

Статья поступила в редакцию 9.01.2018 г.

Елгина С.И., Золоторевская О.С., Разумова В.А., Кратовский А.Ю.
Кемеровский государственный медицинский университет,
ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20»,
г. Кемерово, Россия

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИН ПЕРЕД ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В РАНИЕ СРОКИ

Цель – определить медико-социальный портрет женщин перед прерыванием беременности в ранние сроки.

Материалы и методы. 299 женщин репродуктивного возраста, обратившиеся в женскую консультацию в ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20» в 2016 году для прерывания беременности в сроке до 12 недель.

Результаты. Установлено, что с целью прерывания беременности в ранние сроки чаще всего обращаются женщины в возрасте 25-35 лет, состоящие в официальном браке, работающие, имеющие в анамнезе роды и аборт, редко использующие методы контрацепции. Основными причинами, по которым женщины прерывали беременность, были неудовлетворительное финансовое положение, отсутствие жилья, нежеланная беременность.

Заключение. Наше исследование определило медико-социальный портрет женщин перед прерыванием беременности в ранние сроки, который показал не только экономическую, но и медицинскую проблему абортов, в первую очередь, применение контрацепции среди женщин репродуктивного возраста.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: женщины репродуктивного возраста; прерывание беременности в ранние сроки; медико-социальный портрет.

Elgina S.I., Zolotorevskaya O.S., Razumova V.A., Kratovskiy A.Y.
Kemerovo State Medical University,
Clinical polyclinic N 20, Kemerovo, Russia

MEDICAL AND SOCIAL PROFILE OF WOMEN BEFORE TERMINATION OF PREGNANCY AT AN EARLY STAGE

Objective – to determine the medical and social profile of women before termination of pregnancy at an early stage.

Materials and methods. 299 women of reproductive age who attended the female consulting centre of Clinical polyclinic N 20 in 2016 to have pregnancy terminated before 12 weeks of gestation.

Results. It was found out that women aged 25-35, married, employed, who had deliveries and abortions in the past and rarely use contraceptives more often attend the centre for abortion at an early stage of gestation. The main reasons to have pregnancy terminated were: poor financial situation, lack of housing, an unwanted pregnancy.

Conclusion. Our study identified the medical and social profile of women before termination of pregnancy at the early stages. It showed not only economic but medical problem of abortion in the first place, use of contraceptives among women of reproductive age.

KEY WORDS: women of reproductive age; termination of pregnancy at the early stages of gestation; medical and social profile.

Аборты в России разрешены законом и оплачиваются из государственного бюджета. При сроке беременности до 12 недель медицинский аборт может быть проведен по желанию женщины; при сроке 12-22 недели — если беременность наступила в результате изнасилования; на любом сроке беременности — при наличии медицинских показаний [1-2].

Российская Федерация стала первым государством мира, узаконившим прерывание беременности в 1920 году. Для сравнения, в Великобритании аборт узаконен в 1967 году, в США — в 1973, во Франции — в 1975, в Западной Германии — в 1976 году.

С 1936 по 1955 гг. в СССР действовал запрет на аборт (за исключением аборт по медицинским показаниям), который многие обходили нелегальным путём. Начиная с 1990 года, общее количество аборт в России ежегодно снижается, хотя и остаётся сравнительно высоким. Как показывают исследования, аборт, как метод регулирования количества и времени рождения детей в России, уступает место использованию современных методов контрацепции, в первую очередь среди молодёжи. Хотя в настоящее время тенденция к снижению количества аборт совпадает с тенденцией к повышению рождаемости, исследователи указывают, что в целом прямой связи между уровнем рождаемости и количеством аборт не существует [3].

Согласно пункту 3 статьи 70 закона «Об основах охраны здоровья граждан», российские врачи имеют право отказаться от проведения аборт по личным убеждениям, кроме случаев, если аборт требу-

ется по медицинским показаниям, или если замена врача невозможна. Если совершеннолетняя женщина была признана недееспособной, то аборт ей может быть сделан принудительно по решению суда, принимаемому по заявлению её законного представителя. С 1 июля 2014 года Госдума РФ установила штрафы за совершение нелегальных аборт, которые теперь рассматриваются как административное правонарушение [4].

Всемирная организация здравоохранения более 30 лет назад признала аборт серьёзной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах. Около 20 млн аборт являются небезопасными. При этом 13 % обусловленных беременностью смертей приходится на осложнения, связанные с небезопасным аборт, что соответствует приблизительно 67 тыс. смертей ежегодно. Для медикаментозного аборт ранних сроков частота ранних осложнений невелика и не превышает 0,1-5,4 %. В России Росздравнадзор утвердил технологию медикаментозного аборт 8 сентября 2009 года. Кемеровская область была первым регионом, где губернатор, восприняв убедительную аргументацию руководителей здравоохранения, выделил дополнительные средства на медикаментозный аборт не только юным и нерожавшим, но вообще всем решившимся на эту операцию [5-10].

В связи с актуальностью проблемы аборт, определение медико-социального портрета женщин перед прерыванием беременности в ранние сроки представляет научный интерес.

Цель исследования — определить медико-социальный портрет женщин перед прерыванием беременности ранних сроков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20», г. Кемерово. У обсле-

Корреспонденцию адресовать:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.
Тел.: 8 (3842) 73-48-56.
E-mail: elginas.i@mail.ru

Сведения об авторах:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доцент, доктор мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ЗОЛОТОРЕВСКАЯ Ольга Сергеевна, врач акушер-гинеколог, ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20», г. Кемерово, Россия. E-mail: halepa-o@yandex.ru

РАЗУМОВА Виктория Анатольевна, студентка 5 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vivatraz@mail.ru

КРАТОВСКИЙ Алексей Юрьевич, студент 5 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vivatraz@mail.ru

Information about authors:

YELGINA Svetlana Ivanovna, docent, doctor of medical sciences, professor of the department of obstetrics and gynecology N 1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

ZOLOTOREVSKAYA Olga Sergeevna, obstetrician-gynecologist, Clinical polyclinic № 20, Kemerovo, Russia. E-mail: halepa-o@yandex.ru

RAZUMOVA Victoria Anatolyevna, 5th year student of the medical faculty, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vivatraz@mail.ru

KRATOVSKIY Aleksey Yurievich, 5th year student of the medical faculty, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vivatraz@mail.ru

двумя женщинами получали информированное согласие. Исследование одобрено комитетом по этике и доказательности медицинских исследований ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России и соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2013 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава России от 19.06.2003 г. № 266.

Дизайн исследования: проспективное со смешанной когортой (проспективная и ретроспективная).

Объектом явились 299 женщин репродуктивного возраста, обследованные клинико-анамнестическими, социальными и статистическими методами.

Критерии включения в исследование: женщины репродуктивного возраста, территориально прикрепленные к ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника № 20», проживающие на территории Кемеровской области, обратившиеся в женскую консультацию с целью прерывания беременности раннего срока по желанию за счет средств обязательного медицинского страхования. Критерии исключения из исследования: девушки-подростки до 18 лет включительно и женщины старше 47 лет, срок беременности более 12 недель, отсутствие информированного согласия для участия в исследовании.

Социальная составляющая оценивалась психологом путем доабортного консультирования женщин. При сборе научной информации у пациенток использовался анкетный метод. Анкеты для женщин включали вопросы относительно данных социального статуса, причин прерывания беременности, уверенности принятия решения, отношения родственников к проблеме, психологического состояния при обращении, обстоятельств для изменения решения, знаний о неблагоприятных последствиях аборта.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010 (лицензионное соглашение 74017-640-0000106-57177) и Stat Soft Statistica 6.1 (лицензионное соглашение BXXR006D092218FAN11).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст женщин, обратившихся в женскую консультацию с целью прерывания беременности, составил от 18 до 47 лет.

Из них, 55,0 % состояли в официальном браке, 24 % – в гражданском. 46,0 % женщин имели постоянный источник дохода, работали, 26,0 % были домохозяйками, 6 % – учащимися, 1 % – инвалидами, 21,0 % в момент обращения находились в отпуске по уходу за ребенком.

53,8 % женщин при первом обращении в женскую консультацию имели срок беременности 6 недель.

В анамнезе 96,0 % женщин уже имели прерывание беременности. У 15,0 % женщин настоящая беременность была пятая, у 24,0 % – четвертая, у 23,0 % – третья, у 15,0 % – вторая.

Одного ребенка имели 43,0 % женщин, двух – 48,0 %, трех – 7,0 %. Только одиннадцать женщин, что составило 4 %, были первобеременными.

45,0 % семейных пар не использовали методы контрацепции. 31 % – предохранялись нерегулярно барьерными методами. 16 % женщин периодически принимали комбинированные оральные контрацептивы.

Самыми частыми причинами, по которым женщины приняли решение о прерывании беременности, были неудовлетворительное финансовое положение семьи и отсутствие собственного жилья, на это указали 31,0 % анкетированных. У 23,0 % женщин беременность была нежеланной. Как причину аборта «наличие уже детей в семье» отметили 16,0 % женщин, «плохое» состояние здоровья – 9,0 %, «слишком» молодой или напротив «зрелый» возраст – 7,0 %.

На момент обращения были уверены в принятом решении о прерывании беременности 226 женщины, что составило 76,0 %, при этом 53 женщины (17,0 %) переживали, 20 (7,0 %) – сомневались в принятом решении. Отнеслись к настоящей беременности нейтрально 44,0 % родственников женщин, 36,0 % – отрицательно, 20,0 % – положительно. 93,0 % женщин не испытывали какого-либо давления со стороны близких в принятии решения о прерывании беременности.

На вопрос «при каких обстоятельствах Вы сохранили бы беременность» 36,0 % женщин затруднились ответить, 29,0 % – отказались бы от прерывания беременности в случае стабильного финансового положения, наличия собственного жилья, 11,0 % женщин изменили бы свое решение, если бы в семье не было маленького ребенка, 9,0 % – в случае поддержки мужа. Практически все женщины (97,0 %) отметили, что знают о последствиях и осложнениях прерывания беременности.

После консультации психолога 44 женщины (15,0 %) изменили свою позицию и приняли решение о вынашивании беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными демографическими показателями любой страны служат уровни рождаемости и смертности. Каждый из них зависит от множества факторов (возрастной состав нации, уровень здравоохранения, религиозные устои и т.д.), но определяющим будет экономическое развитие страны. В России сложилась неблагоприятная демографическая модель: смертность в стране все еще превышает рождаемость, что ведет к депопуляции (неуклонному снижению численности населения). К концу первой декады 21 века показана

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

тель смертности в России стабилизировался (14,2 случаев на 1000 наделения в год), отмечается рост рождаемости (12,4 случаев на 1000 населения в год). Однако естественная убыль населения (1,8 случаев на 1000 населения) все еще превышает аналогичный показатель в странах Западной Европы — 0,7 [11].

К сожалению, основным методом регулирования рождаемости в России остается искусственное прерывание беременности, которое оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщин и служит одной из причин материнской смертности. Комплекс мер, позволяющий каждой семье безопасное регулирование количества детей и время их зачатия, относится к планированию семьи. Важной составляющей планирования семьи является контрацепция, применение которой позволяет регулировать рождаемость главным образом путем предупреждения нежелательной беременности [12-14].

Нами установлено, что с целью прерывания беременности в ранние сроки чаще всего обращаются женщины в возрасте 25-35 лет, состоящие в официальном браке, работающие, имеющие в анамнезе роды и аборт, редко использующие методы контрацепции. Основными причинами, по которым женщины прерывали беременность, были неудовлетворительное финансовое положение, отсутствие жилья, нежеланная беременность.

ВЫВОДЫ

Таким образом, наше исследование определило медико-социальный портрет женщин перед прерыванием беременности в ранние сроки, который показал не только экономическую, но и медицинскую проблему абортов, в первую очередь, применение контрацепции среди женщин репродуктивного возраста.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of December 3, 2007 N 736 «On approval of the list of medical indications for induced termination of pregnancy». Russian (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 3.12.2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».)
2. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 12, 2012 N 572н «On approval of the procedure of rendering health care according to the specialty «obstetrics and gynecology (with the exception of the use of assisted reproductive technologies)». Russian (Приказ Минздрава РФ от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».)
3. Key performance indicators of obstetrical and gynecological care in the Russian Federation in 2014. M., 2015. 31 p. Russian (Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2014 году. М., 2015. 31 с.)
4. Federal law of the Russian Federation of November 21, 2011 N 323-ФЗ «On the bases of citizens health protection in the Russian Federation». Russian (Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».)
5. Schreiber CI, Creinin M. Mifepristone in abortion care. *Semin. Reprod. Med.* 2005; 23(1): 82-91.
6. Decamps-Mini D, Pelofi J, Treisser A. Off-label drug use of the misoprostol in gynecology&obstetrics: From a medico-economics benefit to a potential legal risk. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2015; 43(6): 453-458.
7. Schreiber CI, Creinin M. Mifepristone in abortion care. *Semin. Reprod. Med.* 2005; 23(1): 82-91.
8. Kulier RI, Kapp N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011; 9(11): CD002855.
9. Sukhikh GT, Serov VN, Prilepskaya VN, Kan NE et al. Medical abortion in the first trimester (clinical report). *Journal of Obstetrics and Women's Diseases.* 2014; LXIII(6): 66-86. Russian (Сухих Г.Т., Серов В.Н., Прилепская В.Н., Кан Н.Е. и др. Медикаментозное прерывание беременности в I триместре (клинический протокол) //Журнал акушерства и женских болезней. 2014. Т. LXIII, № 6. С. 66-86.)
10. Medical abortion. Clinical recommendations (treatment protocols). M., 2015. 29 p. Russian (Медикаментозное прерывание беременности. Клинические рекомендации (протокол лечения). М., 2015. 29 с.)
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England). *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).* 2011. 130 p.
12. Achilles SL, Reeves MF. Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion. *Contraception.* 2011; 83(4): 295-309.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion. NAF's text book. 2012.
14. Manual on outpatient care in obstetrics and gynecology /ed. by VE Radzinsky. M.: GEOTAR-Media, 2014. 944 p. Russian (Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии /под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 944 с.)

