщин, а также оценена их эффективность в учреждениях акушерско-гинекологического профиля.

Каждый раздел программы содержал подразделы, выполнение которых позволило решить общую цель и поставленные задачи.

РАЗДЕЛ 1 «ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ»

- осложненное течение беременности, родов и послеродового периода:
 - удельный вес женщин, имеющих осложненное течение беременности, родов и послеродового периода;
 - структура осложненного течения беременности, родов и послеродового периода;
 - внутренняя структура незаконченных беременностей.
- гинекологическая заболеваемость:
 - удельный вес женщин, имеющих гинекологические заболевания в анамнезе;
 - уровень острой гинекологической заболеваемости;
 - динамика уровня острой гинекологической заболеваемости за период 2018-2020 гг.;
 - структура острой гинекологической заболеваемости;
 - структура наиболее часто встречающейся гинекологической патологии;
 - среднее число гинекологических заболеваний на 1 женщину;
 - кратность обращений по поводу заболеваний в течение года.
- хроническая гинекологическая заболеваемость:
 - уровень хронической гинекологической заболеваемости;
 - динамика уровня хронической гинекологической заболеваемости за период 2018-2020 гг.;
 - структура хронической гинекологической заболеваемости;

- удельный вес женщин, имеющих операции на органах малого таза.

РАЗДЕЛ 2 «ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ»

- удельный вес женщин, имеющих хроническую экстрагенитальную патологию;
- уровень хронической экстрагенитальной патологии;
- динамика уровня хронической экстрагенитальной заболеваемости за период 2018-2020 гг.;
- структура хронической экстрагенитальной патологии;
- среднее число хронических экстрагенитальных заболеваний;
- удельный вес женщин, имеющих операции по поводу хронической экстрагенитальной патологии.

РАЗДЕЛ 3 «КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ»

- определение критериев распределения на оценочные группы;
- распределение на группы здоровья по объективной оценке;
- субъективная оценка здоровья обследованными женщинами;
- сравнение объективной и субъективной оценки здоровья.

РАЗДЕЛ 4 «СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА»

- общие характеристики:
 - средний возраст;
 - вероисповедание;
 - уровень образования;
 - социальное положение.
- производственно-трудовая деятельность:
 - наличие работы;
 - соответствие работы полученному образованию;
 - средний стаж работы;
 - средний стаж работы на последнем месте;
 - желание сменить работу;
 - оценка удовлетворенности взаимоотношениями с коллегами,

начальством и подчиненными.

- семейный статус:
 - семейное положение;
 - состав семьи;
 - среднее число детей;
 - соответствие оптимального и имеющегося числа детей.
- оценка жилищных условий:
 - состав совместно проживающих членов семьи;
 - место проживания;
 - среднее число квадратных метров на 1 проживающего члена семьи;
 - оценка удовлетворенности жилищными условиями.
- оценка психологического климата в семье;
- оценка материального положения;
- оценка ежедневного и ежегодного отдыха.

РАЗДЕЛ 5 «ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ»

- контрацептивное поведение:
 - отношение женщины к контрацепции;
 - используемые методы контрацепции;
 - оценка удовлетворенности выбранным методом контрацепции.
- репродуктивные установки женщины:
 - количество беременностей в целом;
 - количество беременностей в зависимости от имеющегося числа детей;
 - отношение к абортам;
 - удельный вес абортов в целом;
 - удельный вес абортов по возрастным группам;
 - распределение женщин по числу абортов в зависимости от числа имеющихся детей;

- среднее число аборт на 1 женщину в цело и по возрастным группам.

РАЗДЕЛ 6 «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ АБОРТОВ»

- распределение женщин в зависимости от вида аборта в целом;
- распределение женщин в зависимости от вида аборта по возрастным группам;
- анализ причин аборта по собственному желанию.

РАЗДЕЛ 7 «МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ»

- общие вопросы:
 - наблюдение у врача акушера-гинеколога;
 - выбор медицинской организации для наблюдения;
 - выбор медицинской организации для проведения прерывания беременности;
 - своевременность обращения к врачу;
 - выполнение лечебных рекомендаций;
 - выполнение профилактических рекомендаций;
 - распределение женщин в зависимости от источников получения информации о методах контрацепции.
- медицинская грамотность:
 - мнение женщин об аборте;
 - мнение женщины о необходимости запрета аборта;
 - необходимости «минуты молчания» перед проведением аборта.
- гигиенические навыки:
 - анализ предпочитаемой формы одежды и обуви;
 - анализ проведения гигиенических процедур.
- биосоциальная активность:
 - оценка физической активности;
 - оценка питания;
 - оценка сна;

- наличие вредных привычек.

РАЗДЕЛ 8 «РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АБОРТОВ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ»

- распределение факторов образа жизни и медицинской активности исследуемой группы женщин, неблагоприятно влияющих на здоровье;
- программа профилактики абортов и улучшения состояния здоровья;
 - характеристика мероприятий;
 - формы и методы внедрения.
- эффективность предложенных мероприятий.

Проведенное нами исследование явилось многоэтапным.

Первый этап включал изучение заболеваемости органов репродуктивной сферы и экстрагенитальной заболеваемости, а также комплексную оценку состояния здоровья женщин.

Заболеваемость органов репродуктивной сферы содержала в себе изучение осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, а так же гинекологическую заболеваемость. Характеристика осложненного течения беременности, родов и послеродового периода состояла из изучения удельного веса женщин, имеющих осложнения беременности, родов и послеродового периода, структуры нарушений репродуктивного здоровья женщин основной и контрольной группы, внутренней структуру незаконченных беременностей. Проведен сравнительный анализ наиболее часто встречающихся заболеваний репродуктивной системы женщин основной и контрольной группы, распределение осложненного течения беременности у женщин основной и контрольной группы.

Анализ гинекологической заболеваемости включал следующие показатели острой и хронической заболеваемости женщин: удельный вес женщин, имеющих острые и хронические гинекологические заболевания, структуру гинекологических заболеваний, число острых и хронических гинекологических заболеваний на 1 женщину, кратность обращения за медицинской помощью по поводу острых и хронических заболеваний, удельный вес женщин, имеющих

оперативные вмешательства на органах малого таза.

Изучение экстрагенитальной заболеваемости включало в себя следующие показатели: удельный вес женщин, имеющих хроническую экстрагенитальную патологию, ее уровень и структуру, число хронических заболеваний на 1 женщину, а также наличие оперативных вмешательств по поводу экстрагенитальных заболеваний.

Сравнительный анализ заболеваемости женщин изучаемых групп позволил определить различия в уровне и структуре, а также индивидуальных характеристиках заболеваемости органов репродуктивной сферы и экстрагенитальной заболеваемости, на основании которых были сформированы критерии распределения на оценочные группы здоровья, которыми явились: наличие или отсутствие осложненного течения беременности, осложненного течения родов, осложненного течения послеродового периода, острых гинекологических заболеваний, хронических гинекологических заболеваний, оперативных вмешательств на органах малого таза, операций по поводу экстрагенитальной патологии, кратность обращения по поводу заболеваний в течение года.

На основании перечисленных критериев были сформированы три группы здоровья (хорошее, удовлетворительное, плохое) для проведения комплексной оценки здоровья. Итогом выполнения первого этапа явилось распределение женщин исследуемой группы на оценочные группы здоровья по объективной и субъективной оценке, проведение их сравнения, а также составление медицинского портрета женщин, имеющих аборт в анамнезе.

Второй этап включал изучение особенностей социально-гигиенической характеристики и репродуктивных установок. Анализируя социально-гигиеническую характеристику обследуемых женщин, были изучены средний возраст, вероисповедание, уровень образования, социальное положение, производственно-трудовая деятельность, семейный статус, жилищные условия, психологический климат в семье, оценка материального положения, оценка ежедневного и ежегодного отдыха.

Производственно-трудовая деятельность включала изучение наличия работы, ее соответствие полученному образованию, стаж работы общий и на последнем месте работы, желание сменить работу, оценку удовлетворенности взаимоотношений с коллегами, руководством и подчиненными.

Несомненный интерес представляло изучение семейного статуса, который включал семейное положение, состав семьи, среднее число детей, соответствие оптимального и имеющегося числа детей.

Жилищные условия анализировались на основании следующих данных: состав проживающих, место проживания, среднее количество квадратных метров на одного проживающего, удовлетворенность жилищными условиями.

Оценка психологического климата в семье включала изучение наличия частых и трудноразрешимых конфликтов, изучение их причин, удовлетворенность взаимоотношениями в семье. Также была проведена оценка удовлетворенности материальным положением, ежедневным и ежегодным отдыхом.

Особое место занимало изучение репродуктивного поведения, которое включало анализ контрацептивного поведения, репродуктивных установок женщины, а также медико-социальные причины абортов у женщин основной группы.

Изучение контрацептивного поведения включало в целом отношение женщины к контрацепции, используемых методов контрацепции, оценка удовлетворенности выбранным методом контрацепции.

Изучение репродуктивных установок включало сравнительный анализ количества беременностей в целом и в зависимости от имеющегося числа детей, отношение к аборту, удельный вес абортов в целом и по возрастным группам, среднее число абортов, распределение женщин в зависимости от вида аборта в целом и по возрастным группам, анализ числа абортов в зависимости от числа имеющихся детей, анализ причин аборта по собственному желанию.

Итогом второго этапа явилось составление социально-гигиенического портрета женщины репродуктивного возраста, имеющей аборт в анамнезе.

Третий этап включал в себя анализ медицинской активности, основанный на изучении наблюдения у врача акушера-гинеколога, выбор медицинской организации для наблюдения и прерывания беременности, своевременности обращения к врачу, выполнения лечебных и профилактических рекомендаций, распределения женщин в зависимости от рекомендаций методов контрацепции.

Отдельно были изучены характеристики медицинской грамотности на основании мнения женщин об аборте, необходимости его запрета и необходимости запрета «минуты молчания» перед его проведением. Также был проанализирован выбор женщинами медицинской организации для проведения аборта, проведен анализ причин выбора государственных и частных медицинских организаций.

Далее была проведена характеристика гигиенических навыков по предпочитаемой форме одежды и обуви, а также гигиенических процедурах, проводимых женщинами. Биосоциальная активность включала оценку физической активности, питания, сна и наличия вредных привычек.

Суммарное изучение основных характеристик медицинской активности позволило провести балльную оценку критериев медицинской активности, которыми явились наблюдение у врача акушера-гинеколога, своевременность обращения к врачу, выполнение лечебных и профилактических рекомендаций, оценка медицинской грамотности, гигиенического поведения и характеристик биосоциальной активности.

На четвертом этапе на основании полученных данных был проведен анализ факторов образа жизни, неблагоприятно влияющих на состояние здоровья исследуемой группы женщин и разработаны медико-социальные мероприятия по профилактике абортов у женщин репродуктивного возраста, основанные на нивелировании неблагоприятных факторов.

Важнейшим аспектом данного раздела явилось определение медицинской и социальной эффективности предложенных мероприятий, а именно анализ динамики показателей, характеризующих репродуктивное поведение, медицинскую грамотность и состояние здоровья.

Итогом чертового этапа явилось формирование основных направлений по профилактике абортс среди женщин изучаемой группы, направленные на снижение числа нежелательных беременностей и снижение числа абортс, и как следствие улучшение состояния их здоровья.

Каждому этапу исследования соответствовали свои документы сбора, источники получения информации, объект и объем исследования.

Для изучения заболеваемости женщин фертильного возраста была составлена «Выборочная карта по изучению состояния здоровья женщин фертильного возраста» (Приложение 1), которая была заполнена на основании данных, полученных из первичной медицинской документации таких, как «Медицинская карта амбулаторного больного»; «Медицинская карта стационарного больного»; «Медицинская карта прерывания беременности»; «Выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного». Она содержала паспортную часть, сведения о перенесенных ранее и выявленных заболеваниях репродуктивной сферы и экстрагенитальной патологии, перенесенных операциях по поводу данных заболеваний, репродуктивный портрет женщин (наличие беременностей и их исходы).

Для изучения социально-гигиенической характеристики женщин была разработана «Анкета по изучению социально-гигиенической характеристики женщин», включающая 41 вопрос (Приложение 2) о социальном положении, профессиональной деятельности, семейном статусе, жилищных условиях и биосоциальной активности.

Для анализа медицинской активности и репродуктивного поведения женщин использовалась «Анкета по изучению медицинской активности и репродуктивного поведения женщин» состояла из 40 вопросов (Приложение 3), посвященных изучению наблюдения в медицинских организациях, выполнения рекомендаций врача, применяемых методах контрацепции, а также выборе медицинской организации для наблюдения и проведения абортс.

Анкеты содержали вопросы открытого и закрытого типа. Для оценки удовлетворенности женщин различными показателями использовалась

десятибалльная шкала. Опрошенным предлагалось выбрать нужную цифру в соответствии со степенью своей удовлетворенности данным показателем в баллах, где 0 являлось полное неудовлетворение, а 10 – полная удовлетворенность.

Предел колеблемости составил от 0 до 10 баллов, были сформированы следующие группы: от 0 до 3 баллов – низкая оценка удовлетворенности, от 4 до 7 баллов – средняя, от 8 до 10 баллов – высокая.

Анкетирование проводилось анонимно, на бумажном носителе в условиях женской консультации и стационара, а также в электронном виде посредством интернет-опроса с помощью Google-forms, что также способствовало получению объективной информации. Для обеспечения максимальной возвратности анкет их сбор проводился непосредственно после заполнения.

Для изучения эффективности предложенных мероприятий использовались те же документы сбора, что и при проведении комплексной оценки здоровья и образа жизни женщин.

Объем наблюдений, использованный в процессе исследования, обеспечивает необходимую количественную репрезентативность выборочных совокупностей, определенных задачами исследования. В конечную обработку вошло 1132 выборочных карт по изучению состояния здоровья женщин (599 карт женщин основной группы и 533 карт женщин контрольной группы); для изучения социально-гигиенической характеристики, медицинской активности и особенностей репродуктивного поведения – 722 анкеты (349 женщин основной группы и 373 женщины контрольной группы). При оценке эффективности предложенных мероприятий было проанализировано 205 анкет женщин, желающих изменить свое медицинское поведение и выполнивших предложенные мероприятия.

Перед проведением статистической обработки собранного материала была проведена выбраковка и контроль полученных данных на предмет полноты и точности учета, а также составление электронной базы данных для дальнейшего анализа.

Цель, задачи и программа исследования определила выбор методических приемов, с помощью которых проведено исследование. 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 полученных результатов исследования проводилась с помощью вычисления 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».

Таким образом, для проведения настоящего исследования в качестве баз исследования были взяты женские консультации и гинекологические отделения многопрофильной больницы г. Москва, которые являются типичными медицинскими организациями для городской сети здравоохранения при оказании амбулаторной и стационарной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в рамках обязательного медицинского страхования.

Для оценки заболеваемости женщин был проведен анализ 1132 выборочных карт, для изучения социально-гигиенических аспектов образа жизни женщин – 722 анкет, для определения эффективности предложенных мероприятий – 205 анкет.

ГЛАВА 3

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

3.1 Характеристика репродуктивного здоровья женщин исследуемой группы

Репродуктивное здоровье является важной составляющей общего здоровья человека. Согласно общепринятому определению, которое дала Всемирная организация здравоохранения, репродуктивное здоровье представляет собой полную психологическую, социальную и физическую готовность вступать в сексуальные отношения с целью продолжения рода. При этом важным критерием сохранности репродуктивного здоровья человека является отсутствие любых инфекций и прочих неблагоприятных состояний организма, которые могут повлиять на невозможность зачатия, неблагоприятный исход беременности или на рождение неполноценного ребенка с нарушением здоровья.

Изучение репродуктивного здоровья особенно актуально в настоящее время, когда нарушения репродуктивной функции встречаются у каждой третьей женщины фертильного возраста.

Был проведен сравнительный анализ особенностей здоровья женщин. Все нарушения женской репродуктивной сферы были объединены в две группы: осложнения течения беременности, родов и послеродового периода и гинекологическую заболеваемость, которая в свою очередь включала острую и хроническую патологию.

Полученные данные свидетельствуют, что у каждой третьей женщины имеются заболевания, связанные с течением беременности, родов и послеродового периода (36,4%). У женщин основной группы такие осложнения встречаются достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы

(соответственно 67,4% против 22,6%, $p < 0,01$).

Структура осложнений течения беременности, родов и послеродового периода, проанализированная на основании классификации болезней МКБ-10 (рисунок 3.1), представлена 4 подклассами: беременности, не закончившиеся родами (внематочные беременности, аномальные продукты зачатия-остатки плодного яйца, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный аборт-начавшийся выкидыш и неполный самопроизвольный аборт); болезни матери, связанные с беременностью (угрожающий аборт/выкидыш, угроза прерывания беременности, токсикоз); медицинская помощь матерям в связи с состоянием плода (многоплодная беременность, медицинская помощь при аномалии малого таза); осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом (расхождение швов, плацентарный полип).

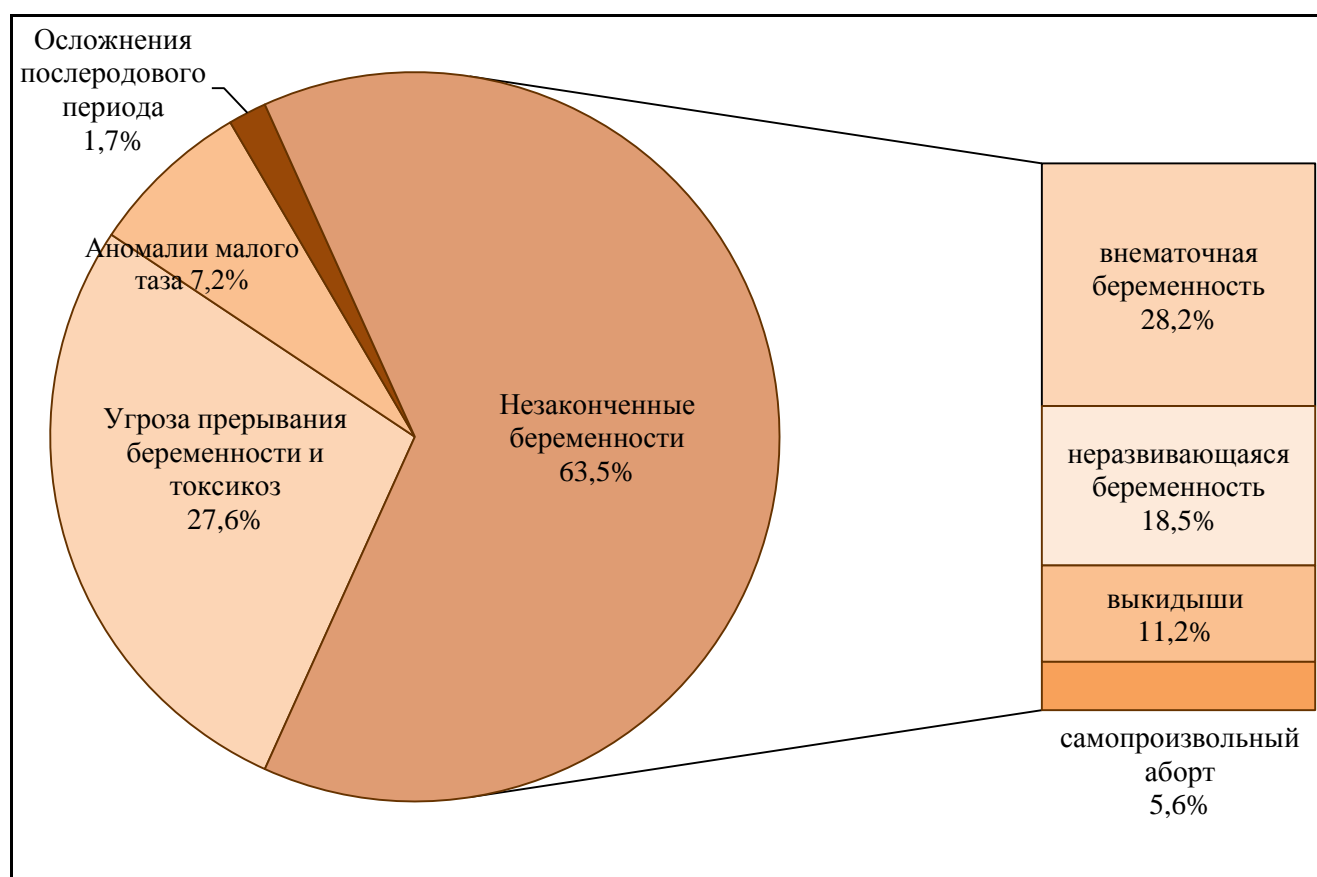


Рисунок 3.1 – Структура осложненного течения беременности, родов и послеродового периода среди всех обследованных женщин (в % к итогу)

Более 60% заболеваний среди осложнений течения беременности, родов и

послеродового периода среди всех женщин пришлось на беременности, не закончившиеся родами, а именно внематочную беременность, неразвивающиеся беременности, самопроизвольные выкидыши и самопроизвольный аборт. Треть патологий приходилось на угрозу прерывания беременности и токсикоз, десятая часть – на аномалии малого таза, двадцатая – на осложнения послеродового периода.

Проведенный анализ структуры осложненного течения беременности, родов и послеродового периода (таблица 3.1) показал, что у женщин основной группы в 2,3 раза чаще встречались беременности, не окончившиеся родами ($p < 0,05$), что свидетельствует о более низкой способности к вынашиванию беременности. В 2 раза достоверно чаще отмечались угрозы прерывания беременности и токсикоз ($p < 0,05$), в 4 раза – аномалии малого таза ($p < 0,05$); в 3,2 раза – осложнения послеродового периода ($p < 0,05$).

Таблица 3.1 – Осложнения течения беременности, родов и послеродового периода среди женщин основной и контрольной групп (на 100 обследованных)

Виды осложнений	Группы сравнения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная группа	контрольная группа	
Незаконченные беременности	43,9	18,9	$< 0,05$
Угроза прерывания беременности и токсикоз	18,9	9,3	$< 0,05$
Аномалии малого таза	1,6	0,4	$< 0,05$
Осложнения послеродового периода	1,3	0,4	$< 0,05$

Сравнительный анализ наиболее часто встречающихся незаконченных беременностей среди обследуемых женщин (рисунок 3.2) выявил, что среди всех женщин у каждой пятой встречались внематочные беременности (17,4 на 100 обследованных), у каждой десятой – неразвивающиеся беременности (9,3 на 100 обследованных), у каждой четырнадцатой – выкидыши (6,8 на 100 обследованных), у каждой сотой – самопроизвольные аборты (0,8 на 100 опрошенных).

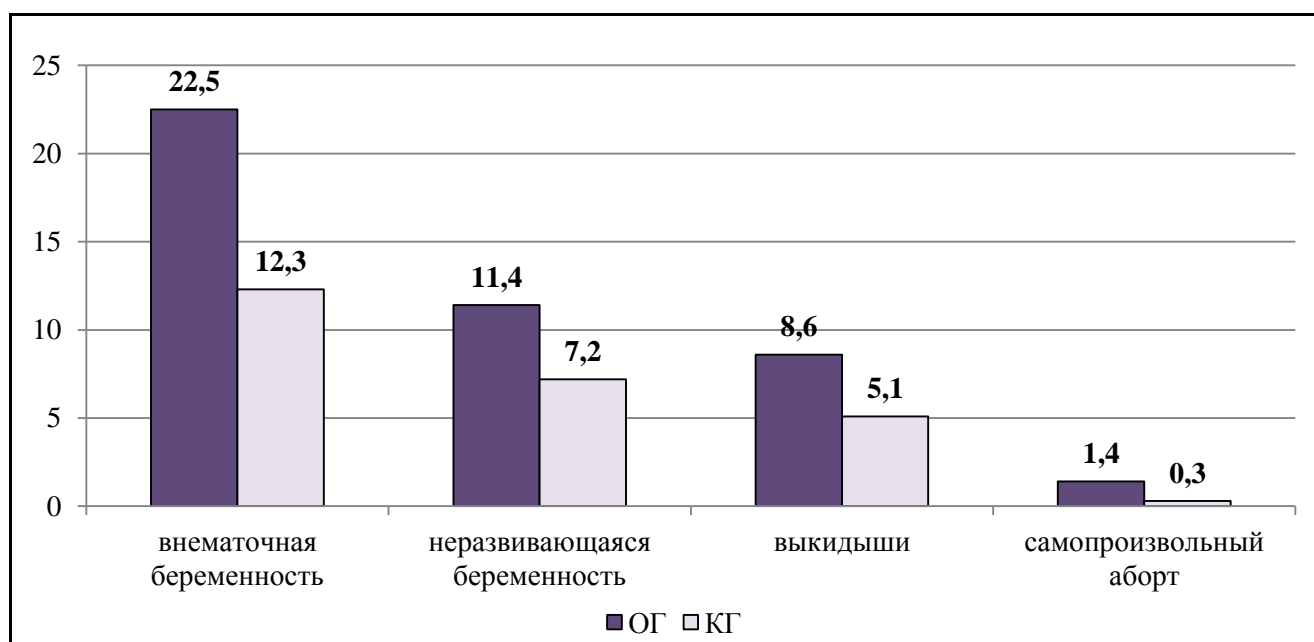


Рисунок 3.2 – Незаконченные беременности среди женщин основной и контрольной групп (на 100 обследованных)

Выявлено, что в основной группе в 1,8 раза чаще встречались внематочные беременности ($p < 0,01$), в 1,6 раза – неразвивающиеся беременности ($p < 0,05$), в 1,7 раза – выкидыши ($p < 0,05$), в 4 раза – самопроизвольные аборты ($p < 0,05$).

Анализ других болезней матери, связанных с беременностью, показал, что у женщин основной группы достоверно чаще встречались кровотечения в ранние сроки беременности (14,7 против 7,2 на 100 обследованных), а также токсикоз (4,2 против 2,1 на 100 обследованных).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что наличие аборта неблагоприятно влияет на течение беременности, родов и послеродового периода, увеличивая риски развития различных осложнений.

Изучение гинекологической заболеваемости, являющейся важным показателем женской репродуктивной сферы и индикатором здоровья женской половой системы в целом, проводилось на основании данных первичной медицинской документации, результаты которых были дополнены данными опроса.

Анализ гинекологической заболеваемости женщин включал в себя изучение удельного веса гинекологических заболеваний в анамнезе, уровня острой

гинекологической заболеваемости, динамику гинекологической заболеваемости, анализ структуры острой гинекологической заболеваемости, удельного веса женщин, имеющих хроническую гинекологическую патологию, уровня хронической гинекологической заболеваемости, структуры хронической гинекологической заболеваемости, кратности обращения женщин за медицинской помощью по поводу острых и хронических гинекологических заболеваний в течение года.

Изучая удельный вес гинекологических заболеваний в анамнезе среди обследованных женщин, выявлено, что у каждой второй женщины основной группы и у каждой третьей женщины контрольной группы было гинекологическое заболевание в анамнезе (52,7% против 27,1% соответственно, $p < 0,05$).

В целом уровень острой гинекологической заболеваемости в исследуемой группе составил 583,4 на 1000 обследованных женщин и имеет тенденцию к снижению за исследуемый период времени (рисунок 3.3).

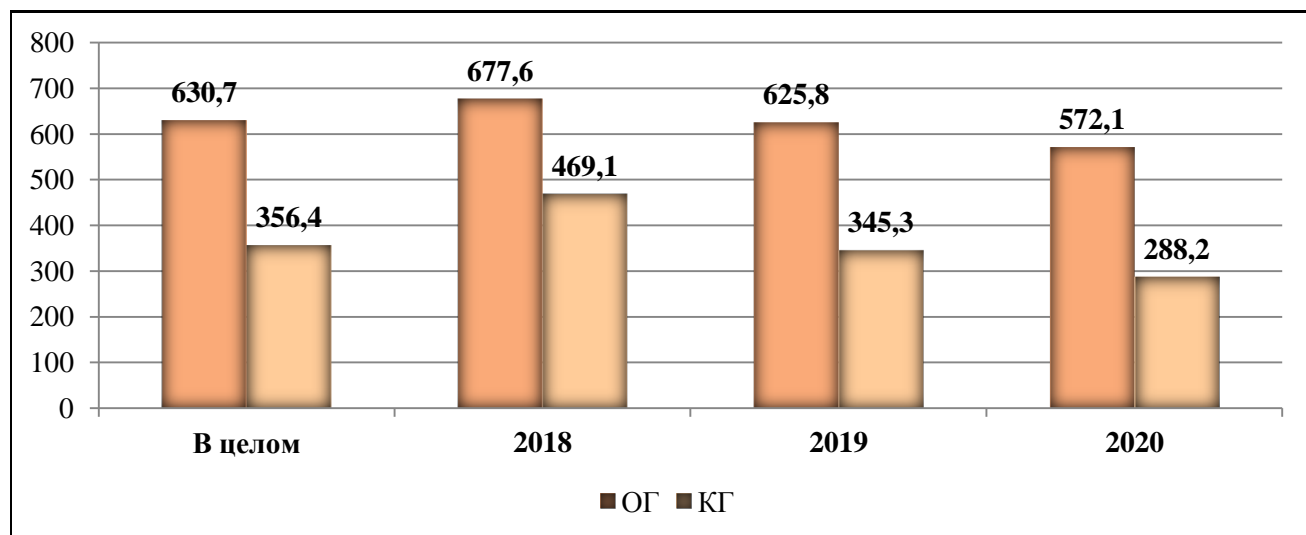


Рисунок 3.3 – Уровень острой и гинекологической заболеваемости среди женщин основной и контрольной группы в динамике (в %)

Полученные результаты изучения динамики уровня гинекологической заболеваемости среди женщин основной и контрольной группы выявили более высокий по сравнению с женщинами контрольной группы уровень данного вида заболеваемости в среднем в 2 раза ($p < 0,05$).

Установлено, что у женщин основной группы показатели гинекологической заболеваемости выше, чем у женщин контрольной группы во всех возрастных группах (таблица 3.2): в возрастной группе 18-28 лет – в 2,1 раза ($p < 0,01$), в группе 29-39 лет – в 1,9 раз ($p < 0,01$), в группе 40-50 – в 1,5 раза ($p < 0,01$).

Таблица 3.2 – Уровень гинекологической заболеваемости в исследуемых группах женщин по возрастным группам (в ‰)

Возрастные группы	Основная группа	Контрольная группа	Вероятность безошибочного прогноза «р»
18-28 лет	646,9	302,8	$< 0,01$
29-39 лет	675,6	361,6	$< 0,01$
40-50 лет	702,6	470,4	$< 0,01$
В целом	630,7	356,4	$< 0,01$

Особое место при анализе гинекологической заболеваемости занимало изучение структуры заболеваемости, так как она определяет направления профилактического наблюдения за различными группами женщин.

Гинекологические заболевания, выявленные у обследуемых женщин, были сгруппированы в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (рисунок 3.4), которая в целом была представлена следующими подклассами:

- невоспалительные заболевания женских половых органов;
- воспалительные заболевания женских половых органов;
- доброкачественные новообразования;
- венерические заболевания;
- прочие.

Ранговое распределение структуры острой гинекологической заболеваемости явилось одинаковым среди женщин основной и контрольной групп. Существенных различий структуры в динамике и по возрастным группам выявлено не было. Отмечено, что в целом среди женщин у каждой второй

преобладают воспалительные заболевания половых органов репродуктивной сферы, у каждой четвертой женщины выявлены доброкачественные новообразования, у каждой восьмой женщины – воспалительные заболевания и у каждой двадцатой – венерические заболевания.

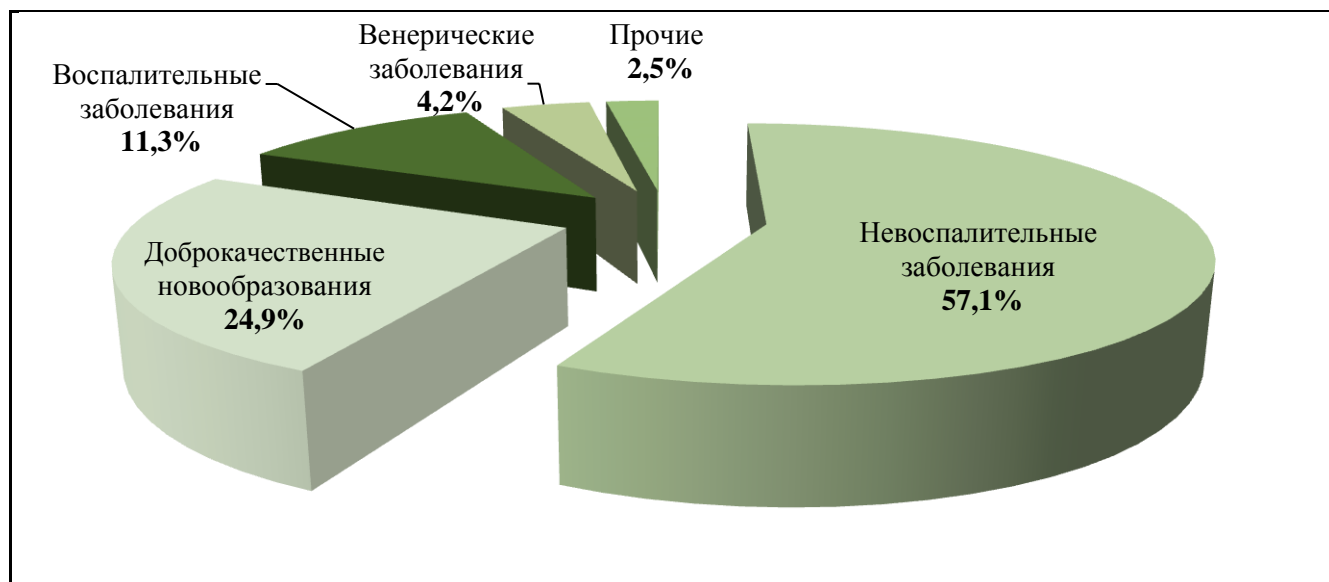


Рисунок 3.4 – Структура острой гинекологической заболеваемости среди обследуемых женщин (в % к итогу)

Сравнительный анализ распределения по классам (таблица 3.3) показал, что у женщин основной группы в 1,5 раза чаще встречаются доброкачественные новообразования и венерические заболевания ($p < 0,05$). У женщин контрольной группы в 1,2 раза чаще встречаются невоспалительные и воспалительные заболевания половых органов ($p < 0,05$).

Таблица 3.3 – Структура острой гинекологической заболеваемости среди женщин основной и контрольной группы (в % к итогу)

Классы заболеваний	Женщины основной группы	Женщины контрольной группы	Вероятность безошибочного прогноза «р»
Невоспалительные заболевания	49,3	59,7	< 0,05
Доброкачественные новообразования	32,7	21,3	< 0,05
Воспалительные заболевания	10,5	12,6	< 0,05
Венерические заболевания	5,3	3,5	< 0,05
Прочие	2,2	2,9	< 0,05
Итого	100,0	100,0	

Также был проведен сравнительный анализ внутренней структуры наиболее часто встречающихся нозологических групп острых заболеваний женских половых органов среди женщин основной и контрольной групп.

Невоспалительные заболевания женских половых органов были представлены следующими видами патологии: эндометриоз; эрозия и эктропион шейки матки; аномальные кровотечения из матки и влагалища; обильные и частые нарушения менструального цикла; невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки; полип женских половых органов (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Внутренняя структура невоспалительных заболеваний среди женщин основной и контрольной групп (в % к итогу)

Ранги	Основная группа	%	Контрольная группа	%
I	Аномальные кровотечения из матки и влагалища	33,8	Невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки	57,2
II	Невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки	32,7	Аномальные кровотечения из матки и влагалища	16,9
III	Обильные и частые нарушения менструального цикла	10,8	Обильные и частые нарушения менструального цикла	8,5
IV	Полип женских половых органов	9,1	Полип женских половых органов	7,4
V	Эндометриоз	6,4	Эрозия и эктропион шейки матки	6,4
Прочие		7,2	Прочие	
Итого		100,0	Итого	

Анализируя внутреннюю структуру невоспалительных заболеваний среди женщин основной и контрольной группы, отмечено, что среди женщин основной группы невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки имела каждая третья, среди женщин контрольной группы – каждая вторая;

аномальные кровотечения из матки и влагалища – каждая третья женщина основной группы и каждая шестая контрольной; обильные и частые нарушения менструального цикла – каждая девятая женщина основной и каждая двенадцатая женщина контрольной группы; полипы женских половых органов – каждая одиннадцатая женщина среди основной группы и каждая тринадцатая среди контрольной группы.

Установлено, что у женщин основной группы в 1,8 раза достоверно чаще встречались аномальные кровотечения из матки и влагалища (15,5 против 8,7 на 100 обследованных, $p < 0,5$). В контрольной группе в 2,2 раза достоверно чаще встречались невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки (14,9 против 32,3 на 100 обследованных, $p < 0,5$).

В структуре доброкачественных новообразований наибольший удельный вес составляют доброкачественные образования матки, которые в основном представлены миомами матки. Второе место среди доброкачественных новообразований занимают доброкачественные образования яичников, чаще выявлены кисты яичника. Третье место занимают другие доброкачественные образования женских половых органов. Злокачественные новообразования были выявлены у каждой тридцатой женщины.

Доброкачественные новообразования равномерно часто встречаются у женщин разных возрастных групп, но опухоли и опухолевидные образования яичника чаще встречаются в более молодом возрасте (18-28 лет), а доброкачественные заболевания матки в более позднем репродуктивном возрасте (40-50).

Сравнительный анализ основной и контрольной группы (таблица 3.5) выявил, что доброкачественные образования матки в 1,2 раза чаще встречались в основной группе, чем в контрольной группе ($p < 0,01$), а доброкачественные образования яичников в 1,9 раза – у женщин контрольной группы ($p < 0,05$). Другие и неуточненные доброкачественные образования женских половых органов в 1,3 раза чаще встречались у женщин, имеющих аборт в анамнезе ($p < 0,05$). Злокачественные новообразования встречались у обследованных

женщин одинаково часто.

Таблица 3.5 – Внутренняя структура доброкачественные новообразования женщин основной и контрольной группы (в % к итогу)

Заболевания	Группы сравнения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная группа	контрольная группа	
Доброкачественные образования матки	79,6	66,3	< 0,01
Доброкачественные образования яичников	14,6	27,7	< 0,05
Доброкачественные образования другие и неуточненные женских половых органов	4,2	3,1	< 0,05
Злокачественные новообразования	1,6	2,9	> 0,05
Итого	100,0	100,0	

Воспалительные заболевания женских половых органов были представлены сальпингитами и оофоритами, воспалительными заболеваниями матки (болезни шейки и тела матки), болезнями бартолиновой железы, а также другими воспалительными заболеваниями женских тазовых органов такими, как болезни влагалища и вульвы (рисунок 3.5).

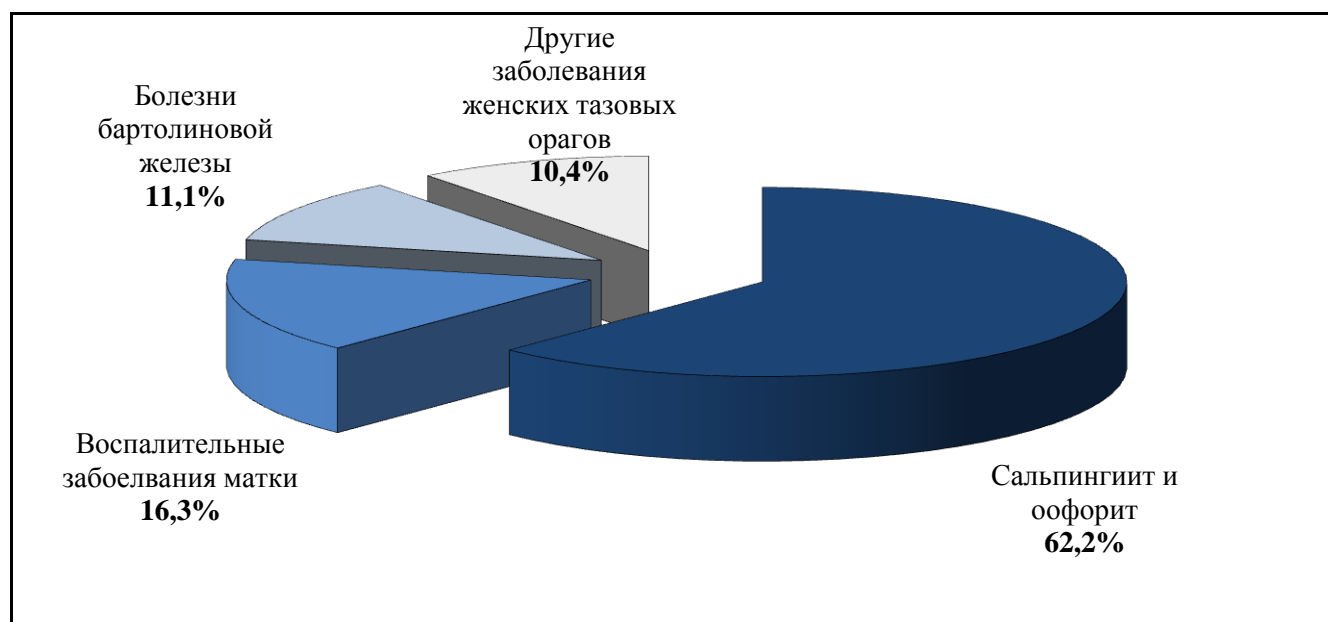


Рисунок 3.5 – Внутренняя структура воспалительных заболеваний женских половых органов среди всех обследованных женщин (в % к итогу)

Проведенный сравнительный анализ внутренней структуры воспалительных заболеваний среди женщин основной и контрольной группы показал, что у обследованных женщин сальпингит и оофорит встречаются практически с одинаковой частотой, воспалительные заболевания матки в 2,8 раза достоверно чаще встречались у женщин основной группы в сравнении с женщинами контрольной группы. Болезни бартолиновой железы и другие воспалительные заболевания женских тазовых органов достоверно чаще встречались у женщин контрольной группы.

Установлено, что в половине случаев воспалительные заболевания были совмещены с инфекциями, передающимися половым путем: хламидиоз, уреаплазма, гонорея, трихомониаз, сифилис. Выявлено, что среди женщин основной группы венерические заболевания встречались в 1,3 раза достоверно чаще по сравнению с женщинами контрольной группы (4,2 против 3,1 на 100 обследованных соответственно, $p < 0,05$).

Изучение острой гинекологической заболеваемости показало, что у женщин основной группы чаще наблюдается сочетание нескольких патологий органов репродуктивной сферы. Сравнительный анализ числа гинекологических заболеваний на 1 женщину показал, что у женщин основной группы выявлено вдвое больше гинекологических заболеваний на 1 женщину ($0,6 \pm 0,03$ и $0,3 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$).

При изучении репродуктивного здоровья женщин особое внимание было уделено анализу хронической гинекологической заболеваемости, так как данная характеристика может косвенно свидетельствовать о несвоевременном или неполноценном лечении острого заболевания, что в свою очередь привело к хронизации процесса.

Она была проанализирована на основании первичной медицинской документации, а также дополнена данными анкетирования обследуемой группы женщин.

Отмечено, что удельный вес женщин с хронической гинекологической патологией среди всех обследованных женщин составил 25,4%. Среди женщин

основной группы таковых в 1,7 раза достоверно больше, чем среди женщин контрольной группы (29,6% против 16,7% соответственно, $p < 0,05$).

Установлено, что среди женщин с хронической гинекологической патологией у каждой второй встречалось несколько заболеваний: половина женщин с хронической патологией (48,6%) имела 1 заболевание, каждая третья (29,7%) – по 2 заболевания, каждая пятая (21,7%) – 3 и более заболеваний.

Изучение уровня хронической гинекологической заболеваемости в целом (рисунок 3.6) показало, что он в 1,5 раза выше среди женщин основной группы, чем среди женщин контрольной группы (соответственно 254,7‰ и 173,2‰, $p < 0,05$).

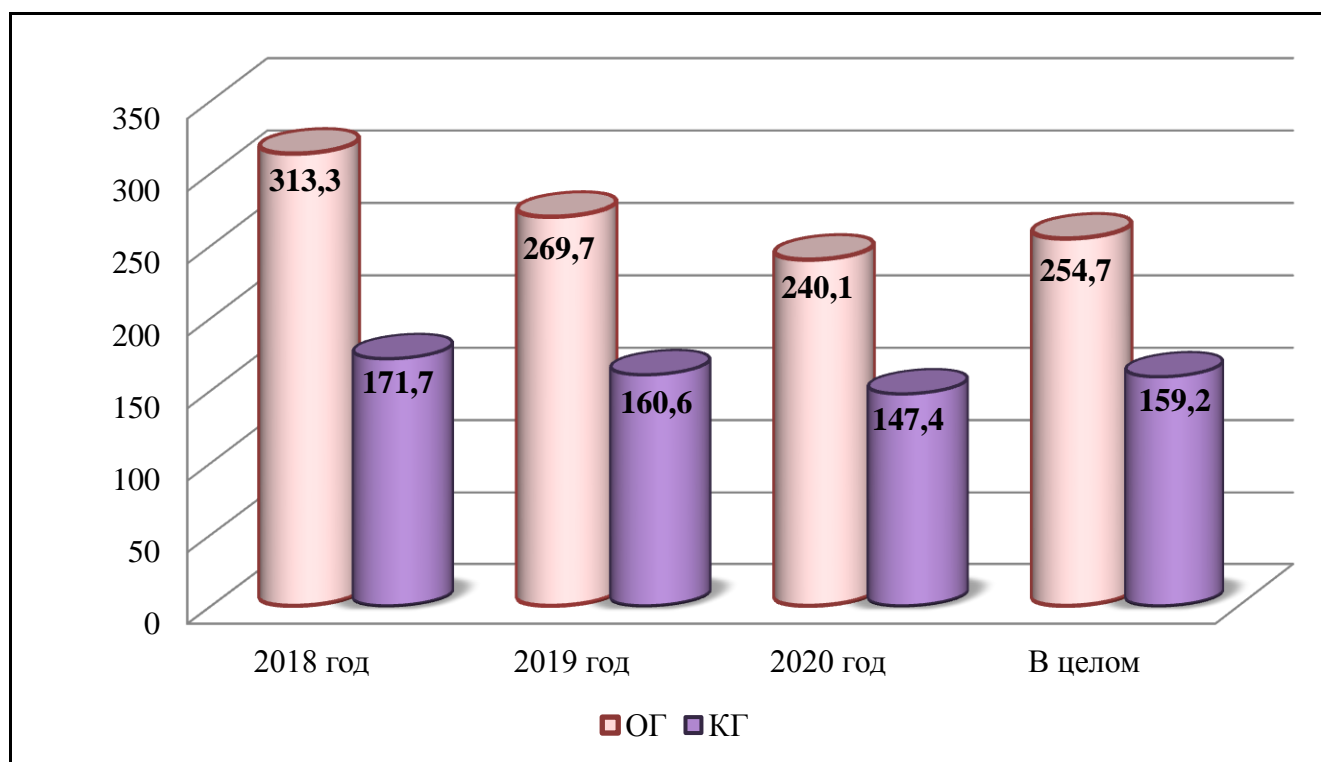


Рисунок 3.6 – Уровень хронической гинекологической заболеваемости среди женщин основной и контрольной группы в динамике (в ‰)

Анализ показателя в динамике показал, что у женщин основной группы его величина также выше в среднем от 1,7 раза за весь период наблюдения по отношению к женщинам контрольной группы.

Анализ уровня хронической гинекологической заболеваемости по возрастным группам (таблица 3.6) показал, что его величина выше у женщин

основной группы, чем у женщин контрольной группы по всем возрастным группам (таблица 3.6). Полученный методом рангов коэффициент корреляции, равный $\rho=+0,736$; $m=\pm 0,09$, свидетельствует о том, что с увеличением возраста увеличивается уровень хронической гинекологической заболеваемости ($p<0,05$).

Таблица 3.6 – Уровень хронической гинекологической заболеваемости среди женщин основной и контрольной групп по возрастным группам (в ‰)

Возрастные группы	Группы сравнения	
	женщины основной группы	женщины контрольной группы
18-28 лет	142,9	118,3
29-39 лет	242,6	205,8
40-50 лет	340,3	357,4
В среднем	254,7	173,2

В структуре хронической гинекологической заболеваемости ранговое распределение по классам заболеваний основной и контрольной группы одинаковое. В целом ранговые места распределились следующим образом: первое место занимают новообразования (49,4%), второе место – воспалительные заболевания (30,3%), третье место – невоспалительные заболевания (10,2%), четвертое место – осложнения, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом (6,3%), пятое место – прочие (3,9%).

Анализ сравнения структуры хронической гинекологической заболеваемости женщин основной и контрольной группы показал (таблица 3.7), что в 1,2 раза достоверно чаще новообразования встречались у женщин основной группы ($p<0,05$). Воспалительные заболевания в 1,2 раза достоверно чаще отмечались у женщин контрольной группы ($p<0,05$). Невоспалительные заболевания и хронические гинекологические заболевания, связанные с осложнением течения беременности, родов и послеродового периода среди женщин основной и контрольной группы встречаются практически одинаково часто и не имеют различий.

Таблица 3.7 – Структура хронической гинекологической заболеваемости среди женщин основной и контрольной группы (в % к итогу)

Классы заболеваний	Основная группа	Контрольная группа	Вероятность безошибочного прогноза «р»
Новообразования	55,3	45,4	< 0,05
Воспалительные заболевания	26,4	32,9	< 0,05
Невоспалительные заболевания	11,1	9,5	> 0,05
Осложнения течения беременности, родов и послеродового периода	3,8	3,9	> 0,05
Прочие	3,4	8,2	< 0,05
Итого	100,0	100,0	

Изучение внутренней структуры хронической гинекологической заболеваемости показало, что новообразования были представлены миомой матки (54,8% у женщин основной группы против 45,4% у женщин контрольной группы); воспалительные заболевания – хроническим сальпингоофоритом (8,7% у женщин основной группы против 9,2% у женщин контрольной группы), хроническим аднекситом (1,9% у женщин основной группы против 0,3% у женщин контрольной группы) и хроническим эндометритом (0,5% у женщин основной группы против 2,1% у женщин контрольной группы); невоспалительные заболевания – эндометриозами яичников и матки (10,6% у женщин основной группы против 10,2% у женщин контрольной группы), нарушениями менструального цикла (7,7% у женщин основной группы против 9,5% у женщин контрольной группы) и женским бесплодием (7,2% у женщин основной группы против 13,2% у женщин контрольной группы). К прочим были отнесены синдром поликистозных яичников и двурога матка.

Значимой характеристикой как заболеваемости женщин в целом, так и хронической гинекологической заболеваемости в частности является кратность обращения женщин за медицинской помощью по поводу острых и обострения хронических гинекологических заболеваний, которая может дополнить сведения,

полученные со слов обследованных (таблица 3.8).

Отмечено, что женщины основной группы достоверно чаще обращались второй и третий раз за медицинской помощью в течение года в сравнении с женщинами контрольной группы ($p < 0,05$).

Таблица 3.8 – Распределение женщин основной и контрольной группы по числу обращений к врачу в связи с острыми и хроническими гинекологическим заболеванием в течение года в исследуемых группах (в % к итогу)

Кратность обращения к врачу	Группы сравнения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	женщины основной группы	женщины контрольной группы	
Не обращались	13,5	8,1	< 0,01
1 обращение	49,7	60,4	> 0,05
2 обращения	26,3	23,2	< 0,05
3 обращения	10,5	8,3	< 0,05
Итого	100,0	100,0	

Неблагоприятным фактором риска для развития репродуктивных нарушений у женщин является проведение оперативных вмешательств на органах малого таза. Отмечено, что достоверно чаще женщины основной группы имели гинекологические операции в анамнезе по сравнению с женщинами контрольной группы (38,1% и 14,1% соответственно).

Таким образом, приведенные данные изучения репродуктивного здоровья женщин свидетельствует о том, что среди женщин с абортами в анамнезе по сравнению с группой сравнения чаще наблюдается отягощенный акушерский анамнез; отмечен более высокий уровень гинекологической заболеваемости; выявлено большее число гинекологических заболеваний на 1 женщину и оперативных вмешательств на полости малого таза.

3.2 Характеристика экстрагенитальной заболеваемости и комплексная оценка здоровья исследуемого контингента женщин

Анализ репродуктивной заболеваемости женщин тесно связан с экстрагенитальной патологией, так как она во многом может способствовать возникновению того или иного гинекологического заболевания, оказывать влияние на лечение, вызывая осложнения или увеличивая его сроки. В связи с нарастанием хронической патологии среди женщин репродуктивного возраста была проанализирована хроническая экстрагенитальная заболеваемость.

Сведения об экстрагенитальной патологии были получены из первичной медицинской документации, а также дополнены сведениями анкетирования, так как опрос позволяет выявить перенесенные заболевания ранее и заболевания, по поводу которых женщина не обращалась в лечебно-профилактические учреждения.

Полученные данные позволили проанализировать количественные и качественные характеристики хронической экстрагенитальной патологии обследованных женщин. Они включали в себя удельный вес женщин, имеющих хроническую экстрагенитальную заболеваемость; уровень хронической сопутствующей патологии; структуру хронической экстрагенитальной патологии; среднее число хронических экстрагенитальных заболеваний на 1 женщину; удельный вес женщин, имеющих операции по поводу сопутствующей патологии.

Результаты настоящего исследования свидетельствуют, что каждая четвертая женщина среди обследованных имеет хроническую экстрагенитальную патологию, из них 23,4% женщины основной группы и 16,8% женщин контрольной группы, что свидетельствует о том, что данная патология встречается достоверно чаще среди женщин основной группы ($p < 0,05$).

При изучении удельного веса женщин с экстрагенитальными заболеваниями

по возрасту отмечено, что с возрастом он увеличивается как в основной, так и в контрольной группе. У женщин основной группы данный показатель в возрасте 18-28 лет выше, чем у женщин контрольной группы, а в возрастных группах 29-39 и 40-50 лет ниже (таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Распределение женщин основной и контрольной группы с хронической экстрагенитальной патологией в зависимости от возраста (в % к итогу)

Возрастные группы	Группы наблюдения	
	женщины основной группы	женщины контрольной группы
18-28 лет	11,2	35,1
29-39 лет	40,5	43,9
40-50 лет	48,3	21,0
Итого	100,0	100,0

Вычисленный по методу рангов коэффициент корреляции между возрастом женщины и числом хронических заболеваний, равный $r=+0,83$, $m=\pm 0,24$, отражает наличие прямой, сильной и достоверной корреляционной связи и свидетельствуют о том, что с увеличением возраста увеличивается число хронических заболеваний.

В среднем уровень хронической экстрагенитальной патологии составил 358,3%. Установлено, что её уровень в основной группе в 1,2 раза достоверно выше, чем в группе сравнения (рисунок 3.7). Важно отметить, что хроническая экстрагенитальная патология не включала в себя хроническую гинекологическую заболеваемость, рассмотренную ранее.

Уровень хронической экстрагенитальной заболеваемости находится в пределах от 268% до 480% и имеет тенденцию к росту. Отмечено, что её уровень выше у женщин основной группы на протяжении всего периода изучения: коэффициент прироста для женщин основной группы составил 178,8%, для женщин контрольной группы – 108,9%.

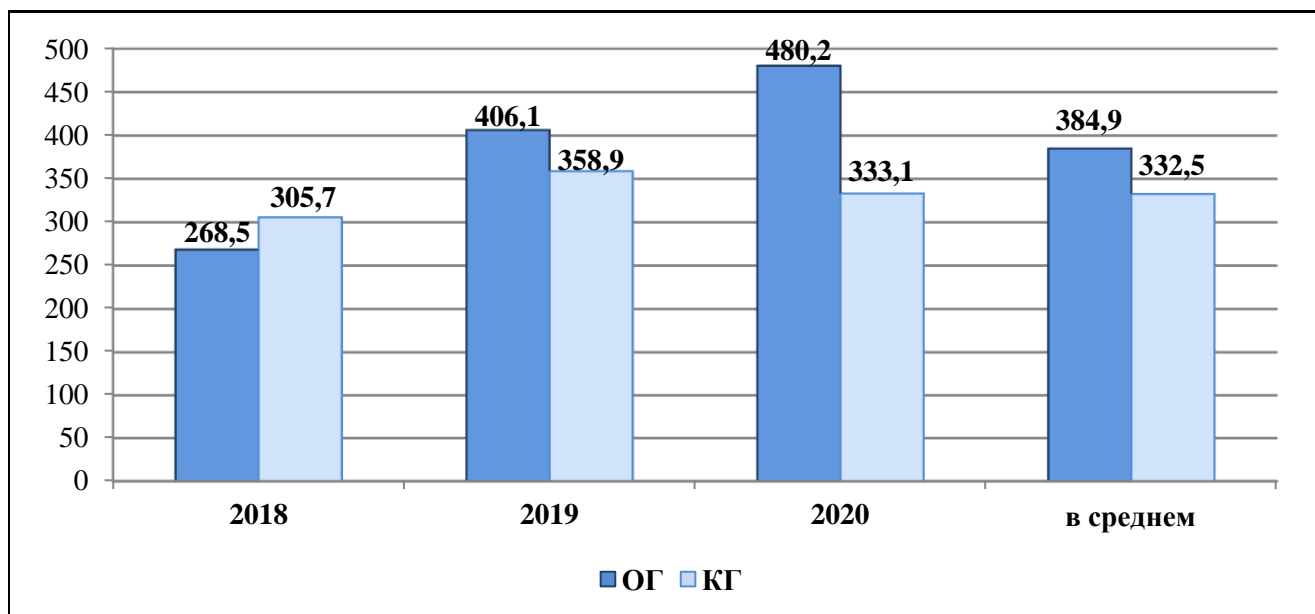


Рисунок 3.7 – Уровень хронической экстрагенитальной заболеваемости среди женщин основной и контрольной группы в динамике (в ‰)

Полученные данные по изучению уровня хронической экстрагенитальной патологии в зависимости от возрастных групп свидетельствуют о том, что он увеличивается с возрастом среди женщин как основной, так и контрольной группы (таблица 3.10). Отмечен равномерный рост с увеличением возраста, темп прироста в возрастной группе 29-39 лет составил 40,2%, в группе 40-50 лет – 31,8%.

Таблица 3.10 – Расчет показателей динамического ряда для уровня экстрагенитальной заболеваемости обследованных женщин в зависимости от возраста

Возрастные группы	Показатели			
	Уровень экстрагенитальной заболеваемости в ‰	Показатель наглядности в %	Коэффициент роста в %	Коэффициент прироста в %
18-28 лет	235,6	100,0	-	-
29-39 лет	330,5	140,3	140,3	40,2
40-50 лет	435,6	184,9	131,8	31,8

Анализ хронической экстрагенитальной заболеваемости также включал изучение ее структуры, так как наличие сопутствующей патологии может

определять развитие заболеваний репродуктивной сферы.

Изучение структуры хронической сопутствующей заболеваемости обследованного контингента женщин было проведено в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (таблица 3.11).

Таблица 3.11 – Структура хронической сопутствующей заболеваемости среди обследованного контингента женщин (в % к итогу)

Ранги	Классы болезней	В целом	ОГ	КГ
I	Болезни органов пищеварения	22,8	19,2	23,2
II	Болезни мочеполовой системы	16,7	17,4	15,4
III	Болезни кровообращения	10,8	10,5	10,3
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ	9,9	11,0	14,3
V	Болезни органов дыхания	9,0	5,9	9,9
VI	Болезни крови, кроветворных органов	6,9	11,9	4,6
VII	Болезни костно-мышечной системы	3,9	3,7	3,7
VIII	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,7	4,6	3,1
IX	Болезни глаза и его придаточного аппарата	3,7	2,7	3,9
X	Новообразования	3,5	3,2	3,5
XI	Болезни нервной системы	2,9	3,2	2,6
XII	Болезни кожи	1,5	2,3	1,1
XIII	Травмы, отравления	1,5	1,8	1,3
XIV	Психиатрические расстройства	1,2	1,4	1,1
XV	Прочие	1,9	1,4	2,0
Итого		100,0	100,0	100,0

В целом среди всех обследованных женщин каждая четвертая страдала болезнями органов пищеварения, каждая шестая – болезнями мочеполовой

системы, каждая девятая – болезнями кровообращения, каждая десятая – болезнями эндокринной системы, расстройством питания и нарушением обмена веществ, каждая одиннадцатая – болезнями органов дыхания. На перечисленные пять классов болезней приходится более 70% всей патологии.

Болезни органов пищеварения были представлены хроническим гастритом, хроническим холециститом и хроническим панкреатитом. Болезни мочеполовой системы не включали гинекологическую патологию и были представлены хроническим пиелонефритом и недержанием мочи; болезни эндокринной системы и расстройства питания – хроническими заболеваниями щитовидной железы и сахарным диабетом; болезни кровообращения – анемиями и нарушением свертываемости крови, болезни органов дыхания – хроническим бронхитом и астмой.

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.

Сравнительный анализ уровня распространенности отдельных классов болезней у женщин с хронической экстрагенитальной заболеваемостью показал (таблица 3.12), что у женщин основной группы в сравнении с женщинами контрольной группы достоверно чаще встречаются инфекционные заболевания (в 2,1 раза), болезни крови и кроветворных органов (в 2,6 раза), болезни эндокринной системы, расстройство питания и нарушение обмена веществ (в 1,6 раза), болезни нервной системы (в 2,6 раза), болезни кровообращения (в 1,4 раза),

болезни мочеполовой системы (в 1,4 раза). Среди женщин контрольной группы по сравнению с женщинами, имеющими аборт в анамнезе, выше уровень распространенности болезней глаза (в 2 раза), органов дыхания (в 1,6 раза). Установлено, что практически с одинаковой частотой встречаются новообразования, психиатрические заболевания, болезни костно-мышечной системы, травмы и отравления и болезни кожи.

Таблица 3.12 – Уровень распространенности отдельных классов болезней хронической сопутствующей заболеваемости среди обследованного контингента женщин (на 100 обследованных)

Класс	Классы заболеваний	Основная группа	Контрольная группа
I	Инфекционные заболевания	3,7	1,7
II	Новообразования	1,9	2,0
III	Болезни крови, кроветворных органов	6,9	2,6
IV	Болезни эндокринной системы, расстройство питания и нарушение обмена веществ	13,4	8,0
V	Психиатрические расстройства	0,8	0,6
VI	Болезни нервной системы	3,9	1,5
VII	Болезни глаза	1,6	3,2
IX	Болезни кровообращения	8,1	5,8
X	Болезни органов дыхания	3,5	5,5
XI	Болезни органов пищеварения	11,2	13,0
XIII	Болезни костно-мышечной системы	2,1	2,1
XIV	Болезни мочеполовой системы	12,1	8,6
XIX	Травмы, отравления	1,1	0,7
XX	Болезни кожи	1,3	0,6
	Прочие	0,8	1,1

Анализ хронической экстрагенитальной патологии помимо изучения уровня и структуры заболеваемости также включал изучение индивидуальных

характеристик. Среднее число хронических экстрагенитальных заболеваний у женщин основной группы достоверно выше, чем у женщин контрольной групп (соответственно $0,38 \pm 0,01$ и $0,33 \pm 0,05$, $p \leq 0,05$).

Важное значение имеет наличие оперативных вмешательств по поводу экстрагенитальной патологии, особенно если затронута брюшная полость, сопряженная с органами малого таза. Удельный вес женщин, имеющих операции в анамнезе значительно больше у женщин основной группы, чем у женщин контрольной группы (36,9% против 18,1% соответственно, $p \leq 0,01$).

Проведенный анализ гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости позволил сформировать критерии распределения на оценочные группы здоровья, на основании которых все женщины были распределены на группы здоровья (таблица 3.13).

Таблица 3.13 – Критерии распределения на оценочные группы здоровья обследованных женщин

№	Критерии	Характеристики	
		негативные	позитивные
1	Осложненное течение беременности	наличие	отсутствие
2	Осложненное течение родов	наличие	отсутствие
3	Осложненное течение послеродового периода	наличие осложнений	отсутствие осложнений
4	Острые гинекологические заболевания	наличие	отсутствие
5	Хронические заболевания репродуктивной сферы	наличие	отсутствие
6	Оперативные вмешательства на органах малого таза	наличие	отсутствие
7	Кратность обращения по поводу гинекологических заболеваний в течение года	отсутствие обращений	1 и более обращений
8	Хронические экстрагенитальные заболевания	наличие	отсутствие
9	Число хронических экстрагенитальных заболеваний	отсутствие заболеваний	1 и более заболеваний
10	Операции по поводу экстрагенитальных заболеваний	наличие	отсутствие

В группу с хорошим здоровьем вошли женщины, имеющие от 0 до 3 критериев с негативной характеристикой, группу с удовлетворительным здоровьем – имеющие от 4 до 7 критериев с негативной характеристикой, группу с плохим здоровьем – имеющие от 8 до 10 критериев с негативной характеристикой.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья исследуемой группы женщин показали (таблица 3.14), 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.

Таблица 3.14 – Распределение исследуемых женщин на оценочные группы здоровья по объективной оценке (в % к итогу)

Оценочные группы здоровья	Основная группа	Контрольная группа	Вероятность безошибочного прогноза «р»
Хорошее	27,2	42,2	< 0,05
Удовлетворительное	33,3	30,9	> 0,05
Плохое	39,5	26,9	< 0,05
Итого	100,0	100,0	

Данные, полученные при анализе субъективной оценки состояния здоровья (таблица 3.15), показали, что женщины основной и контрольной группы оценивают свое здоровье как удовлетворительное и хорошее, что расходится с данными, полученными в ходе исследования.

Таблица 3.15 – Субъективная оценка женщинами исследуемой группы своего здоровья (в % к итогу)

Оценочные группы здоровья	Основная группа	Контрольная группа	Вероятность безошибочного прогноза «р»
Хорошее	53,3	56,5	> 0,05
Удовлетворительное	41,4	36,9	< 0,05
Плохое	5,3	6,6	> 0,05
Итого	100,0	100,0	

Данные, полученные в ходе исследования, помогли сформировать медицинский портрет женщин, имеющих аборт в анамнезе. Каждая вторая женщина имеет заболевания, связанные с осложненным течением беременности, родов и послеродового периода; в 2,3 раза чаще, чем среди женщин контрольной группы встречались беременности, не окончившиеся родами, а именно: внематочные беременности (в 1,8 раза), неразвивающиеся беременности чаще встречались (в 1,6 раза), выкидыши (в 1,7 раза), самопроизвольные аборты (в 4 раза); достоверно чаще встречались кровотечения в ранние сроки беременности и токсокоз. Каждая вторая женщина имела гинекологическое заболевание в анамнезе; более высокий по сравнению с женщинами контрольной группы уровень гинекологической заболеваемости в целом и по всем изучаемым возрастным группам. У каждой второй женщины выявлены невоспалительные заболевания внутренних половых органов, у каждой четвертой женщины – доброкачественные новообразования, у каждой восьмой женщины – воспалительные заболевания и у каждой двадцатой – венерические заболевания.

Среди невоспалительных заболеваний каждая третья женщина основной группы имела невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки и аномальные кровотечения из матки и влагалища, каждая девятая – обильные и частые нарушения менструального цикла, каждая одиннадцатая – полипы женских половых органов. Среди доброкачественных новообразований чаще встречались доброкачественные образования матки; среди воспалительных заболеваний чаще встречались воспалительные заболевания матки. Уровень хронической гинекологической заболеваемости составил 254,7%; 38,1% женщин имели гинекологические операции в анамнезе; четверть женщин имеет хроническую экстрагенитальную заболеваемость. Первое место в структуре хронической экстрагенитальной заболеваемости занимают болезни органов дыхания, второе место – болезни мочеполовой системы, третье место – болезни крови и кроветворных органов, четвертое место – болезни эндокринной системы, пятое место – болезни кровообращения. Треть имела операции по поводу экстрагенитальных заболеваний.

Полученные данные свидетельствуют, что состояние здоровья женщин, имеющих в анамнезе аборт, характеризуется более неблагоприятными показателями в сравнении с женщинами, в анамнезе которых не было абортов, а именно в осложненном течении беременности, родов и послеродового периода; гинекологической заболеваемости; хронической гинекологической патологии репродуктивной системы; хронической экстрагенитальной патологии. Это имеет значение для диагностики и своевременного проведения медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение показателей здоровья.

ГЛАВА 4

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН

4.1 Социально-гигиеническая характеристика обследованных женщин

Высшей ценностью общества является здоровье человека, наибольшее значение в формировании которого имеет образ жизни. Образ жизни характеризуется особенностями жизнедеятельности человека, включающими профессиональную, общественную, социально-культурную, бытовую и другие виды деятельности. При анализе образа жизни рассматривались социально-профессиональная и внеуродовая деятельности исследуемой группы женщин.

В числе критериев, включающих социально-профессиональную деятельность обследованных женщин, изучались следующие аспекты: возраст, вероисповедание, уровень образования, социальное положение и особенности профессиональной деятельности, такие как занимаемая должность, соответствие вида профессиональной деятельности полученному образованию, условия трудовой деятельности, продолжительность трудового стажа, взаимоотношения с руководителем, подчиненными, коллегами, удовлетворенность работой.

Следует отметить, что вышеперечисленные параметры социально-профессиональной активности характеризуют положение обследованных женщин в обществе и, соответственно, указывают на стиль их поведения, а также влияют на определенные аспекты жизни.

При распределении женщин по возрасту установлено, что большинство женщин на момент проведения обследования были в возрасте старше 30 лет, а средний возраст составил $33,2 \pm 0,6$ года. На основании полученных данных распределили женщин на следующие возрастные группы: 18-28 лет, 29-39 лет, 40-

50 лет (рисунок 4.1).

Средний возраст обследованных женщин в возрастной группе 18-28 лет составил $25,1 \pm 0,7$ года; в группе 29-39 лет – $33,4 \pm 0,9$ года; в группе 40-50 лет – $42,7 \pm 1,2$ года.

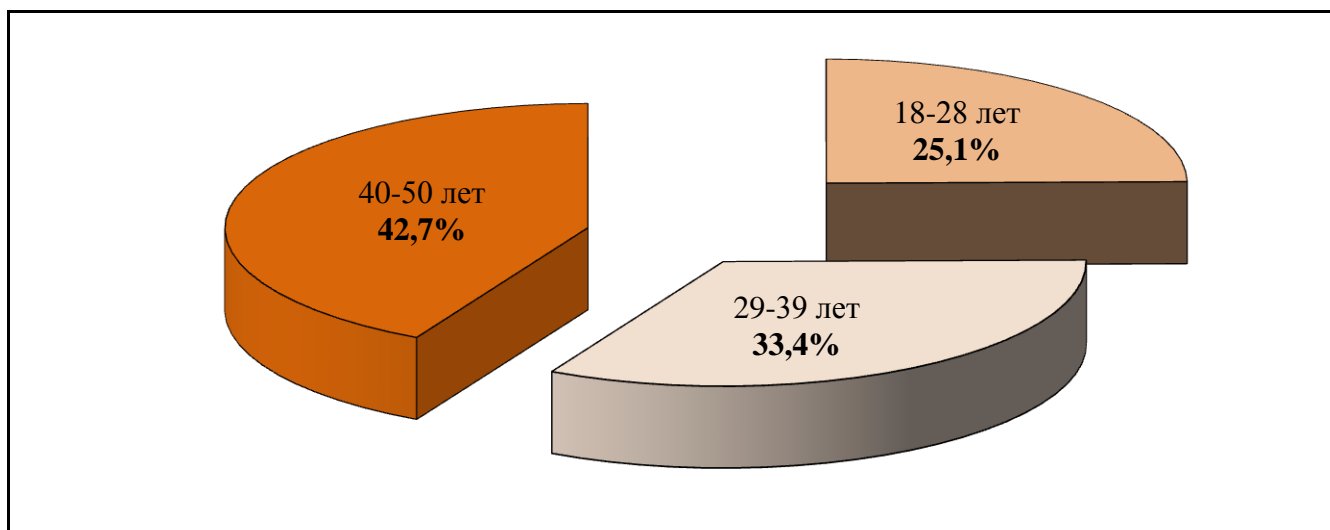


Рисунок 4.1 – Распределение обследованных женщин по возрастным группам (в % к итогу)

Особый интерес представляло изучение вероисповедания (таблица 4.1) обследованной категории женщин, так как во многом это может определять репродуктивное поведение женщины.

Таблица 4.1 – Распределение обследованных женщин по вероисповеданию (в % к итогу)

Виды религий	В целом	Основная группа	Контрольная группа	Вероятность безошибочного прогноза «р»
Христианство	77,2	81,2	76,2	> 0,05
Ислам	3,1	1,3	3,5	< 0,05
Атеизм	5,8	1,9	6,8	< 0,01
Агностицизм	3,2	2,6	3,3	> 0,05
Прочие	1,3	2,1	1,3	> 0,05
Затрудняюсь ответить	9,4	10,9	8,9	> 0,05
Итого	100,0	100,0	100,0	

Проведенный анализ установил, что большинство женщин исследуемой группы исповедуют христианство. Женщины, не имеющие аборт в анамнезе, достоверно чаще (в 2,7 раза) исповедовали ислам, чем женщины, в анамнезе которых были аборты, что неразрывно связано с религией ($p < 0,05$).

Анализ уровня образования (таблица 4.2) показал, что большинство женщин имели высшее образование как в основной, так и контрольной группах. Среднее специальное образование и незаконченное высшее чаще имели женщины контрольной группы: каждая четвертая женщина основной группы и каждая третья женщина контрольной группы (24,6% и 36,1% соответственно). Следует отметить, что среднее образование достоверно чаще в 1,4 раза имели женщины, включенные в основную группу ($p < 0,05$).

Таблица 4.2 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от уровня образования (в % к итогу)

Уровень образования	Женщины основной группы	Женщины контрольной группы	Вероятность безошибочного прогноза «р»
Среднее	9,1	6,3	< 0,05
Среднее специальное	14,5	26,4	< 0,05
Неполное высшее	10,1	9,7	< 0,05
Высшее	66,3	57,6	< 0,05
Итого	100,0	100,0	

При проведении анализа социального положения женщин в основной и контрольной группе достоверных различий выявлено не было, поэтому анализ был проведен в целом среди всех обследованных женщин.

Установлено, что по занимаемому социальному положению обследованные женщины были распределены следующим образом: работающие – 74,1% (служащие – 49,1%; рабочие – 16,8%; занимающиеся предпринимательской деятельностью – 8,2%); учащиеся – 11,3%; неработающие – 14,6%. Результаты проведенного исследования продемонстрировали наличие высшего образования у 51,6% служащих. В числе рабочих большую часть составляли женщины со

средним специальным и специальным образованием.

Анализ распределения неработающих женщин установил, что в большинстве случаев они являлись домохозяйками, не планирующими работать (81,2%); выпускниками высших учебных заведений, которые находятся в поиске работы (11,0%); а также теми, кто лишился работы по причине реорганизации или ликвидации предприятия или учреждения (7,8%). Безработными из них, то есть те, кто состоит на бирже труда, явились лишь 3,2%.

Анализ социального положения по возрастным группам показал, что в возрасте 18-28 лет практически в половине случаев преобладают учащиеся, в возрастных группах 29-39 лет и 40-50 лет – служащие. Полученные данные свидетельствуют, что с увеличением возраста увеличивается число неработающих женщин (таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Результаты анализа зависимости распределения женщин в соответствии с занимаемым социальным положением от возраста (в % к итогу)

Социальное положение	Возрастные группы		
	18-28 лет	29-39 лет	40-50 лет
Служащие	28,0	47,1	55,2
Рабочие	16,2	18,1	17,0
Учащиеся	44,3	4,7	0
Неработающие	8,4	15,4	18,2
Предпринимательницы	2,1	14,7	9,6
Итого	100	100	100

Существенное значение для поддержания благоприятного состояния имеет производственно-трудовая деятельность. При оценке трудовой деятельности оценивались наличие работы, ее соответствие полученному образованию, общий стаж работы, стаж работы на последнем месте работы, желание сменить место работы, психоэмоциональный климат на работе, удовлетворенность работой.

Как было отмечено ранее большинство женщин имеют работу. Отмечено, что женщины основной группы достоверно чаще работали, нежели чем женщины

контрольной группы (68,2% против 60,8% соответственно, $p < 0,05$). Каждая третья женщина не имела работы. Установлено, что женщины контрольной группы достоверно чаще не имели работу, чем женщины основной группы (38,3% против 30,5% соответственно, $p < 0,05$).

Изучение степени соответствия выполняемой работы полученному образованию установило, что подобное соответствие имело место лишь в половине случаев (51,6%). Среди женщин основной группы данное соответствие было отмечено в 1,5 раза достоверно реже, чем у женщин контрольной группы (39,3% против 58,7% соответственно, $p < 0,05$).

Установлено, что в среднем женщины имели стаж до 5 лет в 22,7% случаев; до 10 лет – в 34,6%; до 15 лет – в 25,3%; 15 лет и более – в 17,4%. Среднее значение общего стажа работы достоверно выше в 1,3 раза у женщин основной группы в сравнении с женщинами контрольной группы ($12,5 \pm 0,4$ против $9,4 \pm 0,6$ соответственно, $p < 0,05$), что обусловлено поздним началом трудовой деятельности.

Сравнительный анализ показателей среди групп сравнения общего стажа работы показал, что стаж до 5 лет в 2 раза чаще встречался в контрольной группе, когда как в основной группе в 2,3 раза чаще встречался 15 лет и более (таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от стажа работы (в % к итогу)

Стаж работы	Основная группа	Контрольная группа	Вероятность безошибочного прогноза «р»
до 5 лет	12,5	25,3	$< 0,05$
до 10 лет	31,6	35,7	$< 0,05$
до 15 лет	24,4	25,4	$< 0,05$
15 лет и более	31,5	13,6	$< 0,05$
Итого	100	100	

При анализе среднего стажа на последнем месте работы отмечено, что среди женщин основной группы он составил $5,2 \pm 1,7$, а среди женщин контрольной группы – $4,5 \pm 2,1$ ($p < 0,05$).

Желание сменить место работы при проведении опроса выявлено у каждой третьей женщины (35,4%). При этом достоверных различий в данном показателе между женщинами основной и контрольной группы не выявлено.

Согласно проведенному анализу причин желая сменить работу среди всех обследованных женщин первое место занимает низкая заработная плата (22,4%), второе место – удаленность от места работы (13,3%), третье место – график работы (13,1%), четвертое место – занимаемая должность (10,7%), пятое место – сверхурочные работы (10,0%), шестое место – конфликтные ситуации (9,3%). Остальные причины (неинтересная работа, семейные обстоятельства и неблагоприятное состояние здоровья) распределились в равных долях.

Существенных различий между женщинами основной и контрольной группы не выявлено, однако, имело место различное ранговое распределение (таблица 4.5).

Первое место в обеих группах занимала низкая заработная плата, второе место среди женщин основной групп – неинтересная работа, среди женщин контрольной группы – удаленность от места работы. На третьем и четвертом местах женщины как основной, так и контрольной группы отметили неудобный график работы и занимаемую должность соответственно. На пятом месте у женщин основной группы были конфликтные ситуации, у женщин контрольной группы – сверхурочные группы.

В связи с тем, что каждая десятая женщина в структуре причин желая сменить работу указала конфликтные ситуации на работе, был проведен анализ психоэмоционального климата на работе, который включал оценку взаимоотношений с руководством, коллегами и подчиненными. Оценка производилась по десятибалльной шкале (см. глава 2).

Полученные данные свидетельствуют, что в среднем большинство обследованных женщин указывали на высокую оценку удовлетворенности

взаимоотношений с руководством, коллегами и подчиненными. Важно отметить, что каждая четвертая женщина отмечала среднюю оценку удовлетворенности взаимоотношений с руководством, а каждая шестая – среднюю оценку во взаимоотношениях с коллегами и подчиненными.

Таблица 4.5 – Причины возникновения желания сменить работу среди женщин основной и контрольной группы (в % к итогу)

Причины	Группы сравнения			
	Ранги	Основная группа	Ранги	Контрольная группа
Низкая заработная плата	1	27,4	1	21,4
Неинтересная работа	2	13,3	7	8,9
График работы	3	11,9	3	13,5
Занимаемая должность	4	10,8	4	11,6
Конфликтные ситуации	5	9,6	6	9,3
Семейные обстоятельства	6	8,2	8	8,1
Сверхурочные работы	7	6,7	5	9,8
Удаленность от места работы	8	6,2	2	14,6
По состоянию здоровья	9	5,9	9	2,8
Итого		100,0		100,0

При проведении сравнительного анализа удовлетворенности женщин взаимоотношениями с руководителем, подчиненными и коллегами между женщинами основной и контрольной группы (таблица 4.6) отмечено, что во всех видах взаимоотношений достоверных данных по низкой оценки удовлетворенности не выявлено. Средняя оценка удовлетворенности достоверно чаще встречалась среди женщин контрольной группы, когда как высокая оценка удовлетворенности – среди женщин основной группы. Полученные данные

свидетельствует о более благоприятном психоэмоциональном климате на работе у женщин, имеющих в анамнезе аборт, в сравнении с женщинами, не имеющих аборта в анамнезе.

Таблица 4.6 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от оценки удовлетворенности взаимоотношениями с руководством, коллегами и подчиненными (в % к итогу)

Оценка удовлетворенности взаимоотношениями на работе	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная	контрольная	
Взаимоотношения с руководством			
низкая	3,2	2,8	> 0,05
средняя	19,4	26,1	< 0,05
высокая	77,4	71,1	< 0,05
Итого	100,0	100,0	
Взаимоотношения с коллегами			
низкая	1,8	1,3	> 0,05
средняя	11,4	17,5	< 0,05
высокая	86,8	81,2	< 0,05
Итого	100,0	100,0	
Взаимоотношения с подчиненными			
низкая	2,5	3,9	> 0,05
средняя	13,6	19,0	< 0,05
высокая	83,9	77,1	< 0,05
Итого	100,0	100,0	

Важное влияние на формирование образ жизни человека, кроме производственно-трудовой деятельности, оказывает внеуродовая активность, подразумевающая широкий спектр различных видов повседневной деятельности. К числу данных факторов относятся семейный статус, материально-бытовые

условия, организация досуга, а также другие факторы жизнедеятельности семьи.

На состояние репродуктивного здоровья женщин существенное влияние оказывает семейный статус. Изучены следующие аспекты: семейное положение женщин, наличие детей, среднее число детей на 1 женщину, состав семьи. Одним из наиболее значимых аспектов является семейное положение женщин.

Результаты исследования выявили, что большая часть обследуемых женщин состояли в официальном браке (66,9%); в гражданском браке – 15,3%; вдовы – 8,6%; не замужем – 5,4 %; разведены – 3,8%. Распределение женщин основной и контрольной группы по семейному положению показало, что число официальных браков практически одинаково (таблица 4.7). Отмечено, что в основной группе достоверно больше в 1,7 раз незамужних и разведенных женщин ($p < 0,01$). В контрольной группе в 1,4 раза достоверно выше число гражданских браков и в 6,6 раз – вдов. ($p < 0,05$)

Таблица 4.7 – Распределение женщин основной и контрольной группы по семейному статусу (в % к итогу)

Семейное положение	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	Основная группа	Контрольная группа	
Официальный брак	69,5	65,0	$> 0,05$
Гражданский брак	12,3	17,3	$< 0,05$
Не замужем	7,1	4,2	$> 0,05$
Разведена	9,1	0,3	$< 0,01$
Вдовы	2,0	13,2	$< 0,001$
Итого	100,0	100,0	

Изучение наличия детей установило, что женщины имели детей в 65,4% случаев. Среди женщин основной группы данный показатель в 1,3 раза достоверно выше, чем в контрольной группе (79,2% против 61,8%, соответственно, $p < 0,001$). Не имели детей 34,6% опрошенных женщин. Женщины

контрольной группы в 1,8 раза достоверно чаще не имели детей, нежели чем женщины основной группы (38,2% против 20,1% соответственно, $p < 0,001$).

Выявлено, что большинство женщин (75,3%) планировали рождение детей. Не планировала рождение детей в целом каждая четвертая женщина. Установлено, что женщины основной группы достоверно чаще в 1,7 раза не планировали рождение детей в отличие от женщин контрольной группы (24,1% против 13,6% соответственно, $p < 0,05$).

В основной группе в 78,2% случаев в качестве оптимального числа детей указаны 1 или 2 ребенка, тогда как в контрольной группе большая часть женщин (56,4%) выразили желание иметь 2-3 ребенка и более. При сравнении оптимального числа детей для женщин основной и контрольной групп, отмечено, что в среднем обе категории женщин хотели бы иметь от 2 до 3 детей.

Анализ женщин основной и контрольной группы по числу детей показал, что чаще всего женщины имели по 1 ребенку, каждая пятая женщина имела 2 ребёнка, трёх и более детей имела лишь каждая десятая женщина. Женщины основной группы достоверно чаще имели 2 и более детей в сравнении с женщинами контрольной группы ($p < 0,05$) (таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от числа детей (в % к итогу)

Число детей	Женщины основной группы	Женщины контрольной группы	Вероятность безошибочного прогноза «р»
0 детей	20,7	38,3	$< 0,001$
1 ребенок	42,2	39,1	$> 0,05$
2 детей	22,9	16,8	$< 0,05$
3 и более детей	8,4	5,6	$< 0,05$
Итого	100,0	100,0	

Анализ соответствия числа имеющихся детей и их желаемого числа среди всех обследованных женщин установил, что совпадение имело место у половины женщин. При этом достоверных различий данного показателя между основной и

контрольной группами не отмечено.

Женщины, которые не имели желаемого числа детей, отмечали следующие причины данного несоответствия: ранний или поздний возраст для рождения ребенка (55,4%); социальное положение, а именно отсутствие партнера (10,9%); состояние здоровья (9,7%); материально-бытовые условия (8,6%); нынешняя беременность (7,5%); и другие (7,9%). Женщины основной группы достоверно в 3,1 раза чаще обращали внимание на неблагоприятные материально-бытовые условия, в 2,6 раза чаще отсутствие партнера, в 1,9 раза реже имели беременность в настоящий момент.

При анализе состава совместно проживающих с обследуемыми женщинами установлено, что большинство женщин проживает с супругом – 46,7% (в том числе 4,5% проживали с гражданским супругом), из них лишь 36,1% с супругом и детьми. Каждая седьмая проживала с родителями или другими родственниками – 14,8%. Только 2,4% женщин проживали одни.

При анализе данного показателя между исследуемыми группами выявлено, что достоверно чаще в 1,6 раза женщины основной группы проживают с супругом, а именно в официальном зарегистрированном браке (43,6 против 26,2 на 100 обследованных, $p < 0,0001$), а также с детьми (40,6 против 21,8 на 100 обследованных, $p < 0,0001$). В контрольной группе достоверно чаще встречаются случаи одиночного проживания (4,9 против 0,8 на 100 обследованных, $p < 0,05$).

При сопоставлении основной и контрольной групп по численности совместно проживающих членов семьи установлено, что в основной группе в среднем совместно проживают $1,6 \pm 0,2$ члена семьи, тогда как в контрольной – $2,7 \pm 0,1$ члена семьи.

Анализ условий проживания показал, что большинство женщин проживают в отдельной собственной квартире – 56,5%, в родительской квартире – 17,5%, в отдельной съемной квартире – 15,9%, в отдельном доме – 5,6%, в прочих местах, включая общежитие, служебное жилье и коммунальную квартиру – 4,5%.

Сравнительный анализ среди обследуемых групп показал, что женщины основной группы достоверно чаще проживали в отдельной съемной квартире

(20,4% против 16,7%, $p < 0,05$), а женщины контрольной группы – в родительской квартире (18,1% против 13,9%, $p < 0,05$).

При изучении количества m^2 на 1 проживающего женщины распределились следующим образом: менее 20 m^2 63,2%, от 20 до 40 m^2 – 26,7%, более 40 m^2 – 10,1%. Отмечено, что на 1 проживающего в основной группе приходится в среднем $16,8 \pm 0,7 m^2$, что достоверно ниже, чем в контрольной группе – $20,8 \pm 0,5 m^2$ ($p < 0,05$).

При изучении удовлетворенности женщин жилищными условиями анализировались данные, полученные из использованной ранее десятибалльной шкалы. Высокая оценка удовлетворенности жилищными условиями наблюдалась достоверно реже в основной группе по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Причины неудовлетворенности представлены на рисунке 4.2.

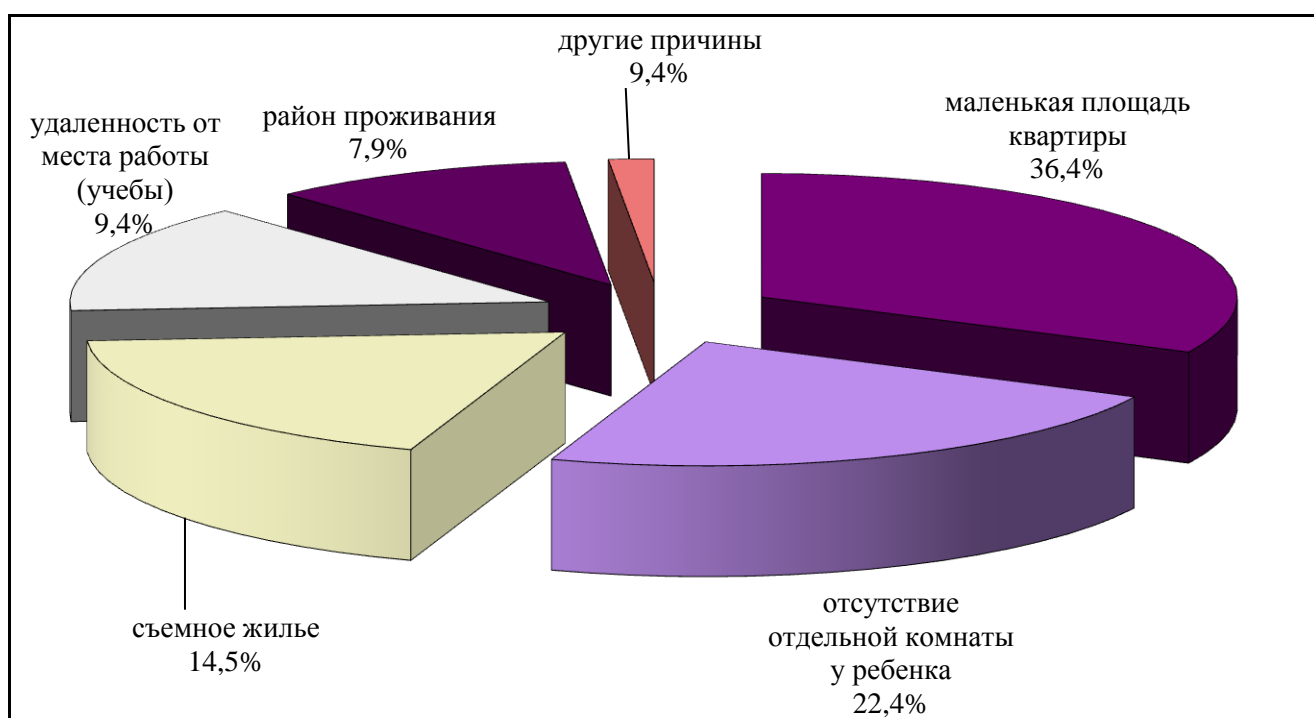


Рисунок 4.2 – Причины неудовлетворенности обследованных женщин жилищными условиями (в % к итогу)

При анализе неудовлетворенности жилищными условиями среди всех обследованных причины расположились в следующем ранговом порядке: маленькая площадь квартиры – 36,4%, отсутствие отдельной комнаты у ребенка – 22,4%, съемное жилье – 14,5%, удаленность от места работы (учебы) – 9,4%, район

проживания –7,9% и другие причины – 9,4%.

В основной и контрольной группе распределение по причинам неудовлетворенности жилищными условиями были идентичные, было лишь разное процентное соотношение. В среднем женщины отмечали от 1 до 2 причин неудовлетворенности жилищными условиями: женщины контрольной группы отмечали в среднем 2,1 причины, в то время как женщины контрольной группы – 1,7 причины.

Психологический климат в семье во многом зависит от взаимоотношений среди совместно проживающих членов семьи. Анализ удовлетворенности взаимоотношениями в семье проводился на основании оценки использованной ранее шкалы. Большинство женщин (81,4%) отметили высокие баллы данного показателя (8,9 и 10 баллов), что свидетельствует о высокой степени удовлетворенности. Неудовлетворительными считают свои взаимоотношения лишь каждая шестая женщина (16,9%). Следует отметить, что при этом положительно на вопрос о наличии частых и трудноразрешимых конфликтных ситуаций в семье ответила каждая пятая женщина (18,2%). При сопоставлении групп сравнения были выявлены достоверные различия: среди женщин основной группы вдвое чаще были выявлены частые и трудноразрешимые конфликтные ситуации в семье по сравнению с группой контроля (27,9% против 13,3% соответственно, $p < 0,001$).

По длительности конфликтов большинство опрошенных отмечали их наличие сроком менее 1 дня (80,5%); каждая шестая женщина отмечала, что конфликты длились от 2 до 3 дней (15,6%) и каждая двадцать пятая женщина отметила, что они длятся 4 дня и более (3,9%). Женщины основной группы достоверно чаще имели конфликты более длительной продолжительности (2 и более дней).

Среди обследованных женщин ранговое распределение причин внутрисемейных конфликтов было одинаково: ссоры с супругом (партнером) – 25,9%; вопросы совместного быта – 22,8%; финансовые вопросы – 13,3%; проблемы с детьми – 11,6%; проблемы с людьми старшего возраста – 11,3%;

разногласия в досуге – 6,7%; жилищные вопросы – 5,6%; разные традиции – 2,8%.

Анализ причин возникновения частных конфликтных ситуаций показал, что у женщин основной группы чаще встречались конфликты, связанные с финансовыми вопросами, тогда как у женщин контрольной группы – с ссорами с супругом и вопросами совместного быта (рисунок 4.3). В среднем женщины указывали по 2 причины внутрисемейных конфликтов.

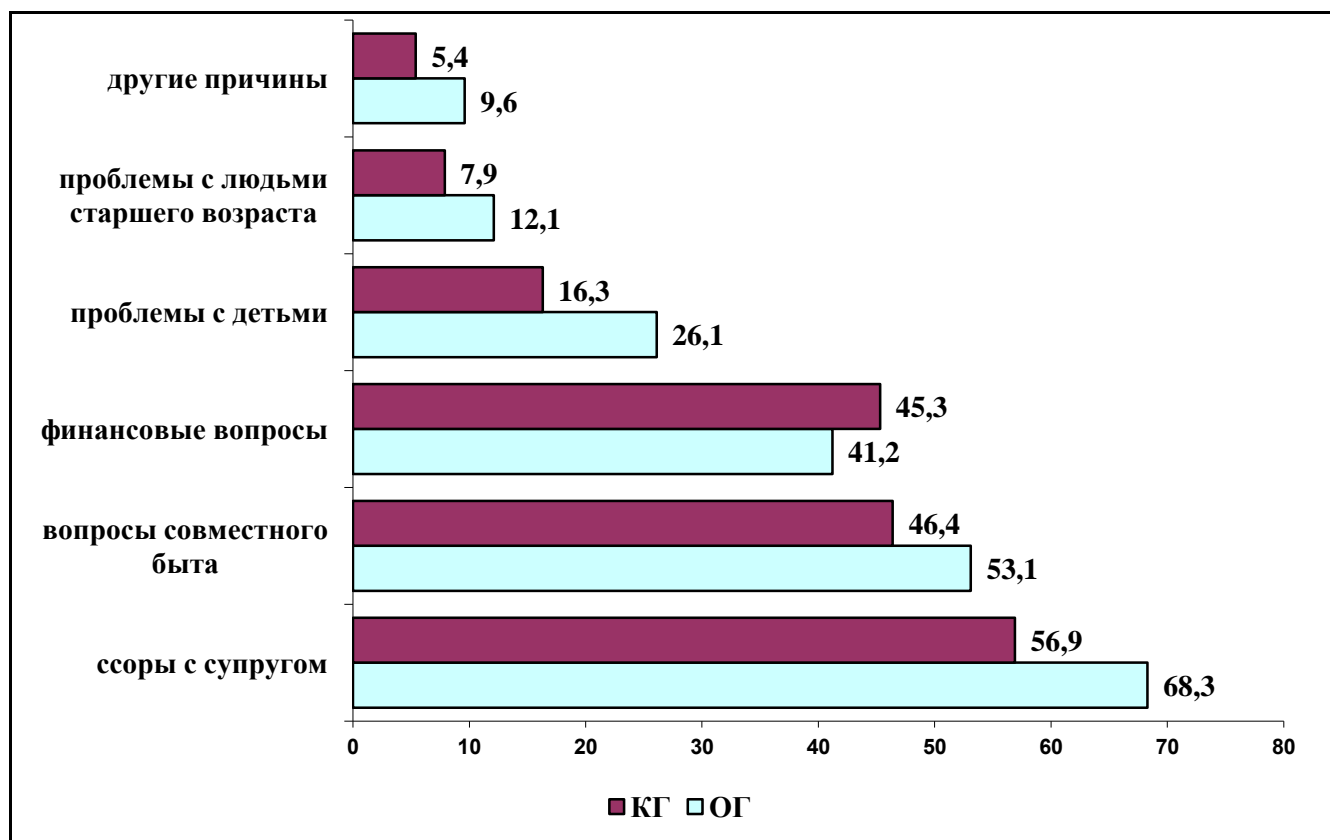


Рисунок 4.3 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от причины возникновения частых конфликтных ситуаций в семье (на 100 обследованных)

Так как одной из лидирующих позиций в структуре занимали финансовые вопросы, была изучена удовлетворенность женщин своим материальным положением с помощью использованной ранее шкалы оценки удовлетворенности (таблица 4.9).

Полученные данные свидетельствуют, что в целом женщины имели высокую оценку удовлетворенности своим материальным положением. Женщины основной группы достоверно чаще в 1,7 раза оценивали свой уровень

удовлетворенности как средний, а женщины контрольной группы – в 1,2 раза как высокий ($p < 0,05$).

Таблица 4.9 – Оценка удовлетворенности обследованных женщин материальным положением (в % к итогу)

Оценка удовлетворенности материального положения женщин	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная	контрольная	
низкая	3,7	2,1	$> 0,05$
средняя	33,5	19,3	$< 0,05$
высокая	62,8	78,6	$< 0,05$
Итого	100,0	100,0	

Также косвенно об удовлетворенности материальным доходом может свидетельствовать отдых: как ежедневный, так и ежегодный. Оценивались вид деятельности, место проведения и состав отдыхающих.

Отмечено, что в проведении досуга, значимых различий между изучаемыми группами выявлено не было. На первом месте в структуре ежедневного и еженедельного досуга среди опрошенных женщин оказался спорт и различные виды физической активности (фитнес, туризм, растяжка, йога, танцы, пешие прогулки и др.), удельный вес данного вида досуга составил 26,4%. Практически такой же удельный вес составили домашние дела и заботы, связанные с ребенком/детьми (23,9%). Сопоставимыми по частоте оказались такие виды времяпрепровождения свободного времени, как чтение (14,3%), кулинария (12,7%) и различные виды рукоделия (12,5%). Занятия, связанные с творчеством (пение, рисование) составили 10,2%.

Высокая оценка удовлетворенности еженедельным досугом встречалась у каждой третьей (33,7%) из опрошенных женщин, средняя оценка – у половины опрошенных женщин (56,2%). Каждая десятая женщина оценивала свою удовлетворенность, как низкую (10,1%).

Изучение места проведения ежегодного отпуска показало, что большинство

женщин проводит отпуск за границей (66,9%), каждая вторая – в деревне или на даче, каждая третья – на курортах России, каждая шестая – дома (рисунок 4.4). Сочетание мест проведения отпуска встречалось практически у каждой женщины, в среднем женщины указывали $1,6 \pm 0,2$ причины.

Несмотря на отсутствие достоверных различий в структуре способов проведения ежегодного отпуска в исследуемых группах, необходимо отметить, что близкие к статистически значимым различиям оказались показатели для таких видов отдыха, как проведение отпуска за границей и проведение отпуска дома. Так, в основной группе женщины реже отдыхали за рубежом и чаще – дома, что, вероятно, свидетельствует о более низком материальном положении.

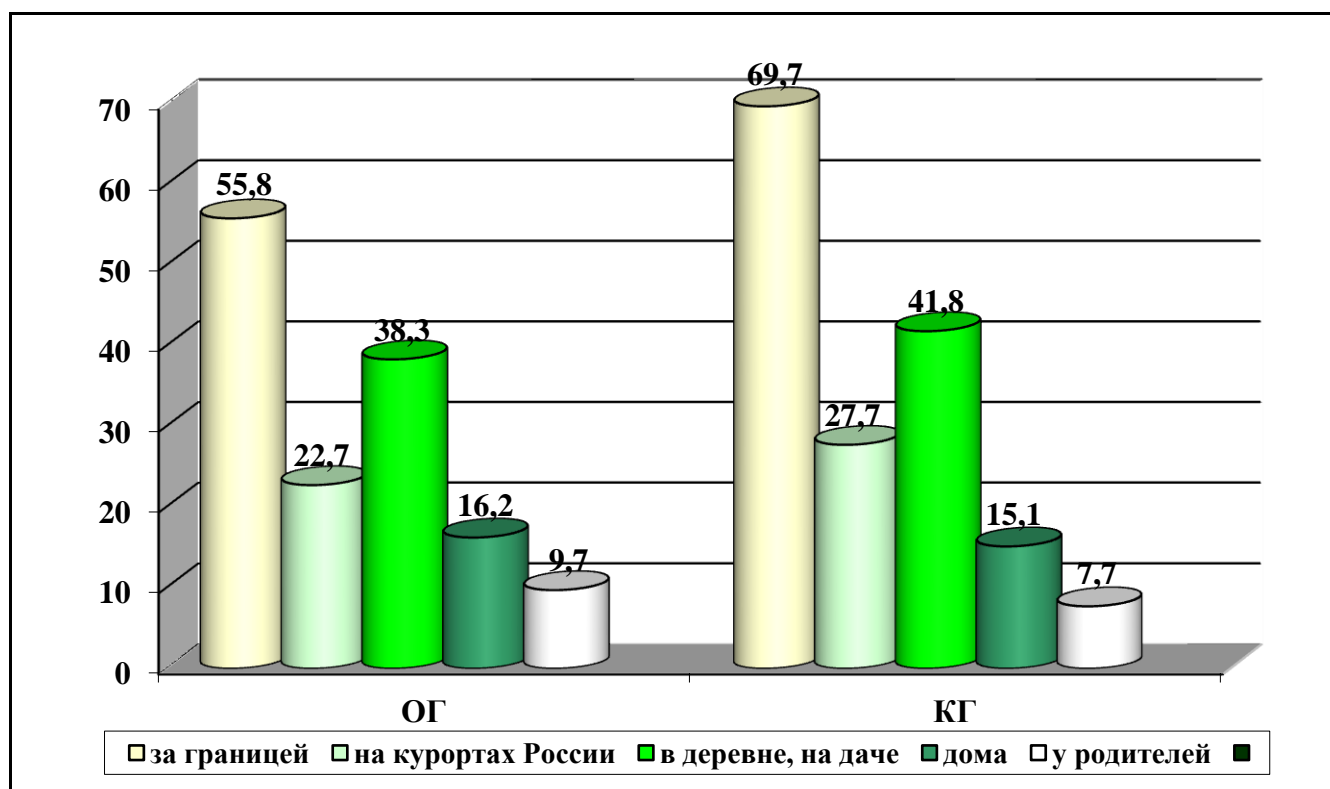


Рисунок 4.4 – Распределение обследованных женщин в соответствии с характером проведения ежегодного отпуска сделать (на 100 обследованных)

Большинство опрошенных женщин (79,8 на 100 опрошенных) указали на то, что, как правило, отдыхают с супругом или партнером. С детьми проводят отпуск 57,9 на 100 опрошенных. Одинаково часто женщины отмечали, что проводят отпуск с друзьями и родителями (28,0 и 31,7 соответственно). Одни проводят отпуск 7,3 на 100 обследованных.

Полученные данные установили, что проведение отпуска с супругом практически не имеет различий среди групп сравнения. Женщины основной группы в 1,3 раза достоверно чаще проводили отпуск с детьми, чем женщины контрольной группы ($p < 0,0001$). Женщины контрольной группы в 1,8 раза достоверно чаще проводили отпуск с друзьями ($p < 0,0001$), в 1,2 чаще – с родителями ($p < 0,01$).

Удовлетворенность ежегодным отдыхом была оценена высокой у каждой второй женщины (51,4%), каждая третья оценила ее как среднюю (32,4%). Следует отметить, что в обеих группах оценка удовлетворенности женщин ежегодным отдыхом была значительно выше, чем ежедневным.

Полученные результаты в ходе настоящего исследования социально-гигиенических аспектов образа жизни женщин с абортom в анамнезе показали, что средний возраст составил $33,2 \pm 0,6$ года; большинство женщин исследуемой группы исповедуют христианство; имеют высшее или незаконченное высшее образование.

Анализ производственно-трудовой деятельности показал, что большинство женщин являются работающими; треть женщин имеет соответствие работы полученному образованию; средний общий стаж составил $12,5 \pm 0,4$; средний стаж на последнем месте работы составил $5,2 \pm 1,7$; женщины имели благоприятный психоэмоциональный климат на работе.

Изучение внеуродовой деятельности показало, что большая часть обследуемых женщин состояли в официальном браке; каждая пятая женщина не имела детей; чаще всего проживают с супругом и детьми; отмечена средняя оценка удовлетворенности жилищными условиями; каждая четвертая женщина имела частые конфликтные ситуации в семье в связи с финансовыми и бытовыми вопросами; оценивали удовлетворенность материальным положением как среднюю.

4.2 Характеристика репродуктивного поведения женщин исследуемой группы

Репродуктивное поведение – это действия людей и отношения между ними, возникающие в связи с рождением ребенка или отказом от рождения. Оно определяется факторами ведения половой жизни, мотивацией вступления в брак и желанием иметь детей, общим уровнем медицинских и гигиенических знаний.

Особый интерес вызывало изучение контрацептивного поведения у женщин репродуктивного возраста, так как именно оно определяет отношение женщины к воспроизводству населения, а также при правильном выборе является надежным методом предупреждения нежелательной беременности и различных заболеваний, передающихся половым путем. Были изучены такие аспекты, как отношение к контрацепции, используемый метод, регулярность использования, применения экстренной контрацепции, удовлетворенность выбранным методом.

Средний возраст начала половой жизни между группами практически одинаков. Так, в основной группе данный показатель составил $17,4 \pm 0,3$, а в контрольной – $18,2 \pm 0,4$.

Согласно проведенному анализу контрацептивного поведения, установлено, что только половина женщин считает ее необходимой (49,6%). Каждая шестая женщина (16,2%) не видит в ней необходимости; 14,7% считают ее вредной, остальные затруднялись в ответе на данный вопрос.

Женщины основной группы в сравнении с женщинами контрольной группы достоверно чаще отказывались от использования средств контрацепции (13,7% и 9,6%, $p < 0,01$). Женщины с высшим образованием достоверно чаще считали контрацепцию необходимым, чем женщины, имеющие среднее или среднее специальное образование (65,2% и 51,4% соответственно, $p < 0,05$). Женщины со средним и средним специальным образованием в 1,9 раза чаще считали, что нет

необходимости использования контрацепции по сравнению с женщинами, имеющими высшее или неполное высшее образование ($p < 0,01$).

Анализ мнения о контрацепции в зависимости от семейного положения показал, что незамужние женщины и женщины в гражданском браке чаще считали контрацепцию необходимой по сравнению с женщинами, состоящими в официальном браке ($p < 0,01$). Не видели необходимости в использовании методов контрацепции достоверно чаще женщины, состоящие в официальном браке, по сравнению с незамужними женщинами (15,3% против 6,1%, $p < 0,05$).

Женщины, входящие в состав основной группы, достоверно чаще выражали мнение об отсутствии необходимости применения контрацепции ($p < 0,05$). При этом считали контрацепцию необходимой лишь чуть более трети женщин основной группы, аналогичный показатель в контрольной группе был выше на 15,8%. Подобные различия были, в том числе, предопределены тем, что каждая пятая женщина основной группы считала контрацепцию вредной (таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Распределение обследованных женщин по отношению к контрацепции (в % к итогу)

Отношение к контрацепции	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная	контрольная	
Считаю необходимым	40,8	56,6	$< 0,05$
Не вижу необходимости	22,3	14,2	$< 0,05$
Считаю вредной	19,0	10,4	$< 0,05$
Затрудняюсь ответить	17,9	18,8	$> 0,05$
Итого	100,0	100,0	

Данные, полученные в ходе исследования, показали, что 16,7 на 100 опрошенных не используют методов контрацепции. Из тех, кто использует, нерегулярное применение методов контрацепции отметили четверть опрошенных (27,8%). Анализ применения методов контрацепции среди женщин исследуемых

групп показал, что достоверно чаще регулярно использовали методы контрацепции женщины контрольной группы (73,7% против 65,9% соответственно, $p < 0,05$).

Изучение используемых видов контрацепции установило, что большинство исследуемых женщин применяют механический способ контрацепции (презервативы, диафрагмы, колпачки) – 46,6 на 100 опрошенных, 38,6 из 100 опрошенных использовали прерванный половой акт. Гормональную контрацепцию, которая включает оральные контрацептивы, влагалищные кольца, пластыри, используют 22,0 на 100 опрошенных. Внутриматочные спирали, имеющие высокий уровень эффективности, использовали 2,8 на 100 опрошенных. Остальная часть женщин используют способы, имеющие низкую эффективность, такие, как календарный метод, химический способ (влагалищные таблетки, свечи, кремы). В среднем женщины называли $1,4 \pm 0,1$ методов.

Сравнительный анализ используемых методов контрацепции среди женщин основной и контрольной группы (рисунок 4.5) выявил, что женщины основной группы в 2,1 раза достоверно чаще не используют никаких методов контрацепции (16,6 против 7,9 на 100 опрошенных, $p < 0,05$).

Из используемых методов женщины основной группы достоверно чаще в сравнении с женщинами 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), а механический и календарный способы – в 1,2 раза достоверно реже.

Каждая третья (32,4%) из обследованных женщин принимала экстренные контрацептивные препараты для предотвращения наступления беременности («постинор», «эскапел»). При изучении частоты приема женщинами данных препаратов установлено, что женщины, имеющие аборт в анамнезе, достоверно чаще использовали экстренную контрацепцию в сравнении с женщинами, не имеющих прерывание беременности (47,4% против 26,2% соответственно, $p < 0,0001$).

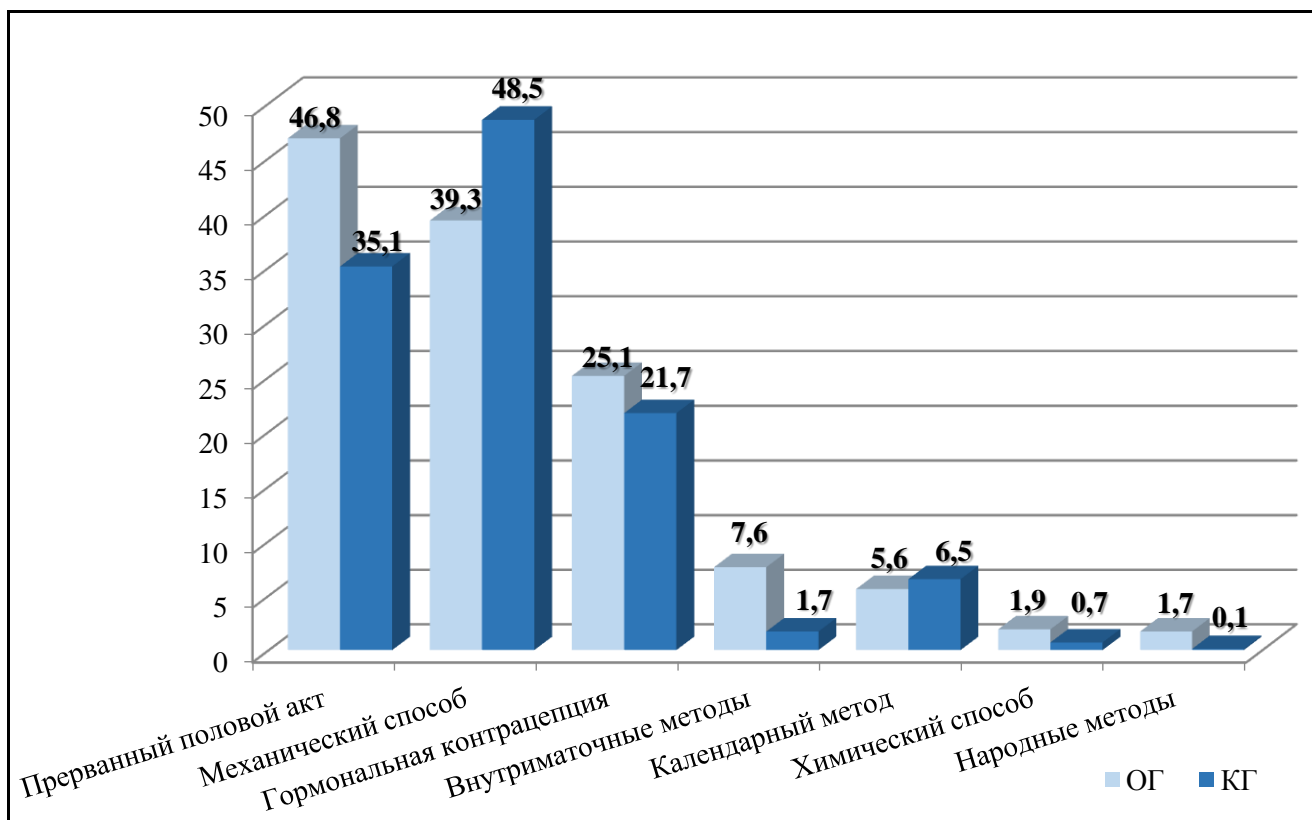


Рисунок 4.5 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от используемого метода контрацепции (на 100 опрошенных)

Анализ удовлетворенности выбранным методом контрацепции свидетельствует о том, что в целом большинство обследованных женщин (81,3%) имеют высокую оценку удовлетворенности выбранным методом контрацепции. При этом среди женщин основной группы данный показатель достоверно ниже, чем у женщин контрольной группы (73,4% против 82,8%, $p < 0,05$).

Вычисленный по методу рангов коэффициент корреляции, равный - $0,431 \pm 0,14$, отражает наличие обратной, средней и достоверной корреляционной связи между удовлетворенностью выбранным методом контрацепции и количеством аборт у женщин основной группы и свидетельствует о том, что с увеличением степени удовлетворенности выбранным методом контрацепции снижается среднее число аборт на 1 женщину.

Наличие и сохранение беременности является основополагающими среди факторов репродуктивного поведения, отражающие в целом репродуктивные установки женщины. Были изучены среднее число беременностей на 1 женщину, отношение обследованных женщин к аборту, среднее число аборт на 1

женщину основной группы, причины абортов.

Желание иметь детей определяется числом беременностей, которое имеет женщина. Среди всех женщин среднее число беременностей составило $1,6 \pm 0,1$. На одну женщину в основной группе приходится вдвое больше беременностей, чем в контрольной группе ($3,0 \pm 0,11$ против $1,5 \pm 0,2$; $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют, что среднее число беременностей на 1 женщину увеличивается по возрастным группам (таблица 4.11).

Сравнительный анализ среднего числа беременной и детей на 1 женщину показал, что каждая вторая беременность женщин основной группы не заканчивается рождением ребенка.

Таблица 4.11 – Среднее число беременностей и среднее число детей в зависимости от возраста среди женщин основной и контрольной групп ($M \pm m$)

Возрастные группы	Женщины основной группы		Женщины контрольной группы	
	Среднее число беременностей на 1 женщину	Среднее число детей на 1 женщину	Среднее число беременностей на 1 женщину	Среднее число детей на 1 женщину
18-28 лет	$1,8 \pm 0,1$	$1,3 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,1$
29-39 лет	$2,7 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$	$1,6 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$
40-50 лет	$3,6 \pm 0,1$	$1,9 \pm 0,1$	$1,8 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,1$
В среднем	$3,0 \pm 0,1$	$1,6 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$

Данные, полученные при изучении мнения об аборте, показали, что большинство обследованных женщин выразили негативное отношение к аборту (60,4%), каждая третья женщина отмечала нейтральное отношение (33,8%), положительное отношение отмечала каждая тридцатая женщина (3,4%). Учитывая факт, что на поставленный вопрос об отношении к аборту 2,4% женщин затруднялись ответить, то фактически количество женщин, имеющих положительное отношение, было выше.

Анализируя отношение женщин изучаемых групп к абортам (рисунок 4.6),

выявили, что в 1,4 раза достоверно чаще женщины контрольной группы относятся к аборту негативно в сравнении с женщинами основной группы ($p < 0,0001$). Нейтральное отношение в 1,5 раза достоверно чаще отмечалось у женщин основной группы.

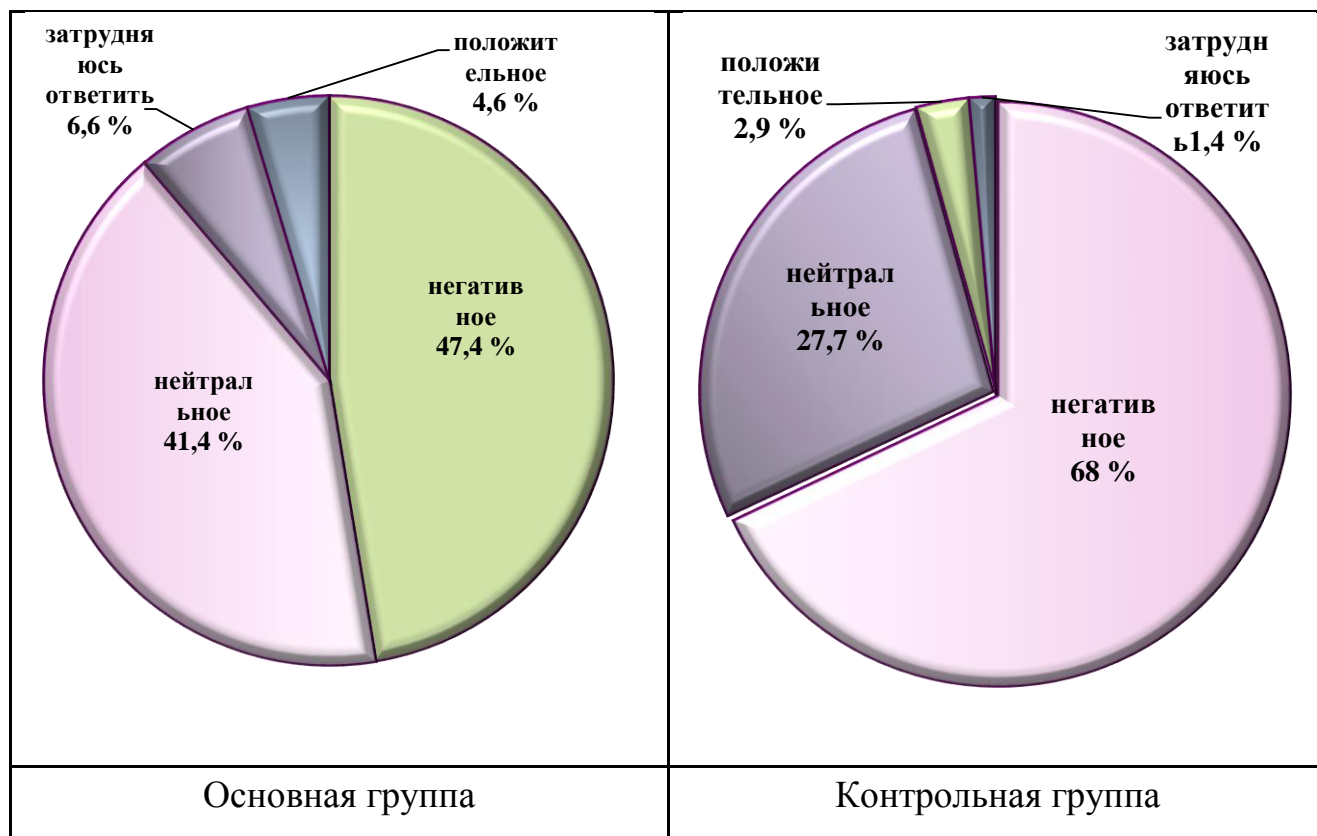


Рисунок 4.6 – Распределение обследованных женщин в соответствии с отношением к аборту (в % к итогу)

Установлено, что женщины отметили следующие причины негативного отношения к аборту: вред для здоровья женщины (76,4 на 100 опрошенных), страх не забеременеть вновь (40,4 на 100 опрошенных), религиозные соображения (34,7 на 100 опрошенных), вред для здоровья будущих детей (31,6 на 100 опрошенных), морально-этические принципы (7,9 на 100 опрошенных), неудачный предыдущий опыт (2,9 на 100 опрошенных).

Отмечено, что женщины контрольной группы чаще, чем женщины основной группы боялись не забеременеть вновь (42,5 против 9,5 на 100 опрошенных, $p < 0,05$), имели негативное отношение по морально-этическим и религиозным соображениям. Также отмечено, что у женщин основной группы

негативное отношение обусловлено неудачным предыдущим опытом в отличие от женщин контрольной, что связано с особенностями отбора групп.

Выявлено следующее ранговое распределение причин положительного отношения к аборту среди обследованных женщин: финансовые трудности (23,7%), достаточное количество детей и отсутствие жилищных условий (по 20,9% каждая), желание построить карьеру (13,7%), отсутствие помощи со стороны (12,2%), нежелание партнера (8,6%).

Сравнительный анализ причин положительного отношения к аборту среди женщин исследуемых групп показал, что женщины основной группы достоверно чаще отмечали достаточное количество детей (26,3% против 18,8% соответственно, $p < 0,05$), тогда как женщины контрольной группы в 1,7 раза достоверно чаще отмечали отсутствие помощи со стороны (7,9% против 13,9% соответственно, $p < 0,05$).

Не смотря на то, что в большинстве случаев женщины считают аборт негативным явлением, он, по-прежнему, остается одним из основных методов регулирования рождаемости в российских семьях, что подтверждается данными настоящего исследования.

Распределение женщин по числу абортов выявило, что один аборт имели 72,5% женщин, 2 аборта – 16,9%, 3 аборта – 6,5%, 4 и более – 3,9%. Следует отметить, что доля женщин, сделавших аборт среди первобеременных, составила 7,4%.

Анализ удельного веса абортов по возрастным группам показал, что в возрастной группе 18-28 лет аборт имела практически каждая восьмая женщина (12,1%), среди женщин в возрастной группе 29-39 лет – каждая вторая (47,8%), в возрастной группе 40-50 лет – каждая третья (40,1%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины в возрасте 18-28 лет чаще имеют один аборт, женщины в возрасте 29-39 лет имеют в трети случае 2 и более абортов, а в возрасте 40-50 лет количество абортов распределилось в равных долях (таблица 4.12). Максимальный удельный вес абортов приходился на возрастную группу 29-39 лет.

Таблица 4.12 – Доля абортсв среди женщин различных возрастных групп
(в % к итогу)

Возрастные группы	Удельный вес абортсв женщин основной группы			Итого (в %)
	1 аборт	2 абортсв	3 и более абортсв	
18-28 лет	84,1	11,8	4,1	100,0
29-39 лет	64,9	21,2	13,9	100,0
40-50 лет	42,1	30,7	27,2	100,0

Среднее число абортсв на одну женщину (рисунок 4.7) составляет $1,8 \pm 0,2$ и имеет достоверное увеличение ($p < 0,05$) с возрастом (от 1,2 до 2,2): в возрастной группе 18-28 лет оно составляет $1,2 \pm 0,1$; в группе 39-49 лет – $1,6 \pm 0,1$; в группе 40-50 лет – $2,2 \pm 0,1$. Наибольшее число абортсв было выявлено в возрастной группе 40-50 лет, что составило в 1,8 раза выше, чем в возрастной группе 18-28 лет.



Рисунок 4.7 – Среднее число абортсв и среднее число беременностей на 1 женщину у обследованных женщин по возрастным группам

Изучение среднего числа абортсв в зависимости от семейного положения женщины показало, что среднее число абортсв было в 1,3 раза достоверно больше

у незамужних женщин по сравнению с женщинами, состоящими в браке ($1,8 \pm 0,2$ и $1,4 \pm 0,3$ соответственно, $p < 0,05$).

Анализ репродуктивных установок неразрывно связано с имеющимся числом детей у женщины. При проведении анализа числа имеющихся детей и количества аборт у женщин основной группы (таблица 4.13) выявлено, что среди женщин, не имеющих детей и имеющих 1 ребенка, чаще всего имели один аборт (80,8%). Среди женщин, имеющих 2 детей, каждая вторая женщина имела в анамнезе один аборт, практически каждая третья – 2 аборта и практически каждая пятая – 3 и более аборта. Выявлено, что среди женщин, имеющих трех и более детей, большинство имели в анамнезе 1 аборт, практическая каждая четвертая – 2 аборта, каждая двенадцатая – 3 и более аборт.

Таблица 4.13 – Распределение числа имеющихся детей в зависимости от числа абортов у женщин основной группы (в % к итогу)

Число детей	Число абортов			Всего
	1 аборт	2 аборта	3 и > аборта	
0 детей	78,7	15,3	6,0	100,0
1 ребенок	83,2	9,2	7,6	100,0
2 детей	53,4	27,9	18,7	100,0
3 и более детей	69,3	23,0	7,7	100,0

Женщины, имеющие один аборт, в 1,4 раза достоверно чаще имели одного ребенка, чем женщины, имеющие двух и более детей. Отмечено, что женщины, имеющие два аборта, достоверно чаще в 1,7 раза имели двух и более детей в сравнении с женщинами, не имеющих детей и в 2,7 раза достоверно чаще, чем женщины, имеющие одного ребенка.

Среди женщин, имеющих три и более аборта, достоверно чаще в 2,6 раза встречались женщины с двумя детьми в отличие от остальных групп, сравнение которых достоверных различий не выявило.

Вычисленный по методу рангов коэффициент корреляции между средним числом аборта и количеством имеющихся детей, равный $\rho = +0,372$; $m = \pm 0,07$ ($p < 0,05$) отражает наличие прямой, средней силы и достоверной корреляционной

взаимосвязи и свидетельствует о том, что с увеличением числа детей у женщины увеличивается число проведенных аборт.

Среднее число детей на одну женщину в исследуемой группе было равно $1,49 \pm 0,03$, что соответствует среднему числу детей на одну женщину по данным Росстата. В основной группе среднее число детей на одну женщину составило $1,58 \pm 0,06$, тогда как в контрольной группе – $1,46 \pm 0,08$ ($p < 0,5$).

Анализ среднего числа аборт на 1 женщину в зависимости от числа имеющихся детей показал, что у женщин, имеющего одного ребенка среднее число аборт было $1,27 \pm 0,06$; имеющих двое детей – $1,86 \pm 0,05$; имеющих троих детей – $1,38 \pm 0,04$; имеющих четверо и более детей – $2,10 \pm 0,04$.

В результате обработки методом скользящей средней числа аборт на 1 женщину в зависимости от числа имеющихся детей проявилась тенденция к росту: с увеличением числа детей у женщины увеличивается и число аборт (рисунок 4.8).

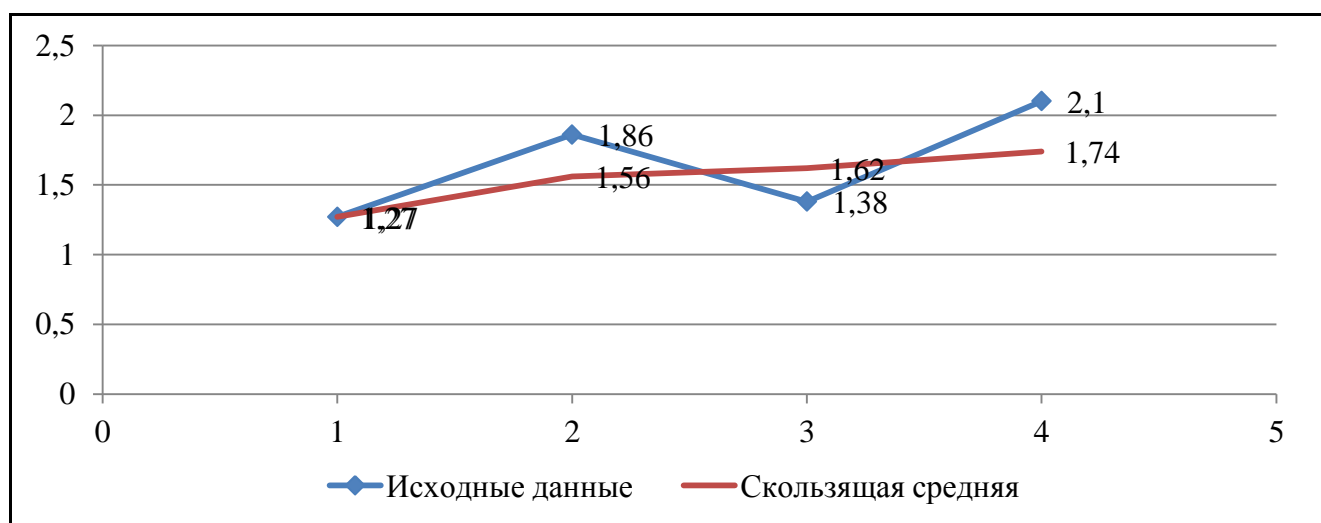


Рисунок 4.8 – Среднее число аборт на 1 женщину в зависимости от числа имеющихся детей

Изучение причин аборт показало, что у большинства женщин аборт сделан по их собственному желанию, у каждой четвертой женщины – по медицинским показаниям, у каждой тридцатой женщины аборт обусловлен социальными показаниями, которые были связаны с насильственными действиями по отношению к ней.

При анализе видов выполнения абортов среди обследованных женщин по возрастным группам (рисунок 4.9) установлено, что во всех возрастных группах прерывание беременности чаще проводилось по собственному желанию женщин; с возрастом имеется тенденция к увеличению таких видов абортов.

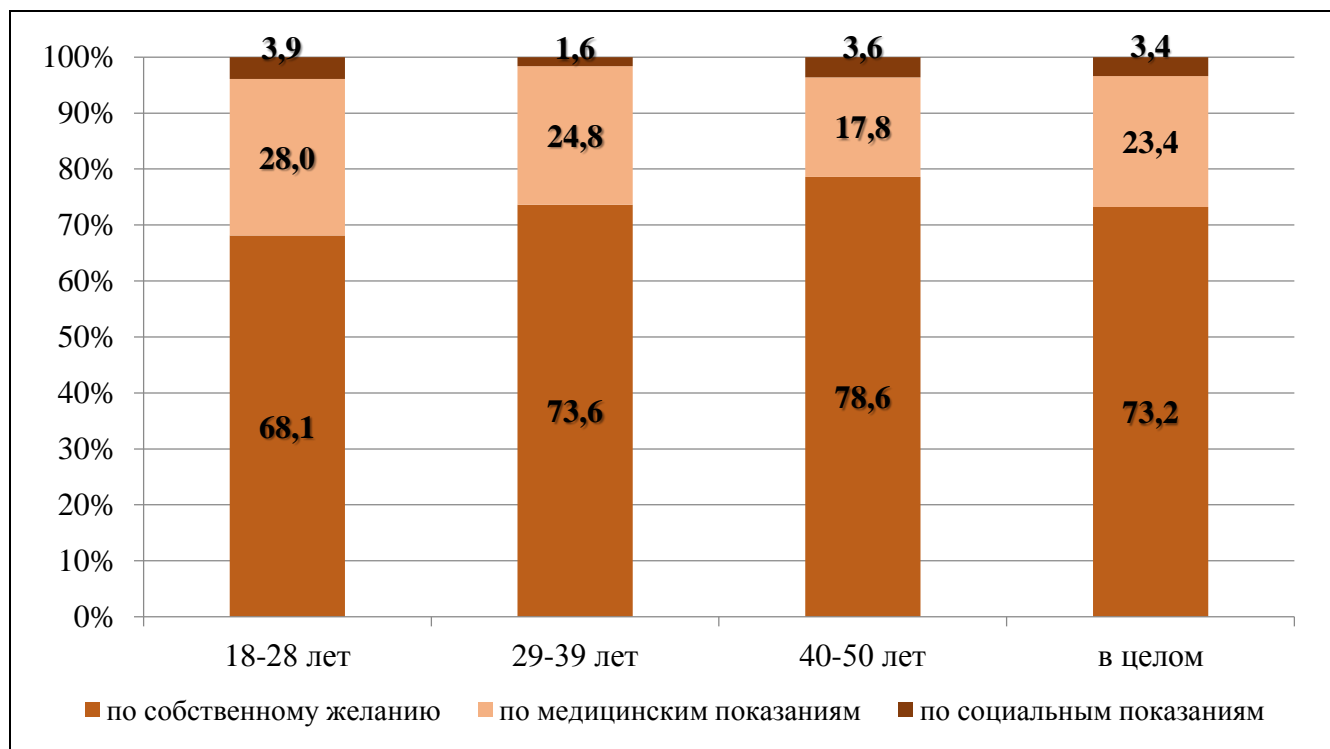


Рисунок 4.9 – Распределение женщин основной группы в зависимости от вида аборта по возрастным группам (в % к итогу)

Аборты по медицинским показаниям достоверно в 1,6 раза чаще ($p < 0,05$) встречались в возрастной группе 18-28 лет, чем в группе 40-50 лет (28,0% против 17,8% соответственно). Прерывание беременности по социальным показаниям встречалось в равных долях в возрастных группах 18-28 лет и 40-50 лет.

Изучение основных причин абортов по собственному желанию (таблица 4.14) выявило, что одинаково часто встречались следующие причины: незапланированная беременность при наличии желаемого числа детей, неудовлетворенность жилищными условиями и материальные трудности. Каждая третья женщина отмечала нежелание прерывать карьеру. Обращает на себя внимание, что каждая шестая женщина совершала аборт под давлением полового партнера или родителей. Среднее число причин на 1 женщину составило от 2 до 3

причин.

Таблица 4.14 – Причины абортов по собственному желанию (на 100 обследованных)

Причины	Число случаев
Незапланированная беременность при наличии желаемого числа детей в семье	64,9
Материальные трудности	58,4
Неудовлетворенность жилищными условиями	51,9
Нежелание прерывать карьеру	32,4
Желание полового партнера прервать беременность	19,4
Желание родителей прервать беременность	13,2
Среднее число причин на 1 женщину	2,4

Таким образом, изучение контрацептивного поведения выявило, что женщины, имеющие аборт в анамнезе, достоверно чаще отказывались от использования средств контрацепции или использовали их нерегулярно; чаще использовали прерванный половой акт и гормональную контрацепцию, а также прибегали к использованию препаратов для предотвращения наступления беременности после полового акта; имеют низкую удовлетворенность выбранным методом контрацепции.

Результаты исследования репродуктивного поведения показали, что у женщины с абортами в анамнезе чаще отмечали достаточное количество детей, среднее число которых составило $1,6 \pm 0,1$ на 1 женщину; среднее число беременностей составило $3,0 \pm 0,1$, каждая из которых не заканчивалась рождением ребенка; с увеличением числа детей у женщины увеличивается и число абортов.

Характеристика абортов установила, что четверть имели 2 и более аборта в анамнезе; большинство абортов производилось по собственному желанию женщины во всех возрастных группах, из них каждая пятая женщина совершала аборт под давлением полового партнера, родителей.

ГЛАВА 5

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ ИХ ЗДОРОВЬЯ

5.1 Оценка медицинской активности женщин обследуемой группы

Состояние здоровья женщин является важным критерием в оценке качества оказания медицинской помощи населению страны. Наблюдение женщины в период репродуктивного возраста – это длительный и ответственный период. При изучении вопросов заболевания женщин нельзя не остановиться на таком аспекте, как отношение пациентки к своему состоянию здоровья и к деятельности, которую она осуществляет по отношению к своему здоровью. Отношение к своему здоровью характеризуется медицинской и биосоциальной активностью.

Особое внимание было уделено изучению медицинской активности и медицинской грамотности как наиболее значимым факторам влияния на здоровье. Среди критериев медицинской активности были проанализированы наблюдение у врача акушера-гинеколога, своевременность обращения к врачу, выполнение рекомендаций врача акушера-гинеколога, выбор медицинской организации для наблюдения и проведения операции аборт.

Большинство обследованных женщин отмечали, что наблюдались у врача акушера-гинеколога (84,5%). Сравнение данного показателя среди женщин основной и контрольной группы выявило, что женщины, имеющие аборт в анамнезе, достоверно реже наблюдались у акушера-гинеколога, чем женщины, не имеющие аборта (78,6% против 85,1%, $p < 0,05$).

Анализ причин обращения к врачу акушеру-гинекологу показал, что в целом они были одинаковы среди всех обследованных женщин: по поводу

профилактического осмотра (84,0 на 100 опрошенных), по поводу беременностей (69,0 на 100 опрошенных), в случае заболевания (65,8 на 100 опрошенных) и оформление листка нетрудоспособности (11,6 на 100 опрошенных).

Женщины основной и контрольной группы одинаково часто обращались к врачу в случае заболевания и при необходимости оформления листка нетрудоспособности. По поводу беременностей и профилактического осмотра достоверно чаще обращались женщины контрольной группы (таблица 5.1).

Таблица 5.1 – Распределение женщин основной и контрольной групп по причинам обращения к врачу акушеру-гинекологу (на 100 обследованных)

Причины обращения	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная	контрольная	
В случае заболевания	63,8	66,3	> 0,05
По поводу беременностей	63,2	70,6	< 0,05
Профилактический осмотр	76,3	86,1	< 0,05
Оформление листка нетрудоспособности	10,5	11,9	> 0,05

В связи с тем, что каждая шестая женщина вовсе не наблюдается у врача акушера-гинеколога, были изучены причины их необращения. Женщины отмечали нехватку времени (40,6 на 100 опрошенных), собственную неорганизованность (38,1 на 100 опрошенных), трудность попасть на прием (24,5 на 100 опрошенных), отсутствие необходимости (22,9 на 100 опрошенных), недоверие к врачу (12,6 на 100 опрошенных), грубость врача (6,1 на 100 опрошенных).

Женщины основной группы чаще отмечали собственную неорганизованность (41,5 против 35,1 на 100 опрошенных), а женщины контрольной группы чаще не считали наблюдение необходимым (24,5 против 19,1 на 100 опрошенных) и отмечали отсутствие времени (42,0 против 33,4 на 100

опрошенных).

Предотвращению развития заболевания, а также благоприятному исходу течения заболевания способствует своевременное обращение к врачу. Установлено, что 62,1% обследованных женщин своевременно посещают врача акушера-гинеколога. Женщины основной группы в 1,3 раза достоверно реже своевременно обращаются к врачу акушеру-гинекологу (54,3% против 69,1% соответственно, $p < 0,05$).

Анализ места наблюдения установил, что 37,7% женщин наблюдались в женской консультации, треть – в частной клинике (31,7%), остальные – у своего врача (30,6%), из них 23,3% у своего гинеколога и 7,3% у знакомого/родственника.

Сравнительный анализ женщин основной и контрольной группы показал, что женщины основной группы достоверно чаще посещают врача акушера-гинеколога женской консультации (52,2% против 34,3%, $p < 0,05$). Женщины контрольной группы достоверно чаще обращаются к акушерам-гинекологам из частных клиник (39,4% против 28,3% соответственно, $p < 0,05$) и к своим гинекологам (24,5% против 18,1% соответственно, $p < 0,05$).

В выборе места проведения операции аборт женщины распределились примерно одинаково. В 51,6% он проводился в государственной медицинской организации, в 47,1% – в условиях частных медицинских организациях, в 1,3% женщин выполняли манипуляцию медикаментозного аборта вне медицинского учреждения или самостоятельно, приобретая препарат для медикаментозного аборта. В случаях аборта по собственному желанию женщины в 58,3% случаев проводили его в частной организации.

Анализ причин выбора государственной медицинской организации для проведения аборта выявил в среднем 2,2 причины, которыми явились:

- оказание помощи по ОМС (79,2 случая на 100 опрошенных);
- территориальная близость (63,6 случаев на 100 опрошенных);
- длительное наблюдение одного врача (52,8 случаев на 100 опрошенных);

- желание наблюдаться в одной организации (32,4 случая на 100 опрошенных).

Анализ причины выбора частной медицинской организации для проведения процедуры аборта выявил в среднем по 2 причины, которыми явились:

- отсутствие «минуты молчания» (61,8 случаев на 100 опрошенных);
- комфортные условия (60,3 случая на 100 опрошенных);
- конфиденциальность (45,6 случаев на 100 опрошенных);
- повышенное внимание персонала (32,4 случая на 100 опрошенных).

Осложнения после проведенного аборта имела каждая седьмая женщина (14,5%). Распределение видов осложнений были представлены в следующем ранговом порядке: гормональные нарушения (41,9%), невозможность дальнейшего зачатия (30,7%), осложнения, связанные с последующими беременностями (невынашивание беременности, замершие беременности и др.) – 24,5%, прочие – 2,9%.

Оценивая осложнения после аборта в зависимости от места его проведения, установлено, что их удельный вес в 1,7 раза достоверно выше в частных медицинских организациях по сравнению с государственными медицинскими организациями (16,4% против 9,5% соответственно, $p < 0,05$).

Важной составляющей медицинской активности и эффективности лечения в целом является выполнение рекомендаций, полученных от врача (рисунок 5.1). Более половины от всех рекомендаций, которые давал врач акушер-гинеколог женщинам, были лечебными (57,9%), более трети – профилактическими (42,1%). Женщинам основной группы чаще давались лечебные рекомендации (62,4% против 56,7% соответственно, $p < 0,05$), в то время как женщинам контрольной группы – профилактические (43,3% против 37,6% соответственно, $p < 0,05$).

Профилактические рекомендации среди всех обследованных женщин распределились в следующем ранговом порядке: по методам контрацепции, по предупреждению инфекций, передающихся половым путем, по образу жизни, по половому поведению. Женщинам основной группы достоверно чаще давались рекомендации по образу жизни, по половому поведению, по предупреждению

инфекций, передающихся половым путем ($p < 0,05$).

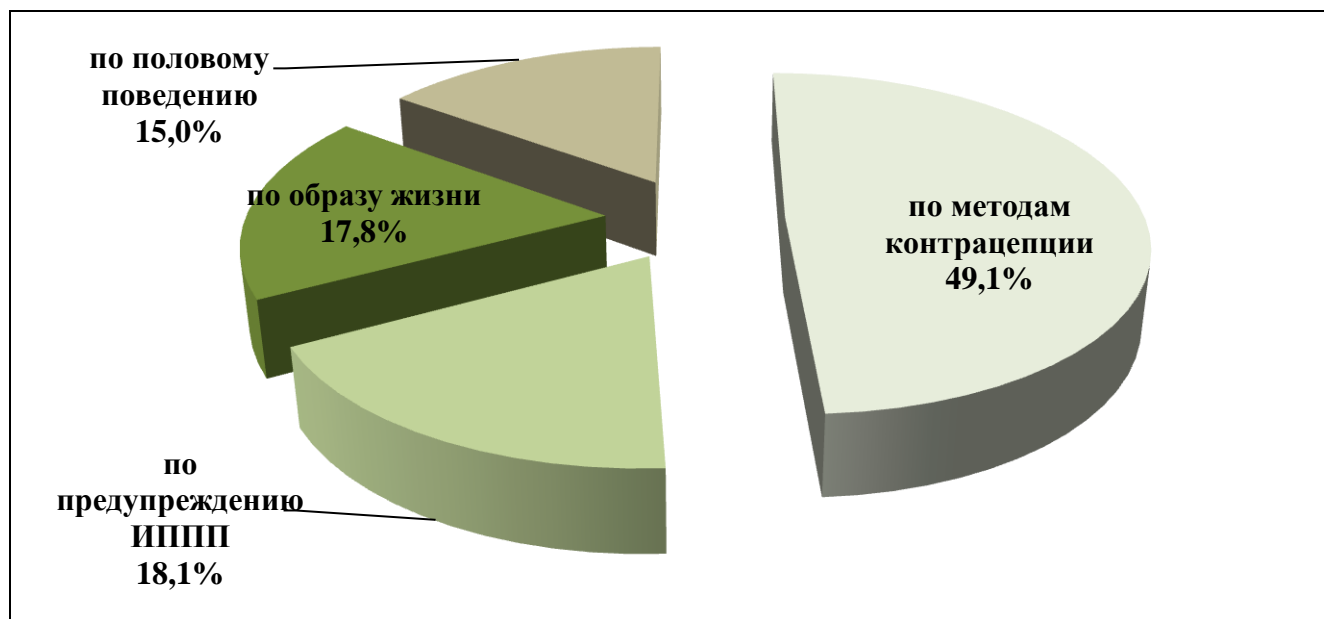


Рисунок 5.1 – Виды профилактических рекомендаций среди всех обследованных женщин (в % к итогу)

Среди всех обследованных женщин выполнение лечебных рекомендаций было отмечено у более, чем половины женщин (72,4%). Каждая шестая (14,8%) отмечала, что выполняет их не в полном объеме и каждая восьмая (12,0%) – не всегда. Женщины основной группы достоверно чаще отмечали выполнение рекомендаций по лечению в сравнении с женщинами контрольной группы (77,4% и 67,1% соответственно, $p < 0,05$).

Выполнение профилактических рекомендаций среди всех обследованных было отмечено в 59,3% случаев, их невыполнение – в 37,3% случаев. Четверть опрошенных женщин (26,4%) отмечала, что выполняет рекомендации не в полном объеме и каждая десятая (10,9%) – не всегда. Женщины контрольной группы достоверно чаще отмечали выполнение профилактических рекомендаций в сравнении с женщинами основной группы (65,3% и 52,1% соответственно, $p < 0,05$).

Детальное изучение причин, по которым женщины не выполняют рекомендации врача акушера-гинеколога (лечебные и профилактические), показало, что практически каждая третья отмечала забывчивость, каждая седьмая – недоверие к врачу, каждая восьмая – отсутствие веры в эффективность лечения,

каждая девятая – не считала нужным, каждая десятая – материальные трудности при покупке лекарств и оплате дальнейшего лечения.

Женщины основной группы в 2,2 раза достоверно чаще испытывали материальные трудности при покупке лекарств или оплате дальнейшего обследования ($p < 0,01$), в 1,6 раза чаще не считали нужным выполнение рекомендаций ($p < 0,05$). Особое внимание заслуживает факт, что женщины обеих групп одинаково часто испытывали недоверие к врачу, давшему рекомендации.

Тема исследования определила особый интерес к контрацептивному поведению женщин, которое было подробно изучено в главе 4.2. Отдельного же внимания заслуживает изучение источников получения информации о методах контрацепции (таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от рекомендаций методов контрацепции (на 100 опрошенных)

Источник информации	Женщины основной группы	Женщины контрольной группы
научно-популярная литература	50,4	42,3
средства массовой информации	42,1	34,5
врач акушер-гинеколог	31,7	38,9
➤ стационара	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

Распределение женщин в зависимости от рекомендаций методов контрацепции показало, что выбор осуществлялся женщиной в половине случаев на основании данных средств массовой информации и научно-популярной литературы, каждая шестая женщина основывалась на советах полового партнера,

каждая двадцать пятая – на советах знакомых и родственников. Лишь каждая 3 женщина получала информацию от врача.

Детальное изучение данного показателя среди женщин основной и контрольной группы выявило, что женщины основной группы существенно реже прибегали к совету врача акушера-гинеколога, но чаще основывали свой выбор на мнении полового партнера и данных из средств массовой информации и научно-популярной литературы.

Немаловажное значение в выполнении рекомендаций играет доверие к врачу и удовлетворенность им. Оценка удовлетворенности врачом акушером-гинекологом проводилась по использованной ранее шкале. Выявлено, что высокая оценка удовлетворенности была отмечена у более половины женщин (63,9%), треть имели среднюю оценку удовлетворенности. Женщины контрольной группы достоверно чаще давали среднюю и высокую оценку удовлетворенности врачом акушером-гинекологом ($p < 0,05$).

Аспекты медицинской грамотности анализировались на основании мнения женщин о том, кто должен принимать решения об аборте, необходимости запрета аборт, необходимости «минуты молчания» перед проведением операции аборта. Особенности гигиенического поведения, как одной из важных характеристик для сохранения репродуктивного здоровья, были изучены на основании анализа предпочитаемой формы одежды и обуви, а также характеристики выполнения гигиенических процедур.

При проведении анализа, направленного на установление мнения женщин о том, кто должен принимать решение о проведении аборта, установлено, что половина женщин считают, что это совместное решение обоих партнеров (55,5%), треть, что это ответственность женщины (28,4%), каждая шестая женщина отвечала, что основным является мнение врача (16,1%).

Женщины основной группы в 1,9 раза достоверно реже доверяют мнению врача о проведении аборта, чем женщины контрольной группы (9,4% против 17,8% соответственно, $p < 0,05$), а также чаще склонны оставлять это право за собой (36,% против 26,3% соответственно). Одинаково часто женщины считали,

что решение должны принимать оба партнера (рисунок 5.2).

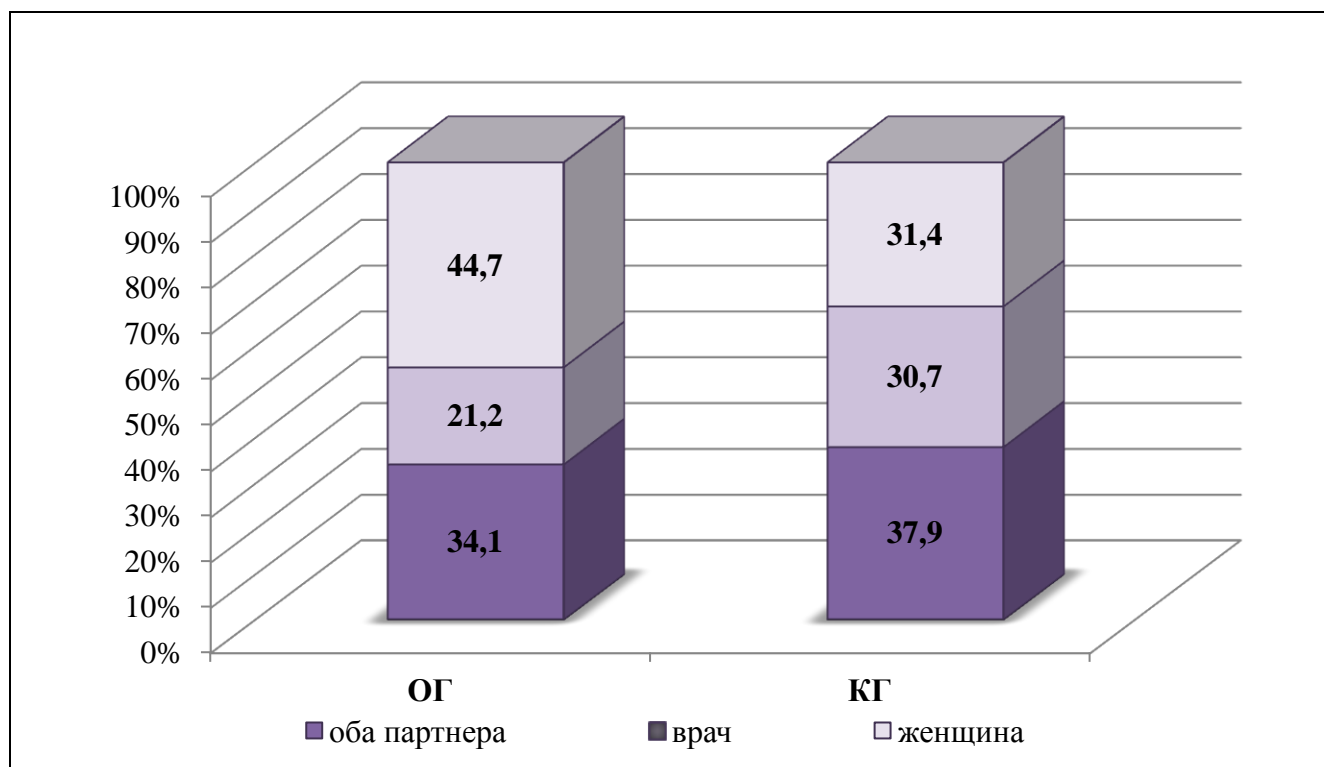


Рисунок 5.2 – Распределение обследованных женщин в зависимости от их мнения о том, кто должен принимать решение о проведении аборта

На вопрос о необходимости запрета аборта 14,6% женщин ответили положительно, 80,6% отрицательно. Воздержались от ответа 4,8% женщин. Статистически значимых различий между изучаемыми группами выявлено не было.

Необходимость «минуты молчания» перед проведением аборта поддержало большинство женщин (76,7%). За отсутствие ее необходимости проголосовало 17,5% обследованных женщин. Воздержались от ответа 5,8%. Полученные данные установили, что женщины основной группы в 1,3 раза достоверно реже выступали за необходимость проведения «минуты молчания», чем женщины контрольной группы (61,7% против 80,5% соответственно, $p < 0,001$) и в 2,1 раза достоверно чаще выступали против нее (30,5% и 14,2% соответственно, $p < 0,001$).

Анализ предпочитаемой формы одежды выявил, что выявилась тенденция к ношению узких джинсов и брюк, каждая пятая женщина предпочитала узкие юбки. Также часто женщины отмечали, что носят верхнюю одежду, не

соответствующую погоде. Абсолютное большинство опрошенных ($\frac{3}{4}$ на 100 опрошенных) предпочитает носить обувь без каблука: летом босоножки, кеды, кроссовки, зимой сапоги на низком каблуке, ботинки, ботильоны на низком каблуке. Отмечено, что пятая часть женщин носит обувь на каблуках выше 10 см систематически. Различий между группами сравнения выявлено не было (рисунок 5.3).

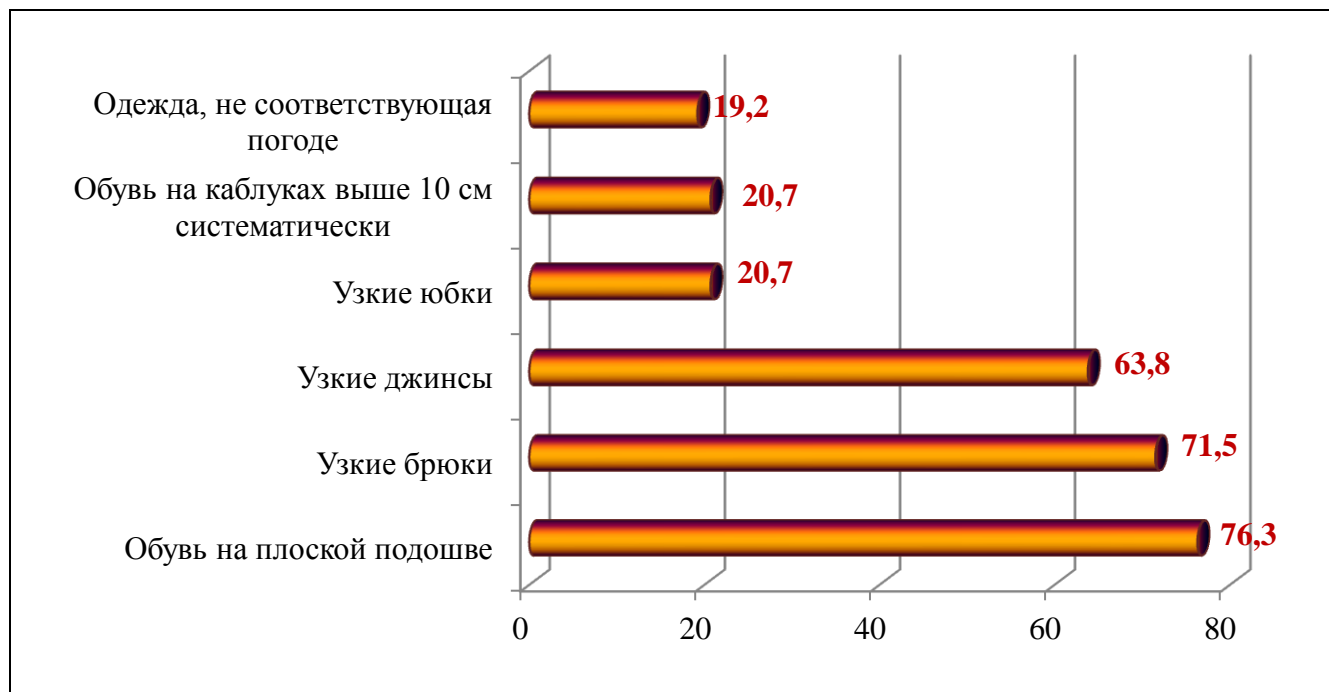


Рисунок 5.3 – Предпочитаемая форма одежды и обуви среди обследованных женщин (на 100 обследованных)

Анализ выполнения гигиенических процедур показал, что не все женщины ежедневно принимают ванны процедуры (рисунок 5.4). Отмечено, что больше половины (67,3%) проводят ванны процедуры 1 раз в день, а четверть опрошенных (27,1%) – несколько раз в день. В то же время 1,9% принимает ванну или душ 1 раз в неделю, 1,3% – 2 раза в неделю, 0,6% – 3-4 раза в неделю. Достоверных различий между изучаемыми группами выявлено не было.

Абсолютное большинство (90%) регулярно использует ежедневные прокладки и гигиенические прокладки во время менструаций, четверть опрошенных – тампоны. Каждая пятая отмечала использование тампонов в первые дни менструаций, причем преимущественно в первые 2-3 дня

менструаций, каждая четырнадцатая – во все дни. Стоит отметить, что опрошенные меняют тампоны 1 раз в 1-3 часа (1 раз в час – 3,1%, 1 раз в 2 часа – 10%, 1 раз в 3 часа 8,1%), в то время как 1,3% проводят смену средств личной гигиены по мере заполнения.

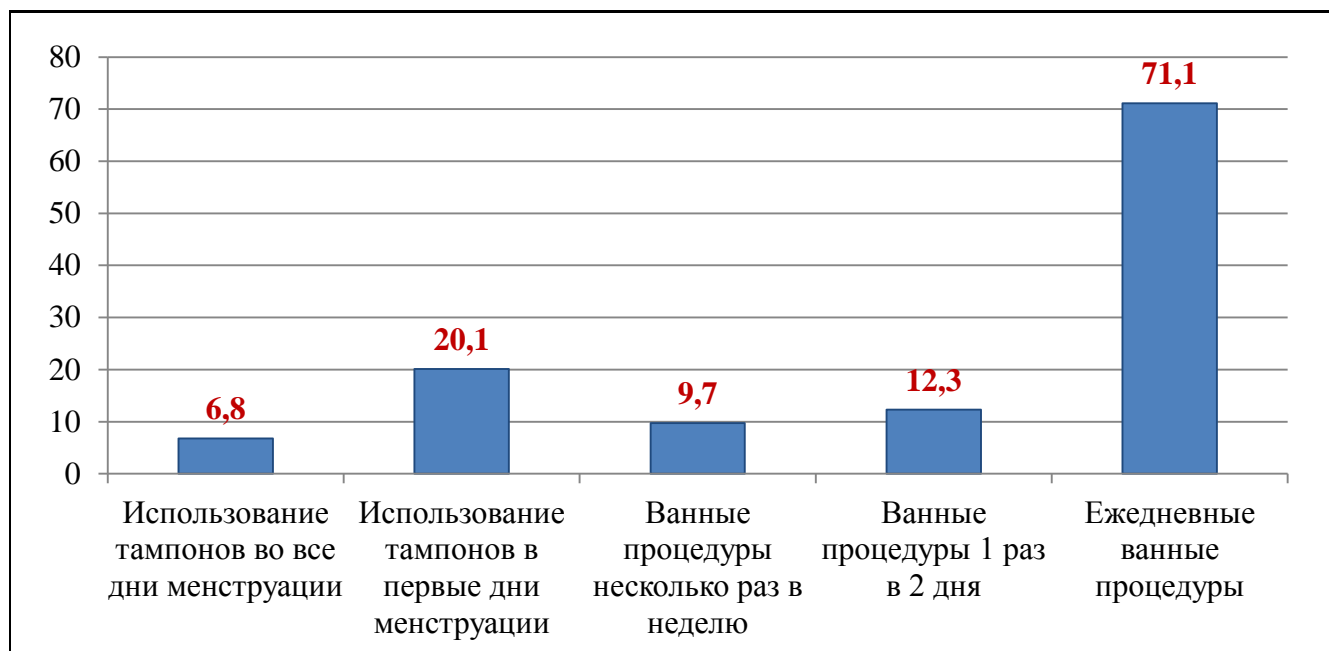


Рисунок 5.4 – Характеристика выполнения гигиенических процедур среди обследованных женщин (на 100 обследованных)

Биосоциальная активность включала изучение физической активности, особенностей питания, сна, наличия вредных привычек (курение, алкоголь).

Полученные результаты анализа физической активности (таблица 5.3) свидетельствуют о том, что среди женщин контрольной группы наблюдается статистически значимо более высокий уровень физической активности по сравнению с женщинами основной группы, удельный вес занимающихся составил 64,2% и 59,3% соответственно. Установлено, что женщины контрольной группы достоверно чаще занимаются 3-5 раз в неделю ($p < 0,05$), вдвое чаще занимаются каждый день ($p < 0,01$).

Достоверных различий между группами по виду физической деятельности выявлено не было. Практически каждая вторая (45,7%) от всех обследованных женщин, занимавшихся физическими упражнениями, предпочитали фитнес в зале; бегом занимались 15,2% женщин, плаванием – 12,1%, что составило более

70%. В структуре оставшихся можно выделить такие занятия, как йога, велоспорт, танцы и др.

Таблица 5.3 – Распределение обследованных женщин по частоте физических занятий (в % к итогу)

Частота занятий	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная	контрольная	
Не занимаются	40,7	35,8	< 0,05
1-2 раза в неделю	34,6	28,1	< 0,05
3-5 раз в неделю	17,3	22,9	< 0,05
Каждый день	7,4	13,2	< 0,01
Итого	100,0	100,0	

При проведении сравнительного анализа, направленного на сопоставление дистанции, которую женщины проходят в течение дня, установлено, что в основной группе обследуемых данный показатель оказался достоверно ниже и составил $4571,1 \pm 5,2$ м против $5397,8 \pm 4,6$ м в контрольной группе ($p < 0,01$).

При оценке удовлетворенности женщин своей физической активностью (по использованной ранее шкале) выявлены статистически значимые различия, заключающиеся в наличии более высокой степени данного параметра среди женщин контрольной группы по сравнению с основной группой (таблица 5.4). Половина опрошенных женщин в основной группе дали низкую или среднюю оценку удовлетворенности физической активностью, тогда как в контрольной группе две трети женщин сочли, что данный показатель находится на высоком уровне.

Среди причин неудовлетворенности физической активностью женщинами обеих групп практически в равных долях были отмечены следующие: недостаточно времени – 58,2%; нет желания (не вижу смысла) – 19,7%; недостаточно денежных средств – 13,1%; неблагоприятное состояние здоровья –

9,0%. Среди женщин основной группы в сравнении с женщинами контрольной группы достоверно чаще встречались недостаток денежных средств (15,4% против 12,6% соответственно, $p < 0,01$) и неблагоприятное состояние здоровья (11,2% против 8,4% соответственно, $p < 0,01$).

Таблица 5.4 – Удовлетворенность обследованных женщин физической активностью (в % к итогу)

Оценка удовлетворенности физической активности	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная	контрольная	
низкая	7,8	3,5	$< 0,05$
средняя	42,3	30,9	$< 0,05$
высокая	49,9	65,6	$< 0,05$
Итого	100,0	100,0	

Проанализирована удовлетворенность обследуемых женщин питанием. Абсолютное большинство женщин в обеих группах удовлетворены своим питанием с высокой или средней оценкой (таблица 5.5). Женщины основной группы достоверно чаще имели высокую оценку удовлетворенности питанием, чем женщины контрольной группы, а женщины контрольной группы – среднюю оценку.

В целом среди всех обследованных женщин причины неудовлетворенности питанием были следующие: недостаточно времени для приготовления пищи – 34,2%, недостаток денежных средств на приобретение качественных продуктов – 19,4%, нежелание готовить – 22,7%, отсутствие силы воли придерживаться правильному и сбалансированному питанию – 5,4%, другое – 18,3%.

Среди изучаемых групп обратил на себя внимание недостаток денежных средств у женщин основной группы по сравнению с женщинами контрольной группы в 1,5 раза (27,1% против 17,6% соответственно, $p < 0,05$), что связано с более низким материальным доходом женщин основной группы по сравнению с

контрольной группой (см. таблица 4.9).

Таблица 5.5 – Удовлетворенность обследованных женщин питанием (в % к итогу)

Оценка удовлетворенности питанием	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная	контрольная	
низкая	1,9	1,5	> 0,05
средняя	34,4	42,5	< 0,05
высокая	63,0	55,1	< 0,05
Итого	100,0	100,0	

Одним из безусловно важных компонентов биосоциальной активности является сон. Для изучения данного аспекта среди обследованных женщин им было предложено охарактеризовать степень удовлетворенности сном по шкале, использованной ранее.

В целом среди всех обследованных женщин каждая девятая женщина обследованной группы отмечала низкую степень удовлетворенности сном, половина – среднюю и только треть женщин – высокую.

Причинами неудовлетворенности сном явились: недостаток времени на сон («поздно ложусь» и «рано встаю») – 74,2%, частое ощущение себя невыспавшейся из-за прерывистого сна – 18,1%, бессонница – 7,7%.

Сравнительный анализ причин неудовлетворенности сном среди женщин основной и контрольной группы выявил, что женщины в равных долях спали мало времени и имели прерывистый сон. Однако, бессонницу испытывали чаще женщины основной группы (9,7% против 6,9% соответственно, $p < 0,05$).

Важным фактором, оказывающим непосредственное влияние на здоровье в целом и на репродуктивное здоровье, в частности, является наличие вредных привычек. Были рассмотрены такие вредные привычки, как курение и употребление алкоголя.

Результаты изучения распространенности курения среди обследованных женщин указывают на то, что в основной группе данный показатель был

достоверно выше и составлял – 21,4%, тогда как в контрольной – 16,7% ($p < 0,05$). Отмечено, что в целом большинство курящих имеют желание бросить, при этом женщины основной группы достоверно чаще изъявляли данное желание (66,7% против 58,4% соответственно, $p < 0,05$).

Средний показатель продолжительности курения между группами достоверно различим и составил $13,3 \pm 0,9$ лет в основной группе и $9,5 \pm 1,2$ лет в контрольной.

Как следует из данных, представленных в таблице 5.6, в основной группе было достоверно больше женщин, употреблявших алкоголь 1-2 раза в неделю (в 1,2 раза) и несколько раз в месяц (в 2,2 раза). При этом женщин, которые употребляют алкогольные напитки по праздникам или не употребляют вообще, напротив, было значимо меньше.

В структуре употребляемых алкогольных напитков существенных различий не выявлено. Большая часть обследованных женщин предпочитают винные напитки (вино, шампанское); каждая седьмая – пивные напитки (пиво, сидр); каждая восьмая – крепкие напитки (коньяк, ром, виски, ром, водка); каждая двадцать пятая – коктейли, ликеры.

Таблица 5.6 – Распределение обследованных женщин по частоте употребления алкоголя (в % к итогу)

Частота употребления алкоголя	Группы наблюдения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	основная	контрольная	
Не употребляю	21,5	27,2	$< 0,05$
По праздникам	41,7	46,5	$< 0,05$
1-2 раза в неделю	21,2	17,1	$< 0,05$
Несколько раз в месяц	9,2	4,1	$< 0,05$
Ежедневно	6,4	5,1	$> 0,05$
Итого	100,0	100,0	

Изучение основных характеристик медицинской активности, позволило провести балльную оценку критериев медицинской активности (таблица 5.7).

Таблица 5.7 – Балльная оценка критериев медицинской активности

п/№	Критерии	Баллы		
1	Наблюдение у врача акушера-гинеколога			
	да		2	
	Нет			1
2	Своевременность обращения			
	Да		2	
	Нет			1
3	Выполнение лечебных рекомендаций			
	Да		2	
	Нет			1
4	Выполнение профилактических рекомендаций			
	Да		2	
	Нет			1
5	Источник информации о методах контрацепции			
	Врач	3		
	друзья/ знакомые		2	
	никто (самостоятельно)			1
6	Гигиеническое поведение			
	благоприятное		2	
	неблагоприятное			1
7	Физическая активность			
	ежедневно	3		
	регулярно несколько раз в неделю		2	
	не занимаюсь			1
8	Питание			
	высокая оценка удовлетворенности	3		
	средняя оценка удовлетворенности		2	
	низкая оценка удовлетворенности			1
9	Сон			
	высокая оценка удовлетворенности	3		
	средняя оценка удовлетворенности		2	
	низкая оценка удовлетворенности			1
10	Курение			
	нет	3		
	да		2	
	да, но имеет желание бросить			1
11	Употребление алкоголя			
	не употребляю	3		
	по праздникам/несколько раз в месяц		2	
	1-2 раза в неделю/ежедневно			1

Балльная оценка медицинской активности обследованных женщин, включающая наблюдение у врача акушера-гинеколога, своевременность обращения при заболевании и для профилактического осмотра, выполнение лечебных и профилактических рекомендаций врача акушера-гинеколога, а также оценку медицинской грамотности, особенностей гигиенического поведения и биосоциальной активности, колебалась в пределах от 11 до 29 баллов. В том случае, если в сумме было от 11 до 16 баллов, то уровень медицинской активности считался низким, от 17 до 23 баллов – средним, от 24 до 29 баллов – высоким.

В целом четвертая часть женщин имела высокий уровень медицинской активности (24,7%), треть – средний (32,8%), практически каждая вторая – низкий (42,5%). Женщины контрольной группы достоверно чаще в 1,9 раза имели высокий уровень медицинской активности в сравнении с женщинами основной группы и достоверно реже в 2,2 раза имели низкий уровень медицинской активности ($p < 0,05$). Отмечено, что среди женщин основной и контрольной группы по среднему уровню медицинской активности достоверных различий не выявлено (таблица 5.8).

Таблица 5.8 – Распределение женщин основной и контрольной группы в зависимости от уровня медицинской активности (в % к итогу)

Уровень медицинской активности	Группы сравнения		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	Основная группа	Контрольная группа	
высокий	21,1	41,5	< 0,05
средний	36,5	39,8	> 0,05
низкий	42,4	18,7	< 0,05
Итого	100,0	100,0	

Распределение обследуемых женщин по оценочным группам здоровья и уровню медицинской активности (таблица 5.9) свидетельствует о том, что среди женщин, имеющих хорошее состояние здоровья, большинство имеют высокий уровень медицинской активности, а среди женщин с плохим состоянием здоровья

лишь у 16,8% женщин медицинская активность была оценена как высокая. В то же время среди женщин с плохим здоровьем преобладали лица с низким уровнем медицинской активности.

Таблица 5.9 – Распределение женщин обследуемых женщин по оценочным группам здоровья и уровню медицинской активности (в % к итогу)

Оценочные группы здоровья	Уровень медицинской активности			Итого
	высокий	средний	низкий	
хорошее	49,7	38,1	12,2	100,0
удовлетворительное	17,6	47,9	34,5	100,0
плохое	16,8	41,4	41,8	100,0
В целом	24,7	42,5	32,8	100,0

Таким образом, при анализе медицинской активности женщин основной группы установлены следующие факторы, оказывающие негативное воздействие на их здоровье: нерегулярное прохождение профилактических осмотров у врача акушера-гинеколога; несвоевременное обращение к врачу акушеру-гинекологу по поводу заболевания; невыполнение (или не в полном объеме) рекомендаций врача акушера-гинеколога; низкий уровень медицинской грамотности по вопросам контрацептивного поведения и гигиенических навыков; низкий уровень физической активности; наличие вредных привычек (курение, прием алкоголя).

Поскольку в формировании неблагоприятных показателей здоровья значительную роль играют факторы медицинской активности, то для улучшения состояния здоровья женщин фертильного возраста необходима реализация мероприятий, включающих в себя повышение медицинской грамотности, информированности женщин о контрацептивном и гигиеническом поведении, а также формирование элементов здорового образа жизни.

5.2 Разработка мероприятий по улучшению здоровья женщин репродуктивного возраста и оценка их эффективности

В процессе исследования были определены факторы образа жизни, влияющие на состояние здоровья и репродуктивное поведение женщин фертильного возраста. Для определения доли влияния социально-гигиенических характеристик образа жизни и медицинской активности на состояние здоровье женщин фертильного возраста был проведен дисперсионный анализ, что позволило определить взаимосвязь между состоянием здоровья и образом жизни женщин, а также определить роль факторов в формировании здоровья.

Полученные данные свидетельствуют, что наиболее сильное влияние на формирование неблагоприятных показателей здоровья у женщин, имеющих аборт в анамнезе, оказывает низкий уровень медицинской активности, доля влияния которой составила 42,2% (таблица 5.10).

Таблица 5.10 – Распределение основных характеристик образа жизни, оказывающих влияние на формирование неблагоприятных показателей здоровья

Характеристики образа жизни	Сила влияния $\eta \pm m$	Вероятность безошибочного прогноза «р»	Доля влияния фактора в %
Низкий уровень медицинской активности	0,841 ± 0,0122	< 0,001	42,2
Нерациональное репродуктивное поведение	0,637 ± 0,0124	< 0,001	31,7
Неудовлетворительные социально-бытовые условия жизни	0,584 ± 0,0124	< 0,001	26,1

Немаловажную роль в показателях здоровья играет репродуктивное поведение женщины и ее установки в отношении деторождения, доля влияния данного фактора составила 31,7%. Третье место среди факторов образа жизни,

неблагоприятно сказывающихся на состоянии здоровья женщин основной группы, заняли неудовлетворительные социально-бытовые условия жизни – 26,1%.

Среди факторов, характеризующих низкую медицинскую активность, места распределились практически в равных долях: низкий уровень медицинской грамотности, неблагоприятное контрацептивное поведение, невыполнение женщинами профилактических рекомендаций, несвоевременность обращения за медицинской помощью к врачу акушеру-гинекологу в случае заболевания (рисунок 5.5).

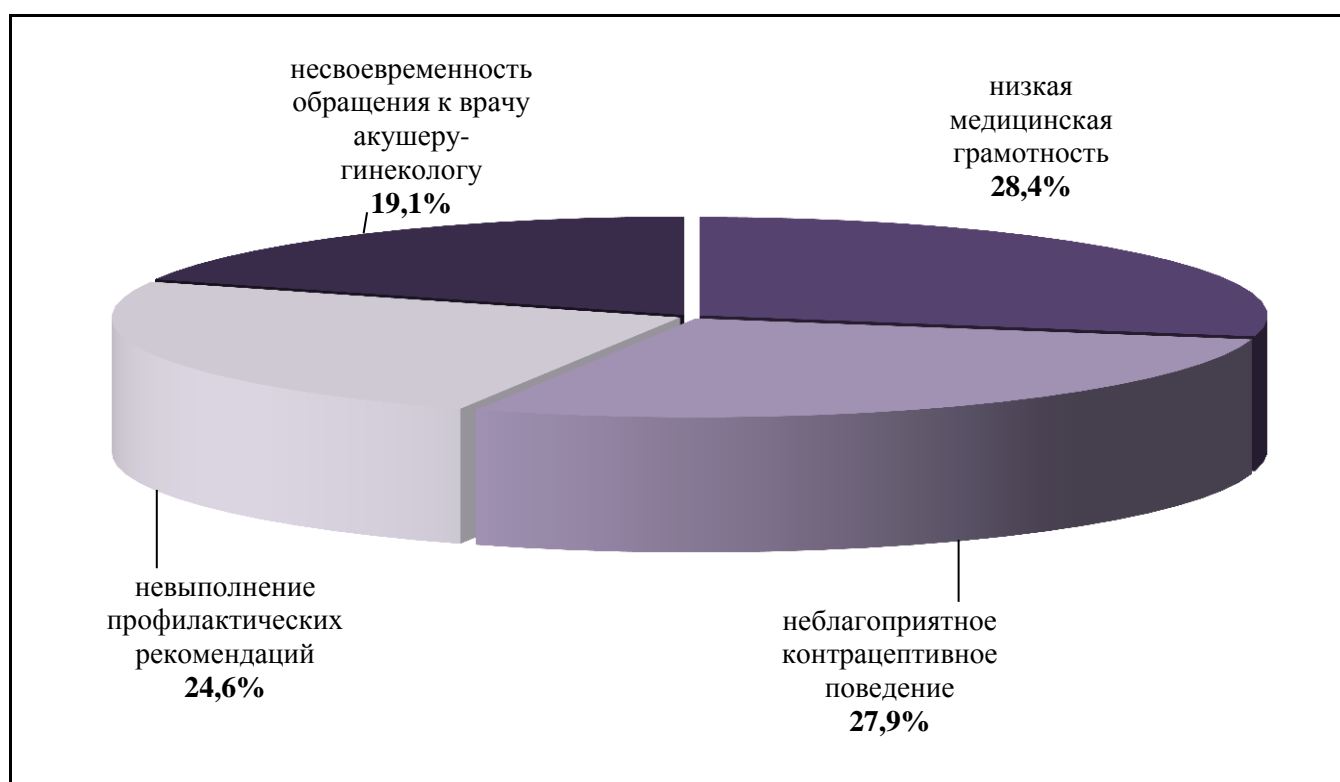


Рисунок 5.5 – Распределение характеристик медицинской активности, формирующих неблагоприятные показатели здоровья женщин исследуемой группы (в % к итогу)

Каждому из представленных критериев медицинской активности соответствовал ряд параметров. Низкий уровень медицинской грамотности проявляется в получении рекомендаций по контрацептивному поведению (выбору и применению контрацептивных средств) не от квалифицированного медицинского работника, самостоятельном принятии решения об аборте (на основе рекомендаций от полового партнера, а также родителей), неблагоприятных

гигиенических привычках, низком уровне биосоциальной активности.

Неблагоприятное контрацептивное поведение характеризовалось отказом от средств контрацепции и самостоятельным выбором метода контрацепции, что способствует большому числу нежелательных беременностей.

Невыполнение профилактических рекомендаций включало невыполнение рекомендаций по образу жизни и половому поведению; несвоевременное обращение к врачу акушеру-гинекологу по поводу профилактических осмотров.

Роль факторов медицинской активности, оказывающих наиболее сильное влияние на здоровье обследованных женщин, представлена в таблице 5.11.

Таблица 5.11 – Роль факторов медицинской активности в формировании здоровья (на 100 женщин)

№	Неблагоприятные факторы, влияющие на здоровье	Оценочные группы здоровья		Вероятность безошибочного прогноза «р»
		хорошее	плохое	
1	Несвоевременное обращение к врачу	24,3	49,3	< 0,05
2	Невыполнение рекомендаций врача	17,6	51,2	< 0,05
3	Неблагоприятное контрацептивное поведение	9,8	54,1	< 0,05
4	Низкий уровень медицинской грамотности	20,3	49,5	< 0,05
5	Низкий уровень биосоциальной активности	18,3	44,4	< 0,05

С учетом тематики исследования были изучены причины, на основании которых женщины принимали решение о проведении аборта по собственному желанию. Отмечено, что на решение женщины о судьбе возникшей беременности (сохранении или ее прерывании) оказывало влияние желаемого числа детей в семье, желание мужа или полового партнера, семейного положения, материальных трудностей в семье, трудовой функции, жилищных условий (таблица 5.12).

Таблица 5.12 – Факторы, влияющие на решение женщины о проведении аборта

Социально-экономические факторы	Сила влияния факторов риска	Доля влияния фактора в %	Вероятность безошибочного прогноза «р»
Семейный статус	0,841 ± 0,0122	29,8	< 0,001
Желание мужа или полового партнера	0,767 ± 0,0124	22,3	< 0,001
Нежелание прерывать карьеру	0,754 ± 0,0124	23,1	< 0,001
Жилищные и бытовые условия	0,672 ± 0,0124	16,4	< 0,001
Материальные трудности	0,563 ± 0,0126	5,9	< 0,001

Наибольшее влияние оказывает семейный статус и желание женщины быть задействованной в трудовом процессе. Особенно заметна сила влияния мужа или полового партнера на прерывание беременности.

Семейный статус определялся, в основном, наличием или отсутствием супруга и желаемого числа детей. Большое влияние оказывала семейная неустроенность, а именно проживание в гражданском браке, развод, вдовство, одиночество. Также в формировании неблагоприятных показателей здоровья играли роль неудовлетворенность жилищно-бытовыми и материальными условиями, а также частые и трудноразрешимые конфликтные ситуации между членами семьи.

Неудовлетворенность материальными и жилищно-бытовыми условиями (при объективно хороших и удовлетворительных условиях), частые конфликтные ситуации в семье также способствовали формированию неблагоприятных показателей здоровья среди женщин, взятых под наблюдение.

Анализ полученных нами ранее результатов выявил, что женщины с неблагоприятными социально-гигиеническими факторами имели хуже показатели здоровья: среди них был выше удельный вес женщин, имеющих заболевания репродуктивной сферы и хронических гинекологических заболеваний, частота осложнений беременностей среди таких женщин также была выше.

Учитывая вышеизложенное, а также рост уровня осложнений беременности и родов в структуре заболеваемости в целом, снижение общих и специальных показателей рождаемости в г. Москва, нами предложена программа медико-социальных мероприятий, направленных на профилактику аборт (схема 5.1).



Схема 5.1 – Медико-социальные мероприятия, направленные на профилактику абортов

Программа включает комплекс медико-организационных и социальных мероприятий, направленных на снижение числа абортов и улучшения показателей здоровья женщин репродуктивного здоровья в целом.

Как показало проведенное исследование, немаловажное значение имело место оказания медицинской помощи. Полученные ранее результаты свидетельствовали, что, несмотря на развитую сеть женских консультаций, достаточно большое количество женщин предпочитали частные медицинские организации для профилактического наблюдения и проведения операции аборт.

Отмечено, что число осложнений последующих беременностей и родов при выполнении аборта достоверно больше в частных медицинских организациях по сравнению с государственными медицинскими организациями.

Фиксация аборт, проведенных в частных медицинских организациях, в федеральной службе государственной статистики осуществляется не в полном объеме, в связи с чем предлагается обеспечить полную регистрацию сведений о проводимых прерываниях беременности, в том числе в частных медицинских организациях, обязав их подавать Форму №13 «Сведения о беременностях с абортным исходом» и Форму №30 «Сведения о медицинской организации» в территориальные органы управления здравоохранения.

Полученные данные в ходе исследования свидетельствуют, что женщины, имеющие прерывание беременности в анамнезе и осложнения, связанные с ними, имеют более неблагоприятное здоровье в сравнении с женщинами, не имеющими аборт в анамнезе. Для улучшения состояния здоровья женщин репродуктивного возраста женским консультациям рекомендуется взять под диспансерное наблюдение женщин репродуктивного возраста, имеющих аборт в анамнезе для проведения реабилитационной работы с целью снижения последствий аборт, включающей проведение не только медицинских, но социальных мероприятий, в том числе по обучению их правилам применения эффективных способ контрацепции.

Также считаем целесообразным 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.

Результаты настоящего исследования установили, что ведущая роль в формировании неблагоприятных показателей здоровья принадлежит медицинской активности, а ее низкий уровень встречается у значительной части женщин исследуемой группы.

Изучение медицинской активности определило значимые факторы, участвующие в формировании неблагоприятных показателей здоровья женщин,

выполнение которых зависит от желания самой женщины. Ввиду чего основной акцент при разработке программы по профилактике абортс и улучшению состояния здоровья женщин фертильного возраста был сделан на проведение социальных мероприятий, которые были направлены на повышение медицинской грамотности женщин репродуктивного возраста, формирование навыков здорового образа жизни.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости усиления внимания к санитарно-просветительной работе среди женщин репродуктивного возраста, направленной на мотивацию соблюдения рекомендаций врача, мотивацию к своевременному обращению к врачу, коррекцию контрацептивного поведения, формирование позитивных гигиенических привычек, которую целесообразно проводить не только с женщинами, уже состоящими на учете в женской консультации, но и с девочками подросткового возраста (схема 5.2).

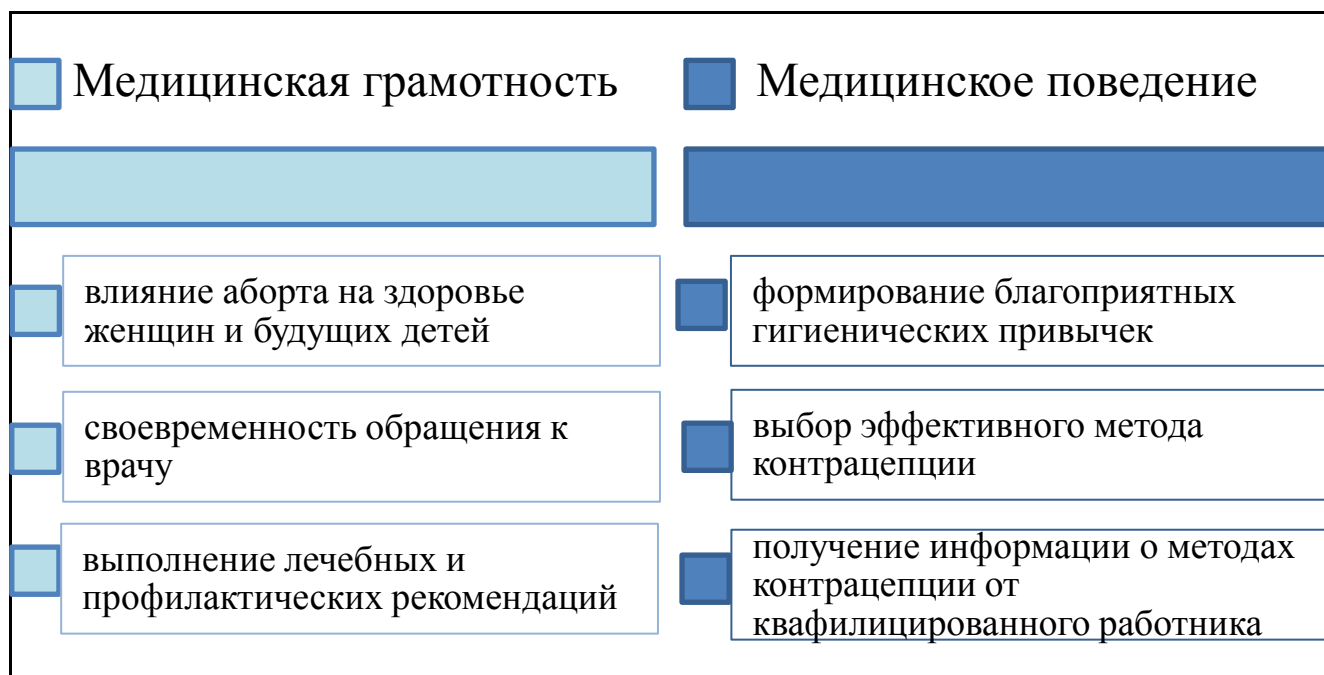


Схема 5.2 – Санитарно-просветительская работа для женщин исследуемой группы

Это позволит изменить характер медицинского и репродуктивного поведения женщин фертильного возраста, нацелив женщин на более бережное отношение к своему здоровью, а также выполнение рекомендаций врачей акушеров-гинекологов по половому поведению и методам контрацепции.

Повышение медицинской грамотности включает информирование женщин о влиянии аборта на здоровье женщины и здоровье будущих детей, необходимости своевременного обращения к врачу при заболевании и по поводу профилактического приема, выполнении рекомендаций врача акушера-гинеколога, выбора надежного способа контрацепции на основании заключения лечащего врача, изменении гигиенических привычек.

Среди женщин, желающих изменить свое медицинское поведение и выполнивших предложенные мероприятия, врачами акушерами-гинекологами женской консультации были прочитаны лекции по вопросам полового поведения, проведены индивидуальные беседы, подготовлены наглядные материалы о женском здоровье и факторах, влияющих на него (бюллетени, брошюры, информационные стенды). Особое внимание было уделено контрацептивному поведению женщин, а именно выбору эффективных методов контрацепции.

Оценка эффективности проводилась на основании изменения критериев медицинской активности таких, как своевременность обращения к врачу; доля женщин, выполняющих рекомендации врача; доля женщин, имеющих благоприятные гигиенические навыки, здорового образа жизни; доля женщин, получающих информацию о контрацептивном поведении от квалифицированного работника, а также кратность заболеваний в течение года (таблица 5.13).

Повышение уровня медицинской активности обследуемых женщин привело к увеличению удельного веса женщин, имеющих положительные изменения образа жизни. Так, среди женщин, изменивших свое медицинское поведение, увеличилась своевременность обращения к врачу (в 1,1 раза); доля женщин, выполняющих рекомендации врача (в 1,6 раза); удельный вес женщин, имеющих благоприятные гигиенические навыки (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), доля женщин, получающих информацию о контрацепции не от квалифицированного работника (в 3,3 раза), а также сократилась кратность заболеваний в течение года (в 2,2 раза).

Таблица 5.13 – Оценка эффективности предложенных мероприятий

Показатели	Мероприятия		Вероятность безошибочного прогноза «р»
	до проведения	после проведения	
Своевременность обращение к врачу	62,5%	73,2%	< 0,05
Доля женщин, выполняющих рекомендации врача	27,6%	45,6%	< 0,05
Доля женщин, имеющих благоприятные гигиенические навыки	11,9%	35,6%	< 0,05
Неправильный выбор контрацепции	9,4%	4,9%	< 0,05
Доля женщин, получающих информацию о контрацепции не от квалифицированного работника	47,6%	14,1%	< 0,05
Положительные навыки здорового образа жизни	43,5%	69,1%	< 0,05
Кратность заболеваний в год	1,3	0,6	< 0,05

Таким образом, разработанные в процессе исследования медико-социальные мероприятия, эффективны и могут быть использованы для работы с женщинами, имеющих аборты в анамнезе, в учреждениях акушерско-гинекологического профиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ опубликованных материалов продемонстрировал, что, несмотря на достаточно большое число работ, посвященных влиянию аборта на заболеваемость женщин, течение последующих беременностей, родов и послеродового периода, а так же здоровья детей, социально-гигиенических аспектов прерывания беременности, до сих пор должного внимания не уделяется вопросам комплексной оценки состояния здоровья и образа жизни женщин фертильного возраста с абортом в анамнезе, учитывающих особенности репродуктивной и экстрагенитальной заболеваемости, репродуктивного поведения, контрацептивного и гигиенического поведения, характеристики медицинской активности женщин репродуктивного возраста.

В связи с чем проведение подобного исследования имеет высокую актуальность, так как его результаты будут способствовать осуществлению целенаправленной профилактики абортов, что позволит снизить частоту искусственных прерываний беременности и улучшить состояние здоровья женщин репродуктивного возраста.

Для выполнения поставленных задач была разработана программа комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья и образа жизни фертильного возраста, включающая изучение заболеваемости органов репродуктивной сферы, характеристику экстрагенитальной заболеваемости, изучение социально-гигиенической характеристики, особенностей репродуктивного и контрацептивного поведения, факторов медицинской активности. Полученные результаты позволили разработать медико-социальные мероприятия, направленные на профилактику абортов и оценить их эффективность.

Каждому этапу исследования соответствовали свои документы сбора,

источники получения информации, объект и объем исследования. Объектом наблюдения явились женщины репродуктивного возраста с абортom в анамнезе, постоянно проживающими в г. Москва. Контрольная группа, подобранная по методу «пара-копий», явилась максимально идентичной основной. Критерием отличия явилось отсутствие аборта в анамнезе женщин.

Для оценки заболеваемости женщин был проведен анализ 1132 выборочных карт из первичной медицинской документации, для изучения социально-гигиенических аспектов образа жизни женщин проанализировано 722 анкеты; для определения эффективности предложенных мероприятий – 205 анкет, что позволило решить поставленные цель и задачи.

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.

Детальный анализ структуры беременности, родов и послеродового периода, протекающих с осложнениями выявил, что среди женщин основной группы чаще встречались беременности, не окончившиеся родами (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.

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%, $p < 0,05$). 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 ($p < 0,01$), в группе 29-39 лет – в 1,9 раз ($p < 0,01$), в группе 40-50 – в 1,5 раза ($p < 0,01$).

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 половых – 11,3%, венерические заболевания – 4,2%, прочие – 2,5%. 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 ($p < 0,5$), 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 ($p < 0,5$), в 1,9 раза – доброкачественные образования яичников ($p < 0,05$).

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, а среди женщин контрольной группы таковых было в 1,5 раза меньше и составило 26,9%.

Социально-гигиеническое исследование женщин репродуктивного возраста показало, что их средний возраст составил $33,2 \pm 0,6$ года. Высшее образование имели 66,3% женщин основной группы и 57,6% женщин контрольной группы. Работали 68,2% женщин основной группы и 60,8% женщин контрольной группы. В целом в большинстве случаев женщины являлись служащими (49,1%) и рабочими (16,8%), средний стаж составил $12,5 \pm 0,4$ у женщин основной группы и $9,4 \pm 0,6$ среди женщин контрольной группы.

Анализ семейного статуса показал, что 69,5% женщин основной группы и 65,0% женщин контрольной группы состояли в официальном браке. Среди

женщин основной группы в 1,7 раз больше одиноких женщин (незамужних и разведенных женщин), а среди женщин контрольной группы в 6,6 раз больше вдов. Женщины основной группы в 1,3 раза достоверно чаще имели детей (79,2% и 61,8% соответственно, $p < 0,05$). Отмечено, что женщины основной группы достоверно чаще в 1,7 раза не планировали рождение детей (24,1% против 13,6% соответственно, $p < 0,05$). В основной группе среднее число детей на одну женщину составило $1,58 \pm 0,06$, тогда как в контрольной группе – $1,46 \pm 0,08$. Женщины основной группы чаще имеют двух и более детей, когда как женщины контрольной группы чаще не имеют детей ($p < 0,05$).

При анализе совместно проживающих между исследуемыми группами выявлено, что достоверно чаще в 1,6 раза женщины основной группы проживают с супругом, а именно в официальном зарегистрированном браке (43,6 против 26,2 на 100 обследованных, $p < 0,0001$), а также с детьми (40,6 против 21,8 на 100 обследованных, $p < 0,0001$). В контрольной группе достоверно чаще встречаются случаи одиночного проживания (4,9 против 0,8 на 100 обследованных, $p < 0,05$).

Выявлено, что большая часть обследованных женщин проживали в отдельной собственной квартире. Женщины основной группы в 1,2 раза чаще проживали в съемной квартире, в 1,6 раза чаще – с супругом, в 1,9 раз чаще – с супругом и детьми. Женщины контрольной группы чаще в 1,3 раза проживали в родительской квартире, в 5,8 раз – одиноко.

Частые конфликтные ситуации встречались у 27,9% женщин основной группы и у 13,3% женщин контрольной группы. В целом низкая оценка удовлетворенности бытовыми условиями у женщин основной группы встречалась в 1,9 раза чаще.

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%). Среди женщин, применяющих контрацептивы, в основной группе 27,2% использует их нерегулярно, а среди женщин контрольной группы таковых 18,3%.

Из используемых методов 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).

Женщины основной группы в 1,8 раза достоверно чаще использовали экстренную контрацепцию для предотвращения наступления беременности, чем женщины контрольной группы (47,4% против 26,2% соответственно, $p < 0,0001$).

Выбор методов контрацепции в половине случаев осуществлялся женщиной на основании данных интернета и средств массовой информации, научно-популярной литературы, каждая шестая женщина основывалась на советах полового партнера, каждая двадцать пятая – на советах знакомых и родственников. Лишь каждая 3 женщина получала информацию от врача акушера-гинеколога. 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.

Результаты исследования репродуктивных установок показали, что с увеличением числа детей у женщины увеличивается и число аборт. У женщин, имеющего одного ребенка среднее число аборт было $1,27 \pm 0,06$; имеющих двоих детей – $1,86 \pm 0,05$; имеющих троих детей – $1,38 \pm 0,04$; имеющих четверо и более детей – $2,10 \pm 0,04$.

Анализ удельного веса аборт по возрастным группам показал, что в возрастной группе 18-28 лет аборт имела практически каждая восьмая женщина (12,1%), среди женщин в возрастной группе 29-39 лет – каждая вторая (47,8%), в возрастной группе 40-50 лет – каждая третья (40,1%).

Распределение женщин по числу аборт выявило, что один аборт имели 72,5% женщин, 2 аборт – 16,9%, 3 аборт – 6,5%, 4 и более – 3,9%. Следует отметить, что доля женщин, сделавших аборт среди первобеременных, составила 7,4%.

Среднее число аборт на одну женщину составляет $1,8 \pm 0,2$ и имеет

достоверное увеличение ($p < 0,05$) с возрастом (от 1,2 до 2,2). Наибольшее число аборт было выявлено в возрастной группе 40-50 лет, что составило в 1,8 раза выше, чем в возрастной группе 18-28 лет. Число аборт в 1,3 раза достоверно больше у незамужних женщин по сравнению с женщинами, состоящими в браке ($1,8 \pm 0,2$ и $1,4 \pm 0,3$ соответственно).

Изучение причин аборта показало, что у большинства женщин аборт сделан по их собственному желанию, у каждой четвертой женщины – по медицинским показаниям, у каждой 30-ой женщины аборт обусловлен социальными показаниями. При анализе видов выполнения абортов среди обследованных женщин по возрастным группам установлено, что во всех возрастных группах прерывание беременности чаще проводилось по собственному желанию женщин; с возрастом имеется тенденция к увеличению таких видов абортов.

Основными причинами абортов по собственному желанию явились незапланированная беременность при наличии желаемого числа детей (64,9 на 100 опрошенных), материальные трудности (58,4 опрошенных), неудовлетворенность жилищными условиями (51,9 опрошенных). Каждая третья женщина отмечала нежелание прерывать карьеру, каждая шестая совершала аборт под давлением полового партнера или родителей.

Сравнение характеристик медицинской активности показало, что женщины основной группы достоверно чаще не наблюдались у врача акушера-гинеколога (21,4% женщин основной группы против 14,9% женщин контрольной группы). Установлено, что женщины основной группы чаще, чем женщины контрольной группы несвоевременно посещают врача акушера-гинеколога (45,7% против 30,9% соответственно, $p < 0,05$).

Женщины основной группы в 1,6 раза чаще не считали нужным выполнение рекомендаций. Из данных рекомендаций женщины основной группы достоверно чаще отмечали выполнение рекомендаций по лечению, когда как женщины контрольной группы – профилактических.

Анализ гигиенического поведения выявил тенденции к ношению узких джинсов и брюк, каждая пятая женщина предпочитала узкие юбки. Также часто

женщины отмечали, что носят одежду, не соответствующую погоде. Изучение гигиенического поведения выявило, что треть женщин проводили гигиенические процедуры женщины нерегулярно, а каждая пятая отмечала использование тампонов в первые дни менструаций.

Среди характеристик биосоциальной активности оценка удовлетворенности была выше среди женщин контрольной группы: физической активностью (в 2,2 раза), питанием (в 1,3 раза) и сном (в 1,4 раза). Женщины основной группы достоверно чаще в 1,3 раза курили и в 1,4 раза регулярно употребляли алкоголь.

Комплексная оценка медицинской активности включала такие критерии, как наблюдение у врача акушера-гинеколога, своевременность обращения при заболевании и для профилактического осмотра, выполнение лечебных и профилактических рекомендаций врача акушера-гинеколога, а также оценка медицинской грамотности, особенностей гигиенического поведения и биосоциальной активности. Проведенный анализ свидетельствует о том, что 42,4% женщин основной группы и 18,7% женщин контрольной группы имели низкий уровень медицинской активности.

Полученные данные при анализе места проведения операции аборт в равных долях распределилось среди государственных и частных медицинских организаций (51,6% и 47,1% соответственно), вне медицинской организации проводилось 1,3% аборт.

Причинами выбора частной медицинской организации женщины указали отсутствие «минуты молчания» (61,8 случаев на 100 опрошенных), более комфортные условия пребывания (60,3 случаев на 100 опрошенных), соблюдение конфиденциальности (45,6 случаев на 100 опрошенных) и повышенное внимание со стороны персонала к пациентам (32,4 случаев на 100 опрошенных). Причинами выбора государственной медицинской организации явились: оказание помощи по ОМС (79,2 случаев на 100 опрошенных), территориальная близость (63,6 случаев на 100 опрошенных), длительное наблюдение одного врача (52,8 случаев на 100 опрошенных), желание наблюдаться в одной организации (39,1 на 100 опрошенных).

Анализ возникших осложнений после аборта показал, что наиболее часто встречались гормональные нарушения (41,9%), невозможность дальнейшего зачатия (30,7%), осложненное течение последующих беременностей (невынашивание беременности, замершие беременности и др.) – 24,5%, прочие – 2,9%.

Отмечено, что удельный вес женщин с осложнениями после проведенного аборта в 1,7 раза достоверно ($p < 0,05$) выше в частных медицинских организациях по сравнению с государственными медицинскими организациями.

Анализ полученных данных показал, что в 42,2% случаев на формирование неблагоприятных показателей здоровья оказывает влияние низкий уровень медицинской активности, в 31,7% случаев – репродуктивные установки и в 26,1% – неудовлетворительные социально-бытовые условия жизни.

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

Повышение уровня медицинской активности обследуемых женщин привело к увеличению удельного веса женщин, имеющих положительные изменения образа жизни. Так, среди женщин, изменивших свое медицинское поведение, увеличилась своевременность обращения к врачу (в 1,1 раза); доля женщин, выполняющих рекомендации врача (в 1,6 раза); удельный вес женщин, имеющих благоприятные гигиенические навыки (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), доля женщин, получающих информацию о контрацепции не от квалифицированного работника (в 3,3 раза), а также сократилась кратность заболеваний в течение года (в 2,2 раза).

Таким образом, разработанные в процессе исследования мероприятия, эффективны и могут быть использованы для работы с женщинами фертильного возраста в учреждениях акушерско-гинекологического профиля.

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, расстройство питания и нарушение 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 одиноко. 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 ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамян С.М. Медико-социальная характеристика и пути оптимизации медицинской помощи девочкам-подросткам с хроническим неспецифическим вульвовагинитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.М. Абрамян. – Санкт-Петербург, 2006. – 24 с.
2. Айламазян Э.К. Теория и практика общей экологической репродуктологии / Э.К. Айламазян, Т.В. Беляева // Журн. акушерства и женских болезней. – 2000. – Вып.3. – С. 8-10.
3. Акопян А.С. Биосоциальные аспекты репродукции человека и приоритеты демографической политики / А. С. Акопян // Проблемы репродукции. – 2008. – № 3. – С. 6–17.
4. Акьюлов Р.И. Семейная и молодежная политика как формы регулирования воспроизводства населения региона / Р. И. Акьюлов, О. Б. Франц, Е. И. Акьюлова // Экономика региона. – 2009. – № 4. – С. 13–19.
5. Алексеева В.М. Основные тенденции в оказании специализированной помощи женщинам с бесплодием / В.М. Алексеева, М.А. Машина // Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья», Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – М., 2013. – С. 58 – 60.
6. Амлаев К.Р. Результаты изучения образа жизни и грамотности молодежи в вопросах здоровья / К.Р. Амлаев, В.Б. Зафирова, Е.В. Степанова // Профилактическая медицина. – 2014. – №3 – С.40-44.
7. Андреева М.В. Состояние репродуктивного здоровья женщин и здоровья их потомства в регионе с экологически напряжённой обстановкой / М.В. Андреева // Журн. акушерства и женских болезней. –2000. – Вып. 3. – С. 29- 30.

8. Анкирская А.С. Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища [Текст] / А.С. Анкирская, В.В. Муравьева // Диагностика оппортунистических вагинитов (медицинская технология). – М., 2013. – С. 19.
9. Антимонова М.Ю. Научное обоснование системы охраны репродуктивного здоровья семьи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/ М.Ю. Антимонова. – М., 2007. – 27 с.
10. Арутюнян Ф.Ю. Медико-социальные основы совершенствования охраны репродуктивного здоровья девочек в возрасте до 18 лет (социально-гигиеническое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ф.Ю.Арутюнян. – Москва, 2004. – 24 с.
11. Архангельский В.Н. К оценке резервов повышения рождаемости в России и ее регионах / В. Н. Архангельский // Матер. Всероссийской науч.- практ. конф. «Демографическое настоящее и будущее России и ее регионов» – М., 2012. – С. 11–25.
12. Атамбаева Р.М. Медико-социальные аспекты формирования и охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков кыргызской республики: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2016. – 48 с.
13. Ахмятова С.Х. Медико-социальные аспекты абортов и их профилактика среди учащейся молодежи: дис. кандидата мед. наук – М.,2012. – 174 с.
14. Балакирева А.В. Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей: автореф. дис. кандидата мед. наук – М.,2017. – 24 с.
15. Бантьева М.Н. Возрастные аспекты заболеваемости взрослого населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения / М.Н. Бантьева, Н.С. Прилипко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 4. – С. 32–36.
16. Банюшевич Ирина Анатольевна. Комплексное медико-социальное исследование проблемы аборта на территории Омской обл.: дис. ... кандидата мед. наук.- Новосибирск, 2006.- 143 с.
17. Баранов А.Н. Особенности течения беременности и родов у подростков / А.Н. Баранов // Акушерство и гинекология. – 2000. – №8. – С. 25-33.

18. Баранов А.А. Репродуктивное здоровье детей Российской Федерации: проблемы и пути их решения / А. А. Баранов, С. М. Шарков, С. П. Яцык // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 1. – С. 4–7.
19. Белов В.Б. Проблемы повышения рождаемости на современном этапе / В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории мед. – 2008. – № 6. – С. 3-6.
20. Богданова Т.Г. Научные основы реализации стратегии развития репродуктивного потенциала региона как ведущего направления государственной демографической политики: автореф. дис. ... доктор. мед. наук – М., 2020 – 47 с.
21. Богза О.Г. Медико-социальные аспекты младенческой смертности на региональном уровне: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Омск, 2017 – 25 с.
22. Бурмистрова Т.И. Организация службы охраны здоровья матери и ребенка и современные технологии снижения фетоинфантильных потерь в Приморском крае: автореф. дис. ... доктор. мед. наук. 14.00.09, 14.00.33/ Т.И. Бурмистрова. – М., 2006 – 46 с.
23. Бурмистрова Т.И. Репродуктивное здоровье. Проблемы и возможности их решения в Приморском крае / Т.И. Бурмистрова, Л.А. Несвяченная, Г.П. Горшунова // Материалы Дальневост. регион. научно-практ.конф. «Новые технологии в акушерстве и гинекологии» Хабаровск: ДВГМУ, 2006. – С. 43 – 45.
24. Бурмистрова Т.И. Генеративное здоровье женщин – медицинских работников / Т.И. Бурмистрова, А.А. Потапенко, А.А. Шепарев, [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал, 2006. – №3 – С.55–57.
25. Бушмелева Н.Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регионе (на примере Удмуртской Республики): автореф. дис... д-ра мед. наук – 14.02.03 / Н. Н. Бушмелева. – М., 2015. – 48 с.
26. Бычков В.И. Исследование влияния внешних факторов на репродуктивную систему и генеративный мониторинг / В. И. Бычков [и др.] // системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины.– Москва, 2012. –Т. 11. - №1. –С.163- 169.
27. Ваганов Н.Н. Здоровье женщин России / Н.Н. Ваганов. – Москва, 1998. – 96

с.

28. Вартамян Э.В. Преодоление повторных неудач ВРТ: автореф. дис. ... доктор. мед. наук. 14.01.01 / Э.В. Вартамян. – М., 2011.– 46 с.
29. Вартапетова Н.В. Научное обоснование, разработка и внедрение организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на современном этапе: автореф. дис. ... доктор. мед. наук. 14.02.03/ Н.В. Вартапетова. – М., 2011– 46 с.
30. Вахрушева Ю.Н. Научное обоснование оптимизации медицинской помощи женщинам с ранней спонтанной потерей беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2022 – 24 с.
31. Вербицкая Е.Ю. Исследование качества медико-социальной помощи беременным старшего репродуктивного возраста по материалам экспертных оценок / Е.Ю. Вербицкая // Межинститутская научная конференция с международным участием «Теория и практика достижений современной медицины». – М., 2011. – С. 25 –27.
32. Вишневский А.Г. Россия: демографические итоги двух десятилетий / А. Г. Вишневский // Мир России: Социология, этнология. – 2012. – Т. 21. – № 3. – С. 3–40.
33. Владимирова И.В. Прогнозирование исходов программ вспомогательных репродуктивных технологий с использованием молекулярно-генетических маркеров / И.В. Владимирова, Е.А. Калинина, А.Е. Донников // Гинекология. – 2014. – № 6. – С. 33 –36.
34. Ворыханов А.В. Организация медицинской помощи женщинам с патологией беременности, родов и послеродового периода в условиях многопрофильного стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2016 – 25 с.
35. Гараева А.С. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию охраны репродуктивного здоровья женщины-матери в условиях высокой рождаемости: автореф. дис. ... доктор. мед. наук – М., 2018 – 43 с.
36. Генс А.Б. Проблема аборта в СССР, М.:, 1929. - 90 с.
37. Гинзбург Б.Г. Состояние здоровья детей, рожденных в семьях с

невынашиванием беременности: автореф. дис. ... доктор. мед. наук – М., 2017 – 44 с.

38. Говоров С.В. Моделирование и прогнозирование качества жизни беременных женщин по их медико-социальным характеристикам / С.В. Говоров Н.Б. Костюкова, Г.Я. Клименко // Уральский медицинский журнал. – 2009. – № 10 (64). – С. 162 – 164.

39. Гонежукова Б.Р., Чахоян А.О. Социологическая характеристика репродуктивного поведения городской молодежи // Социология города. - 2011. - № 1. - С. 49-53.

40. Гонежукова Б.Р. Социальные параметры отношения к контрацепции студенток вузов: дис. ... кандидат мед. наук – Волгоград, 2011- 150 с.

41. Государственная охрана прав матери и ребенка в СССР (сборник важнейших официальных материалов), М.: 1952. - 60 с.

42. Гряниченко Н.А. Медико-социальные факторы искусственного прерывания беременности: дис. кандидата мед. наук - Волгоград, 2006. – 138 с.

43. Дахкильгова Х.Т. Грамотность населения в вопросах здоровья, меры по ее улучшению: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2021 – 23 с.

44. Денисов М.С. Репродуктивное здоровье девушек-студенток: медико-статистические особенности, факторы риска, проблемы охраны (комплексное медико-социальное исследование по материалам Чувашской Республики): автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2018 – 25 с.

45. Дворникова З. Г. Воспаление как причинный фактор неразвивающейся беременности / З. Г. Дворникова, Н. А. Арапова, С. В. Савенко, Н. И. Лисова // Матер. IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 70.

46. Джалилова Г.А. Оценка показателей репродуктивного здоровья женщин в Узбекистане / Джалилова Г. А., Исаев И. С., Икрамова М. И., Раджабова Н. А. // Молодой ученый. – 2014. – №3. – С. 176 –178.

47. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г. [Электронный ресурс] // ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report-2012>.

48. Жильцова Е.Е. Обоснование развития региональной системы профилактики и оптимизации специализированной медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем: автореф. дис... д-ра мед. наук – 14.02.03 / Е. Е. Жильцова. – М., 2013. – 49 с.
49. Зазулина Я.А. Возможности прогнозирования результата программы экстракорпорального оплодотворения на этапе прегравидарной подготовки супружеской пары / Зазулина Я.А. // Аспирантский вестник Поволжья. – 2016. – № 1 – 2. – С. 17 – 20.
50. Иванова Л.В. Современные аспекты в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний придатков матки на фоне внутриматочных спиралей и их последствий в отдалённом периоде / Л.В. Иванова, Л.Ш. Горбакова, Н.Л. Немет // Журн. акушерства и женских болезней. – 1999. – Вып. 2. – С. 17-21.
51. Исакова П.В. Научно - организационные подходы к снижению младенческой смертности в чеченской республике: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2018 – 24 с.
52. Кабочкин А.А. Медико-социальное исследование здоровья беременных, рожениц и родильниц в крупном промышленном центре: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2014 – 25 с.
53. Калинин О.Б. Обоснование необходимости коррекции биоценоза влагалища женщин с эндокринным бесплодием с целью снижения частоты осложнений индуцированной беременности / О.Б. Калинин, В.А. Мельников // Материалы Республ. науч.-практич. конф. «Инновационные технологии в охране репродуктивного здоровья женщины». – Екатеринбург, 2007. – С. 216 – 218.
54. Киселев А.М. Медико-социальные гинекологической заболеваемости и пути оптимизации медицинской помощи женщинам позднего репродуктивного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03 / А.М.Киселев. – Рязань, 2011. – 26 с.
55. Комличенко Э.В. Репродуктивное здоровье женщин и обоснование системы мер по его улучшению (на примере Санкт-Петербурга): автореф. дис. ... докт- тора мед. наук.14.02.03/ Э.В.Комличенко. – СПб., 2010 – 42 с.

56. Комличенко Э.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин (монография) / Комличенко Э.В., Петрова Н.Г. – СПб.: Изд-во СПбГУПС, 2010. – 150 с.
57. Конаков С.А. Медико-социальные аспекты абортов в мегаполисе: дис. ... кандидат мед. наук – М., 2014. – 150 С.
58. Коротких И.Н. Анализ факторов риска развития гнойно-септических осложнений у пациенток после самостоятельных и оперативных родов / И.Н. Коротких [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины.– Москва, 2011.– Т.10. - №2. –С.349-354.
59. Костин И.Г. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: автореф. дис. ... доктора мед. наук. 14.01.01, 14.02.03 / И.Г.Костин. – СПб., 2010 – 42 с.
60. Костин И.Н. Доказательная медицина – основа практики современного врача // StatusPraesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. – 2009. – №1 (пилотный). – С. 43 – 51.
61. Кострыкина Л.С. Комплексное медико-социологическое исследование искусственного прерывания беременности (по данным Астраханской обл.): дис. кандидат мед. наук. – М., 2014. – 130 с.
62. Костюкова Н.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин и пути его повышения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03 / Н.Б.Костюкова. – М., 2011. – 22 с.
63. Костюкова Н.Б. Прогнозирование состояния репродуктивного здоровья женщин по их медико-социальным характеристикам / Н.Б. Костюкова Н.В. Наумов, А.В. Демидов // Управление, информация и оптимизация: материалы Всероссийской научной школы. – Воронеж, 2011. – С. 32 – 34.
64. Костюкова Н.Б. Оценка репродуктивного здоровья женщин // Современные проблемы науки и образования // Врач-аспирант: научно-практический журнал. – Воронеж, 2012. – № 1(50). – С. 55–60.
65. Кошель Е.М. Медико-социальная характеристика девочек подростков

города Ставрополя. / В.А. Аксененко, Е.М. Кошель // Материалы IV съезда акушеров- гинекологов России. – М., 2008. – С.300 –301.

66. Кошель Е.М. Медико-социальные аспекты нарушения репродуктивного здоровья детей 11-18 лет: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03 / Е.М. Кошель. – М., 2010 – 22 с.

67. Красникова М.Б. Психологические особенности юных женщин, прервавших первую беременность медицинским абортom / М. Б. Красникова, А. Н. Додонов, Т. Б. Трубина, В. Б. Трубин, Р. Ф. Ахмадеев // Матер. IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 131–132.

68. Крутова В.А., Ермошенко Б.Г. Причины женского бесплодия (обзор литературы) // Успехи современного естествознания. – 2005. - №11 - С.16-19.

69. Кузнецова Т.В. Медико-статистический анализ динамики репродуктивных исходов в России за период 1999-2008 гг. / Т.В. Кузнецова // Информационно-аналитический Вестник «Социальные аспекты здоровья населения». – 2009. – №4 – С. 12.

70. Кузнецова Т.В. Медико-социальные факторы, определяющие репродуктивное поведение женщин в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03 / Т.В. Кузнецова. – М., 2011 – 26 с.

71. Кузьмичев К.А. Медико-социальное исследование здоровья детей, рожденных женщинами позднего репродуктивного возраста после применения вспомогательных репродуктивных технологий: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Самара, 2022 – 24 с.

72. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 2. – С. 4-7.

73. Курбанисмаилов Р.Б. Совершенствование системы управления маршрутизацией беременных на основе перинатального мониторинга: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Красноярск, 2021 – 25 с.

74. Лавлинская Л.И., Лавлинская Т.А., Щетинина Н.А. Социально-гигиеническая характеристика возрастных и молодых первородящих // Международный научно-исследовательский журнал. - 2016.- № 8-2 (50). - С. 103-

105.

75. Лавлинская Л.И., Ситникова Л.Н. Репродуктивное поведение студентов медицинского вуза // Материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения, 2014. - С. 193- 194.

76. Лавров А.Н. Медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья и разработка организационной модели системы охраны здоровья женщин фертильного возраста: автореф. дис. ... докт. мед. наук / А.Н.Лавров. – М., 2004. – 48 с.

77. Леви М.Ф. Аборт и борьба с ним, М.: 1937. - 61 с.

78. Ленкин С.Г. Медико-социальные проблемы инфекций, передаваемых половым путем, и система их контроля в коммерческих медицинских организациях: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Москва, 2018 – 25 с.

79. Ли-Ги-Ру С.Ю. Состояние здоровья и оказание медицинской помощи беременным женщинам мигранткам (на примере города Красноярск): дис. кандидат мед. наук – М., 2014. -152 с.

80. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. М.: Геотар-Медиа. 2007. - 512 с.

81. Липатов А.Н. Комплексное социально-гигиеническое исследование причин абортов и организация мероприятий по планированию семьи в условиях сельского района: дис. ... кандидата мед. наук - Казань, 1997 г. – 198 с.

82. Магомедова А.М. Научно-организационное обоснование оптимизации модели родовспоможения в республике Дагестан: дис. кандидат мед. наук – М., 2014. -130 с.

83. Макаров К.Ю. Медико-социальная характеристика женщин с хроническими воспалительными заболеваниями / К.Ю. Макаров, А.В. Ефремов, А.Н. Трунов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – № 2. – С. 37 – 39.

84. Максимова Т.М. Особенности здоровья в условиях формирования новой социальной структуры населения / Т.М. Максимова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №5. – С. 9-15.

85. Малова И.О. Рациональная терапия урогенитального хламидиоза у женщин репродуктивного возраста / И. О. Малова, И. А Сидорова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 15– 21.
86. Малышева З.В. Медико-экологические аспекты охраны репродуктивного здоровья женщин / З.В. Малышева, И.Ф. Тютюнник, Н.Д. Алексеева // Журн. акушерства и женских болезней. – 2000. – Вып.3. – С. 20-23.
87. Малышева О.А. Гендерные, биологические и социальные предиктор-факторы нарушений репродуктивной функции у девушек и молодых женщин - студенток медицинского вуза: автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2012. - 24 с.
88. Манакина Е.С. Научное обоснование модели профилактической деятельности специалиста акушерского дела в условиях женской консультации межрайонного центра: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Москва, 2017 – 25 с.
89. Маринина Е.И. Индивидуальное прогнозирование риска воспалительных заболеваний гениталий у девочек-подростков / Е.И. Маринина, А.О. Руднева, А.В. Чернов // Моделирование и управление процессами в здравоохранении: межвуз. сб. науч. тр.– Воронеж: ФГБОУВПО Воронежский государственный технический университет, 2011. – С. 8-13.
90. Мартиросян М.М. Социально-экономические условия как важнейший фактор, влияющий на состояние здоровья и уровень смертности населения / М. М. Мартиросян, Э.В. Комличенко, М.В. Петров // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб., 2009. – С. 83 – 85.
91. Машина М.А. Оптимизация специализированной медицинской помощи бесплодной паре: автореф. дис... канд. мед. наук – 14.02.03 / М. А. Машина. – М., 2015. – 24 с.
92. Машина М.А. Проблемы изменения репродуктивного поведения и реализации репродуктивной функции / М.А. Машина, Е.Н. Шарапова, В.Н. Кузьмин // Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач». – 2014. – № 12. – С. 22 – 24.
93. Медведева О.В. Медико-социальные особенности современной семьи и

- научное обоснование совершенствования региональной семейной политики: автореф. дис. ... доктора мед. наук / О.В.Медведева. – Рязань, 2010. – 46 с.
94. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов; учебник для колледжей и училищ/ В.А. Медик, В.К. Юрьев. – Москва : ИКЦ «Академкнига», 2008. – 223 с.
95. Мингалеева Н.В. Комплексное медико-социальное исследование и научное обоснование оптимизации гинекологической помощи на региональном уровне: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Н.В. Мингалеева. – М., 2008. – 48 с.
96. Мингалеева Н.В. Медико-социальные аспекты гинекологической заболеваемости / Н.В. Мингалеева // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 4. – С. 21 – 24.
97. Моисеева К.Е. Состояние и пути совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения: автореф. дис. ... докт. мед. наук – Санкт- Петербург, 2021. – 44 с.
98. Мустафина Г.Т. Научное обоснование медико-организационных мероприятий по охране здоровья женщин: автореф. дис. ... докт. мед. наук – Уфа, 2018. – 46 с.
99. Мустафина Г.Т., Шарафутдинова Н.Х., Халикова Л.Р. Клинико-статистическая характеристика женщин с бесплодием // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - №5.
100. Мухамедшина В.Р. Влияние методов контрацепции на репродуктивное здоровье женщин / В. Р. Мухамедшина, Т. М. Соколова, К. Ю. Макаров // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26. – № 3. – Выпуск 1. - С. 66 –68.
101. Мухамедшина В.Р. Особенности состояния репродуктивной системы работниц горно-обогатительного комбината алмазодобывающей промышленности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.01.01 / В.Р. Мухамедшина. – Новосибирск, 2012 – 20 с.
102. Нагаев Р.Я. Социально-экономические факторы и здоровье населения / Р.Я. Нагаев, И.М. Бакиев, Т.Ю. Лехмус [и др.] // Здравоохранение и социальное развитие Башкортостана. – 2009. – № 4. – С. 213 – 216.

103. Нагаев Р.Я. Медико-социальные аспекты здоровья подростков 10-17 лет на уровне субъектов Российской Федерации: автореф. дис... доктора мед. наук: 14.02.03 / Р.Я.Нагаев. – М., 2016. – 48 с.
104. Нукушева С.Г. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин в современных условиях: проблемы и пути их решения. – Алматы: «Алем», 2004. – 175 с.
105. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: в 2 т./под ред. В.З. Кучеренко.– Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.– 688+160 с.
106. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова [и др.] – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.– 624 с.
107. Основные положения Концепции развития здравоохранения России до 2020 года // Консультант Плюс – надёжная правовая поддержка [Электронный ресурс]: офиц. Сайт компании Консультант Плюс. – Москва, сор. 1997-2016. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>
108. Павлов А.В. Совершенствование перинатальной помощи женщинам и новорожденным в регионе с низкой плотностью населения (на примере Красноярского Края): дис. кандидат мед. наук – Пермь, 2008 – 138 С.
109. Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю. Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - №8-5. - С.727-731.
110. Петрова Н.Г. Организационные технологии в охране репродуктивного здоровья / Петрова Н.Г., Балохина С.А., Комличенко Э.В. // Инновационные технологии в биологии и медицине: Мат. межд. конгресса «Здоровье и образование в XXI веке». – М., 2009. – С. 325.
111. Петрова Н.Г. О результатах экспертной оценки качества гинекологической помощи женщинам старшего возраста / Н. Г. Петрова, Э.В. Комличенко, Т.М. Зубарева // Пушкинские чтения: Сб. науч. тр. V науч.-практ. геронтологической конференции с международным участием. – СПб., 2009. – С. 76–78.
112. Петрова Е.И. Организационные аспекты совершенствования службы родовспоможения региона: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 / Е.И.

Петрова. – Рязань, 2014. – 26 с.

113. Перепелова О.В. Обеспечение пациентоориентированности при организации платных медицинских услуг: автореф. дис... канд. мед. наук – М., 2021. – 24 с.

114. Полунин В.С. Теоретические и практические подходы к оздоровлению населения: дисс. докт. мед. наук. – М, 2000. – 428 с.

115. Полунина Н.В. Особенности состояния здоровья родителей, имеющих детей раннего возраста с тяжелыми формами ретинопатии недоношенных / Н.В. Полунина, Е.Г. Дубович // Материалы I международного Конгресса по перинатальной медицине, VI Ежегодного Конгресса специалистов перинатальной медицины. – 2011. – С. 137.

116. Полунина Н.В. Влияние психологического состояния родителей на развитие недоношенных детей с тяжелыми формами ретинопатии / Н. В. Полунина, Е. С. Кешишян, Е. Г. Дубович // Сб. научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием.- М.:ФГУ "МНИИ ГБ им. Гельмгольца" Минздрава России. – 2011. – С. 150 – 155.

117. Приказ Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинским по профилю «акушерство и гинекология» - М., 2020.

118. Приступа Е.М. Медико-организационные подходы к обеспечению доступности первичной акушерско-гинекологической помощи на сельском врачебном участке: дис. кандидат мед. наук – М., 2015. -202 с.

119. Прокопов А.Ю. Научное обоснование модели трехэтапной организации медицинской помощи женщинам, страдающим бесплодием: автореф. дис... канд. мед. наук – М., 2021. – 24 с.

120. Посисеева Л.В. К вопросу об охране женского и мужского репродуктивного здоровья: инфекционные причины репродуктивных потерь (клинические и организационные аспекты) /Л. В. Посисеева, М. А. Ратманов // Медицинский альманах. – 2014. – № 5 (35). – С. 100–102.

121. Радзинский В.Е. Интранатальные факторы риска и неонатальные исходы /

В. Е. Радзинский, И. Н. Костин, Н. Ю. Лаврова // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – № 4. – Т. VII. – С. 73-75.

122. Рафиева З.Х. Особенности репродуктивного здоровья женщин при воздействии психотравмирующих факторов: автореф. дис... доктора мед. наук:14.01.01 / З.Х.Рафиева. – Душанбе., 2010. – 48 с.

123. Рахматуллин Э.В. Медико-социальные аспекты рождаемости и репродуктивного поведения женщин в муниципальном районе: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.33 / Э.В. Рахматуллин. – М., 2008. – 24 с.

124. Романова О.В. Медико-социальные аспекты заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в условиях реализации целевых профилактических программ: автореф. дис... канд. мед. наук – М., 2018. – 23 с.

125. Российский статистический сборник «Семья и дети в России. 2021»/ Росстат, Общественная палата Российской Федерации, 2021. – 116 с.

126. Руднев А.О. Медико-социальные аспекты насилия в отношении женщин в семье (распространенность, факторы риска и профилактика): дис. кандидат мед. наук – М., 2015 – 194 с.

127. Самарина Е.А. Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья женщин, находящихся в исправительных учреждениях: автореф. дис... канд. мед. наук – М., 2018. – 25 с

128. Семикина Н.А., Трошина Г.К. Изучение мнений женщин о причинах искусственного прерывания беременности – М., 2013

129. Семья-здоровье-общество. Под ред. М.С. Бедного, 1986. - 240 с.

130. Сергейко И.И. Научное обоснование снижения материнской смертности и репродуктивных потерь: автореф. дис... д-ра мед. наук 14.02.03 / И. И. Сергейко. – М., 2014. – 49 с.

131. Сисаури Н.Д. Оптимизация медико-организационный мероприятий при бесплодном браке (на уровне городского специализированного центра андрогинекологического профиля): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Д. Сисаури.– М., 2005. – 24 с.

132. Соколова Т.М. Особенности репродуктивного здоровья женщин в условиях

Крайнего Севера / Т. М. Соколова, В. Р. Мухамедшина // Приоритетные направления развития науки, технологий и техники: материалы международной научной конференции. Египет, 2009 // Современные наукоемкие технологии. – 2009. – № 10. – С. 69.

133. Соломатин Д.В. Медико-социальная реабилитация женщин с факторами риска репродуктивного здоровья: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.54 / Д. В. Соломатин. – М., 2006. – 28 с.

134. Стародубов В.И. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России [Электронный ресурс] / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова, Ю.Г. Сыченко // Соц. аспекты здоровья населения. – 2011. – № 6 (22). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/360/30/>

135. Статистический сборник: Здравоохранение в России 2021. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218>

136. Степанова Е.В. Совершенствование организации медико-социальной помощи женщинам с хроническими заболеваниями репродуктивной сферы: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 / Е.В.Степанова. – Ставрополь, 2016. – 26с.

137. Стукалов А.Ф. Концептуальный подход к управлению демографической ситуацией в регионе / А. Ф. Стукалов, С. А. Немцева // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Социальное здоровье нации и будущее национальной медицины». – Белгород, 2006. – С. 22 –230.

138. Ступак В.С. Региональная модель профилактики перинатальной патологии в субъекте российской федерации с низкой плотностью населения (на примере Хабаровского края): автореф. дис... докт. мед. наук – Хабаровск, 2012. – 53 с.

139. Сулейманова Н.Д. Научное обоснование комплекса мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний женских половых органов в сельской местности: автореф. дис... докт. мед. наук – М., 2016. – 46 с.

140. Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России :дис...д-ра мед. наук / Л. П. Суханова. –

М., 2006. – 335 с.

141. Сухих Г.Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению [Текст]: руководство / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. - 2-е изд. испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 784 с.

142. Тебелев Б.Г. Основные причины и способы профилактики ранних репродуктивных потерь / Б. Г. Тебелев, И. Е. Рогожина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – № 3. – С. 593–598.

143. Тетелютин А.О., Стрелков Н.С., Малмыгин Д.А., Бушмелева Н.Н., Соколова Т.А. Социально-гигиеническая характеристика здоровья женщин, проживающих на территории хранения химического оружия. Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 10 – С. 78-81.

144. Тихонов М.Ю. Совершенствование медико-организационных аспектов повышения роли беременных в профилактике акушерской и перинатальной патологии: дис. кандидат мед. наук –М., 2018 – 222 с.

145. Ткаченко Л.В. Факторы риска нейроэндокринных нарушений репродуктивного здоровья женщин / Л.В. Ткаченко // Журн. акушерства и женских болезней. – 2000. – Вып. 3. – С. 36-39.

146. Токтар Л.Р. Влияние первого аборта на течение повторных беременностей и их исходов /Л.Р. Токтар, М.К. Байкова, Е.В. Бивол, А.К. Оганесян, А.А. Лукаев // Вестник РУДН, сер. Медицина. Акушерство и гинекология. – 2010. - № 6. – С. 105-112.

147. Токова З.З. Гинекологический анамнез женщин, поступивших для лечения в программы вспомогательных репродуктивных технологий [Текст] / З.З. Токова, И.Е. Корнеева, Е.Н. Медведева [и др.] // Гинекология. – 2013. – № 05. – С. 56 – 55.

148. Тюмина О.В. Научное обоснование системы мероприятий по совершенствованию медицинской помощи женщинам позднего репродуктивного возраста с бесплодием: дис. ... доктора мед. наук. 14.02.03 / О.В. Тюмина. – Самара, 2016 – 271 с.

149. Улумбекова Г.Э. Научное обоснование стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 /

Г.Э. Улумбекова. – М. 2011. – 26 с.

150. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. М., 2011. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>

151. Фролов М.В. Интеллектуализация процессов диагностики и рационального лечения в гинекологии: монография / М.В. Фролов. – Воронеж: ВГМА, ВГТУ, 2009.– 149 с.

152. Филиппова Т. Ю. Репродуктивное здоровье населения и его влияние на демографическую ситуацию /Т. Ю. Филиппова, З. А. Катасонова // Аспирантский вестник Поволжья. – 2010. – № 7–8. – С. 221–225.

153. Хамошина М.Б. Влияние аборта на репродуктивную функцию юных женщин / М.Б. Хамошина, Л.А. Кайгородова, Л.В. Седаёва // Геден Рихтер в СНГ. – 2001. – №3. – С. 22-23.

154. Харитонов А.К. Медико-организационные аспекты оптимизации работы областного перинатального центра: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Москва, 2019 – 25 с.

155. Цивьян Б.Л. Научно-организационные основы оптимизации медицинской помощи при доброкачественных новообразованиях органов женской половой сферы: автореф. дис. ... докт. мед. наук – Санкт - Петербург, 2017 – 41 с.

156. Чердниченко Т.С. Беременность и роды у женщин после искусственного прерывания первой беременности и здоровье их младенцев: Автореф. дисс. ... к.м.н. – 2001. – 22 с.

157. Чернов А.В. Изучение воздействия социальных факторов на формирование репродуктивной установки и поведения студенток высших учебных заведений / А.В. Чернов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины. – Москва, 2012. –Т. 11. - №3.– С.696-700.

158. Чернов А.В. Организационно-функциональная модель профилактики нарушений репродуктивного здоровья молодежи / А.В. Чернов, Т.В. Шевлякова, О.А. Руднев // Моделирование и управление процессами в здравоохранении:

межвуз. сб. науч.тр. – Воронеж: ВГТУ, 2011.– С. 97-102.

159. Чернов А.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения городских жительниц / А.В. Чернов, О.Е. Коновалова, Т.В. Шевлякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.– Москва, 2012.– №1.– С.21-28.

160. Чучалина Л.Ю. Совершенствование организации акушерско - гинекологической помощи в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2018 – 24 с.

161. Шатунова Е.П., Калиматова Д.М. Комплексный подход к реабилитации пациенток после прерывания беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. - №13(6). – С.95-98.

162. Шевцова К.Г. Научное обоснование организационных мероприятий по снижению фетоинфантильных потерь на региональном уровне: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Санкт-Петербург, 2020 – 25 с.

163. Швырева Е.А. Организационные мероприятия по улучшению состояния здоровья женщин с гинекологическими заболеваниями в условиях стационара: дис. кандидат мед. наук – М., 2014 – 171 с.

164. Яворский А.А. Комплексное медико-социальное исследование проблемы пренатальных потерь в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2018 – 24 с.

165. Шмелев И.А. Медицинская активность и гинекологическая заболеваемость женщин различного возраста / И. А. Шмелев // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2015. – № 3. – С. 14–17.

166. Щепин О.П. Современная медико-демографическая ситуация в России / О.П. Щепин, В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2009. – №6. – С. 3–8.

167. Alvarez-Díaz J.A. Comments about depenalization of voluntary interruption of pregnancy among undergraduate students of the Universidad Autonoma de Ciudad Juarez Medicine Faculty [Text] /J. A. Alvarez-Díaz //Rev. Invest. Clin. – 2007. – Vol. 59. - № 5. – P. 348–355.

168. Broer S.L. AMH and AFC as predictors of excessive response in controlled ovarian hyperstimulation: a meta-analysis / S.L. Broer, M. Dolleman, B.C. Opmeer [et al.] // *Human Reproduction Update*. – 2011. – Vol. 17. - № 1. – P. 46 – 54.
169. Brownell M.D. Program for expectant and new mothers: a population-based study of participation [Text] / M. D. Brownell [et al.] // *BMC Public Health*. – 2011. – N 11. – P. 691.
170. Chen B. Sexual and reproductive health service needs of university/college students: updates from a survey in Shanghai, China [Text] /B. Chen, Y. N Lu, H. X. Wang // *Asian. J. Androl.* – 2008. – Vol. 10, N 4. – P. 607–615.
171. Diczfalusy E. Menopause, developing countries and the 21st century / E. Diczfalusy // *ActaObstetGynecol Suppl.* – 2001. – Vol. 45. – P. 134 – 345.
172. Iliodromiti1 S. The predictive accuracy of anti-Mullerian hormone for live birth after assisted conception: a systematic review and meta-analysis of the literature / S. Iliodromiti1, T.W. Kelsey, O. Wu [et al.] // *Human Reproduction Update*. – 2014. – Vol. 20. – № 4. – P. 560 – 570.
173. GrimleyD.M.. Smoking cessation counseling practices: a survey of Alabama obstetrician-gynecologists / D.M. Grimley [et al.] // *South. Med. J.* – 2001.–N 3. – P. 297-303.
174. Jones C.A. Prediction of individual probabilities of livebirth and multiple birth events following in vitro fertilization (IVF): a new outcomes counseling tool for IVF providers and patients using HFEA metrics / C. A. Jones, A. L. Christensen, H. Salihu [et al.] // *J. Exp. Clin. Assist. Reprod.* – 2011. – Vol. 8. – № 3. – P. 1 – 10.
175. Jones H.W. Jr. International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010: preface / HW. Jr Jones, I. Cooke, R. Kempers // *Fertility and Sterility*. – 2011. – Vol. 95. – №2 – P. 491.
176. Kalantaridov S.N. Stress and the female reproductive system / S. N. Kalantaridov, A. Makrigiannakis, E. Zoumkis // *Journal Reproductive Immunologu.* – 2004. – N 62. – P. 61–68.
177. Nieuwenhuijze M. Facilitating women's choice in maternity care / M. Nieuwenhuijze, L.K. Low // *J Clin Ethics*. – 2013. – Vol.24. – № 3. – P. 276 – 282.

178. Nyboe Andersen A. Predictive factors of ovarian response and clinical outcome after IVF/ICSI following a rFSH/GnRH antagonist protocol with or without oral contraceptive pretreatment / A. Nyboe Andersen, H. Witjes, K. Gordon [et al.] // *Human Reproduction*. – 2011. – Vol. 26. – № 12. – P. 3413 – 3423.
179. Papaharitou S. Exploring sexual attitudes of students in health professions [Text] / S. Papaharitou, E. Nakopoulou, M. Moraitou // *J. Sex Med.* – 2008. – Vol. 5. - N 6. – P. 1308–1316.
180. Rich L.V. Employment and the sexual and reproductive behavior of female adolescents [Text] / L.V. Rich, S.B. Kim // *Perspectives on sexual and reproductive health*. – 2002. – Vol. 34. - № 3. – P. 127– 134.
181. Schopp L.H. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility in the gynecologic care setting / L.H. Schopp [et al.] // *J. Midwifery Womens Health*. – 2002. – № 2. – P. 74-79.
182. Souza J.P. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol [Text] / J.P. Souza, A.M. Gülmezoglu, G. Carroli // *BMC Health Serv. Res.* – 2011. – Vol. 26. - № 11. – P. 286.
183. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. Geneva. WHO, 2009, [URL:http:// www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html).

Выборочная карта по изучению состояния здоровья женщин фертильного возраста

1. ФИО
2. Дата рождения
3. Женская консультация
4. Перенесенные заболевания
 - a. нет
 - b. дата и диагноз
5. Венерические заболевания
 - a. нет
 - b. дата и диагноз
6. Возраст начала менструального цикла
7. Нарушения менструального цикла
8. Возраст начала половой жизни
9. Контрацепция
10. Вид контрацепции
11. Острая заболеваемость
 - a. нет
 - b. дата и диагноз
12. Клинический диагноз
 - a. нет
 - b. дата и диагноз
13. Сопутствующая гинекологическая патология
 - a. нет
 - b. дата и диагноз
14. Хроническое гинекологическое заболевание
 - a. нет
 - b. дата и диагноз
15. Гинекологические операции в анамнезе
 - a. нет
 - b. дата и диагноз
16. Число беременностей
17. Исходы беременностей:
 - роды
 - аборты
 - выкидыши
 - внематочные беременности

- замершие беременности
- мертворождения

15. Сопутствующая экстрагенитальная патология

- a. нет
- b. дата и диагноз

16. Хроническая экстрагенитальная патология

- a. нет
- b. дата и диагноз

17. Экстрагенитальные операции в анамнезе

- a. нет
- b. дата и диагноз

Анкета по изучению социально-гигиенической характеристики женщин

Анкетирование проводится с целью разработки предложений по улучшению состояния здоровья женщин репродуктивного возраста и изменения их образа жизни. Для этого анкетой предусмотрено изучение социально-гигиенической характеристики, включающей оценку социального и семейного положений, условий труда, особенностей жилищных условий, взаимоотношений в семье, физической активности, режима питания и сна, наличие вредных привычек.

Инструкция по заполнению:

Анкета является анонимной. При ответе на вопрос необходимо отметить букву выбранного варианта ответа любым способом. Допускается несколько вариантов ответа. Если в вопросе не представлен подходящий вариант ответа, нужно вписать Ваш ответ в графу «другое».

1. Дата рождения (число/ месяц/ год) _____

2. Место фактического проживания _____

3. Вероисповедание _____

4. Образование:

а) неполное

б) среднее

в) среднее

г) среднее специальное неоконченное

д) высшее

е) высшее

5. Ваше социальное положение

а) безработная

б) работаю

в) домохозяйка

г) студентка

д) пенсионер

6. Семейное положение

а) не замужем

б) официальный брак

в) гражданский брак

г) разведена

д) вдова

7. Есть ли у Вас дети

а) нет

б) да

Если да, то дата его (их) рождения (число/ месяц/ год):

8. Планировали ли Вы рождение детей?

а) да

б) нет

9. Соответствует ли количество детей желаемому для Вас?

- а) да б) нет

10. Если нет, то почему? _____

11. Работаете ли Вы в настоящее время?

- а) да б) нет

Общий стаж _____

Стаж на последнем месте работы _____

Должность _____

12. Соответствует ли Ваша должность специальности?

- а) да б) нет

13. Хотите ли Вы сменить место работы?

- а) да б) нет

14. Если да, то каковы причины?

- а) состояние здоровья б) семейные обстоятельства
 в) низкая заработная плата г) удаленность от места жительства
 д) занимаемая должность е) график работы
 ж) наличие сверхурочных работ з) профессиональные вредности
 и) частые конфликтные ситуации на работе
 к) другие причины _____

15. Как долго в среднем Вы добираетесь до работы? _____

16. Оцените свою удовлетворенность сложившимися взаимоотношениями с коллегами, руководством, подчиненными по шкале от 0 до 10 (0-минимальное значение, 10-максимальное)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
руководитель											
коллеги											
подчиненные											

17. Вы проживаете в :

- а) отдельной квартире б) коммунальной квартире
 в) общежитии г) отдельном доме
 д) снимаю квартиру е) другое _____

18. Вы проживаете с:

- а) мужем б) детьми
 в) родителями г) родственниками
 д) другое _____

19. Сколько квадратных метров приходится на 1 человека? _____

20. Оцените свою удовлетворенность жилищными условиями по шкале от 0 до 10 (0-минимальное значение, 10-максимальное)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Если не удовлетворены, то с чем это связываете?

- а) этаж б) отсутствие лифта
 в) отсутствие отдельной комнаты г) захламленность
 д) отсутствие отдельной комнаты у ребенка (детей)

е) другое _____

22. Часто ли возникают конфликтные ситуации в Вашей семье (ссоры, скандалы)?

а) да

б) нет

Если да, то:

а) ссоры с супругом

б) проблемы с людьми старшего возраста

в) проблемы с детьми

г) финансовые вопросы

д) жилищные вопросы

е) вопросы совместного быта

ж) разногласия в досуге, отдыхе

з) разные традиции

и) другое _____

23. Оцените свою удовлетворенность взаимоотношениями в семье по шкале от 0 до 10 (0-минимальное значение, 10-максимальное)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. Оцените свою удовлетворенность материальными условиями по шкале от 0 до 10 (0-минимальное значение, 10-максимальное)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

25. Каковы Ваши интересы(хобби)? _____

26. Где Вы проводите ежегодный отпуск?

а) на даче

б) в деревне

в) за границей

г) на курортах России

д) в Москве

е) другое _____

27. С кем Вы отдыхаете?

а) одна

б) с супругом

в) с детьми

г) с родителями

д) с друзьями

е) другое _____

28. Оцените свою удовлетворенность досугом по шкале от 0 до 10 (0-минимальное значение, 10-максимальное)

Вид досуга	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
еженедельный											
ежегодный											

29. Ваша физическая активность:

а) каждый день

б) регулярно 3-5 раз в неделю

в) 1 раз в неделю

г) не занимаюсь

Вид деятельности _____

30. Какое расстояние в среднем в день Вы проходите (данные шагомера, смартфона)? _____

31. Оцените свою удовлетворенность физической активностью по шкале от 0 до 10 (0-минимальное значение, 10-максимальное)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

32. Если не удовлетворены, то с чем это связано?

Анкета по изучению медицинской активности и репродуктивного поведения женщин

Анкетирование проводится с целью разработки предложений по улучшению состояния здоровья женщин репродуктивного возраста. Для этого анкетой предусмотрено изучение медицинской активности женщин, их репродуктивных установок, контрацептивного поведения.

Инструкция по заполнению:

Анкета является анонимной. При ответе на вопрос необходимо отметить букву выбранного варианта ответа любым способом. Допускается несколько вариантов ответа. Если в вопросе не представлен подходящий вариант ответа, нужно вписать Ваш ответ в графу «другое».

1. Дата рождения (число/ месяц/ год) _____
2. Имеете ли Вы хронические заболевания (если да, то состоите ли на диспансерном учете)?
 - а) нет
 - б) да, состою на диспансерном учете
 - в) да, на диспансерном учете не состою
 Если у вас есть хронические заболевания, то какие? _____
3. Принимаете ли Вы какие-либо лекарства без назначения врача (постоянно)?
 - а) да
 - б) нет
 Если да, то какие? _____
4. Наблюдаетесь ли Вы у акушера-гинеколога?
 - а) да
 - б) нет
5. Если да, то в каком медицинском учреждении?
 - а) в женской консультации
 - б) в частной (платной) клинике
 - в) у своего гинеколога
 - г) у родственника
 - д) у знакомого
 - е) другое _____
6. В каких случаях Вы считаете нужным обращаться к акушеру-гинекологу?
 - а) профилактический осмотр
 - б) в случае заболевания
 - в) по поводу беременности
 - г) получить больничный лист
 - д) другие причины (какие?) _____
7. Если Вы не обращаетесь к акушеру-гинекологу, то с чем это связано?
 - а) грубость врача
 - б) недоверие врачу
 - в) трудно попасть на прием
 - г) нет времени
 - д) не считаю нужным
 - е) собственная неорганизованность
 - ж) другое

8. *Имеете ли Вы гинекологические заболевания?*

- а) да
б) нет

Если да, то диагноз _____

Возраст постановки диагноза _____

9. *Ставили ли Вам когда-либо диагноз «Бесплодие»?*

- а) да
б) нет

10. *Были ли у Вас нарушения менструального цикла?*

- а) да
б) нет

Если да, то в каком возрасте _____

11. *Обращались ли Вы к врачу-гинекологу по поводу этих заболеваний?*

- а) да
б) нет

12. *Если Вы обращаетесь к врачу, то какие профилактические рекомендации дает врач?*

- а) затрудняюсь ответить
б) по половому поведению
в) по методам контрацепции
г) по образу жизни
д) по дополнительному обследованию
е) по лечению заболевания
ж) предупреждению заболеваний ИППП
з) другое _____

13. *Всегда ли Вы выполняете рекомендации врача акушера-гинеколога?*

- а) да
б) нет
в) иногда
г) не всегда

14. *Если Вы не выполняете рекомендации врача акушера-гинеколога, то по каким причинам?*

- а) забываю
б) испытываю материальные трудности при покупке лекарств, оплате дальнейшего медицинского обследования
в) не верю в эффективность назначенного лечения
г) испытываю недоверие к врачу, назначившему лечение
д) не считаю нужным их выполнять
е) другое _____

15. *Оцените свою удовлетворенность врачом-гинекологом по шкале от 0 до 10 (0-минимальное значение, 10-максимальное)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. *Планируете ли Вы выполнять рекомендации врача после выписки из стационара?*

- а) да
б) нет

18. *Получили ли Вы рекомендации от врача при выписке из стационара?*

- а) да
б) нет

19. *Будете ли Вы наблюдаться у врача женской консультации после выписки?*

- а) да
б) нет

20. *С какого возраста живете половой жизнью? _____*

21. Как вы относитесь к контрацепции?

- а) считаю необходимой б) не вижу необходимости
в) считаю вредной г) затрудняюсь ответить

22. Каким методом (методами) контрацепции Вы пользуетесь?

- а) не пользуюсь
б) внутриматочные методы (спираль)
в) гормональная контрацепция (оральные контрацептивы, влагалищные кольца, пластыри)
г) химический способ (влагалищные таблетки, свечи, крема)
д) механический способ (презервативы, диафрагмы, колпачки)
е) календарный метод ж) прерванный половой акт
з) стерилизация и) экстренная контрацепция

23. Если вы используете несколько способов, то какой считаете наиболее эффективным? _____

24. Регулярно ли Вы пользуетесь данным методом и почему?

- а) да _____ б) нет _____

25. Кто Вам посоветовал данный способ?

- а) участковый гинеколог б) врач-гинеколог стационара
в) знакомый врач-гинеколог г) знакомые или друзья
д) родственники ж) другое _____

26. Советовались ли Вы со своим половым партнером о предохранении?

- а) да б) нет

27. Оцените свою удовлетворенность выбранным методом контрацепции по шкале от 0 до 10 (0-минимальное значение, 10-максимальное)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28. Ваше отношение к аборту?

- а) негативное б) положительное
в) нейтральное

29. Если негативное, то почему?

- а) по религиозным соображениям б) вред для здоровья женщин
в) страх не забеременеть вновь г) неудачный предыдущий опыт

30. Если положительное, то почему?

- а) желание построить карьеру б) отсутствие жилищных условий
в) отсутствие помощи со стороны г) финансовые трудности
д) улучшает здоровье женщин е) нежелание мужа
ж) достаточное количество детей

31. Кто по Вашему мнению должен принимать решение об аборте?

- а) женщина б) мужчина
в) родители г) врач
д) другое _____

32. Считаете ли Вы, что нужно запретить аборт и почему?

- а) да _____
б) нет _____

33. Нужна ли перед проведением аборта «минута молчания» (неделя до

