

СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

М.Г. Василевский – докт. мед. наук, проф., научн. консультант
Научно-производственного объединения “Профилактическая медицина”,

А.А. Омурзакова – аспирант,

Д.Д. Ибраимова – аспирант

Estimation of social effectivity of the obstetric measures services on the basis of such criterias as paces and quality of the population reproducing, level of the reproductive health and quality of the women preparation to the maternity is given in the article.

Сектор родовспоможения в республике подвергся структурно-функциональному реформированию, созданы институты семейной медицины. Повышается потребность в услугах родовспоможения и их стоимость, однако средства на родовспоможение ограничены. В связи с этим назрела необходимость в оценке деятельности родовспоможения с позиций социальной эффективности.

Надо сказать, что в последние годы в стране появилась сеть религиозных, благотворительных, меценатских и общественных организаций и фондов, которые содействуют расширению комплекса медико-социальных услуг в сфере родовспоможения.

Материалы и методы исследования. В работе использовались материалы официальных статистических отчетов родовспомогательных учреждений за период с 1999 по 2005 гг. Оценка социальной эффективности родовспоможения проводилась на основе таких критериев, как темпы и качество воспроизводства населения, уровень репродуктивного здоровья и качество подготовки к материнству. Статистическая обработка материалов проводилась общепринятыми методами санитарной статистики.

Результаты. Численность населения за период с 1991 по 2005 гг. увеличилась на 13,3% и составила 5138,7 тыс. человек. Столь низкий темп прироста населения (0,8% в год) для Кыргызской Республики, где почитается многодетность, – явление необычное. Следовательно, интерес к воспроизводству населения заметно снизился. Так, за период с 1991 по 2005 гг. число беременностей в расчете на 1000 женщин фертильного возраста сократилось в 2,4 раза, родов – 1,8 раза и абортот – в 5,4 раза (табл. 1).

Существенно изменилось соотношение родов и абортов. Если на начальном этапе наблюдения на один аборт, включая мини аборт, приходилось почти двое родов [1, 8], то в конце – уже более пяти родов. Позитивным моментом является то, что пропаганда “Здоровый образ жизни” возымела место и рождаемость ограничивается не путем аборта, а предупреждением зачатия. Прослеживается явная тенденция отказа женщин от искусственных абортов. Особенно это заметно на примере мини абортов. Однако средствами контрацепции еще пользуется ограниченное число женщин фертильного возраста – 38,2–42,3% [7, 8, 9].

Таблица 1

Число родов и аборт на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет, Кыргызстан

Показатель, кол-во	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	
Беременностей	206	161	147	121	115	97,8	91,6	86,7	
Родов	132	102	96,8	86,5	80,2	74,2	73,7	72,8	
Аборт (все)	74,4	59	49,7	34,8	34,3	23,6	17,9	13,9	
Из них мини аборт	число	15,2	14	14	9	14	6	4	5,1
	%	20,4	23,7	28,2	25,9	40,8	25,4	22,3	36,7
Отношение родов к абортам	1,77	1,73	1,95	2,49	2,34	3,14	4,12	5,24	

Источник: [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Таблица 2

Число рождений у женщин, не состоявших в зарегистрированном браке, по регионам республики

Регион, область	Абсолютное число			Процент внебрачных детей		
	все население	из них		все население	из них	
		город	село		город	село
Кыргызская Республика	33493	11706	21787	31,7	36,7	29,7
Баткенская	2442	601	1841	26,5	27,0	36,3
Джалал-Абадская	6526	1800	4726	29,8	40,5	27,1
Иссык-Кульская	2745	895	1850	29,9	38,1	27,1
Нарынская	1937	615	1322	28,3	49,8	23,6
Ошская	8011	1120	6891	33,7	42,0	32,7
Таласская	1440	190	1250	25,0	29,4	24,4
Чуйская	4710	856	3854	38,0	36,0	38,5
Бишкек (данные горкенеша)	4577	4570	7,0	37,4	37,4	41,2
Ош (данные горкенеша)	1105	1059	46,0	26,4	28,6	9,4

Источник: [1].

Вызывает определенную настороженность, что в структуре новорожденных стремительно растет число детей, матери которых не зарегистрированы в браке. Удельный вес таких детей с каждым годом увеличивается на 8,5%. В группе матерей в возрасте 15–19 лет внебрачные детей составляют 55,5%, в возрасте 20–24 года – 37,6%, 25–29 лет – 28,6%; 30–34 года – 23,9% и далее – по убывающей.

Из представленных данных следует, что матери, родившие детей вне зарегистрированного брака, это либо совсем молодые женщины, которые, возможно, регистрируют брак позже, либо женщины старшего возраста, родившие ребенка “для себя”. В этой связи заметим, что в числе матерей, не состоящих в заре-

гистрированном браке, одну треть составляют матери-одиночки, удельный вес которых за последние 15 лет увеличился с 3,5 до 13,9%. Таким образом, ежегодно формируется более 13 тыс. неполных семей.

Частота рождений у женщин, не зарегистрированных в браке, по регионам республики отражена в табл. 2. Наиболее высокий риск рождения внебрачных детей в Бишкеке (37,4%) и Чуйской области (38,0%). В группе городских женщин удельный вес внебрачных детей выше (36,7%), чем среди сельских (29,7%). Однако корреляционная связь между числом родов и рождением внебрачных детей более выражена в сельской местности ($r=0.69$). В абсолютном исчислении наибольшее коли-

чество внебрачных детей приходится на сельских жителей юга республики (Ошская область – 6891 мать-одиночка, Джалал-Абадская область – 4726).

Относительные показатели в этих областях также велики.

Уровень бедности в республике остается высоким. Однако обозначилось неожиданное явление (табл.3) – в группе неполных семей он стал ниже (33,4%), чем в полных семьях (46,5%). Можно предположить, что увеличение матерей-одиночек в структуре рождающих обусловлено улучшением их экономического положения.

Таблица 3

Уровень бедности среди полных и неполных семей, Кыргызская Республика, 2000 г., %

Категория бедности	Все население	В том числе	
		Неполная семья	Полная семья
Небедные	57,5	66,6	53,5
Бедные	42,5	33,4	46,3
Из них очень бедные	13,2	10,2	14,5

Источник: [2].

В республике индекс репродуктивного здоровья колеблется в пределах 51%. Это означает, что значительная часть женщин допускает беременность, рискуя жизнью. По медицинским и социальным показателям ежегодно прерывается 1200–1500 беременностей, при этом одна–две женщины погибают. На основании этого можно сделать вывод о низкой эффективности мероприятий по подготовке женщин к материнству.

За последние 15 лет показатель материнской смертности сократился с 78,9 (1990 г.) до 48,9 (2004 г.) на 100 000 живорожденных, однако, несмотря на это, стандартизованные показатели материнской смертности превышают таковые по Европейскому Союзу в три–четыре раза [12]. Именно поэтому обеспечение безопасного материнства остается одной из наиболее насущных проблем здравоохранения республики. Особенно тревожное положение с

материнской смертностью складывается в Таласской области. В этом регионе материнская смертность за пятилетний период увеличилась в три раза и является самой высокой в республике – 102,0 на 100 тыс. живорожденных.

Эффективность мероприятий по антенатальной охране плода и матери отражена в табл. 4, из которой следует, что у 5,0% женщин беременность завершается абортми, среди которых преобладают самопроизвольные аборты (69,1–81%). В динамике их абсолютные и относительные величины повышаются. В среднем у 730 женщин (0,8%) плод погибает до наступления родов. Риск дородовой смертности плода увеличился с 1999 по 2005 г. в 3,6 раза. Заметно вырос и риск преждевременных родов – с 2,3% (1999г.) до 4,3% (2005 г.).

Таким образом, репродуктивные потери высокие и в динамике нарастают. Особое беспокойство вызывает возрастающий уровень самопроизвольных абортов. В этой связи заметим, что самопроизвольное прерывание беременности, невынашивание беременности и гибель плода – это универсальный, интегрированный ответ женского организма на неблагоприятные изменения, обусловленные дискомфортом среды обитания. Наиболее частыми причинами невынашивания беременности являются урогенитальные инфекции, что согласуется с данными Н.Г Кошелевой [10].

В последние годы в республике отмечается высокий уровень рождения больных детей. Если в 1988 г. из 1000 родившихся живыми признано больными 102, то в 2004 г. – 263. Это означает, что за относительно короткий период число рождений больных детей увеличилось в 2,6 раза. В последние годы рождаются больными 27,5–28,0 тыс. детей, из которых 1,7–2,0 тыс. умирают (6,3–7,1%). Из общего количества детей, погибших в перинатальном периоде, 63,4% составляют недоношенные. Чем меньше масса тела родившегося ребенка, тем выше вероятность его гибели. Так, в группе детей с весом 500–999 граммов в первые шесть суток жизни погибает 93,2%, с массой 1000–1499 граммов – 57,1%, с массой 1500–1999 граммов – 10,3% и с массой 2000 и более – 0,5%.

В структуре заболеваемости новорожденных чрезмерно высокий уровень патологиче-

Таблица 4

Показатели эффективности антенатальной охраны плода

Год наблюдения	Закончившаяся							Антенатальная гибель плода		Роды преждевременные	
	беременностью	родами в срок		абортами							
		(тыс.)	%	число	%	число	%	число	%	число	%
1999	93573	86554	92,5	4833	5,2	3367	3,6	374	0,4	2186	2,3
2000	90831	83749	92,2	5138	5,7	3575	3,9	434	0,5	1944	2,1
2001	90277	83300	92,3	5081	5,6	3611	4,0	451	0,5	1896	2,1
2002	92113	85719	93,1	4646	5,0	3316	3,6	556	0,6	1748	1,9
2003	94381	86332	91,5	5029	5,3	3870	4,1	755	0,8	3020	3,2
2004	97456	88209	90,5	5154	5,3	4191	4,3	1187	1,2	4093	4,2
2005	98050	88517	90,3	5317	5,4	4314	4,4	1352	1,4	4216	4,3

Источник: [4, 5, 6, 7, 8, 9, 11].

ских состояний, которые на сегодняшний день считаются предотвратимыми: задержка внутриутробного развития – 14,8%; синдром дыхательных расстройств – 6,5%; врожденные аномалии – 3%; инфекции, специфичные для перинатального периода – 12,1%.

В заключение отметим, что современная технология по профилактике невынашивания и выхаживания недоношенных в Кыргызской Республике несовершенна. В тех случаях, когда спасти ребенка удастся, он зачастую остается инвалидом. В связи с переходом на критерии живорождения и мертворождения, рекомендуемые ВОЗ, и включением в государственную статистику смертности новорожденных с массой тела от 500 граммов и более, ситуация приобрела проблемный характер. В Кыргызстане такие дети рождаются для того, чтобы вскоре умереть, так как условий для их выхаживания нет. Из этого следует, что мероприятия по спасению недоношенных детей относятся к числу запоздалых, дорогостоящих и малоэффективных. Соответствующие меры нужно принимать до рождения ребенка. Прежде всего, необходимо оздоровить мать и создать комфортную среду для вынашивания беременности, так как основными причинами перинатальной смертности являются низкий уровень репродуктивного здоровья, а также патологическое состояние матери, обусловленное деградацией среды обитания.

В последние годы заметно сократилась позитивная роль службы родовспоможения в

развитии производительных сил страны. Следует отметить не только сокращение воспроизводства населения, но и нарушение его качества. Высокие репродуктивные потери указывают на то, что в республике демографический взрыв (быстрый прирост населения) перешел в новую стадию – демографический кризис, когда емкость среды обитания не соответствует численности населения, потребность в родовспоможении и его стоимость возрастает, а средства ограничены.

В данной ситуации, чтобы избежать депопуляции, обществу необходимо переходить на современный уровень воспроизводства населения, при котором рождаемость слегка превышает смертность. Сегодня рождаемость превышает смертность в три раза. В структуре общей смертности перинатальная смертность составляет 10%, что негативно сказывается на ожидаемой продолжительности жизни, уровень которой отстает от стран Западной Европы более чем на 10 лет.

Литература

1. Демографический ежегодник КР за 1999–2003 гг. / Нацстатком КР. – 187 с.
2. Женщины и мужчины Кыргызской Республики. – Бишкек, 2004.
3. Женщины и мужчины Кыргызской Республики: Сб. гендерно-разделенной статистики. – Бишкек, 2001. – 89 с.

-
4. Здоровье населения и здравоохранение Кыргызской Республики в 1991–2000 годах. – Бишкек, 2001. – 48 с.
 5. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2000 году. – Бишкек, 2001. – 183 с.
 6. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2002 году. – Бишкек, 2003. – 228 с.
 7. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2003 году. – Бишкек, 2004. – 265 с.
 8. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2004 году. – Бишкек, 2005. – 293 с.
 9. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2005 году. – Бишкек, 2006. – 275 с.
 10. Кошелева Н.Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1996. – № 3. – С. 45–51.
 11. Статистические официальные отчеты медико-информационного центра КР за 1999–2005 гг.
 12. Database “Health for all” / WHO/EURO. – Copenhagen, 2000.