

# ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 614.2

Оригинальная статья

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**А. В. Бреусов** — ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, профессор, доктор медицинских наук; **О. Е. Коновалов** — ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, профессор, доктор медицинских наук; **А. К. Харитонов** — ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», аспирант; **В. В. Харченко** — ФГБОУ ВО «Курский ГМУ», декан лечебного и педиатрического факультетов, профессор, доктор медицинских наук; **Р. А. Бреусов** — ФГБОУ ВО «Московский государственный технический университет им. Н. Э. Баумана», старший преподаватель кафедры менеджмента, кандидат медицинских наук.

## SOCIAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND HEALTH STATUS OF WOMEN OF FERTILE AGE IN MOSCOW REGION

**A. V. Breusov** — Russian Peoples' Friendship University, Moscow, Professor of Department of Public Health, Health and Hygiene, Professor, DSc; **O. E. Kononov** — Russian Peoples' Friendship University, Professor of Department of Public Health, Health and Hygiene, Professor, DSc; **Kharitonov AK** — Russian Peoples' Friendship University, postgraduate student, **V. V. Kharchenko** — Kursk State Medical University, Dean of Medical and Pediatric Faculties, Professor, DSc; **R. A. Breusov** — Bauman Moscow State Technical University, Department of Management, Senior Lecturer, PhD.

Дата поступления — 14.11.2018 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2019 г.

**Бреусов А. В., Коновалов О. Е., Харитонов А. К., Харченко В. В., Бреусов Р. А.** Социально-демографическая характеристика и состояние здоровья женщин фертильного возраста московской области. Саратовский научно-медицинский журнал 2019; 15 (1): 72–77.

**Цель:** обоснование комплекса мероприятий медико-организационного характера, направленных на сохранение здоровья матери и ребенка, развитие системы охраны материнства и детства, на основании анализа состояния здоровья женщин фертильного возраста, их социальных и демографических характеристик и медицинской активности. **Материал и методы.** В работе использовались следующие методы: библиографический, аналитический, математико-статистический, социологический (анкетирование). Материалом исследования послужили 596 анкет социологического опроса женщин — пациенток областного перинатального центра. Каждая анкета включала 48 вопросов, объединенных в 6 блоков (социальные, демографические характеристики, состояние здоровья, медицинская активность, которые были обработаны с использованием статистической программы PASW (Predictive Analytics SoftWare) Statistics 22. **Результаты.** Установлено, что большинство респондентов относили себя к группе здоровых, каждая пятая считала, что страдает заболеваниями хронического характера и 11,9% чувствовали себя больными. Болезни органов дыхания, системы кровообращения, мочеполовой системы занимали ведущие места в структуре заболеваемости. **Заключение.** На основании полученных данных предложены направления совершенствования системы охраны материнства и детства, такие как усиление профилактической деятельности, повышение качества диспансеризации женского населения; совершенствование преемственности в работе учреждений системы охраны материнства и детства; внедрение интерактивных форм обучения беременных.

**Ключевые слова:** демографические показатели, состояние здоровья, медицинская активность, перинатальный центр, репродуктивное поведение.

**Breusov AV, Kononov OE, Kharitonov AK, Kharchenko VV, Breusov RA.** Social and demographic characteristics and health status of women of fertile age in Moscow region. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2019; 15 (1): 72–77.

**Objective:** analysis of the state of health, medical activity, social and demographic characteristics of women of child-bearing age to develop a set of medical and organizational measures aimed at reducing the loss of maternal and child health, improving the system of maternal and child health. **Material and Methods.** The following methods were used in the work: bibliographic, analytical, mathematical-statistical, sociological (questioning). The material of the study was 596 questionnaires of a sociological survey of women — patients of the regional perinatal center. Each questionnaire included 48 questions combined into 6 blocks (social, demographic characteristics, state of health, medical activity), which were processed using the statistical program PASW (Predictive Analytics SoftWare) Statistics 22. **Results.** It was found that the majority of respondents considered themselves to be in the healthy group, every fifth considered that they had chronic diseases and 11.9% felt sick. In the structure of chronic pathology, the largest proportion was accounted for by respiratory diseases, ENT organs, circulatory system diseases, gynecological diseases. **Conclusion.** On the basis of the obtained data, the directions for improving the system of maternal and child health have been proposed, such as: strengthening preventive activities, improving the quality of clinical examination of the female population; improvement of continuity in the work of institutions of the maternal and child welfare system; introduction of interactive forms of education for pregnant women.

**Key words:** demographic indicators, state of health, medical activity, perinatal center, reproductive behavior.

**Введение.** Для всех стран мира репродуктивное здоровье населения является приоритетной проблемой в области здравоохранения [1–6]. Демографическая ситуация в нашей стране продолжает оставаться неблагоприятной, так как сохраняется тенденция сокращения численности населения, которое не восполняется миграционными процессами, что можно объяснить низкой рождаемостью и высоким уровнем смертности [7, 8]. Отмечается увеличение доли женщин фертильного возраста, страдающих различными заболеваниями, что приводит к снижению рождаемости, росту числа осложнений, возникающих в период беременности и родов, а также повышению уровня заболеваемости новорожденных [9, 10].

В частности, данные за период с 1995 по 2010 г. подтверждают наличие длящейся уже долгое время в России негативной тенденции сокращения рождаемости. Так, зарегистрировано снижение численности детей в возрастной группе от 0 до 16 лет на 11,5% (на 3,7 млн чел.), в том числе в возрасте до 5 лет на 41,1% (4,9 млн чел.). В структуре населения доля детей сегодня не превышает 20%. Только в республиках, где традиционно распространена многодетность, этот показатель остается довольно высоким — 30–36%.

За 13-летний период (2004–2016) увеличилась доля женщин в возрасте 15–49 лет на 3,2% (2004 г. — 46,2%, 2016 г. — 49,4%). При этом следует отметить, что с конца 20-го в. наблюдается тенденция снижения доли женского населения в возрасте 18–24 лет, что отрицательно влияет на показатели рождаемости. Особенно значимы эти процессы для отдаленных регионов России [10].

Большое значение в формировании детской инвалидности имеет состояние здоровья плода и новорожденного (патология перинатального периода при этом отмечалась более чем в 60% случаев). Несмотря на продолжающуюся тенденцию снижения перинатальной смертности, эти показатели сегодня остаются достаточно высокими. По данным литературы, в учреждениях родовспоможения умирают около 18 тыс. детей ежегодно [11].

Открытие перинатальных центров — один из важных итогов реформирования системы охраны материнства и детства. Главная их задача: использование современных методов обследования и лечения беременных и новорожденных с целью снижения уровня перинатальной и материнской смертности [11, 12].

Сегодня отчетливо прослеживается высокая зависимость сохранения жизни и здоровья ребенка от использования инновационных медико-организационных технологий, совершенствования управления организацией медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным. Проблема модернизации ее устройства, повышения качества и эффективности в современных условиях требует постоянного поиска новых подходов к своевременному решению существующих проблем [2].

**Цель:** обоснование комплекса мероприятий медико-организационного характера, направленных на сохранение здоровья матери и ребенка, развитие системы охраны материнства и детства, на основании анализа состояния здоровья женщин фертильного

возраста, их социальных и демографических характеристик и медицинской активности.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Московского областного перинатального центра (МОПЦ), который обслуживает территориальный участок с количеством прикрепленного женского населения 134279 чел. (в 2017 г.), в том числе фертильного возраста (15–49 лет) 67913 чел. Объект исследования: женское население репродуктивного возраста, находящееся в зоне обслуживания МОПЦ. В работе использовались следующие методы исследования: библиографический, социологический, аналитический, математико-статистический. Авторами с использованием разработанной анкеты опрошено 596 женщин, что в соответствии с таблицей В. И. Паиотто можно считать репрезентативной выборкой.

Материалы исследования обработаны статистически с использованием методов параметрического и непараметрического анализа в зависимости от результатов проверки сопоставляемых совокупностей на нормальность распределения. Сбор, систематизация и обработка исходной информации осуществлялись в приложении Microsoft Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы PASW (Predictive Analytics SoftWare) Statistics 22.

Полученные данные обрабатывались на основе методов корреляционного анализа и вариационной статистики с использованием критерия Шапиро — Уилка. Статистическая значимость различий средних величин оценивалась с применением *t*-критерия Стьюдента.

Расчитанные значения *t*-критерия Стьюдента оценивались путем сравнения с табличными значениями, при этом статистически достоверным признан уровень значимости  $p < 0,05$ . Доверительный интервал для средних величин высчитывался с уровнем достоверности не менее 0,95.

**Результаты.** Наибольшая доля среди обследуемых женщин приходилась на возраст 20–29 лет (46,2%) и 30–39 лет (37,0%). Возрастная группа 40–49 лет составляла 14,9%, до 20 лет 1,9%.

Подавляющее большинство женщин имели высокий уровень образования. Так, 43,1% имели среднее специальное образование и более 38,4% высшее. Значительно меньший удельный вес имели лица с общим средним (12,5%) и неоконченным высшим (5,4%) образованием.

По социальному положению женщины распределились следующим образом: служащие 39,5%, сотрудники коммерческих структур 28,4%, домохозяйки 18,6%, рабочие промышленных предприятий 11,5%, предприниматели 1,4%, инвалиды 0,6%.

У 72,1% женщин брак был официально зарегистрирован, 12,1% опрошенных состояли в гражданском браке, разведены 8,2%, никогда не выходили замуж 5,0%. Вдовы составили 1,4% всех респондентов.

Отмечена зависимость частоты случаев зарегистрированного брака от возраста опрошенных женщин, т.е. увеличение их доли с возрастом, начиная с 20 лет. Максимальный уровень данного показателя приходился на возрастную группу 40–49 лет (81,8%).

На момент опроса подавляющее большинство женщин находилось в первом браке (77,7%), во втором 14,3%, в единичных случаях (около 1,0%) в третьем. В первый брак женщины вступали в среднем в возрасте  $20,7 \pm 3,6$  года, во второй и третий брак в возрасте  $34,2 \pm 4,1$  и  $36,2 \pm 4,3$  года соответственно.

Частота посещения женской консультации в зависимости от возраста, %

Частота посещений	Возраст				Итого
	до 20 лет	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	
Несколько раз в год	36,1	50,0	29,0	31,6	37,7
Один раз в год	39,0	39,4	57,5	33,5	46,2
Один раз в 2 года	14,1	6,2	8,0	21,1	9,6
Реже одного раза в 2 года	10,8	4,4	5,5	13,8	6,5
Всего	100	100	100	100	100

Продолжительность первого брака была относительно небольшой, в среднем она составляла  $5,7 \pm 1,9$  года. Второй брак длился в несколько раз меньше:  $0,8 \pm 0,4$  года.

Значимой социальной характеристикой респондентов был уровень их материального положения. Свой уровень достатка как средний расценивали 68,8% пациенток, как хороший 21,2%, ниже среднего 9,6%. Интересно заметить, что доля женщин со средним уровнем материального достатка была довольно высокой. Так, хорошее материальное положение имели 50% респондентов в возрасте до 20 лет. Далее, в возрастной группе с 40 до 49 лет, таких не регистрировалось совсем. И наоборот, число лиц с материальным положением ниже среднего нарастало с возрастом — от полного отсутствия в возрасте до 20 лет до одной трети в возрастной группе более 40 лет.

Условия проживания респондентов в большинстве были хорошими. Так, 49,0% женщин проживали в отдельной квартире, 30,0% в собственном доме, на съемной квартире 13,9% женщин, в коммунальной квартире 2,7% и только 1,6% респондентов сообщили, что проживают в общежитии.

В ходе исследования изучено состояние здоровья наблюдаемых женщин, а также проанализирована их медицинская активность в отношении как соматической, так и гинекологической патологии.

Подавляющее большинство респондентов (70,0%) относили себя к группе здоровых, 18,1% женщин считали, что страдают заболеваниями хронического характера, 11,9% чувствовали себя больными. Установлена определенная зависимость мнения о своем здоровье от возраста опрошенных. Так, практически здоровыми считают себя 74,5% лиц женского пола в возрасте с 20 до 29 лет и 16,7% в возрасте с 40 до 49 лет; полагают, что имеют хроническую патологию, 19,1 и 66,7% соответственно. При этом увеличивалась также доля лиц, относящих себя к больным.

В структуре заболеваемости на долю болезней органов дыхания приходится 27,4%, БСК 16,1%, болезней мочеполовой системы 12,9%, болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ 11,3%, прочей патологии 32,0%.

Из общего числа опрошенных 97,1% женщин регулярно посещали медицинские учреждения, что свидетельствует о высокой медицинской активности. Корреляционной связи между возрастом респондентов и уровнем образования не выявлено ( $r=0,017$  и  $0,022$  соответственно).

С возрастом у опрошенных женщин выявлен рост гинекологической патологии: 12,8% респондентов в возрастной группе 20–29 лет и 33,8% в возрасте 40–49 лет.

В анамнезе у респондентов наиболее часто встречались заболевания половой сферы: эрозия шейки матки в 34,0% случаев, аднексит в 32,0%, кисты яичников в 16,0%, эндометриоз и миома матки по 7,5% случаев, бесплодие в 3,0%.

11,0% респондентов указали наличие эрозии шейки матки, кисты яичников, миомы матки. 37% опрошенных сообщили о хронической патологии, 25,0% чувствовали себя больными, 7,0% женщин здоровыми.

Менее половины женщин (46,2%) посещали женскую консультацию один раз в год, более одной трети (37,7%) несколько раз в год, и только 9,6% один раз в 2 года. Остальные 6,5% опрошенных посещали консультацию реже одного раза в 2 года (табл. 1).

Таким образом, с регулярной частотой посещают медицинскую организацию 84% женщин.

Установлена зависимость частоты посещения пациентками женской консультации от возраста. Наиболее часто посещали медицинскую организацию женщины в возрасте 20–39 лет (86,5% случаев). Женщины в возрасте до 20 лет посещали женскую консультацию в 75,0% случаев, в возрасте 40–49 лет в 65,0% случаев.

Выявлена зависимость частоты посещения женской консультации от уровня образования пациенток. Наиболее активно посещали медицинскую организацию 91,0% респондентов с высшим образованием, 82,0% с неоконченным высшим образованием, 78,3% со средним специальным образованием и 20,0% женщин со средним общим образованием.

Нерегулярно посещали женскую консультацию 58,5% женщин из-за отсутствия свободного времени, 11,0% из-за отсутствия желания. Редкое посещение врача-гинеколога 9% респондентов объясняли организационными недостатками в работе учреждений и медицинского персонала и 8,3% низкой квалификацией специалиста. Ряд пациенток были не удовлетворены проводимой профилактической работой (в 5,3% случаев), квалификацией специалистов (в 4,5%) и санитарно-гигиеническими условиями в учреждении (в 2,3%).

Обращало на себя внимание совпадение медицинской активности женщин в этом отношении с состоянием их здоровья. Так, при наличии хронической патологии частота регулярных посещений достигала 88,7%, при отсутствии хронических заболеваний составляла 85,4%, а лица, чувствующие себя больными, были активными только в 60,0% случаев.

В изученной нами структуре причин обращения респондентов в женскую консультацию преобладали инфекции, передающиеся половым путем, и ведение беременности: соответственно 22,1 и 20,3%. Третьей по распространенности причиной обращения была

Таблица 2

## Частота лечения осложнений беременности в зависимости от возраста, %

Вариант ответа	Возраст				Итого
	до 20 лет	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	
Проводилось стационарно	100	53,8	57,6	55,6	54,8
Беременность протекала без осложнений	-	38,5	37,3	38,8	38,4
Лечение проводилось амбулаторно	-	7,7	3,4	5,6	6,2
Лечение амбулаторное в связи отказом от госпитализации	-	-	1,7	-	0,6
Всего	100	100	100	100	100

эрозия шейки матки (15,8%), четвертой кольпит, пятой киста яичника. По поводу бесплодия обратились только 1,9% пациенток.

При оценке удовлетворенности акушерско-гинекологической помощью большое практическое значение имеет анализ репродуктивного поведения женщин.

В результате анкетирования определено, что 86,4% женщин при наличии детей повторно зарегистрировали брак. У 73,0% респондентов имелся один ребенок, у 13,0% два.

Большинство опрошенных женщин (91,0%) перспективу создания крепкой благополучной семьи связывали с надеждой на дальнейшее рождение детей. Двух детей хотели бы иметь в своей семье 58,0% женщин, трех — 20,0%, четырех и более — 6,4%. Хотят иметь одного ребенка 16,0% женщин.

На момент проведения анкетирования 87,0% женщин ранее имели беременности, которые в 10,0% случаев закончились искусственным прерыванием, в 2,0% выкидышем, остальные родами. Ранее не беременели 13,0% женщин.

У 41,0% женщин наблюдалась одна беременность, две у 20,0%, три у 13,0%, четыре и более у 8,0%. По семь, восемь и девять беременностей имели по 0,5% женщин соответственно. Отмечено увеличение доли женщин, имевших беременность в течение жизни, в зависимости от возраста. Так, 25,0% женщин в возрасте до 20 лет, 82,0% женщин в возрасте с 20 до 29 лет и 100% в возрасте старше 40 лет имели в анамнезе беременности.

Применяли прерывание беременности 42,0% женщин: в возрасте 20–29 лет в 38,0%, в возрасте 30–39 лет в 41,0% случаев. Более половины (60,0%) респондентов в возрасте 40–49 лет указали на осложнения после искусственного прерывания беременности, которые не были связаны с состоянием здоровья пациенток.

По причине бесплодия получали лечение 8,9% женщин, среди них 61,0% составили пациентки в возрасте от 40 до 49 лет, 29,0% в возрасте 20–29 лет, 10,0% в возрасте 30–39 лет. Считали себя практически здоровыми 45% опрошенных, указали на наличие хронических заболеваний 32,0%, отметили наличие острых форм заболеваний 22,6%.

Проблемы с невынашиванием беременности имели 13,0% женщин, из них 52,0% находились в возрасте 30–39 лет, 26,0% в возрасте 20–29 лет, 15,0% в возрасте 40–49 лет. Считают себя практически здоровыми 44,0% из числа опрошенных, 37,0% страдают хроническими заболеваниями, 19,0% чувствовали себя больными.

Основными причинами невынашивания беременности, по мнению пациентов, являлись: в 37,0%

случаев патологические состояния и инфекционные заболевания, перенесенные во время беременности, в 33,0% влияние стрессовых ситуаций, по 7,0% конфликты в семье и физическая травма во время беременности соответственно, в 4,0% самостоятельное прерывание беременности

Сообщили о наличии осложнений в течении беременности 31,0% респондентов, из них женщин в возрасте 20–29 лет оказалось 44,0% и в возрасте 30–39 лет 42,0%. Ощущали себя больными 11,0%, указали на наличие хронических заболеваний 38,0%, считали себя практически здоровыми 52,0%.

В 55% случаев пациентки проходили стационарное лечение по поводу осложнений беременности: в 100% случаев в возрасте до 20 лет, в 54,0% случаев в возрасте 20–29 лет, в 58% случаев в возрасте 30–39 лет, в 56,0% случаев в возрасте 40–49 лет.

Амбулаторное лечение проводилось в 6,0% случаев: в возрасте 20–29 лет у 8,0% женщин, в возрасте 30–39 лет у 3,0% и в возрасте 40–49 лет у 6,0% женщин. Получали лечение в амбулаторной медицинской организации в связи с отказом от госпитализации 0,6% беременных в возрасте 30–39 лет (табл. 2).

Среди лечившихся стационарно по поводу осложнений беременности более половины женщин были практически здоровы (56,3%), имели хронические заболевания 33,3%, считали себя больными 10,4% опрошенных.

**Обсуждение.** Более 50% женщин имели высокий уровень образования. Наибольшая доля среди обследуемых женщин приходилась на возраст 20–29 лет (46,2%) и 30–39 лет (37,0%). У 72,1% женщин брак был официально зарегистрирован, 12,1% опрошенных состояли в гражданском браке, разведены 8,2%, никогда не выходили замуж 5,0%. Обнаружены достоверные различия количества беременностей в зависимости от уровня образования респондентов. Значимой социальной характеристикой респондентов был уровень их материального положения. Свой уровень достатка как средний расценивали 68,8% пациенток, как хороший 21,2%, ниже среднего 9,6%.

Чаще всего по одной беременности имели женщины со средним (50,0%) и высшим (47,0%) образованием. Немногим более 30,0% имевшие по одной беременности составляли в группах со средним специальным (33,3%) и неоконченным высшим (36,4%) образованием и только 20,0% с неполным средним. Однако более трех беременностей не указывали женщины с неполным и общим средним образованием, но они составляли 23,2% случаев при среднем специальном, 18,2% при неоконченном высшем, 6,7% при высшем образовании.

Во всех группах, сформированных по уровню образования, выявлена высокая обратная корреляционная связь между частотой случаев и количеством беременностей. Так, в группе женщин с неполным средним образованием коэффициент корреляции составлял 0,75, с общим средним 0,59, со средним специальным 0,71, с неоконченным высшим 0,91 и с высшим образованием 0,88.

Во время анализа частоты беременностей и состояния здоровья женщин установлена следующая взаимосвязь: практически здоровые и женщины, чувствующие себя больными, имели чаще всего по одной беременности: в 45 и 50% случаев соответственно. Среди пациенток с хроническими заболеваниями на их долю приходилось достоверно меньше — 35,8% ( $p < 0,05$ ). Кроме того, практически здоровые женщины статистически достоверно чаще имели более трех беременностей, чем больные хроническими заболеваниями: 15,1% против 8,1% соответственно ( $p < 0,05$ ).

В ходе исследования обнаружено, что с увеличением числа беременностей удельный вес родов живым ребенком достоверно чаще сокращался. Так, если при первой беременности этот показатель составлял 61,4%, то при второй и третьей соответственно 54,2 и 49,6%.

Пропорционально увеличению числа беременностей в анамнезе увеличивается и доля таких исходов, как невынашивание и искусственное прерывание беременности. Например, удельный вес женщин, завершивших первую и вторую беременность искусственным абортom, составлял соответственно 4,1 и 10,8%, третью беременность — 42,0%. Кроме того, достоверно установлено, что самое большое число выкидышей регистрировалось в структуре исходов третьей беременности (8,4%).

Среди источников информации о течении беременности и родов, возможных осложнениях подавляющее большинство женщин (79,8%) назвали врача, 25,9% пациенток — специальную литературу, 24,5% — Интернет и только 4,3% респондентов — телевидение. Такое распределение необходимо учитывать при планировании информирования женщин по вопросам организации акушерско-гинекологической помощи.

К искусственному аборту прибегли 19,9% женщин. Материальные затруднения, которые испытывала семья на данный момент, явились основной причиной проведения аборта (37,9% случаев). Среди других причин искусственных абортов далее следовали: неблагоприятная обстановка в семье (9,7%), неудовлетворительные жилищные условия (5,6%), занятость на работе (6,6%), проблемы со здоровьем у женщины (4,3%), отсутствие желания у супруга иметь детей (4,0%) и нежелание женщины иметь детей (1,5%).

О случаях смерти детей женщины сообщили в 2,6% случаев: при этом 1,0% детей погибли на первой неделе жизни, 1,2% в возрасте 7–28 дней, по 0,3% в возрасте 1–12 месяцев и старше 1 года.

На момент опроса у 68,0% респондентов были дети в действующем браке, из них 91,8% детей были желанными. Половина (50,2%) опрошенных женщин считали, что имеют желаемое число детей.

В качестве основных причин отказа от рождения детей у женщин, которые желают их иметь, чаще всего были: затрудненное материальное положение (23,1% случаев), занятость на работе (11,2%), неудовлетворительные жилищные условия (10,4%) и

наличие соматических заболеваний (6,0%). Далее по значимости располагались: злоупотребление мужа алкоголем (5,2%), занятость учебной (4,8%), наличие гинекологической патологии (4,4%) и отсутствие официальной регистрации брака (4,4%). Остальные причины назывались в единичных случаях.

Более половины (56,4%) женщин предохранялись. С этой целью из числа опрошенных 50,9% применяли барьерные средства контрацепции (презерватив), 31,1% прерванный половой акт, 14,8% внутриматочную спираль и 11,7% фармакологические препараты (гормональные таблетки). Такие методы контрацепции, как свечи (2,8%), метод ритма по температуре (1,1%), колпачок (0,4%) и диафрагма (0,4%), женщины называли лишь в единичных случаях.

В большинстве семей решение вопроса о предохранении и его оптимальных способах осуществляется совместно (65,7%), значительно реже только женой (13,3%) и только мужем (всего в 6,0% случаев).

**Заключение.** Таким образом, основными направлениями снижения потерь здоровья матери и ребенка, совершенствования системы охраны материнства и детства на региональном уровне являются: усиление профилактической деятельности и повышение качества диспансеризации женского населения; совершенствование преемственности в работе перинатального центра, детских поликлиник, женских консультаций и стационаров; активное внедрение медико-экономических стандартов и современных технологий; систематическое проведение аудита качества акушерско-гинекологической и неонатальной помощи; внедрение интерактивных форм обучения беременных необходимым знаниям и умениям по вопросам течения и гигиены беременности, подготовки к родам, течения послеродового периода с использованием интернет-ресурсов учреждений системы охраны материнства и детства; повышение квалификации и коммуникативных навыков медицинских работников.

**Конфликт интересов** отсутствует.

**Авторский вклад:** концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация результатов, написание статьи — А.В. Бреусов, О.Е. Коновалов, В.В. Харченко, Р.А. Бреусов; получение и обработка данных — О.Е. Коновалов, Р.А. Бреусов; утверждение рукописи для публикации — А.В. Бреусов, В.В. Харченко.

## References (Литература)

1. Starodubov VI, Sukhanova LP. Reproductive problems in the demographic development of Russia. Moscow, 2012; 320 p. Russian (Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы в демографическом развитии России. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012; 320 с.).
2. Baybarina EN, Filippov OS, Guseva EV. Maternity service in the Russian Federation: achieved results and development prospects. Deputy chief physician 2014; (5): 6–14. Russian (Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Служба родовспоможения в Российской Федерации: достигнутые результаты и перспективы развития. Заместитель главного врача 2014; (5): 6–14).
3. Belevich IV, Gorelik MZ, Gorelik NB. The formation of healthy lifestyles in women on the basis of perinatal centers as a direction of state regulation. In: Modern trends in political, economic development and management problems in the APR countries: Materials of the I scientific-practical conference with international participation, 2014; p. 263–72. Russian (Белевич И.В., Горелик М.З., Горелик Н.В. Формирование здорового образа жизни у женщин на базе перинатальных центров как направление государственного регулирования. В сб.: Со-

временные тенденции политического, экономического развития и проблемы управления в странах АТР: материалы I науч.-практ. конф. с междунар. участием, 2014; с. 263–72).

4. Alizadeh M, Jabbari Birami H, Moradi S. Reproductive Health of Women in Rural Areas of East Azerbaijan — Iran, before and after Implementation of rural Family Physician Program: an Ecologic Study. *J Caring Sci* 2015; 4 (4): 321–30.

5. Zeitlin J, Mortensen L, Cuttini M, et al. Declines in stillbirth and neonatal mortality rates in Europe between 2004 and 2010: results from the Euro-Peristat project. *J Epidemiology Community Health* 2015; Dec. 30.

6. Defranco EA, Hall E, Muglia LJ. Racial Disparity in Prevalent Birth. *Am J Obstet Gynecol* 2015; Dec. 22.

7. Kroelinger CD, Vladutiu CJ, Jones JR. Recognizing Excellence in Maternal and Child Health (MCH) Epidemiology: The 2014 National MCH Epidemiology Awards. *Mather Child Health J* 2016; Jan. 2.

8. Guseva EV, Alexandrova GA, Son IM. The Main indicators of health of mother and child, activity of service of protection of the child and obstetric aid in the Russian Federation. Moscow: RIO TSNIOIZ, 2012; 196 p. Russian (Гусева Е. В., Александрова Г. А., Сон И. М. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2012; 196 с.).

9. Kalininskaya AA, Malikova LM. Problems and ways of reforming of health care of the village. Social aspects of public health 2015; 4 (44): [Electronic resource.] URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/693/30/lang.ru> (12 September 2018). Russian (Калининская А. А., Малико-

ва Л. М. Проблемы и пути реформирования здравоохранения села. Социальные аспекты здоровья населения 2015; 4 (44): [Электронный ресурс]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/693/30/lang.ru> (дата обращения: 12.09.2018).

10. Sergeyko IV, Bubnovskaya AA. Modern trends of reproductive health of women. Clinical experience of the G202015; 26 (2): 25–30. Russian (Сергейко И. В., Бубновская А. А. Современные тенденции репродуктивного здоровья женщин. Клинический опыт «Двадцатки» 2015; 26 (2): 25–30).

11. Kononov OE, Kharitonov AK, Zhiltsova EE. Medical and social aspects of reproductive behavior and health of the residents of the Moscow region. I. P. Pavlov Russian Medical and Biological Bulletin 2016; 24 (4): 25–31. Russian (Коновалов О. Е., Харитонов А. К., Жильцова Е. Е. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения и здоровья жителей Московской области. Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова 2016; 24 (4): 25–31).

12. Petrova EI, Medvedeva OV. Analysis of the perinatal center activity in a multi-level system of medical care for women during pregnancy, childbirth and in the postpartum period (on the example of the Ryazan region). I. P. Pavlov Russian Medical and Biological Bulletin 2013; 21 (3): 83–6. Russian (Петрова Е. И., Медведева О. В. Анализ деятельности перинатального центра в многоуровневой системе оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде (на примере Рязанской области). Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова 2013; 21 (3): 83–6).

УДК 614.39:616–036.12–022:055.334] -07–036.8 (045)

Оригинальная статья

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Н. В. Красникова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры поликлинической терапии, общей врачебной практики и профилактической медицины, кандидат медицинских наук; **Г. Н. Шеметова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой поликлинической терапии, общей врачебной практики и профилактической медицины, профессор, доктор медицинских наук; **О. Г. Казбан** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры поликлинической терапии, общей врачебной практики и профилактической медицины, кандидат медицинских наук; **А. О. Кан** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры поликлинической терапии, общей врачебной практики и профилактической медицины, кандидат медицинских наук; **Т. Х. Савинов** — ГУЗ «Саратовская городская поликлиника №17», главный врач.

## MEDICO-SOCIAL PERFORMANCE OF HEALTH CENTERS TO IDENTIFY RISK FACTORS FOR MAJOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

**N. V. Krasnikova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Associate Professor of Department of Polyclinic Therapy, General Practice and Preventive Medicine, PhD; **G. N. Shemetova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Polyclinic Therapy, General Practice and Preventive Medicine, Professor, DSc; **O. G. Kazban** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Polyclinic Therapy, General Medical Practice and Preventive Medicine, PhD; **A. O. Kan** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Polyclinic Therapy, General Medical Practice and Preventive Medicine, PhD; **T. Kh. Savinov** — Saratov City Polyclinic №17, Head Physician.

Дата поступления — 29.12.2018 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2019 г.

**Красникова Н. В., Шеметова Г. Н., Казбан О. Г., Кан А. О., Савинов Т. Х.** Медико-социальная эффективность работы центров здоровья по выявлению факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2019; 15 (1): 77–82.

**Цель:** изучить частоту встречаемости факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди трудоспособного населения Саратова и провести анализ эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни в условиях районного Центра здоровья. **Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Центра здоровья ГУЗ «Саратовская городская поликлиника №17». За 2013–2017 гг. обследован 50301 пациент трудоспособного возраста. В план обследования входил сбор анамнеза с целью выявления факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, физикальный осмотр с выполнением антропометрии (определение роста, вычисление индекса массы тела), измерение артериального давления, определения общего холестерина и глюкозы в капиллярной крови. Оценивался суммарный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE. Для проведения ангиологического скрининга использовался портативный периферический доплер-анализатор Smart Dop 30 EX с автоматическим измерением систолического АД и расчетом лодыжечно-плечевого индекса. **Результаты.** Наиболее часто встречались такие факторы риска, как нерациональное питание и низкая физическая активность, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная