

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В работе детально отражены медико-социальные и демографические тенденции формирования репродуктивного здоровья: массовое распространение малодетности, откладывание срока рождения первого ребенка, рост внебрачной рождаемости, изменения возрастных коэффициентов оптимальных в репродуктивном отношении групп женщин. Изменение репродуктивного поведения имеет существенное значение в вопросах организации акушерско-гинекологической помощи. Требуют совершенствования методы диспансерного наблюдения беременных, включая психологическую подготовку матерей и супружеских пар к рождению ребенка, оптимизация ведения беременности и родов у женщин групп высокого риска материнской и перинатальной патологии.

Последние десятилетия ушедшего века предоставили незавидное наследие приходящему тысячелетию. Длительный период экономической нестабильности, снизившийся уровень жизни значительной части населения, низкая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение, ухудшение экологического состояния в значительной мере определили негативные тенденции медико-демографических процессов в обществе. Реструктуризация и изменение организационно-правовых форм предприятий, недостаточная законодательная и социальная защищенность занятых в сфере производства женщин привели к росту явной и скрытой безработицы, повышению влияния стрессовых факторов окружающей среды на здоровье работающих [1, 2, 5]. Одним из основных факторов демографического неблагополучия следует считать существенное ухудшение состояния здоровья женщин репродуктивного возраста. За последнее десятилетие значительно возросла частота заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, анемии, гестозов. В структуре осложнений родов ведущее место занимают аномалии родовой деятельности, акушерские кровотечения, гестозы. Ухудшение репродуктивного здоровья беременных женщин приводит к росту неблагоприятных исходов родов, оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья новорожденных и определяет репродуктивные потери [1, 5].

Указанные процессы сопровождаются существенными изменениями в социальных, возрастных и психологических показателях населения фертильного возраста, определяющего на демографическую ситуацию [2, 6, 7, 8]. Глав-

ные черты демографической ситуации в России складывались так, что на протяжении нескольких десятилетий после Второй мировой войны население страны непрерывно росло, в 1955 г. — была восстановлена его довоенная численность, к 1992 г. она увеличилась еще на треть. После 1992 г. население России сокращается [3]. Анализ основных демографических показателей свидетельствует об аналогичных процессах и в большинстве регионов России [1, 2, 3]. Республике Башкортостан также не удалось избежать отрицательных демографических тенденций, порожденных социально-экономическим кризисом [4] (рис. 1). Острота депопуляции формируется не только за счет сужения базы воспроизводства (низкой рождаемости), но и, прежде всего за счет роста общей смертности (рис. 2). Рост смертности происходит как от естественных причин (патология сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования, инфекционные и неинфекционные заболевания), так и за счет роста абсолютного числа несчастных случаев (травм, отравлений алкоголем, самоубийств и убийств), которые составляют 14% в структуре причин смерти (рис. 3). Наиболее ярко прослеживаются указанные аспекты в структуре причин смерти мужского населения, на которое приходится наибольший прирост смертности. 40,8% мужчин умирают в работоспособном возрасте, определяющем репродуктивное поведение. При снижении удельного веса умерших мужчин в возрасте до 25 лет в более чем 2 раза, возросла доля умерших в возрастной группе от 30 до 45 лет. Мужчины чаще умирают от насильственных причин и раньше —

Рис. 1. Динамика показателей естественного движения населения республики Башкортостан (на 1000 человек)

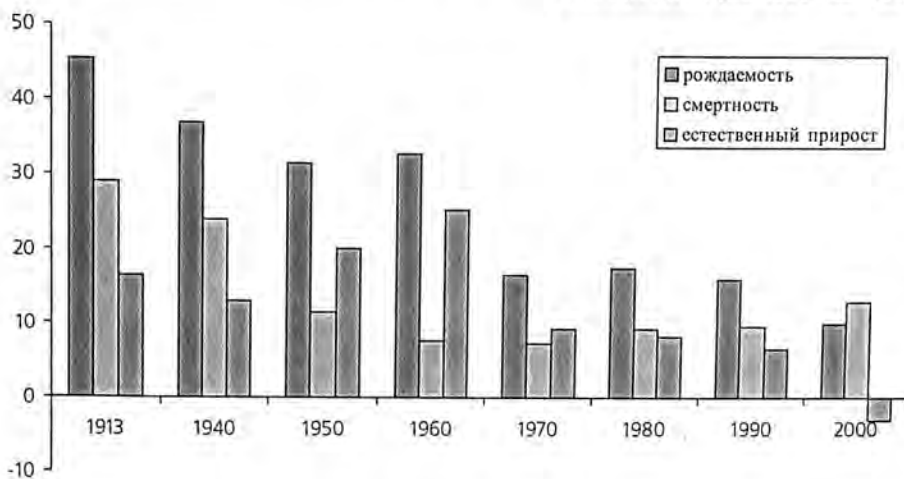


Рис. 2. Распределение умерших по причинам смерти (абс. число)

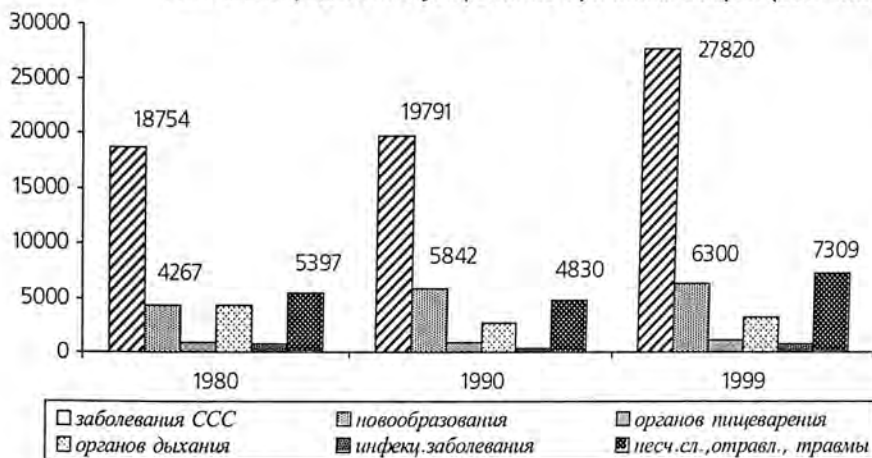
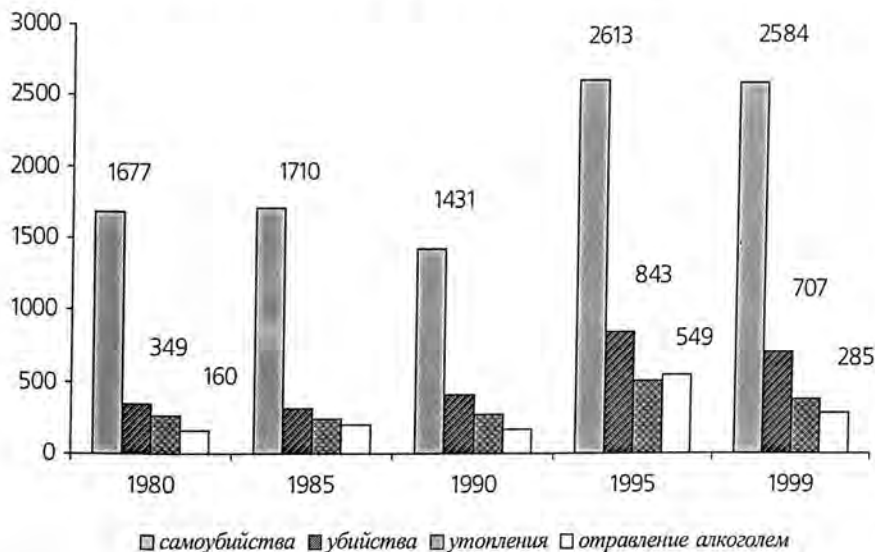


Рис. 3. Динамика распределения умерших от несчастных случаев (абс. число)



от болезней системы кровообращения. К социальным последствиям высокой смертности относит-

ся широкое распространение вдовства и сиротства [3].

Характер рождаемости в рес-

публике определяется рядом ключевых моментов, оказывающих непосредственное влияние на репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение: массовое распространение малодетности, снижение суммарного коэффициента рождаемости, сближение параметров городской и сельской рождаемости, откладывание срока рождения первого ребенка, рост внебрачной рождаемости, изменение возрастных коэффициентов оптимальных в репродуктивном отношении групп женщин. Изменение характера репродуктивного поведения населения имеет существенное значение в аспекте организации акушерско-гинекологической помощи. [4]. Прогрессирующее снижение числа браков до 6,3 (на 1000 населения) сочетается с высоким уровнем разводов до 3,4 (на 1000 населения), практически распадается каждый второй зарегистрированный брак. Изменение морально-этических норм и нравственных ценностей современной молодежи привели к утрате традиционной значимости института семьи. Дети, родившиеся у матерей не состоявших в зарегистрированном браке, составляли в 1980 г. 7% от общего числа новорожденных, в 2000 г. их удельный вес возрос до 23%, это каждый четвертый ребенок (рис. 4). Не всегда женщина, решившая родить ребенка вне брака, имеет оптимальные, комфортные условия для благополучного течения беременности и родов. Чаще всего в данной ситуации будущая мать нуждается не только в квалифицированной акушерской помощи, но и социальной, психологической консультации и даже реабилитации. Это диктует необходимость совершенствования и расширения консультативной помощи в условиях женских консультаций. За последние 15 лет в республике регистрируется изменение в структуре возрастного состава родильниц. Удельный вес женщин в возрастной группе 15–19 лет увеличился на 45%, 35–39 лет – на 41%,

40-44 года — на 47%. Доля матерей оптимального для деторождения возраста 20-29 лет снизилась на 15% (Рис. 5). Изменение возрастного состава рожениц в сторону увеличения матерей в возрасте 15-19 лет и 35-44 года повлияло на частоту и характер перинатальных потерь, повысило риск беременности и родов. За последние годы число нормальных родов снизилось до 14%, возросла частота экстрагенитальной патологии, поздних гестозов и акушерских кровотечений. Это в определенной степени обусловлено как состоянием физиологической незрелости «юных матерей», так и высоким уровнем соматической и акушерско-гинекологической патологии беременных старшего репродуктивного возраста. Данный контингент женщин в большинстве случаев относится к группе высокого риска перинатальной материнской заболеваемости смертности.

Существенное значение для организации службы родовспоможения имеют и ряд социальных аспектов сложившейся демографической ситуации. Современная тенденция рождаемости формируется на фоне серьезных перемен в поведении семей [2]. Модель семьи, имеющей 2 и более детей, преобладающая с конца 60-х годов, уступила семье, ориентированной на 1 ребенка. Рождаемость снизилась до уровня намного более низкого, чем необходимо для обеспечения воспроизводства населения. При этом суммарный коэффициент рождаемости в республике снизился до 1,53. Данный показатель несколько выше, чем в среднем по РФ, однако для региона с национальными и религиозными традициями на многодетность он является достаточно низким. Уменьшение числа повторных родов, случаев рождения 3-4 и более детей на 22-50% повлияло на психологические аспекты материнства (рис. 6). Преобладание первородящих рожениц, отсутствие положительного при-

Рис. 4. Динамика распределения родившихся по брачному состоянию матери

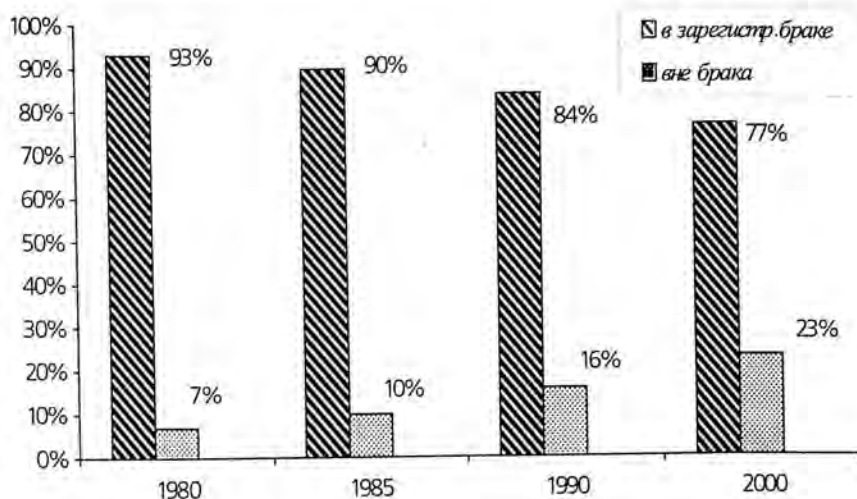


Рис. 5. Динамика возрастной структуры рожениц (в% к итогу)

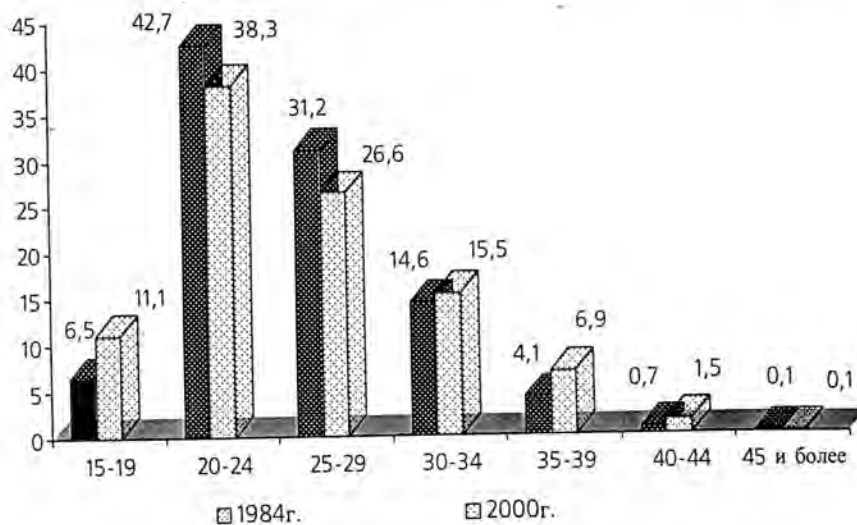
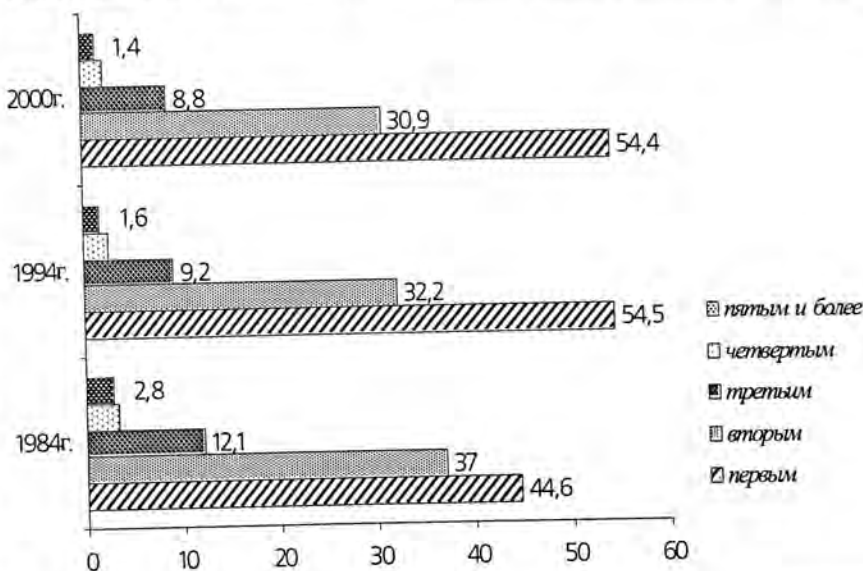


Рис. 6. Динамика распределения родившихся по порядку рождения (в% к итогу)



мера и опыта, многодетных матерей, привели к появлению у молодых женщин «страха предстоящих родов», резкому сокращению числа детей, находящихся на грудном вскармливании, ослаблению национальных традиций воспитания детей в семье.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования методов диспансерного наблюдения беременных, психопрофилактической подготовки матерей и супружеских пар к рождению ребенка, ведения беременности и родов у женщин группы высокого риска материнской и перинатальной патологии. Возникает потребность привлечения к решению данной проблемы медицинских психологов и социальных работников, разработке и внедрении широких образовательных программ по безопасному материн-

ству, семейно-ориентированным технологиям, повышению значимости населения в сохранении и укреплении репродуктивного здоровья.

Литература

1. Айламазян Э. К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биозкологической диагностики и контроля окружающей среды//Журнал акушерства и женских болезней. — 1997. — Выпуск 1. — С. 6–10.
2. Андреева М. В. Состояние репродуктивного здоровья женщин и их потомства в регионе с экологически напряженной обстановкой//Журнал акушерства и женских болезней. — 2000. — Выпуск 3. — С. 29–30.
3. Доклад: Об основных тенденциях развития демографической ситуации в России до 2015г.//Госкомстат Российской Федерации. — Москва, 1998
4. Кулавский В. А., Даутова Л. А., Беглов В. А. Актуальные вопросы совершенствования мониторинга беременных группы высокого риска//Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — Красноярск, 2001. — Выпуск 8. — С. 40–46.
5. Кулаков В. И., Фролова О. Г. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья женщин//Клинический вестник. — 1997. — № 2. — С. 7–11.
6. Lindbohm M. L. Women's reproductive health: some recent developments in occupational epidemiology. — Am. J. Ind. Med. — 1999. — Vol. 36 (1). — P. 18–24.
7. Schrenker J. G., Cain J. M. FIGO Comitee Report. FIGO Comitee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. — Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1999. — Vol. 64 (3). — P. 317–22.
8. Women's health Literature Watch. — J. Women's Health. — 1999. — Vol. 8 (3). — P. 421–8.