

## **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ КАК ФАКТОР СОКРАЩЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ В РЕГИОНЕ**

**Ю.А. Григорьев**

*Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены  
и профессиональных заболеваний СО РАМН*

**С.В. Соболева**

*ИЭОПП СО РАН*

### **Аннотация**

Репродуктивное здоровье рассматривается как важнейшая часть популяционного здоровья и качественная характеристика воспроизводства населения. При оценке современного состояния репродуктивного здоровья в сложившихся социально-гигиенических условиях Сибирского федерального округа в качестве индикаторов взяты заболеваемость женщин, возникшая в период беременности или в предшествующий период, распространенность аборт, материнская, перинатальная, младенческая смертность, бесплодие. Рассмотрены также особенности репродуктивного здоровья, связанные с образом жизни женщин, употребляющих табак, алкоголь и наркотики. В качестве основных рисков формирования репродуктивного здоровья выделяются инфекции, передаваемые половым путем, заболеваемость злокачественными новообразованиями женской репродуктивной сферы, распространенность аборт.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, факторы риска, материнская смертность, перинатальная смертность, младенческая смертность, бесплодие, инновационные технологии репродуктивной медицины

## Abstract

Reproductive health is considered as an important part of the population health and a quantitative characteristic of reproduction of the population. To assess a current state of the reproductive health in the present social and sanitary environment of the Siberian Federal District, we use such indicators as the female sickness rates among women in their gestation period and those whose sickness were caused by a pre-pregnancy disease; number of abortions; maternal, perinatal, and infant mortality; and infertility. We also analyze the features of reproductive health related to the life styles of women who consume alcohol, drugs, and tobacco. Major risks of reproductive health are venereal infections, cancer of reproductive organs, and abortions.

**Keywords:** reproductive health, risk factors, maternal mortality, perinatal mortality, infant mortality, infertility, innovation technologies of reproductive medicine

В условиях депопуляции из-за низкого уровня рождаемости и высокого уровня смертности, которые наблюдаются в России, и в том числе в Сибири, уже два десятилетия, проблемы охраны репродуктивного здоровья приобретают высокую медико-социальную и социально-демографическую значимость. Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов, затрагивающих репродуктивную систему, ее функции и процессы [1].

В прошлые годы значительный вклад репродуктивного здоровья в воспроизводство населения преднамеренно затушевывался в связи с существованием в большинстве цивилизованных стран социальных и культурных барьеров, которые препятствовали открытому обсуждению этого вопроса. Но ситуация меняется, и в настоящее время необходимо открыто признать, что репродуктивное здоровье является важнейшей частью популяционного здоровья и качественной характеристикой воспроизводства населения. Современные представления о фундаментальных особенностях репродуктивного здоровья имеют несколько аспектов.

**Онтогенетический аспект.** Здоровье новорожденных рассматривается как зависимое от состояния здоровья матери. Вклад

репродуктивной составляющей в общее здоровье возрастает в подростковом возрасте, а для женщин она сохраняет огромную значимость в течение всего репродуктивного периода. В пожилом возрасте преобладают другие характеристики здоровья, хотя события предшествующей репродуктивной жизни продолжают играть существенную роль.

**Гендерный аспект.** Положение девушек и женщин в обществе является важнейшим и определяющим моментом для их репродуктивного здоровья. Эмансипация женщин, доступность образования для девушек и женщин влияют на их положение в обществе и возможность распоряжаться своей жизнью, здоровьем и фертильностью. Женщины подвержены риску осложнений при беременности и деторождении, осложнений как последствий небезопасных абортов. На женщин ложится большая часть забот в связи с использованием средств контрацепции, они более, чем мужчины, подвержены инфекциям репродуктивного тракта и чаще страдают от их осложнений. Серьезный ущерб репродуктивному здоровью женщин наносят социальные и экономические проблемы и трудности жизни.

**Медико-правовой аспект.** Увеличилось число проблем, связанных с насилием против женщин (изнасилования, сексуальные домогательства, насилие в семье, вынужденная проституция). Насильственные действия влекут за собой очень серьезные последствия для женщин, включая инфекции, передаваемые половым путем, нежелательные беременности. Случаи насилия учащаются в экстремальных ситуациях (война, крайняя нищета, массовая миграция населения). К факторам усиления риска насилия против женщин нужно отнести также и финансово-экономический кризис со всеми вытекающими из него последствиями.

**Информационный аспект.** Репродуктивное здоровье зависит от комплекса биологических, социально-экономических и психологических факторов, но возникающие здесь проблемы невозможно решать, если население не имеет доступа к соответствующей информации.

При количественном описании разных сторон репродуктивного здоровья как составляющей воспроизводства населения и как фактора сокращения рождаемости в качестве индикаторов рассматривают сле-

дующие: заболеваемость женщин, возникшую в период беременности или в предшествующий период, распространенность аборт, материнскую, перинатальную, младенческую смертность, бесплодие. Ниже представлена оценка динамики отдельных из перечисленных операциональных характеристик репродуктивного здоровья в сложившихся социально-гигиенических условиях Сибирского федерального округа, а также рассмотрены особенности репродуктивного здоровья, связанные с образом жизни женщин, употребляющих табак, алкоголь и наркотики.

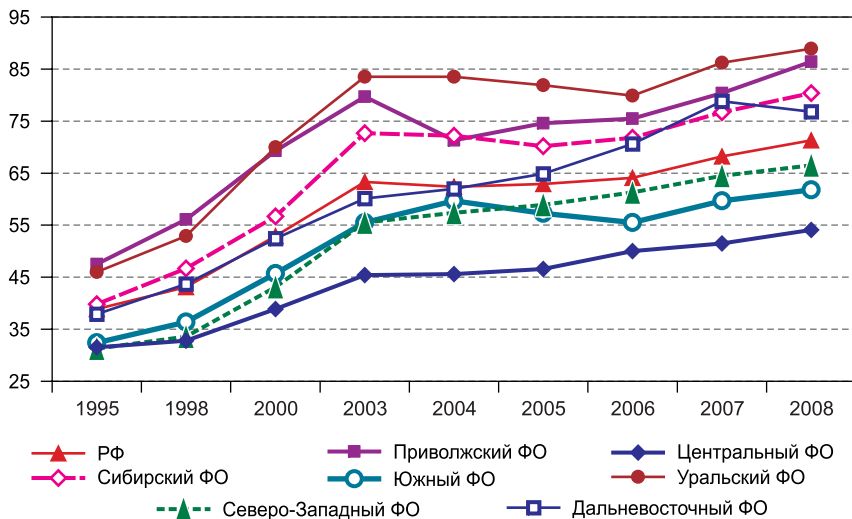
## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время все более отчетливо осознается, что здоровье самой женщины, ее адаптационные и иммунно-защитные возможности становятся самым слабым звеном, которое может способствовать снижению рождаемости (репродуктивных возможностей) и уровня здоровья. При этом ухудшается жизнеспособность поколений на всех этапах онтогенеза. К числу неблагоприятных обстоятельств необходимо отнести наличие соматических, инфекционных и гинекологических заболеваний, наличие вредных привычек, недостаточное и несбалансированное питание.

**Распространенность болезней, возникших в период беременности или предшествующий период.** По показателю осложнений беременности, родов и послеродового периода Сибирский федеральный округ устойчиво входит в тройку неблагополучных территорий, а отрыв в худшую сторону от средних данных по России к 2008 г. по сравнению с 2005 г. увеличивается (см. рисунок).

Показатели заболеваемости беременных женщин в СФО (табл. 1) превосходят средние по России: по болезням системы кровообращения – на 22,7%, по болезням мочеполовой сферы – на 13,8, по нарушениям родовой деятельности – на 12,8%. Наиболее высокий в округе уровень соматической заболеваемости (от всех причин, на 10 тыс. женщин, закончивших беременность) наблюдался в 2010 г. в Ал-

Современное состояние репродуктивного здоровья населения Сибири как фактор сокращения рождаемости в регионе



Динамика осложнений беременности, родов и послеродового периода по федеральным округам РФ, 1995–2008 гг., на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет\*

тайском крае и Новосибирской области, где он соответственно на 31,5 и 21,1% выше, чем в среднем по СФО. Самый низкий уровень демонстрирует Республика Тыва, где заболеваемость системы кровообращения в 7,4 раза ниже, чем в Алтайском крае. Это может свидетельствовать об использовании иных критериев оценки патологии, а также о низком уровне профессиональной подготовки медицинского персонала в Тыве. За период с 2006 по 2010 г. распространенность болезней системы кровообращения наиболее значительно увеличилась в Республике Алтай (в 2,3 раза), Красноярском (на 77,3%) и Забайкальском (на 47,2%) краях. В СФО имеются две территории, где за изучаемый период распространенность болезней системы кровообращения сократилась: в Иркутской области она уменьшилась в 2 раза, в Томской – на 14,5%.

\* После 2008 г. этот показатель исключен из данных статистической отчетности Федеральной службы государственной статистики России.

Таблица 1

**Динамика зарегистрированных заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время беременности, 2006–2010 гг., на 10 тыс. женщин, закончивших беременность**

Территория	Все заболевания		Болезни системы кровообращения		Болезни мочеполовой системы		Анемия		Сахарный диабет	
	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010
	СФО	13957,4	20884,9	1354,9	1460,7	2228,9	2220,8	3900,8	3812,6	15,7
Республика Алтай	10760,1	30912,8	538,7	1263,3	1671,5	1442,9	6927,8	5568,3	8,7	26,5
Республика Бурятия	9296,6	19980,4	764,1	930,2	2302,2	2525,2	4189,2	4549,4	6,1	22,2
Республика Тыва	8825,7	15537,0	376,6	438,3	1769,1	2114,3	4254,5	4259,1	10,8	8,7
Республика Хакасия	14542,2	19281,0	333,2	406,7	3411,5	1844,7	3324,2	2800,9	4,9	20,6
Алтайский край	25510,0	27466,6	2867,7	3010,6	2647,1	2528,4	4771,2	4354,6	40,7	95,7
Забайкальский край	11563,1	16446,9	648,3	954,3	2004,1	2463,8	3408,0	3238,0	6,0	24,2
Красноярский край	9800,9	21915,1	717,3	1272,1	1205,6	1730,9	3029,3	3664,1	11,4	35,5
Иркутская обл.	10314,6	15778,2	1809,8	851,2	2147,9	2000,2	3547,6	3324,2	21,0	72,4
Кемеровская обл.	12523,9	19093,0	1128,0	1380,3	1492,7	1494,9	4514,5	4321,0	7,3	18,5
Новосибирская обл.	21177,8	25294,5	1458,2	1614,5	4012,1	3526,5	3714,4	3473,0	18,1	52,8
Омская обл.	10467,1	17409,7	1482,7	1686,5	1962,4	1904,0	3557,1	3451,7	6,7	18,3
Томская обл.	13311,2	21906,4	1561,9	1335,9	2259,6	2221,4	4057,5	3641,3	27,2	40,8

Уровень анемии у беременных в Республике Алтай и Республике Бурятия превышает средний по СФО на 46 и 19,3% соответственно. В Республике Алтай 55,7% беременных страдают анемией, что является недопустимо высоким уровнем распространенности данной патологии.

Распространенность сахарного диабета растет практически на всей территории Сибири. За период с 2006 по 2010 г. этот показатель по СФО увеличился в 2,7 раза. Еще большее увеличение произошло в Республике Хакасии (в 4,2 раза), Забайкальском крае (в 4 раза) и Республике Бурятия (в 3,6 раза). Самый высокий уровень распространенности сахарного диабета демонстрируют Алтайский край, Иркутская и Новосибирская области.

Необходимо углубленное изучение факторов и причин, определяющих различия в уровнях соматической патологии в период беременности для обоснования стратегии охраны здоровья женщин как в рамках СФО, так и на отдельных территориях. Различные виды патологии беременности и родов становятся факторами, которые в значительной мере усугубляют неблагоприятные тенденции рождаемости. Проблемы возникают в том числе из-за страха осложнений в родах и из-за сложности получения высококвалифицированной помощи для многих категорий женщин.

**Инфекции, передаваемые половым путем.** За последние годы произошел громадный рост распространенности инфекций, передаваемых половым путем. Это связано с возрастающей миграцией населения, урбанизацией, изменением полового поведения молодежи, проституцией. В настоящее время в России за год регистрируется более 1 млн заболеваний, передаваемых половым путем. Наиболее высок уровень заболеваемости трихомониазом, и он остается неизменным на протяжении последних лет. Заболеваемость сифилисом проявляет тенденцию к снижению, но уровень ее распространенности еще очень высок. Отмечается значительный рост числа случаев врожденного сифилиса. Из территорий СФО наивысший уровень распространенности заболеваний, передаваемых половым путем, имеют Республика Тыва и Республика Хакасия. За период с 2006 по 2008 г. число заре-

гистрированных больных с впервые установленным диагнозом «сифилис» в РФ уменьшилось с 65,2 до 59,9 (на 100 тыс. населения); в СФО этот показатель немного увеличился – с 98,6 до 101,4 и превышает общероссийский уровень в 1,7 раза. Наиболее высокие уровни показателя обнаружены в Республике Тыве (488,4), Республике Хакасии (191,9) и Республике Алтай (166,6). К территориям с низким числом впервые зарегистрированных больных сифилисом относятся Омская, Новосибирская, Томская области и Красноярский край. Здесь величина показателя ниже, чем в среднем по СФО. Факторами, препятствующими первичной профилактике заболеваний, передаваемых половым путем, являются бедность, депривация, безработица, снижение духовного и нравственного уровня у людей, широкая коммерциализация сферы интимных услуг [2, 3]. Кризисы только усугубляют негативную ситуацию.

Одним из значимых факторов, оказывающих влияние на здоровье женщин и детей, является эпидемия ВИЧ-инфекции. Она существенным образом влияет на перинатальную и младенческую смертность, мертворождаемость, заболеваемость детей и материнскую смертность. Увеличение числа случаев ВИЧ-инфекции у женщин (преимущественно детородного возраста) и возрастающее значение гетеросексуального пути передачи инфекта способствуют распространению этой патологии среди беременных. В Российской Федерации до 1996 г. на 100 тыс. тестированных беременных ВИЧ-инфекция выявлялась с частотой 0,1–0,2. К 2002 г. этот показатель достиг максимального значения – 119,2. В 2003–2008 гг. частота составляла несколько меньшую величину: в пределах 105,6–116,3. За период с 2004 по 2008 г. в РФ ежегодно регистрировалось от 11 до 14 тыс. случаев заболевания ВИЧ-инфекцией у беременных. Темп роста составил 130%, наибольший рост числа случаев отмечался в СФО (169%). Увеличивается и число детей, имевших контакт с ВИЧ-инфекцией в перинатальном периоде.

Для сокращения распространенности ВИЧ/СПИД среди российского населения необходима активная профилактика данной патологии, построенная на межсекторальном принципе деятельности, пред-



полагающем, что медицинская составляющая является только небольшой частью усилий всех граждан, общества и государства.

**Заболеваемость злокачественными новообразованиями женской репродуктивной сферы.** В условиях снижения уровня репродуктивного здоровья обнаружен высокий уровень онкологических заболеваний репродуктивной системы женщин. Наибольший показатель в 2010 г. зарегистрирован в Новосибирской области (1313,6 на 100 тыс. женского населения), несколько ниже он в Забайкальском и Алтайском краях. Заболеваемость в Новосибирской области на 18,2% выше, чем в среднем по СФО. Наименьший уровень заболеваемости демонстрируют Республика Тыва, Республика Алтай и Республика Бурятия. В Тыве заболеваемость злокачественными новообразованиями женских репродуктивных органов в 2,4 раза ниже, чем в Новосибирской области.

Растет заболеваемость раком молочной железы. Это происходит на фоне значительного сокращения рождаемости. Можно предположить, что уменьшение числа рождений у женщин негативно сказывается на их физиолого-иммунологическом статусе и при дополнительных факторах риска (психологический стресс, психическая дезадаптация) определяет высокие уровни возникновения рака молочной железы. Об этом может свидетельствовать низкая распространенность злокачественных новообразований молочной железы в Республике Тыве (195,8 на 100 тыс. женского населения), Республике Алтай (310,4), Республике Бурятия (422,2). Показатель распространенности данной патологии в Республике Тыве в 3,7 раза ниже, чем в Новосибирской области (730). Известно, что уровень рождаемости в этой республике достаточно высок, нетто-коэффициент воспроизводства больше 1,0 и в населении часто встречаются многодетные семьи, особенно в сельской местности. Однако эксперты отмечают, что показатели выявления злокачественных новообразований при профилактических осмотрах пока не адекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о настоятельной необходимости проведения специальных скрининговых программ. Такие программы давно и успешно используются на практике во многих странах мира.

**Распространенность аборт**. Искусственное прерывание нежелательной беременности является весьма значимым медико-социальным фактором, который необходимо расценивать как риск для репродуктивного здоровья женщины. Аборты не только существенно снижают текущую рождаемость, но и сокращают рождаемость в будущем через рост заболеваемости репродуктивной сферы, в том числе увеличение числа случаев бесплодия и проблем с вынашиванием и рождением детей, ослабляют здоровье будущих матерей и их новорожденных детей. Согласно оценкам демографов, специалистов по социальной гигиене, при условии полного устранения осложнений после абортов современная семья в каждом третьем-четвертом случае могла бы фактически достичь желаемого числа детей [2–4].

В России благодаря росту общей культуры населения, благодаря деятельности государственных и общественных организаций последние несколько лет отмечается положительная тенденция сокращения числа абортов. Динамика распространенности абортов для всех федеральных округов однонаправленная, везде наблюдается снижение показателя. В СФО за период 2005–2010 гг. распространенность абортов уменьшилась на 20,6%. Имеется несколько территорий, где убыль количества абортов была весьма значительной: в Омской области показатель снизился на 35%, в Республике Тыве – на 32,3, в Томской области – на 27,7%. В 2010 г. самые высокие уровни распространенности абортов были в Республике Алтай (55,3 на 1000 женщин фертильного возраста) и Республике Тыве (49,0). За этот же период произошли позитивные сдвиги в соотношении числа абортов на 100 родов (табл. 2). В целом по СФО данный показатель уменьшился с 114,7 до 71,0 (или на 38,1%). Наиболее значительные изменения произошли в Омской области (число абортов на 100 родов сократилось с 94,3 до 47,5, или на 49,6%). Новосибирская и Томская области также демонстрируют успехи в избавлении от негативных традиций предупреждения беременности (сокращение на 41,8 и 44,2% соответственно). Однако необходимо отметить, что в Новосибирской области сохраняется самое высокое соотношение числа абортов и родов – почти в 2 раза выше, чем в соседней Омской области. В последние годы Новосибирская область устойчиво держится в непочетной первой тройке по этому пока-

Таблица 2

**Аборты по регионам Сибирского федерального округа в 2005 и 2010 гг., на 1000 женщин фертильного возраста**

Территория	2005			2010			Сокращение, %
	Число абортов	Число родившихся	Число абортов на 100 родов	Число абортов	Число родившихся	Число абортов на 100 родов	
СФО	257202	224272	114,7	193361	272469	71,0	38,1
Республика Алтай	3744	3502	106,9	3161	4266	74,1	30,7
Республика Бурятия	12703	13551	93,7	9363	16729	56,0	40,3
Республика Тыва	5065	5979	84,7	4622	8242	56,1	33,8
Республика Хакасия	7046	6198	113,7	6032	8062	74,8	34,2
Алтайский край	22987	26395	87,1	18585	30906	60,1	31,0
Забайкальский край	13883	15327	90,6	11154	17816	62,6	30,9
Красноярский край	42434	31534	134,6	30161	38150	79,1	41,2
Иркутская обл.	34809	30266	115,0	26143	38073	68,7	40,3
Кемеровская обл.	35095	30862	113,7	30323	37599	80,6	29,1
Новосибирская обл.	43713	28269	154,6	30820	34249	90,0	41,8
Омская обл.	20060	21282	94,3	12188	25639	47,5	49,6
Томская обл.	15663	11107	141,0	10809	13738	78,7	44,2

зателю среди всех субъектов Федерации, а в 2002 и 2006 гг. (172 аборта на 100 родов) занимала первые места в стране.

**Материнская, перинатальная и младенческая смертность.**

Материнская смертность – один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения в их работу научных достижений, если считать материнскую смертность интегрирующим показателем здоровья женщин репродуктивного возраста. В таком взгляде на данную проб-

лему отражается популяционный итог взаимодействия экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов [5, 6]. Основными факторами, влияющими на уровень материнских потерь, являются состояние здоровья женщин до и во время беременности, своевременность и качество оказания медицинской помощи, а также отношение самих женщин к собственному здоровью и здоровью будущего ребенка и отношению к этому семьи.

Материнская смертность в РФ за период 2000-2010 гг. сократилась с 39,7 до 16,5 (на 100 тыс. детей, родившихся живыми). Несмотря на относительно стабильное снижение числа случаев материнской смертности, различие этого показателя у жительниц города и села увеличивается. Эта неблагоприятная ситуация указывает на необходимость большей доступности качественной акушерско-гинекологической помощи для жительниц села. Показатель материнской смертности в СФО в течение последних 10 лет уменьшился с 54,5 в 2000 г. до 19,1 в 2010 г. (на 100 тыс. детей, родившихся живыми). За 2000–2010 гг. материнская смертность значительно сократилась в Омской, Томской, Иркутской, Кемеровской областях и Красноярском крае (табл. 3). Однако высокий уровень материнской смертности наблюдается в Республике Хакасии и Республике Тыве.

Перинатальная смертность характеризует состояние здоровья матери и ребенка, а также качество оказания медицинской помощи матери во время беременности, родов и ребенку – до родов, в родах и после рождения. По отдельным федеральным округам перинатальная смертность распределена неравномерно, этот показатель выше в восточных районах страны. В последние годы уровень перинатальной смертности снижается, что свидетельствует о повышении качества ведения беременности и родов. Основными причинами, непосредственно приводящими к смерти плода и новорожденного, являются внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, врожденные аномалии (пороки развития, наследственные болезни и хромосомные нарушения), дыхательные расстройства новорожденного (дистресс), инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, родовая травма. Несмотря на снижение показателей материнской и перинатальной смерт-

Таблица 3

**Динамика материнской смертности в Российской Федерации и субъектах Сибирского федерального округа, 2000–2010 гг., на 100 тыс. детей, родившихся живыми**

Территория	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Российская Федерация	39,7	25,4	23,8	22,0	20,7	22,0	16,5
СФО	54,5	35,2	27,3	28,1	20,6	29,6	19,1
Республика Алтай	34,4	0,0	29,5	74,1	0,0	23,3	0,0
Республика Бурятия	94,4	46,3	35,2	52,1	24,4	41,8	18,4
Республика Тыва	123,5	16,6	66,9	52,9	12,7	96,2	35,8
Республика Хакасия	52,3	48,4	46,4	27,3	25,2	49,6	49,9
Алтайский край	36,7	37,6	31,4	31,9	22,8	45,0	29,2
Забайкальский край	86,7	26,2	19,0	6,05	16,9	16,8	0,0
Красноярский край	64,0	28,5	28,3	41,0	29,8	20,8	20,7
Иркутская обл.	32,8	31,2	17,3	18,6	2,7	18,3	3,0
Кемеровская обл.	67,5	61,4	31,3	26,3	13,6	21,2	19,2
Новосибирская обл.	31,4	10,5	14,4	13,4	39,3	23,4	28,6
Омская обл.	65,3	23,3	23,3	12,7	16,0	15,6	15,2
Томская обл.	75,8	63,0	43,0	48,4	30,1	72,8	14,6

ности, их уровни в РФ в 3–3,5 раза выше, чем в экономически развитых странах [5, 7].

Перинатальная смертность в РФ уменьшилась с 10,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2005 г. до 7,37 в 2010 г., в основном за счет сокращения ранней неонатальной смертности (табл. 4). Уровень перинатальной смертности в Сибирском федеральном округе несколько меньше, чем по РФ: в 2010 г. он составил 7,14 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, снизившись с 2005 г. на 31,3%. Это снижение, так же как и в РФ, произошло в основном за счет уменьшения ранней неонатальной смертности, которая сократилась на 51,2%, в то время как мертворождаемость – на 13%. Перинатальная смертность

Таблица 4

**Перинатальная смертность и ее компоненты в 2005 и 2010 гг.,  
на 1000 родившихся живыми и мертвыми**

Территория	Всего		Мертворождае- мость		Ранняя неонаталь- ная	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Российская Федерация	10,2	7,37	5,7	4,62	4,5	2,75
СФО	10,4	7,14	5,4	4,70	5,0	2,44
Республика Алтай	12,0	11,29	6,4	6,82	5,6	4,47
Республика Бурятия	9,0	6,33	5,1	4,34	3,9	1,99
Республика Тыва	10,8	7,83	5,0	4,46	5,8	3,37
Республика Хакасия	10,2	7,70	4,0	5,34	6,2	2,36
Алтайский край	9,3	8,26	4,4	4,71	4,9	3,55
Забайкальский край	11,7	7,24	6,7	5,60	5,0	1,64
Красноярский край	11,5	8,67	5,9	5,65	5,6	3,02
Иркутская обл.	9,9	6,65	5,3	4,66	4,6	1,99
Кемеровская обл.	10,8	6,79	6,0	4,46	4,8	2,33
Новосибирская обл.	8,2	5,17	4,1	3,44	4,1	1,73
Омская обл.	11,9	7,51	7,0	5,16	4,9	2,35
Томская обл.	13,5	5,48	6,2	3,36	7,3	2,12

распределена очень неравномерно по территориям СФО. К территориям с высоким уровнем этого показателя следует отнести Республику Алтай, Алтайский и Красноярский края.

Возможности точного прогнозирования и профилактики неблагоприятных исходов развития детей зависят от знания фундаментальных основ этиологии и механизмов патологических процессов у плода и у новорожденного в неонатальный период. Исследования в этой области клинической медицины и социальной гигиены относятся к дорогостоящим. Однако сопоставление их стоимости, а также затрат на внедрение соответствующих организационных мероприятий с ве-

личной ассигнований на систему специализированных служб для детей-инвалидов свидетельствует об экономической эффективности данного направления.

Младенческая смертность и ее тенденции являются отражением существующих проблем, связанных с состоянием репродуктивного здоровья женщин. Показатель младенческой смертности в РФ снижается, но его значения в сельской местности выше, чем в городских поселениях. Примерно на 70% младенческая смертность обусловлена состояниями, возникающими в перинатальном периоде, и врожденными пороками развития. В РФ за период с 2001 по 2010 г. младенческая смертность сократилась на 51% – с 14,7 до 7,5 на 1000 родившихся живыми (табл. 5).

Таблица 5

**Смертность детей в возрасте до 1 года в 2001–2010 гг., на 1000 родившихся**

Территория	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Российская Федерация	14,7	10,97	10,22	9,35	8,52	8,1	7,5
СФО	17,0	12,26	11,40	10,46	9,14	9,1	8,4
Республика Алтай	20,5	14,27	15,27	14,06	11,36	9,5	9,5
Республика Бурятия	18,9	12,79	12,48	11,39	8,63	9,0	7,2
Республика Тыва	28,4	19,28	15,11	16,31	13,24	16,1	13,0
Республика Хакасия	21,5	17,45	15,61	13,54	11,51	8,2	8,5
Алтайский край	13,6	11,54	11,15	10,17	9,10	9,0	9,4
Забайкальский край	21,1	10,26	10,22	8,55	8,69	6,6	7,4
Красноярский край	20,6	13,92	12,93	12,01	9,70	10,4	9,2
Иркутская обл.	16,9	12,49	11,76	10,73	9,35	10,1	9,8
Кемеровская обл.	15,2	11,69	10,31	9,43	8,66	8,4	8,3
Новосибирская обл.	14,8	10,84	9,61	8,59	7,77	8,5	7,4
Омская обл.	13,0	9,86	8,84	9,07	7,80	7,0	6,5
Томская обл.	16,6	13,33	13,82	11,13	10,91	10,4	6,5

В СФО уменьшение младенческой смертности было столь же внушительным: на 49,4% – с 17,0 до 8,4. Наиболее низкий уровень показателя в 2010 г. демонстрировали Томская и Омская области (6,5 на 1000 родившихся живыми). Несколько выше он был в Республике Бурятия (7,2), Новосибирской области (7,4) и Забайкальском крае (7,4). Необходимо отметить, что на некоторых территориях показатель младенческой смертности в 2010 г. стал выше, чем в предыдущем. Он увеличился в Алтайском крае (на 0,4), Республике Хакасии (на 0,3) и Забайкальском крае (на 0,8). Неустойчивость снижения показателя и даже его рост на отдельных территориях свидетельствуют о включении ряда негативных факторов, влияющих на младенческую смертность (часть из них обсуждается ниже).

Проблема младенческой смертности в последние годы приобрела особую актуальность, что связано с кризисной ситуацией в демографической сфере. Младенческая смертность имеет большое как социально-экономическое, так и медицинское значение. Потери жизни в младенческом возрасте весьма сильно сказываются на уровне ожидаемой продолжительности жизни. С медицинской точки зрения, это один из индикаторов эффективности и качества оказания медицинской и медико-социальной помощи матерям, детям, семьям. Снижению младенческой смертности в регионах препятствует недостаточное обеспечение ряда территорий медикаментами и расходными материалами, лечебной и диагностической аппаратурой, особенно для новорожденных. Современные перинатальные технологии медленно внедряются в деятельность родовспомогательных учреждений. В связи с отсутствием или неисправностью необходимого оборудования существуют пробелы в организации и оказании реанимационной помощи новорожденным.

Отмечается обратная зависимость показателя младенческой смертности от уровня образования матери. Также в настоящее время можно предполагать нарушение долговременной динамики младенческой смертности в связи с более интенсивным включением в деторождение маргинальных групп женщин (медико-социальный эффект мер под названием «материнский капитал»). Так, уже в 2007 г. увеличилось число родившихся доношенных детей с синдромом задержки внутри-



утробного развития, что может быть результатом включения в процесс деторождения новой, качественно иной группы женщин, которое ведет к трансформации социальной структуры рожениц [7]. А это, как известно, существенно влияет на динамику всех репродуктивных показателей.

**Бесплодие и инновационные технологии репродуктивной медицины.** Важнейшей характеристикой качества и потенциала репродуктивного здоровья является бесплодие в браке. В настоящее время в РФ около 5 млн супружеских пар страдают бесплодием [2, 5]. Частота бесплодных браков в стране превышает 15%. Этот уровень, по данным ВОЗ, является критическим для благоприятного развития воспроизводства населения. В 2004–2007 гг. в СФО было зарегистрировано 19–21% бесплодных браков.

При изучении особенностей распространенности данной патологии обнаружено, что вторичное бесплодие преобладает над первичным [2]. Основными факторами риска по развитию бесплодия у женщин следует считать работу на промышленных предприятиях, связанную с вредными условиями труда, искусственные аборты, внематочную беременность, заболевания, передающиеся половым путем, использование внутриматочной контрацепции, послеродовые и послеабортные осложнения воспалительного характера, оперативные вмешательства на брюшной полости по гинекологическим показаниям, патологию иммунной системы и другие состояния [2, 5, 6, 8, 9]. У мужчин к бесплодию могут привести некоторые эндокринные расстройства, инфекции, передающиеся половым путем, обструктивная и необструктивная азооспермия, генетические заболевания, анатомические особенности репродуктивной сферы [5, 9].

Использование методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), методов переноса эмбриона, внутриматочной инсеминации в значительной части случаев способствует рождению здоровых детей [5, 6, 9]. Серьезной проблемой здесь являются повторные имплантационные неудачи. Для успеха ЭКО самый важный фактор – качество эмбрионов. Эмбрионы со структурными хромосомными aberrациями (транслокации, инверсии, анеуплоидии) часто не спо-

собны к имплантации. Большое значение в возникновении хромосомных аномалий имеет возраст женщин. У женщин в возрасте 25–34 лет частота аномальных эмбрионов в программе ЭКО составляет 39%, в то время как у женщин в возрасте 42–44 лет она достигает 61% [6]. Бесплодие является тяжелым состоянием, нарушающим психологическую адаптацию человека и влияющим на его здоровье и качество жизни [6, 9, 10].

### **ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН**

В настоящее время специалистами предлагаются различные классификации факторов риска. Одна из общепринятых классификаций – выделение главных факторов риска. При болезнях системы кровообращения, например, главными факторами риска являются гиподинамия, избыточная масса тела, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психоэмоциональный стресс, курение, алкоголь. Таких больших факторов риска немного, но одни и те же имеются при многих хронических неэпидемических заболеваниях. Большинство этих факторов зависят от поведения, образа и условий жизни людей. Рассмотрим ниже проблемы репродуктивного здоровья в связи с особенностями нездорового образа жизни женщин – употреблением табака, алкоголя, наркотиков. Выделенные характеристики образа жизни правомерно назвать факторами риска для репродуктивной системы женщин.

**Употребление табака.** Число курящих женщин во всем мире исчисляется десятками миллионов, а с учетом тех, которые пристрастились к другим формам употребления табака, их еще больше. До недавнего времени показатели заболеваемости и смертности от болезней, обусловленных курением, у женщин были значительно ниже, чем у мужчин. В этой связи возникло даже предположение о большей устойчивости женщин к вредному воздействию табака. Однако сейчас стало совершенно очевидно, что женщины не только подвержены тем же самым болезням, что и мужчины (например,

раку легких), но и страдают при этом другими, характерными только для них заболеваниями.

С курением у женщин связывают множество негативных последствий для репродуктивного здоровья [11]. Курящие женщины более подвержены инфекциям мочеполовой системы, у них чаще возникает бесплодие. Вероятность патологии зависит от объема употребления табака. Так, у женщин, которые выкуривают более 20 сигарет в день, по сравнению с некурящими существует втрое большая вероятность зачатия в более отдаленные сроки, у них в 3 раза больше риск первичной непроходимости маточных труб и повышенный риск внематочной беременности. Частота наступления беременности при использовании методов вспомогательной репродукции (оплодотворение *in vitro*, искусственная инсеминация) значительно ниже как у курящих женщин, так и у тех пар, где курит только отец. При этом у курящих женщин снижена чувствительность эндометрия к действию гормонов.

У курящих беременных отмечен рост частоты преждевременных родов, пренатальных и перинатальных потерь. У таких женщин чаще рождаются дети с низкой массой тела, что обычно связывают с гипоксией плода. Известно, что низкий вес при рождении является одной из основных причин перинатальной смертности. Уже накоплено достаточно данных о том, что у лиц, родившихся с низкой массой тела, в дальнейшей жизни чаще наблюдаются тяжелые формы гипертонической болезни, атеросклероза и диабета. С курением матери, в том числе и «пассивным», связывают случаи «синдрома внезапной смерти» новорожденных. У детей, рожденных курящими матерями, отмечается нарушение «физиологической асимметрии» левого и правого полушарий головного мозга, что отрицательно отражается на их умственных способностях. Установлено, что нарушения менструального цикла, включая дисменорею, предменструальный синдром, нерегулярность менструаций и вторичную аменорею, связаны с курением. У курящих женщин климакс, как правило, начинается гораздо раньше, чем у некурящих. Курение повышает риск развития болезней, связанных с дефицитом эстрогена (например, постклимактерический остеопороз).

**Употребление алкоголя.** Пьянство и алкоголизм представляют собой сложную медико-социальную проблему. Повреждающее действие этанола на эмбрион и плод связано с тем, что он легко проникает через плацентарный и гематоэнцефалический барьер, его содержание в крови матери и плода быстро достигает одинакового уровня. Риск возникновения врожденных пороков развития прямо пропорционален дозе употребляемого во время беременности алкоголя. Анализ многочисленных публикаций показывает, что алкогольная интоксикация родителей может влиять на потомство тремя путями: воздействием на половые клетки, воздействием на развивающийся плод, воздействием на постнатальное развитие организма.

Важнейшей формой патологии можно назвать особый тип сочетания врожденных дефектов, нарушения физического и умственного развития детей, что в настоящее время описывается как «алкогольный синдром плода» (АСП). Этот синдром еще называют алкогольной эмбриопатией, эмбриофетопатией, фетальным или плодовым алкоголизмом. Дети с такой патологией рождаются только у больных хроническим алкоголизмом или злоупотребляющих спиртными напитками женщин, которые во время беременности не прекращали систематически принимать алкоголь. В первые дни после рождения у детей с АСП имеются тремор, недостаточность дыхания, требующая искусственной вентиляции легких, повышенная раздражительность, гиперрефлексия, плохой сон, затруднения сосания и глотания, моторная дискоординация, гипотония мышц, судороги. Некоторые из этих нарушений являются признаками абстиненции вследствие внезапного лишения новорожденного алкоголя. У таких детей, достигших старшего возраста, многократно возрастает риск развития алкоголизма.

Распространенность АСП тесно связана с частотой женского алкоголизма и неодинакова в различных странах и этнических группах. Данная проблема весьма важна в настоящее время для России. Это связано с тем, что за счет дополнительных выплат при рождении второго и последующих детей (так называемый «материнский капитал») в деторождение, как уже говорилось, вовлекаются маргинальные слои женщин, у которых распространенность алкоголизма и бытового пьянства очень высока. На начало 2013 г. федеральный мате-

ринский капитал в размере 408960 руб. будет выдаваться матерям, родившим второго или последующего ребенка, а также отцам-опекунам и будет расти дальше с учетом инфляции в стране. Такая сумма весьма привлекательна для беднейших слоев населения. Как следствие действия этого социального механизма в ближайшие годы будут происходить нарастание распространенности патологии в неонатальном периоде, увеличение доли детей, родившихся с низкой массой тела, и рост частоты других медицинских последствий АСП разной степени выраженности.

**Употребление наркотиков.** Увеличение употребления наркотиков как среди мужчин, так и среди женщин имеет нарастающее негативное значение для России [1, 12]. Женщины-наркоманки не заботятся о своем здоровье и здоровье будущего ребенка, большинство из них во время беременности не обращаются в женскую консультацию и не находятся под медицинским наблюдением. Дети, перенесшие внутриутробное воздействие наркотиков, имеют большое количество стигм дисэмбриогенеза (малых аномалий развития), почти у половины из них есть признаки внутриутробной инфекции, часто встречаются метаболические нарушения и патологическая желтуха. Типичной для новорожденных, родившихся от матерей-наркоманок, является клиническая картина отмены наркотика. Развитие синдрома отмены наблюдается в первые один-три дня после рождения и значительно отягощает течение процесса адаптации к внеутробной жизни. Данное состояние требует интенсивной терапии, а в некоторых случаях – реанимационной помощи. Наиболее частые проявления синдрома отмены у новорожденных – повышенная возбудимость нервной системы, двигательная гиперактивность, высокий мышечный тонус, тремор, нарушения сна. В тяжелых случаях развиваются судороги. Клиника данного синдрома может сохраняться от нескольких дней до нескольких недель.

Большинство женщин-наркоманок прекращают кормление грудью еще в родильном доме или в ближайшее время после выписки из него. В тех редких случаях, когда женщина продолжает кормить ребенка грудью, но не прекращает при этом употребление наркотиков, воздей-

ствие наркотических веществ на ребенка продолжается и после рождения, так как наркотики свободно проникают в молоко матери. В этом случае характерна рецидивирующая клиника синдрома отмены, которая возникает у ребенка одновременно с проявлениями «ломки» у матери. Вероятность возникновения пристрастия к наркотику во взрослом состоянии у лиц, перенесших интоксикацию или синдром отмены в младенческом возрасте, чрезвычайно высока.

### Литература

1. **Амлаев К.Р.** Наркоситуация и распространенность ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Профилактическая медицина. – 2009. – № 3. – С. 26–29.
2. **Каткова И.П., Андришина Е.В., Катков В.И.** Проблемы рождаемости и совершенствование системы охраны материнства и детства // Народо­на­се­ле­ние. – 2004. – № 4. – С. 15–31.
3. **Каткова И.П.** Репродуктивное здоровье россиянок // Народо­на­се­ле­ние. – 2002. – № 4. – С. 27–42.
4. **Аборт:** медико-социальные и клинические аспекты / Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Жирова И.А. и др. – М.: Триада-Х, 2003. – 154 с.
5. **Кулаков В.И., Фролова О.Г.** Репродуктивное здоровье в РФ // Народо­на­се­ле­ние. – 2004. – № 3. – С. 60–66.
6. **Руководство** по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада-Х, 2001. – 568 с.
7. **Суханова Л.П., Скляр М.Г., Уткина Г.Ю.** Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в России // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 37–42.
8. **Радзинский В.Е., Алиев И.А.** Бесплодие и экстракорпоральное оплодотворение в свете контраверсий // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 60–62.
9. **Чен П.Т.К., Гоулдстейн М., Роузенвэкс З.** Секреты репродуктивной медицины: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 448 с.
10. **Батуев А.С., Безрукова О.Н., Кошавцев А.Г.** Биосоциальная природа материнства и раннего детства / Под ред. А.С. Батуева. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2007. – 376 с.
11. **Женщины** и табак. – Женева: ВОЗ, 1994. – 134 с.
12. **Шабанов П.Д.** Основы наркологии – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.

*Рукопись статьи поступила в редколлегию 31.12.2012 г.*

© Григорьев Ю.А., Соболева С.В., 2013