

УДК: 613.88-053.6/7(1-22)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Г.С. Будревич, Е.М. Тищенко

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Целью исследования было изучить уровень репродуктивного здоровья сельских жительниц фертильного возраста и их медико-гигиеническую информированность.

Для определения социальных факторов риска в формировании репродуктивного здоровья сельских жительниц проведено социологическое исследование по анкетам и осуществлен системный анализ медико-социальных закономерностей формирования репродуктивного здоровья сельских жительниц. Статистическим методом обработаны 1584 анкеты, заполненные женщинами фертильного возраста, проживающими в сельской местности на территории Кореличского района Гродненской области.

Полученные результаты указывают на то, что заболеваемость женщин фертильного возраста имеет тенденцию к росту, а уровень заболеваемости репродуктивной системы снижается. Показатели здоровья населения заслуживают внимания при формировании и реализации комплексных медико-организационных мероприятий.

Ключевые слова: фертильный возраст, здоровье, сельские жительницы.

Здоровье - это первая и важнейшая потребность человека, обеспечивающая гармоничное развитие личности. Оно является бесценным достоянием не только каждого человека, но и всего общества. Это универсальное благо, обеспечивающее условия для полноценной жизни как высшей ценности человечества. Хорошее здоровье является главным ресурсом для социального и экономического развития и фундаментом устойчивости социальной системы, а также основой сильного государства и важнейшим условием качества жизни для нас и наших потомков.

Оценить состояние репродуктивного здоровья весьма сложно, так как специальных методов для этой цели пока не разработано. Поэтому о его состоянии судят по отдельным составляющим, преимущественно по уровню рождаемости и показателям здоровья у женщин и детей, интегрированным отображением которых является материнская, младенческая и детская смертность. В настоящее время для оценки состояния репродуктивного здоровья используют сравнительные демографические показатели рождаемости и здоровья населения, его заболеваемость и инвалидность.

Состояние и структура репродуктивного здоровья во многом определяется условиями и образом жизни женщин. Среди множества медико-социальных факторов, влияющих на репродуктивную систему женщин и девушек, значатся и такие, как социальное неравенство, бедность, плохое питание, злоупотребление курением, алкоголем, наркотиками, сексуальная безграмотность и ранняя сексуальная активность, инфекционные заболевания, депрессии, неврозы и др. За последние 10-15 лет резко выросла сексуальная активность молодёжи, что ведёт к росту числа абортотворцев у несовершеннолетних, увеличению количества заболеваний, передающихся половым путём, выросло число родов у юных матерей [1, 2, 3, 4].

Однако работ, в которых на современной доказательной базе в исторической ретроспективе были бы изучены различные аспекты медицинской помощи пациенткам, проживающим в сельской местности, с учетом совершенствования перинатальных технологий, сети, кадрового потенциала и нормативной базы, недостаточно, что не позволило до настоящего времени сформулировать соответствующую медицинскую, экономическую и социальную эффективность, комплексно решить зада-

чу по укреплению РЗ сельских жительниц.

В связи с чем мы поставили целью изучить уровень репродуктивного здоровья сельских жительниц фертильного возраста, а также их медико-гигиеническую информированность.

Для определения социальных факторов риска в формировании репродуктивного здоровья сельских жительниц проведено социологическое исследование по специально разработанным анкетам и осуществлен системный анализ медико-социальных закономерностей формирования репродуктивного здоровья сельских жительниц. Статистическим методом обработаны 1584 анкеты, заполненные женщинами фертильного возраста, проживающими в сельской местности на территории Кореличского района Гродненской области.

На основании полученных данных проведен системный анализ медико-социальных закономерностей формирования репродуктивного здоровья сельских жительниц.

Первая беременность наступает у женщин чаще всего в возрасте 22 года (44,7%), в 19 лет 39,6%, в 25 лет 13,7%, а в 18 лет 1,8%, в 26 лет - 0,2%. Запланированной и желанной была беременность у 683 женщин (73,5%), несвоевременной у 16,0% респондентов, нежеланной у 10,5%. Исход первой беременности: рождение живого ребенка у 623 женщин (67%), выкидыш у 109 (11,7%), аборт до 12 недель у 197 (21,3%). К беременности готовил врач-гинеколог и врач-терапевт в 75% случаев, а в 25% ответ отрицательный.

Начало половой жизни по возрасту распределилось в следующем порядке: до 17 лет 398 (25,2%), с 17 до 19 лет 964 (60,8%), с 20 до 21 года 222 (14%). В 14 лет начали половую жизнь 86 девочек (67%), в 15 лет 113 (7,1%). К первому сексуальному опыту в 53,9% побудила любовь, замужество в 16,7%, состояние опьянения в 12,1%, остальные причины (любопытство, желание угодить, сексуальное влечение и другие) в 17,3%. Добрачными сексуальные отношения считают нормальными 53,2% женщин и 58,5% мужчин. Гражданский брак прогрессивным явлением для общества отмечают только 32,8% опрошенных. Другие формы женского оргазма не считают нормой 48%, а 52% утверждают наоборот. Подавляющее число женщин считают недопустимыми нетрадиционные сексуальные отношения (однополоый секс 97,2%, групповой 98%). По поводу смены полового парт-

нера, будучи в браке, положительно ответили 266 женщин (16,8%), 1163 женщины не согласны (73,4%), 155 женщин считают, что иногда можно и сменить партнера (9,8%). Беспорядочные половые связи влияют на здоровье, об этом знают 87,2% опрошенных. При материальном обеспечении семьи и хорошем здоровье 1121 женщина (70,7%) ответила, что в семье должно быть 2 ребенка, а 23,2% - 3 ребенка. Одного ребенка хотели бы иметь только 94 женщины (6,1%). На вопрос: «Смогли бы Вы отказаться от своего ребенка?» 1172 женщины (74%) ответили «нет», 3,5% - «да», при вынужденных состояниях 13,3%, временно 9,2%.

По вопросам вредных привычек и здорового образа жизни анкетированные указали следующие ответы: курят - 29%, не курят - 71%. Алкоголь употребляют до беременности все, но чаще всего (2 и более раз в неделю) 21%, менее 1 раза в месяц 34%, несколько раз в месяц 45%. Первый раз попробовали алкоголь в возрасте 15-19 лет 45,8%, до 10 лет 3,2%, в 11-14 лет 22%, не употребляют алкоголь 29%. Считают себя здоровыми только 728 женщин (45,9%), имеют временные расстройства здоровья 746 (47,1%) и имеют хронические заболевания 110 женщин (7%). Чтобы быть здоровой, 931 женщина (59,2%) указала на необходимость вести здоровый образ жизни, 26,8% - посещать врача, предохраняться от беременности и иметь постоянного партнера 14,0%.

На вопрос об участии мужчины в процессе внутриутробного развития ребенка и родов 292 женщины (18,4%) считают, что это не мужское дело, остальные указывают, что со стороны мужчины должна быть материальная и физическая помощь, психологическая поддержка жены, общение с еще не родившимся малышом, совместное посещение врача и присутствие при родах. Если ребенок зачат мужчиной вне брака, то 604 женщины (38,2%) отмечают, что обязательно должна быть регистрация брака, 27,9% - обязательное признание отцовства, 23,8% - поддержка женщины и ребенка материально и только 10,1% - обязательный аборт.

В процессе ожидания ребенка 470 женщин из 929 опрошенных (50,6%) считают участие своего мужа активным, недостаточным 22,2%, другое 27,2%.

По данным опроса 1032 женщины (65,2%) знают об услугах здравоохранения в области охраны женского здоровья, 741 женщина (34,8%) отмечают, что недостатков в работе акушерско-гинекологической службы района нет, а из недостатков указывают: недостаточное внимание к пациенту 11,4%, грубость со стороны врачей 10,2%, платные услуги и дороговизна лекарств 21,4%, не нужно смотреть на кошелек пациента 9,5%. Чтобы результат медицинской услуги оказался качественным, 47,5% опрошенных считает, что пациентам нужно дополнительно поощрять материально медицинских работников.

Оценка здравоохранения в баллах по району: 1 балл 13,4%, 2 балла 12,3%, 3 балла 26,6%, 4 балла 47,7%. Информированность населения о репродуктивном здоровье населения: отличное и хорошее 48%, удовлетворительное 25,6%.

Сведения о репродуктивном здоровье населения получают опрошенные: от медицинских работников 50,7%, из средств массовой информации 30,8%. О том, как правильно вести себя, чтобы родить здорового ребенка, супружеские пары (74,7%) располагают достаточной информацией.

Большинство респонденток (62,5%) знакомы с понятием «менструальный календарь», частично знают об этом - 17,2%, не знают - 20,3% анкетированных. В основном 58,2% опрошенных женщин также осведомлены, в

чем разница операции искусственного аборта и операции регуляции менструального цикла. Каждая пятая (19,6%) респондентка ответила, что после аборта бывает бесплодие. При этом две из пяти (39,3%) анкетированных прерывали беременность. В качестве побудивших причин были названы материальное и жилищное состояние (46,2%), нежелание создать семью (25%), состояние здоровья (8,8%). 47,7% опрошенных женщин считают, что прерывание беременностей опасно для здоровья. Перед прерыванием беременности все женщины получили консультацию врача о профилактике осложнений и по вопросам контрацепции. Из прерывавших беременность респонденток дополнительно требовалось лечение 55%.

К основным методам контрацепции опрошенные ответили: презерватив (35,6%), метод «безопасных дней» (22%), прерванный половой акт (17%), спираль (9,7%). Однако 23,6% анкетированных женщин не используют контрацептивные средства. Во время первых в жизни сексуальных отношений пользовались контрацепцией только половина (51,5%) респонденток. При этом 44% опрошенных считают, что для предупреждения беременности необходимо регулярный прием противозачаточных таблеток. В то же время 56% анкетированных указывают, что для предупреждения беременности необходим прием таблеток только после каждого полового акта. Основной причиной неиспользования контрацепции 51,8% анкетированных назвали вред для здоровья.

При появлении симптомов инфекций, передающихся половым путем (ИППП), 49,9% опрошенных лечились бы сами, 43% - обратились бы к врачу, остальные - обследовались бы анонимно. На вопрос, можно ли заразиться при поцелуе сифилисом, утвердительно ответили 50% респонденток, гонореей - 13,3%.

31,4% анкетированных указали, что ВИЧ-инфекцией можно заразиться воздушно-капельным путем, 40% - при укусе кровососущего насекомого. При этом две из трех респонденток (68,6%) отметили, что при ИППП необходимо воздержаться от половой жизни.

Максимальная численность женщин фертильного возраста на территории района отмечена в 1970 году и составила 11916 человек. К 2009 году произошло уменьшение численности женщин фертильного возраста на 7050 человек, или на 244%. Стабильная численность женщин фертильного возраста регистрировалась в период 1989-1999 г. За последнее десятилетие количество женщин фертильного возраста уменьшилось на 1112 человек, или на 18,6% (таблица 1).

Таблица 1 - Динамика численности женского населения фертильного возраста за период 1970-2009 гг.

ГОДЫ	Количество
1970	11916
1979	8654
1989	5980
1999	5978
2009	4866

Удельный вес женщин фертильного возраста в районе составил в 2009 г. 37%, что на 3% выше 1999 г. - 34%. В то же время по области в 2009 г. удельный вес женщин фертильного возраста составлял 47%, а по Республике Беларусь 48%. Это объясняется модернизацией общества и миграцией населения района в город.

При сравнении удельного веса женщин фертильного возраста в разрезе Республики Беларусь, области и района по возрастным группам к общей численности женского населения фертильного возраста за 1999 и

2009 годы установлено, что имеет место значительно низкий уровень в районе женщин в возрасте от 15 до 39 лет и увеличение в возрастных группах от 40 до 49 лет (табл.2).

Таблица 2 - Удельный вес женщин по возрастным группам к общей численности женщин фертильного возраста в 1999 и 2009 гг., (%)

Возраст	1999 г.			2009 г.		
	Республика Беларусь	Гродненская область	Кореличский район	Республика Беларусь	Гродненская область	Кореличский район
15-19	14,6	16,7	13,5	12,4	12,3	10,5
20-24	13,3	15,2	11,7	15,2	14,1	11,0
25-29	13,1	16,3	14,8	14,8	13,9	11,6
30-34	13,5	17,3	16,5	13,7	13,0	12,7
35-39	16,1	19,7	15,2	13,6	14,3	16,6
40-44	15,8	17,5	14,7	13,7	15,0	19,6
45-49	13,1	14,7	13,2	16,2	17,0	17,7
	2627873	248656	5978	2484616	271962	4866

Доля лиц женского пола фертильного возраста за период с 1999 г. по 2009г. уменьшилась в возрасте 15-19 лет, а также 45-49 лет. В то же время численность женщин во всех остальных возрастных категориях уменьшилась. Существенно не изменилась в возрасте 20-24 года, возросла в возрастных группах 25-44 года как в городе, так и в сельской местности (табл. 3).

Таблица 3 - Доля лиц женского пола фертильного возраста в возрастных когортах населения района, в том числе городско-го и сельского в 1999 и 2009 гг. (в %)

Возраст	1999 г.			2009 г.		
	Республика Беларусь	Гродненская область	Кореличский район	Республика Беларусь	Гродненская область	Кореличский район
15-19	14,6	16,7	13,5	12,4	12,3	10,5
20-24	13,3	15,2	11,7	15,2	14,1	11,0
25-29	13,1	16,3	14,8	14,8	13,9	11,6
30-34	13,5	17,3	16,5	13,7	13,0	12,7
35-39	16,1	19,7	15,2	13,6	14,3	16,6
40-44	15,8	17,5	14,7	13,7	15,0	19,6
45-49	13,1	14,7	13,2	16,2	17,0	17,7
	2627873	248656	5978	2484616	271962	4866

В 1999 г. удельный вес городских женщин составлял 61,3%. К 2009 г. удельный вес женщин фертильного возраста, проживающих в городе, уменьшился до 49,6%, преимущественно за счет женщин в возрасте от 15 до 34 лет. В то же время удельный вес в сельских жителях возрос с 38,7% в 1999 году до 50,4% в 2009. Рост произошел за счет женщин от 40 до 49 лет.

Регистрируется отрицательный процент прироста женщин активного детородного возраста как среди городских, так и среди сельских жительниц.

Рождаемость

На протяжении многих лет, согласно оценочной шкале ВОЗ, в районе сформировался регрессивный тип возрастной структуры населения (табл. 4).

Таблица 4 - Оценка возрастной структуры населения за период с 2006 по 2011 г. г. (%)

	2006 г. (регрессивный)	2007 г. (регрессивный)	2008 г. (регрессивный)	2009 г. (регрессивный)	2010 г. (регрессивный)	2011 г. (регрессивный)
К-во детей в возрасте 0-14 лет	14,5	14,2	13,9	13,6	13,3	13,2
К-во взрослого населения старше 50 лет	12,4	42,9	43,6	44,2	44,7	49,0

Уровень общего показателя рождаемости регистрировался как низкий (табл. 5).

Таблица 5 - Динамика уровня рождаемости в Кореличском районе за период 2006 - 2011 гг. (%)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Уровень рождаемости	7,7	7,8	8,9	7,8	8,3	9,5

Заболеваемость является одним из важнейших параметров здоровья населения. Величина этого показателя зависит как от частоты распространения патологии среди женщин фертильного возраста, так и от многих других факторов.

Общая заболеваемость женщин фертильного возраста имеет некоторую тенденцию к росту. Так, наблюдается увеличение на 11,6% заболеваемости по сравнению с 2007 и 2011 г. Наибольший вклад в структуру заболеваемости женщин фертильного возраста внесли следующие заболевания: болезни органов дыхания (от 17,8% в 2010 г. до 30,1 в 2009 г.); болезни мочеполовой системы (от 12,3% в 2008 г. до 14,0% в 2011 г.); болезни эндокринной системы (от 6,8 % в 2009 г. до 10,7 % в 2007 г.); онкопатология (от 10,4% в 2010 г. до 6,2% в 2011 г.); болезни органов пищеварения (от 9,5% в 2011 г. до 6,5 % в 2010 г.).

Рост общей заболеваемости имеет место практически по всем группам болезней, за исключением травм и внешних воздействий, болезней нервной системы, прочих болезней.

Возросла частота общей заболеваемости по следующим классам болезней: системы кровообращения (в 2,0 раза), органов дыхания (в 1,4 раза), органов пищеварения (в 1,05 раза), травмы и отравления (в 1,3 раза) (табл. 6).

Первичная заболеваемость женщин фертильного возраста в 2011 году составила 302,8 на 1000 женщин фер-

Таблица 6 - Заболеваемость по обращаемости женщин фертильного возраста (общая на 1000 и структура)

Наименование классов болезней	2007		2008		2009		2010		2011	
	на 1000	%	на 1000	%	на 1000	%	на 1000	%	на 1000	%
Всего	539,2	100,0	550,1	100,0	616,3	100,0	652,2	100,0	610,2	100,0
болезни системы кровообращения	34,0	6,3	37,1	6,7	24,4	3,9	41,7	6,4	45,1	7,4
Новообразования	42,2	7,8	45,4	8,3	43,1	7,0	68,0	10,4	38,0	6,2
болезни эндокринной системы	57,9	10,7	52,6	9,6	41,9	6,8	66,3	10,2	60,7	9,9
болезни нервной системы	24,4	4,5	29,0	5,3	35,5	5,8	36,7	5,6	18,1	2,9
болезни органов дыхания	138,0	25,6	127,8	23,2	185,5	30,1	116,2	17,8	165,0	27,0
болезни органов пищеварения	41,3	7,7	39,4	7,2	40,2	6,5	42,2	6,5	58,2	9,5
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	34,8	6,5	45,6	8,3	63,2	10,3	89,5	13,7	55,3	9,1
болезни мочеполовой системы	59,6	11,1	67,9	12,3	82,2	13,3	90,0	13,8	85,6	14,0
беременность, роды и послеродовый период	20,3	3,8	21,1	3,8	19,5	3,2	22,2	3,4	25,5	4,2
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	33,3	6,2	39,5	7,2	24,0	3,9	41,5	6,4	27,2	4,5
Прочие	53,4	9,8	44,7	8,1	56,8	9,2	37,9	5,8	31,5	5,2

тильного возраста, что выше аналогичного показателя 2007 года (294,3) на 2,8%. 45,2% первичной заболеваемости составляют болезни органов дыхания, 10,9% болезни мочеполовой системы. В отличие от общей заболеваемости, где на третьем месте болезни эндокринной системы, в первичной заболеваемости третье место на протяжении 5 лет занимают болезни костно-мышечной системы (9,4%) (табл. 6).

В структуре госпитальной заболеваемости женщин фертильного возраста третью часть занимает госпитализация по поводу беременности, родов и послеродового периода. До 20% женщин фертильного возраста госпи-

тализированы в связи с болезнями мочеполовой системы. На третьей позиции патология органов дыхания. Несколько увеличился процент госпитализированных с сердечно-сосудистой патологией.

Развитие материально-технической базы, совершенствование и модернизация диагностического оборудования позволило повысить процент выявления заболеваний на ранних стадиях при проведении профилактических осмотров. Если в 2006 г. этот показатель составлял 13%, то к 2011 г. при профилактических осмотрах выявлено 33% заболеваний. Своевременность выявления заболеваний позволяет проводить более точно лечебно-реабилитационные мероприятия, что ведет к сокращению трудопотерь (табл. 7).

Заболеемость репродуктивной системы у женщин фертильного возраста

Динамика заболеемости репродуктивной системы у женщин фертильного возраста имеет положительную тенденцию к снижению фактически ежегодно, начиная с 2007 г. Сравнивая в 2006 г. и 2011 г. заболеемость репродуктивной системы женщин фертильного возраста уменьшилась вдвое, соответственно, с 9047,2 до 4385,6 на 1000 женщин фертильного возраста (48,5%).

Наибольший удельный вес в структуру заболеемости внесли: осложнения беременности от 33,9% в 2006 г. до 46,9% в 2011 г. Уровень заболеемости на 1000 женщин фертильного возраста уменьшился с 3069,1 до 2057,7; воспалительные заболевания женских тазовых органов от 16,2% в 2006 г. до 20,4% в 2011 г. Уровень заболеемости на 1000 женщин фертильного возраста снизился на 574,8; доброкачественные новообразования от 16,8% в 2006 г. до 8,05% в 2011 г. Одновременно регистрируется снижение и уровня заболеемости на 1000 женщин фертильного возраста на 1167,9; невоспалительные заболевания женских тазовых органов от 2,9% в 2006 г. до 8,5% в 2011 г.

На протяжении анализируемого периода, как положительный момент, следует отметить низкий уровень заболеемости в связи с медицинским аборт (таблица 8).

Первичная инвалидность

Трудопотери, связанные с инвалидностью женщин фертильного возраста, вносят значимый вклад в недо-

производство внутреннего валового продукта, наносят ущерб и ухудшают медико-демографическую ситуацию.

За период с 2006 г. по 2011 г. показатель первичной инвалидности женщин фертильного возраста имеет тенденцию к снижению с 37,4 на 10 тысяч женщин данной половозрастной группы в 2006 г. до 8,31 в 2011 г. (табл. 9)

Таблица 9 - Первичный выход на инвалидность женщин фертильного возраста за период с 2006 г. по 2011 г. (на 10000 женщин фертильного возраста)

Г о д ы	Всего, абс. число	На 10 тыс. женщин фертильного возраста
2006	14	37,4
2007	10	24,9
2008	15	30,7
2009	6	12,3
2010	13	32,5
2011	4	8,31

Основными причинами первичной инвалидности женского населения в возрасте 15-49 лет являлись следующие классы болезней: новообразования, травмы, болезни системы кровообращения и болезни костно-мышечной системы.

Снижение показателя первичной инвалидности характерно для каждого из перечисленных классов. Наиболее быстрыми темпами шла убыль показателя первичной инвалидности при новообразованиях, болезнях костно-мышечной системы, болезнях нервной системы. Несколько увеличился показатель первичной инвалидности при психических расстройствах (таблица 10).

В 2006-2011 годах уровень тяжести инвалидности (первая + вторая группа) женщин фертильного возраста изменялся в пределах от 75% до 38,5% (таблица 11).

Наибольший удельный вес в тяжести инвалидности составляют новообразования, преимущественно это в 90% случаев злокачественные новообразования женской половой сферы. Динамика показателя в течение анализируемого периода имеет тенденцию роста. В течение 2010 и 2011 г. тяжесть инвалидности по данной нозологии составляла 100% при снижении уровня первичной инвалидности при новообразованиях (таблица 12).

Основной вклад в структуру первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения вносили три группы заболеваний (в порядке убывания): цереброваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. Анализ динамики первичной инвалидности женщин фертильного возраста при болезнях костно-мышечной системы показал, что имеется четко выраженная тенденция к снижению данного показателя преимущественно за счет определения инвалидности третьей группы.

К наиболее значимым причинам первичной инвалидности женщин фертильного возраста относится класс внешних причин.

Таблица 8 - Динамика распространенности и структура заболеемости репродуктивной системы у женщин фертильного возраста с 2006 по 2011 гг.

Наименование патологии	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	на 1000	%	на 1000	%	на 1000	%	на 1000	%	на 1000	%	на 1000	%
Злокачественные новообразования	266,8	2,9	174,0	1,9	61,5	0,87	123,3	1,73	25,0	0,44	483,1	11,01
Доброкачественные новообразования	1521,2	16,8	1417,5	15,7	1209,2	17,30	1479,7	20,9	975,0	17,2	353,3	8,05
Дисфункции яичников	320,2	3,6	273,5	3,03	0,0002	0,000003	82,2	1,15	0	0	41,6	0,94
Воспалительные болезни женских тазовых органов	1467,8	16,2	1442,4	16,02	1291,2	18,5	1048,0	14,8	1175,0	20,1	893,7	20,4
Невоспалительные болезни женских половых органов	266,8	2,9	273,6	3,03	696,8	9,96	472,6	6,7	600,0	10,6	374,1	8,5
Расстройства менструаций и другие аномальные кровотечения	560,4	6,2	1168,8	12,9	922,3	13,2	780,9	11,0	825,0	14,5	540,4	12,3
Женское бесплодие	80,06	0,9	74,6	0,82	0	0	123,3	1,73	100,0	1,8	41,6	0,94
Осложнения беременности	3069,1	33,9	3282,7	36,5	1639,6	23,5	1767,3	24,9	1900,0	33,5	2057,7	46,9
Прочие болезни	1387,7	15,3	895,3	9,9	1106,7	15,8	1171,3	16,5	1525,0	26,9	0	0
Медицинский аборт	106,8	1,2	0	0	40,0	0,6	41,1	0,6	25,0	0,44	0	0
ВСЕГО:	9047,2	100	9002,7	100	6989,1	100	7090,0	100	5675,0	100	4385,6	100

Таблица 10 - Уровень и структура первичной инвалидности женщин фертильного возраста за период 2006-2011 гг., абсолютные цифры, %, на 10 тыс. женщин фертильного возраста

	2006			2007			2008			2009			2010			2011			Всего
	абс. число	уд. вес %	на 10 тыс. жен. фер. возр.	абс. число	уд. вес %	на 10 тыс. жен. фер. возр.	абс. число	уд. вес %	на 10 тыс. жен. фер. возр.	абс. число	уд. вес %	на 10 тыс. жен. фер. возр.	абс. число	уд. вес %	на 10 тыс. жен. фер. возр.	абс. число	уд. вес %	на 10 тыс. жен. фер. возр.	
Новообразования	6	42,9	16,0	3	30	7,5	5	33,3	10,2	1	16,6	2,05	2	15,4	5,0	1	25	2,08	18
Болезни системы кровообращения	1	7,1	2,7	2	20	5,0	-	-	-	-	-	-	3	23,1	7,5	1	25	2,08	7
Болезни костно-мышечной системы	2	14,3	-	-	-	-	2	13,3	4,1	1	16,6	2,05	1	7,7	2,5	1	25	2,08	7
Травмы	1	7,1	2,7	1	10	2,5	3	20	6,2	2	33,3	4,1	2	15,4	5,0	-	-	-	9
Болезни мочеполовой системы	1	7,1	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,7	2,5	1	25	2,08	3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1	7,1	2,7	1	10	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Болезни нервной системы	2	14,3	5,3	2	20	5,0	2	13,3	4,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Болезни органов дыхания	-	-	-	1	10	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Псих. расстройства	-	-	-	-	-	-	1	6,6	2,0	1	16,6	2,05	3	23,1	7,5	-	-	-	5
Туберкулез	-	-	-	-	-	-	1	6,6	2,0	1	16,6	2,05	-	-	-	-	-	-	2
Врожденные пороки развития	-	-	-	-	-	-	1	6,6	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Болезни органов пищеварения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,7	2,5	-	-	-	1
ВСЕГО	14	-	37,4	10	-	24,9	15	-	30,7	6	-	12,3	13	-	32,5	4	-	8,31	62

Таблица 11 - Тяжесть инвалидности среди женщин фертильного возраста (%)

2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
28,6	40	40	66	38,5	75

Таблица 12 - Тяжесть первичной инвалидности по онкопатологии среди женщин фертильного возраста (%)

2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
50	33,3	60	-	100	100

Таблица 13 - Средний возраст женщин (первичных инвалидов) в фертильном возрасте

2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
42	42	37,5	42,6	40,8	45,5

Таблица 14 - Распределение женщин (первичных инвалидов) фертильного возраста по месту жительства (%)

2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.	
город	село	город	село	город	село	город	село	город	село	город	село
50	50	40	60	40	60	50	50	38,5	61,85	50	50

MEDICAL SOCIAL PROBLEM OF REPRODUCTIVE HEALTH OF RURAL FEMALE RESIDENTS OF FERTILE AGE

G.S. Budrevich, Ye.M. Tishchenko

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

The aim of the research was to study the level of reproductive health of rural female residents of fertile age and their medical and hygienic awareness.

To determine social risk factors influencing reproductive health of rural females we carried out sociological questionnaire survey and systemic analysis of medical and social features of formation of reproductive health of rural females. Using statistical method we analyzed 1584 questionnaires filled in by fertile age women living in Korelichy District of Grodno Region.

The obtained results indicate that morbidity rate of fertile age women tends to rise while the level of reproductive system morbidity decreases. Indices of health status of the population should be taken into account when planning and implementing complex medical organizational measures.

Key words: fertile age, health, rural female residents.

Адрес для корреспонденции: e-mail: medsestrgrodno@grsmu.by

Поступила 20.05.2013

За анализируемый период наметилась тенденция к росту показателей первичной инвалидности вследствие травм, за исключением 2011 г., когда инвалидность в данной половозрастной группе не устанавливалась. Средний возраст женщин фертильного возраста, которым впервые определена инвалидность, колеблется в пределах от 37,5 года в 2008 г. до 45,5 в 2011 г. (табл. 13).

Существенной разницы от места жительства женщин фертильного возраста, получивших инвалидность за период с 2006 по 2011 г. не прослеживается, за исключением 2010 года, когда удельный вес сельских жительниц достиг 61,85% (табл. 14).

За период с 2006 г. по 2011 г. показатель первичной инвалидности женщин фертильного возраста имеет тенденцию к снижению в 4 раза.

Выводы

Таким образом, заболеваемость женщин фертильного возраста имеет тенденцию к росту, а уровень заболе-

ваемости репродуктивной системы снижается. Несомненно, показатели здоровья населения заслуживают внимания при формировании и реализации комплексных медико-организационных мероприятий.

Литература

- Арестова, И.М. Генитальные инфекции и беременность / И.М. Арестова, С.Н. Занько, П.С. Русакевич. М.: Мед. лит., - 2003. - 176 с.
- Гулицкая, Н.И. Медико-демографические проблемы здоровья сельского населения Республики Беларусь / Н.И. Гулицкая, Л.Н. Ломать // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2006. - №1. С. 27-32.
- Наумов, И.А. Укрепление репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов в рамках системы перинатальных технологий / И.А.Наумов. - Гродно, 2010. - 316 с.
- Сурмач, М.Ю. Поведение молодежи: от демографических угроз к национальной безопасности / М.Ю.Сурмач. Минск, 2009. - С. 266-267.