Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Ли-Ги-Ру Светлана Юрьевна

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ МИГРАНТКАМ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА)

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Капитонов Владимир Федорович

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Цхай Виталий Борисович

Красноярск – 2014

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ……. 4

ГЛАВА 1 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН МИГРАНТОК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)……... 8

1.1 Демографическая ситуация в Российской Федерации…….. 8

1.2 Демографическая ситуация и миграционные процессы в Сибирском федеральном округе…….. 12

1.3 Проблема миграции в Российской Федерации …… 15

1.4 Роль семьи в современном российском обществе. Семья, рождаемость и репродуктивные установки…….. 18

1.5 Состояние соматического и репродуктивного здоровья мигрантов…….. 24

1.6 Организационные аспекты оказания медицинской помощи лицам – мигрантам…….. 28

ГЛАВА 2 ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ, ОБЪЕКТА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ..... 32

2.1 Объект, материалы и методы исследования……..... 33

2.2 Этапы проведения исследования…….. 35

ГЛАВА 3 МИГРАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Г. КРАСНОЯРСКА…..... 38

3.1 Современное состояние демографических процессов в г. Красноярске..... 38

3.2 Состояние репродуктивного здоровья женщин г. Красноярска……..... 40

3.3 Влияние миграции на демографическое состояние г. Красноярска..…… 47

ГЛАВА 4 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН МИГРАНТОК И ПОСТОЯННЫХ ЖИТЕЛЬНИЦ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА..... 53

4.1 Показатели репродуктивного здоровья и анализ акушерско-гинекологического анамнеза беременных женщин в группах сравнения…..... 53

4.2 Течение настоящей беременности……..……... 61
4.3 Анализ течения родов и послеродового периода в группах сравнения…. 69
ГЛАВА 5 ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ МИГРАНТОВ И СЕМЕЙ ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ..... 74
5.1 Демографическое состояние исследуемых семей сравниваемых групп…. 74
5.2 Сравнительная социально-гигиеническая характеристика семей…… 79
5.3 Сравнительная характеристика образа жизни исследуемых семей…… 87
ГЛАВА 6 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ МИГРАНТКАМ 90
6.1 Медицинская помощь беременным женщинам мигранткам, и потребность их семей в медико социальной помощи……... 91
6.1.1 Состояние организации медицинского обеспечения беременным женщинам мигранткам в г. Красноярске и удовлетворенность их оказываемой медицинской помощью……. 91
6.1.2 Потребность беременных женщин мигранток и их семей в социальной помощи……. 97
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……. 102
ВЫВОДЫ……... 115
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ……..….. 117
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ ……..…… 118
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ……..…… 119
ПРИЛОЖЕНИЯ 138

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Миграция стала неизбежной для стран, где в результате так называемого демографического перехода значительно сократилось количество рабочих рук (Т. Ю. Балашова, 2011). Более двух третей трудовых мигрантов, приезжающих в Россию, приходится на страны СНГ, на них не распространяется правила государственного медицинского страхования. Нелегальные мигранты нацелены на выполнение физически тяжелых видов работы для финансового обеспечения себя и своих семей, не заботясь при этом о нормировании рабочего времени и условиях проживания. В совокупности с их социальным статусом качество жизни данной популяционной группы снижено (В. Д. Жакевич, 2008).

Большинство мигранток – это женщины в репродуктивном возрасте. При этом под мигрантками, согласно словарю синонимов ASIS, понимаются женщины мигранты. Несмотря на трудности, с которыми они сталкиваются в России, они все равно строят планы по рождению детей: 17 % хотели бы родить ребенка в ближайшие 3 года. Выше среднего доля имеющих такое желание среди таджичек – 27 %; а также среди киргизок – 24 %. В тоже время, в условиях миграции, под влиянием неблагоприятных факторов и недостатка акушерско-гинекологической помощи страдает репродуктивное здоровье, а гинекологическая патология негативным образом влияет на течение беременности, родов и качество потомства (Л. Б. Карачурина, Е. В. Тюрюканова, Ю. Ф. Флоринский, 2011).

Степень разработанности темы. По данным Е. В. Тюрюкановой с соавт. (2011), основанных на результатах опросов, только каждая десятая мигрантка может себе позволить лечиться в России бесплатно. Анализ литературных источников показывает, что беременных мигранток на всех этапах организации оказания акушерско-гинекологической помощи следует относить к группе повышенного риска развития акушерских осложнений и патологии перинатального периода (Т. Ю. Балашова, 2011; В. В. Боженко, 2008;

А. Г. Вишневский, 2010; Т. В. Комбарова, 2008; Н. В. Мкртчян, 2011; В. И. Стародубов, В. О. Флек, И. М. Сон и др., 2010). Все вышеперечисленное и обусловило актуальность исследования.

Цель исследования: на основе изучения состояния здоровья, условий и образа жизни, медицинского обеспечения беременных женщин мигранткок разработать предложения по улучшению медико-социальной помощи им.

Задачи исследования:

1) дать оценку влияния миграции на демографические характеристики города Красноярска;

2) изучить социально-гигиенические и медико-демографические характеристики беременных женщин из семей мигрантов;

3) провести анализ течения беременности, родов, послеродового периода и оценку состояния здоровья новорожденных у женщин из семей мигрантов;

4) оценить уровень организации медицинской помощи беременным женщинам из семей мигрантов и их удовлетворенности медицинским обслуживанием;

5) разработать предложения по улучшению медико-социальной помощи беременным женщинам мигранткам.

Научная новизна. Впервые дана оценка медико-социального состояния семей мигрантов. Проведено комплексное медико-социальное исследование здоровья беременных женщин из семей мигрантов в городе Красноярске во взаимосвязи с основными характеристиками условий и образа жизни. Выявлены особенности течения беременности, родов и послеродового периода у беременных женщин из семей мигрантов. Разработаны предложения по улучшению медико-социальной помощи беременным женщинам мигранткам.

Теоретическая и практическая значимость работы. Разработанные методические подходы к проведению медико-социального исследования состояния здоровья и организации медицинского обслуживания беременных женщин из семей мигрантов могут быть использованы для других территорий с высоким уровнем миграции.

Материалы исследования внедрены в практическую деятельность КГБУЗ «КМ РД № 2» и в КГБУЗ «КМ РД № 4» (акт внедрения от 31.03.14 г.), а также в учебный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы и кафедры акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (акт внедрения от 17.03.14 г.) и кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО НГМУ Миздрава России (акт внедрения от 31.03.14 г.).

Положения, выносимые на защиту

1. Образ жизни и социально-экономическое положение семей мигранток и женщин, постоянно проживающих в г. Красноярске, имеют существенные различия.

2. Течение беременности, родов, исходы родов у мигранток характеризуются большим числом акушерских и перинатальных осложнений как для матери, так и плода.

3. Установленные недостатки в организации медико-социальной помощи беременным мигранткам позволяют обосновать комплекс мероприятий организационного, социального и медицинского характера для семей мигрантов.

Степень достоверности и апробация результатов работы. О достоверности результатов работы свидетельствуют достаточный объем выборки (450 человек, группа формировалась сплошным методом), адекватные методы статистической обработки результатов исследования при помощи лицензионной программы SPSS for Windows 20.0. Основные результаты работы доложены и обсуждены на: XI Всероссийской конференции «Мать и дитя» (Москва, 2010), краевой научно-практической конференции «Актуальные вопросы охраны здоровья населения» (Красноярск. 2010), V региональном форуме «Мать и дитя» (Геленджик, 2011)**,** юбилейной научно-практической конференции «Современные аспекты акушерства» (Норильск, 2011), итоговой научно-практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН «Вопросы сохранения и развития населения Севера и Сибири» (Красноярск, 2011), научно-практической

конференции «Актуальные вопросы охраны здоровья населения регионов Сибири» (Красноярск, 2011), Международном форуме «Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент и право» (Новосибирск, 2012), проблемной комиссии «Общественное здоровье и здравоохранение. Гигиена. Семейная медицина» ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (Протокол № 2 от 05.06.2014 г.).

По теме диссертации и результатам, полученным в процессе исследования, опубликовано 13 работ, в том числе – 4 в рецензируемых научных изданиях, 1 методические рекомендации.

Личный вклад автора: осуществлен обзор отечественной и иностранной литературы по изучаемой проблеме; разработаны анкеты и проведены социологическое исследование беременных женщин из семей мигрантов, ретроспективный анализ медицинской документации и материалов государственной статистики с выкопировкой данных; выполнен логический и статистический анализ результатов исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации, подготовлены публикации, оформлена диссертация и автореферат, осуществлено внедрение результатов исследования в практику здравоохранения и в учебный процесс.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 152 страницах (без приложения на 137 страницах), состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Список источников цитируемой литературы включает 189 работ, из них 109 отечественных и 80 зарубежных авторов. Работа содержит 16 таблиц, 39 рисунков.

ГЛАВА 1 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН МИГРАНТОК (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

1.1 Демографическая ситуация в Российской Федерации

Современный демографический кризис в России является одной из самых серьезных угроз для национальной безопасности страны. Численность населения в России с 1993 г. сокращается, и за весь период сокращения – до начала 2009 г. – страна потеряла 6,6 млн. человек, или 4,4 % по отношению к историческому максимуму 1993 г. Ежегодно за счет превышения смертности над рождаемостью население России сокращается на 700–800 тыс. человек [18, 26, 30, 155]. Хотя в 2009 г. население не сократилось, это вряд ли свидетельствует о переломе тенденции, скорее всего, в обозримом будущем сокращение численности населения России продолжится [27]. Наметившийся в последние годы некоторый рост числа родившихся детей в значительной степени связан особенностями в возрастной структуре женщин, с увеличением их численности в самых плодовитых возрастах (20–29 лет), а не с истинным подъемом рождаемости [37].

Исследования А. Г. Вишневского с соавт. [24, 25, 26], посвященные анализу и прогнозу демографической ситуации в России, позволяют выявить набор взаимосвязанных проблемных узлов, которые уже занимают или займут в близком будущем очень важное место во всех долговременных стратегических планах и конъюнктурных предложениях, касающихся более или менее экстренных мер текущей социальной политики.

Низкая рождаемость, высокая смертность, отрицательный естественный прирост как долговременная характеристика воспроизводства населения России, не позволяющая рассчитывать даже на простое сохранение его достигнутой численности и предопределяющая ее постоянное сокращение, глубокая

трансформация возрастной пирамиды – все это очень важные сдвиги, которые не могут не иметь серьезнейших экономических, политических, социальных последствий [29, 33, 48, 58, 62, 82, 108].

На современном этапе речь идет не о временном кризисе, по завершении которого все встанет на свои места и Россия вернется к расширенному воспроизводству населения, а об устойчивых переменах в массовом демографическом поведении. Они охватили население практически всех государств Европы, США, Канады, Японии, в том числе и России. При сохранении нынешних демографических тенденций по подсчетам демографов население России, так же как и всей Европы, обречено на сокращение [24, 26, 113, 117, 118, 158, 175].

Большое влияние на воспроизводство населения, оказывает ухудшение состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, которое отмечается, как в большинстве европейских стран, так и стран Азиатского и Африканского континентов [133, 135, 149, 151, 160, 179].

Особенную тревогу вызывают осложнения беременности, которые влияют как на состояние здоровья женщин, так и исход родов [130, 132, 137, 138, 146, 152, 165, 173].

Несмотря на развитие системы здравоохранения в большинстве развитых стран и развивающихся стран, заболеваемость женщин не имеет тенденции к снижению [150, 163, 166, 170], что обусловлено социально-экономическими и экологическими проблемами [156, 168, 169, 174, 182].

Негативные оценки режима воспроизводства, ускоренный переход к депопуляции в России, низкая эффективность воспроизводства населения требуют его рассмотрения под углом зрения безопасности: более безопасный процесс воспроизводства населения является более эффективным. В самом общем понимании демографическая безопасность – это устойчивость к депопуляции [26, 101].

Статистический мониторинг репродуктивно-демографического процесса в постсоветской России выявил двухфазную динамику показателей. В 1990-х годах

основным демографическим феноменом явилось сокращение рождаемости до небывало низкого уровня — с 13,4 на 1000 населения в 1990 г. до 8,3 в 1999 г. Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) – среднее число детей, рожденных женщиной за свою жизнь — прогрессивно снижался с 1,89 до 1,17 за 1990–1999 гг. [90, 91].

Проведенный М. Б. Хамошиной с соавт. [34] анализ позволяет сделать следующие выводы: прогноз современной демографической ситуации в стране определяется прогрессирующим снижением демографического резерва (девочки и девушки-подростки) и низким уровнем гинекологического здоровья женщин, находящихся в детородном возрасте.

Негативную динамику гинекологической заболеваемости женского населения страны, начиная с подросткового возраста, определяют заболевания, ассоциируемые с нарушениями репродуктивного поведения и приводящие к внутриматочным вмешательствам, создающим предпосылки к нарушению анатомии шейки матки, развитию дисбиоза влагалища и хронического аутоиммунного эндометрита [2, 110, 112].

По мнению Л. П. Сухановой [92], главной особенностью репродуктивного процесса в современной России является рост поздней рождаемости. В течение 2008–2009 гг. число родившихся детей у женщин 25–29 лет (91,0–93,7 на 1000 женщин) впервые превысило показатель у женщин 20–24 лет (89,8–90,3), что логично связано с увеличением повторных рождений в результате соответствующих государственных мер - введения «материнского капитала» для этого контингента женщин. Другой важной особенностью процесса воспроизводства населения в современной России является значительный уровень репродуктивных потерь за счет самопроизвольных и поздних абортов, составивших суммарно в 2009 г. 11,2 на 100 родившихся живыми.

В последние годы в демографическом развитии страны обозначились некоторые позитивные сдвиги, которые, по всей видимости, связаны с активизацией с начала 2007 г. мер государственной социально-демографической политики [60, 74, 75]. Речь идет, прежде всего, о фиксируемых статистикой росте

рождаемости и снижении смертности. В тоже время, по мнению А. Г. Вишневского [27], имеющиеся унаследованные от прошлого и не связанные с текущими режимами этих процессов факторы, на которые практически нельзя воздействовать, еще долго не позволят России выйти из состояния депопуляции. Речь идет, прежде всего, о сложившемся возрастном составе и общем старении населения.

Сейчас в России много надежд связывается с активизацией демографической политики, с увеличением денежных выплат семьям и т. д. Однако, демографы указывают, что мы не единственные, кто пытался или пытается воздействовать на рождаемость с помощью подобных мер, а успех приходит далеко не всегда. Анализ показывает, что прямой зависимости между затратами на проведение государственной семейной политики и уровнем рождаемости, нет [8 ,9, 13, 37, 38].

В исследовании А. П. Денисова с соавт. [37], национальный проект «Демография» был оценен респондентами скорее положительно, чем отрицательно, однако полной уверенности в том, что он повысит рождаемость, у женщин не было. Более того, получение «материнского капитала» как мотив планирования следующего ребенка привлекало лишь незначительную часть респондентов. Вместе с тем, в ходе реализации Национального проекта «Демография», начиная с 2008 года, наметилась явная тенденция к преодолению ориентации женщин на однодетную семью. В соответствии с этим становится актуальным познание процессов формирования семей.

Привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития включает целый комплекс мероприятий. Разработку социально-экономических мер по повышению миграционной привлекательности территорий, из которых происходит отток населения и которые имеют приоритетное значение для национальных интересов. Создание условий для интеграции иммигрантов в российское общество и развития терпимости в отношениях между местным населением и выходцами из других стран [20].

Последний спад рождаемости в России начался в 1987 году. Начиная с 1999 г., зарегистрирована тенденция небольшого роста рождаемости. Так, рождаемость в России в 2008 г. выросла на 37 % по сравнению с 1998 г. По данным Росстата, за 2010 г. было зарегистрировано 1790 тысяч рождений – на 1,6 % больше, чем по данным за 2009 год. В общее число российских рождений входят рождения у лиц, проживающих на территории России, но официально не имеющих гражданства какого-либо государства, а также рождения у лиц, статус гражданства которых неизвестен. Число рождений у лиц без гражданства снизилось с 314 в 2008 г. до 249 в 2009 г. Напротив, за тот же год число рождений [45].

1.2 Демографическая ситуация и миграционные процессы в Сибирском федеральном округе

В постреформенный период в сибирском регионе наблюдалось устойчивое сокращение численности населения: за период с 1990 г. по 2006 г. численность населения Сибири уменьшилась примерно на 1,5 млн. человек. И в перспективе процесс суженного воспроизводства населения Сибири сохранится: общая численность населения Сибири по прогнозу Росстата составит в 2010 г. 22,7 млн. человек и в 2025 г. – 22,0 млн. Только до 2010 гг. численность лиц, вступающих в трудоспособный возраст, будет превышать численность лиц, выходящих за пределы трудоспособного возраста. Затем начнется противоположный процесс: тех, кто будет вступать в трудоспособный возраст, окажется много меньше, чем тех, кто будет выходить за пределы трудоспособного возраста. В результате к началу 2016 г. в Сибири количество лиц, находящихся в трудоспособном возрасте, будет меньше, чем в 2011 г. более чем на 1 млн. человек или на 8–9 %. В последующее пятилетие продолжится сокращение собственного трудового потенциала региона. По прогнозам Росстата с 2008 г. по 2010 г. демографическая нагрузка на трудоспособные контингенты за счет лиц старше трудоспособного

возраста увеличится на 17 человек, а к 2026 г. – еще на 38 человек и будет составлять 55 человек в расчете на 100 лиц трудоспособного возраста [10, 21, 42, 44].

Как известно, в период после 1991 г. Российская Федерация встала на путь коренного реформирования экономики. В России было остановлено строительство многих объектов индустрии, прежде всего в отдаленных районах Сибири и Дальнего Востока. Были отменены или потеряли прежнее значение «северные коэффициенты», различные надбавки за отдаленность и т.п. В результате сложившегося положения население стало покидать многие территории страны. В 1992–2000 гг. происходил процесс разрушения демографического потенциала северных и восточных районов вследствие изменения внутренних миграционных потоков, что привело к значительной механической убыли населения [56].

В настоящее время демографический потенциал Сибири недостаточен для освоения расположенных здесь природных ресурсов и для создания развитой экономики, а трудонедостаточность уже в ближайшие 10 лет станет существенным ограничителем ее экономического развития. В то же время, Сибирский регион не сможет существовать только за счет воспроизводства собственного населения, он будет нуждаться в миграционной подпитке извне [10, 47, 64, 89].

По прогнозам специалистов процесс суженного воспроизводства населения Сибири в перспективе сохранится. Сокращение численности населения Сибири произойдет в большинстве ее субъектов (в 13 из 19). Самое большое сокращение численности населения произойдет в Эвенкийском АО – на 35 %, в результате чего его и без того малая численность населения уменьшится с 17 тыс. до 10 тыс. человек. Этот автономный округ и в 2025 г. будет самым малочисленным среди субъектов РФ в Сибири. Второй по снижению численности населения в 2025 г. будет Читинская область, где она сократится на 18 % (с 1,12 млн. до 0,99 млн. человек). Существенное сокращение численности населения произойдет в Таймырском АО и Республике Бурятия (по 16 %), Омской области (на 14 %), а

также в Алтайском и Красноярском крае и в Иркутской области, которые потеряют по 12 % общей численности населения в 2025 г. по сравнению с 2006 г. В остальных субъектах Сибирского региона сокращение будет или на уровне региона (на 11 %) или меньше [44, 47, 51].

Сокращение общей численности населения Сибирского региона произойдет главным образом из-за естественной убыли населения: по этой причине Сибирь потеряет в 2025 г. 98,1 тыс. человек, а из-за миграционного оттока 17,9 тыс. человек. В целом коэффициент естественной убыли населения Сибири составит в 2025 г. минус 5,5 ‰, что меньше общероссийского показателя (минус 6,9 ‰), т.к. в Сибири еще сохраняется более высокий уровень рождаемости, связанный с относительно молодой структурой населения. По миграционной убыли сибирские субъекты РФ поделились фактически поровну: в 6 прогнозируется миграционный прирост, а в 7 убыль. Наиболее существенный миграционный прирост населения прогнозируется в Тюменской области (16,4 тыс. человек), в остальных субъектах миграционный прирост будет скромнее: в Новосибирской области – 6,0 тыс., Кемеровской – 5,6 тыс., Республике Хакасии – 2,8 тыс. и Республике Алтай – 0,9 тыс. человек [10, 64, 65].

Сибирский федеральный округ – вторая (после Москвы) по значимости территория приема мигрантов из Таджикистана (14 %). Несколько меньше мигрантов притягивает Урал (11 %) и Приволжский федеральный округ (10 %). Наибольшая концентрация таджикских мигрантов наблюдается в Екатеринбурге, Тюмени, Нижневартовске, Сургуте, Абакане, Новосибирске, Новокузнецке, Красноярске и других городах Сибири. В Поволжье направлена сезонная сельскохозяйственная миграция из Таджикистана [24].

Для поддержания демографической базы формирования трудового потенциала Сибири необходимо проведение активной демографической и миграционной политики [23, 40]. Критерием эффективности мер демографической и миграционной политики может стать постепенное сокращение естественной убыли населения региона и поддержание определенного уровня миграции для удовлетворения потребности в

дополнительных человеческих и трудовых ресурсах [35, 64, 71, 104]. Для формирования позитивной демографической ситуации необходима целенаправленная государственная политика, направленная на работу с основной массой населения, что возможно на основе целенаправленного воздействия всего комплекса социально-экономических, экологических, медицинских и прочих факторов.

1.3 Проблема миграции в Российской Федерации

Миграция представляет собой сложное общественное явление, связанное с переменой места жительства и отличающееся значительным разнообразием. Это один из наиболее адекватных индикаторов социально-экономического благосостояния общества. Как правило, миграционные потоки ориентированы из менее развитых, в более развитые страны и регионы с высоким уровнем заработной платы и лучшими социально-экономическими условиями [56, 109]. В различные формы миграции в мире ежегодно вовлечено около 2–3 % населения. За последние 25 лет в мире доля мигрантов удвоилась, достигнув почти 200 миллионов человек.

Миграционные процессы влияют на социально-экономическое, внешнеполитическое, демографическое развитие и национальную безопасность Российской Федерации. Миграционная политика является составной частью государственной внешней и внутренней политики России, и ее реализация должна стать одной из приоритетных задач государства [11].

В целом, в 1989–1998 гг. в Российскую Федерацию из стран нового зарубежья прибыло около 8 млн. человек различных национальностей. Выехало из России 3.8 млн. Наибольший миграционный прирост населения РФ приходится на 1990–1995 гг., то есть на первые годы после распада СССР. Наиболее существенным был обмен населением с Казахстаном, Узбекистаном и

Таджикистаном [10, 33, 39, 93]. В настоящее время в России миграционные потоки обеспечиваются в основном за счет трудоспособного населения из стран СНГ, преимущественно Средней Азии, Кавказа, Украины, Молдовы, а также Китайской Республики [20, 39, 76].

Сегодня по актуальности и остроте приоритетные места занимают проблемы вынужденной и незаконной миграции. Согласно опубликованному в 2002 г. докладу ООН, Россия находится на втором месте (после США) по числу законных и нелегальных иммигрантов, проживающих на территории страны. По оценке экспертов ООН, в России их более 13 млн. чел. – 9 % населения. Зам. директора Федеральной миграционной службы В. Поставнин заявил в январе 2006 года, что в России находится от 5 до 14 млн. нелегальных иммигрантов. По информации главы Федеральной миграционной службы К. Ромодановского (март 2006), ежегодно в Россию на заработки приезжает 20 млн. трудовых мигрантов, среди которых 10 млн. трудятся нелегально. В 2007 году количество легально прибывших в Россию оказалось в шесть раз больше количества выехавших. По данным ФМС иммиграция покрыла 71 % естественной убыли населения РФ. До 90 % незаконных мигрантов идет через границу с Казахстаном – самую протяженную [16, 33, 38, 47, 62].

Кроме того, около 2 млн. граждан СНГ работают по разного рода договорам подряда, выполнение которых сопряжено с пребыванием на территории России. Их неконтролируемая деятельность оказывает негативное влияние на состояние рынка труда и платных услуг, содействует уходу от налогов, вовлечению в теневую экономику [56].

В 1990–е годы обозначилась еще одна проблема, тесно связанная с вопросами переселения людей – демографический кризис среди народов, достигших на пути прогресса значительного уровня благополучия. Массовая миграция в свою очередь создавала новые социальные и культурные проблемы, связанные с интеграцией новых жителей страны и с понижением уровней зарплат в секторах экономики, привлекающих мигрантов. Россия в данном случае

оказалась на перекрестке мировых миграционных потоков, поставляя и принимая людские ресурсы [11].

Ресурс села и малых городов практически полностью исчерпан: если там и сохраняется потенциал выезда молодежи, то в условиях высокого спроса на труд в крупных городах Европейской части он полностью поглощается последними. Города Сибири и Дальнего Востока не выдерживают конкуренции с городами Европейской части страны ни по экономическому потенциалу, ни по развитости социальной инфраструктуры, ни, наконец, по климату [51, 64, 76].

Несмотря на то, что среди мигрантов преобладают молодые мужчины, доля молодых женщин постепенно растет. По словам главы московского отделения киргизского общественного фонда Б. Сейитбековой, женщины составляют около 40–50 % от общего числа мигрантов в России, при этом они часто подвергаются насилию, в том числе и сексуальному. По данным фонда, в столичных приютах за последние два года оказалось 230 брошенных киргизских малышей. Девушки мигрантки вынуждены уезжать из дома, чтобы выбраться из нищеты. Часто они приезжают в Россию, не зная русского языка, не имея никакой социальной защиты, живут в антисанитарных условиях, ночуют в квартирах по 25–30 человек [41].

Крупномасштабное привлечение иммигрантов в Россию, несомненно, способно в той или иной степени противодействовать ее демографическому упадку [65, 82, 93]. Это следует хотя бы из того, что миграционный приток компенсировал примерно половину естественной убыли населения России, наблюдавшейся с 1992 г., а в 2009 г. даже перекрыл естественную убыль и обеспечил пусть и небольшой, но прирост населения страны.

1.4 Роль семьи в современном российском обществе. Семья, рождаемость и репродуктивные установки

На протяжении истории семья менялась и развивалась вместе с обществом, из экономического института брак превратился в морально – правовой союз мужчины и женщины, а семья всё больше сосредоточивалась на внутрисемейных проблемах и коллизиях. Уже в начале 20 века Э. Дюркгейм констатировал негативные тенденции в развитии семьи, он отмечал, в частности, уменьшение солидарности современной ему семьи как жизненного источника межличностных отношений, что было следствием уменьшения размера семьи. Значительную трансформацию семья претерпела в последние десятилетия [17, 22, 176, 177].

В связи с перестройкой социальной, экономической и общественной жизни в нашей стране, возрастает роль семьи как системы социально-гигиенической адаптации к новым условиям. Объектом приложения всех здравоохранительных усилий, по-прежнему являются отдельный человек и семья. Существует множество определений понятие «семья». С позиций общественного здоровья, принято следующее определение понятия «семья». Семья это, основанный на браке или кровном родстве социальный институт, характеризующийся медико-социальным статусом, сформированным его членами в условиях совместной жизни [6, 58].

Самые важные демографические процессы происходят в основном в семье. Демографическое поведение семьи непосредственно зависит от условий и образа жизни, от их обеспеченности работой, от надежности доходов на завтрашний день. Экономическое положение семьи в России в последнее время изменилось. Резкое падение реальных доходов семьи вызвано спадом производства и высокими темпами инфляции. Экономические реформы отрицательно действуют на психологический климат семьи, снижается рождаемость, уменьшается средний размер семьи, растет число бездетных супружеских пар, одиночек, а также неполных семей, в которых мать не состоит в браке [86].

В основе рождаемости лежат изменения репродуктивных установок населения, его представлении о желаемом количестве детей в семье. У молодых супругов появляются другие, с их точки зрения, более важные потребности: желание продолжить образование, приобрести недвижимость, строить свою карьеру, кроме того, они хотели бы обеспечить своему ребенку высокий уровень образования и материальное благосостояние. Вывод напрашивается однозначный: для повышения рождаемости государству «придется» создать семьям наиболее благоприятные экономические и социальные условия [89].

Семья и брак – важнейшие социальные изобретения общества. Это механизм реализации базисных потребностей людей и общества, которые: упорядочивают сексуальные отношения; упорядочивают воспроизводство популяции; обеспечивают гарантированную социализацию нового поколения [84].

В отношении брака, семьи и их влиянии на здоровье можно выделить ряд аспектов. Во-первых, это проблемы здоровья молодых людей, которые они приносят в брак; во-вторых, это проблемы отношения семьи к здоровью и болезни ее членов; в-третьих, это, собственно, влияние семьи и брака на здоровье [46, 50]. На репродуктивные установки и репродуктивное поведение женщин в России большое влияние оказывают социально-гигиенические факторы, при этом определяющее значение отводится семье [7, 84, 100].

В настоящее время семья находится в тяжелом социально-экономическом и социально-психологическом состоянии. Удельный вес семей с несовершеннолетними детьми и среднедушевыми доходами ниже прожиточного минимума столь значителен, что они по-прежнему остаются основной группой бедного населения [58].

Особенно трудно приходится молодой семье. Именно в ней происходит наиболее интенсивное формирование семейного состава населения за счет рождения детей. Под воздействием социально-экономических и психологических факторов ослабевает потребность в детях, которая относится к явлениям социально-психологического порядка. Изменение образа жизни общества привело

к тому, что цепь, связывающая необходимость воспроизводства населения с необходимостью потребности индивида на разные вещи, оказалась нарушенной для простого воспроизводства населения, молодая семья должна иметь троих детей, а большинство из них ограничивается одним – двумя детьми. Российская молодая семья на сегодня перестала обеспечивать расширенное воспроизводство населения [3, 12, 14, 15, 32].

Важнейшие демографические последствия такого состояния семьи: снижение рождаемости и рост смертности, депопуляция и сокращение продолжительности жизни населения России. Основные экономические последствия: уменьшение численности трудовых ресурсов страны; постарение трудового потенциала; рост заболеваемости; увеличение иждивенческой нагрузки пожилыми людьми и рост затрат на их социальное обеспечение; снижение возможностей экономического роста и внедрение передовой технологии. Интересно, что замужние женщины зарабатывают примерно на 4–5 % больше своих незамужних коллег [83].

Семья – самый распространенный вид социальной организации и вместе с тем самый фундаментальный институт общества. Институт семьи включает множество более частных институтов, а именно институт брака, институт родства, институт материнства и отцовства, институт собственности, социальной защиты детства и опеки [5].

Общественно-экономические преобразования 90-х годов прошлого века больно ударили по семье. Деградация семьи как социального института проявляется в трех ключевых сферах. 1) Снижение рождаемости. Семьи, как правило, имеют лишь одного или двух детей, что недостаточно для простого замещения поколений. Сейчас в России преобладают малодетные семьи. 2) Кардинальном изменении отношения к семье и браку (и разводу). По данным Росстата в 2007 году число заключенных браков на 1 тыс. человек населения составляло 8,9 ,то в 2008 году – 8,3. Число разводов на 1 тыс. человек выросло с 4,8 в 2007 году до 5,0 в 2008 году больше. Распадается больше половины браков, тогда как еще десять лет назад разводилась каждая третья пара. На первые четыре

года брака приходится 40 % разводов. Около 50 % мужчин повторно женится, среди женщин этот процент существенно ниже (не более 25 %). 3) Разрушением традиционных отношений между поколениями. Дети все меньше думают и заботятся о своих стариках. Интересно, что распадается до 80–90 % браков, заключенных в условиях, когда выбор не одобрен родителями брачующихся. Позорное явление для страны – растущие как грибы дома престарелых [83].

Анализ тенденций демографических процессов и их причин свидетельствует о невозможности улучшения демографической обстановки в стране без преодоления социально-экономического и финансового кризиса, подъема экономики и повышения уровня жизни населения [105].

Содержание семейной политики Российской Федерации в настоящее время ориентирует правительство и его органы на решение только краткосрочных задач, связанных с улучшением материальных условий жизнедеятельности семей, профилактикой бедности и поддержкой малоимущих семей. На самом деле, реальная семейная политика – это деятельность государства направленная на возрождение семьи, утрачиваемого семейного образа жизни, возвращение семье органично присущих ей социальных функций, направленная на укрепление семьи как социального института [72].

Сложившаяся демографическая ситуация осложняется не только образованием неполных семей, но и в случае повторных браков к образованию семей с неродным родителем, сводными детьми, которые имеют свои особенности медико-демографического и социально-гигиенического характера, связанные с психологическими проблемами [5, 86].

Репродуктивная функция семьи обусловлена необходимостью продолжения человеческого рода. Особенностью современной семьи является сокращение величины семьи, обусловленное сокращением рождаемости (основная черта развитых государств), ростом числа неполных семей, отделением молодых семей от родительских, изменением ценностных ориентиров общества, качеством здоровья жизни [28, 54].

Одним из критериев определяющих социальное благополучие в обществе является ориентация семьи на реализацию репродуктивного потенциала. Таким образом, выявление факторов влияющих на реализацию репродуктивного потенциала является важной задачей в решении проблем рождаемости и как следствие улучшение демографических показателей в стране [100, 159, 178, 181].

Неблагоприятные тенденции в экономике и обществе могут привести к замене двухдетной модели репродуктивного поведения на однодетную, к массовому распространению бездетности и к дальнейшей дестабилизации института брака [5]. Неопределенность социальных и экономических перспектив, незащищенность личности, снижение жизненного уровня и страх за своих близких, приводят к модификации демографического поведения. Семьи отказываются от желаемого числа детей, откладывают рождение до лучших времен, откладывают браки или подменяют их другими менее устойчивыми неоформленными союзами и иными формами отношений [94]. Возврат к нормальному замещению поколений станет в обозримом будущем маловероятным. Падение уровня жизни, к ухудшению здоровья и повышение в населении доли хронически больных, могут привести к скачкообразному снижению продолжительности жизни [36, 43, 59, 107, 114].

По данным исследования Н. В. Нечаевой [68] установлено, что семьи мигрантов являются, как правило, «социопатическими и дисфункциональными» по своему содержанию. В них нарушены все основные функции: социальная (в три раза больше неполных семей, каждая вторая мать и третий отец имеют не полное среднее и среднее образование, каждая третья - нигде не работает, наличие вредных привычек, сохраняющихся во время беременности); экономическая (низкий уровень материального положения имеют 36 % семей); репродуктивная (достоверно чаще встречается незапланированная беременность, высокий уровень патологии беременности и родов, обострений хронических заболеваний во время беременности, преждевременных родов, более высокий процент многодетных семей, юных матерей). Кроме того, автор установил, что семьи мигрантов отличаются значимыми отклонениями от здорового образа

жизни (низкий уровень санитарной культуры, низкая медицинская активность, направленная как на укрепление здоровья). Из контингента таких семей по всем параметрам условий и образа жизни наихудшие показатели имеют семьи, в которых социопатической личностью является мать.

Трудовая миграция в Россию, более 2/3 которой приходится на страны СНГ, происходит под воздействием сильных выталкивающих факторов. Во многих странах, особенно Центральной Азии, высокая безработица и низкий уровень оплаты труда не позволяют людям достигнуть даже уровня прожиточного минимума, содержать свои семьи и детей. Несмотря на молодой возраст, более половины мигрантов имеют собственную семью и несовершеннолетних детей; около половины – являются единственными кормильцами в семье. Причем в среднем семейные мигранты имеют по 3 иждивенца [48].

Внебрачная рождаемость в России перестала быть чем-то маргинальным и все больше приобретает характер массового феномена. Вклад внебрачных рождений в общий уровень рождаемости очень весом [67]. Большинство таких рождений – результат распространения незарегистрированных партнерств во всех возрастных группах. Иными словами, неверно представление о том, что матери внебрачных детей – одинокие женщины. Большинство из них имеют партнера, а каждый третий ребенок, родившийся вне брака, появился у родителей, состоящих в повторном союзе [8].

Многие исследователи признают, что следствием изменения репродуктивного поведения, в свою очередь, стали изменения в репродуктивной мотивации современных женщин [131, 140, 141, 157]. В российских семьях стало рождаться меньше детей, «матери-одиночки» стали повсеместным явлением, а также появилась ярко выраженная категория женщин, которая либо не стремится обзаводиться детьми совсем, либо предпочитает, перед этим шагом «сделать карьеру» или исполнить другие социальные функции [67, 69].

Очевидно, что количество детей в семье определяется, с одной стороны, репродуктивными установками супругов (в частности, установками на детность), а с другой – внешними обстоятельствами, которые, по оценке людей, могут

благоприятствовать или не благоприятствовать реализации этих установок [5, 49, 188].

По мнению Е. Вовк [28], говорить о массовой ориентации на многодетность сегодня не приходится: две пятых участников опроса (40 %) заявили, что будь у них для этого идеальные условия, они хотели бы иметь двоих детей, еще 8 % опрошенных и в идеальных условиях предпочли бы ограничиться одним. С другой стороны, говорить о «нормативной двухдетности» вроде как тоже нет достаточных оснований: треть респондентов утверждают, что при идеальных условиях хотели бы иметь троих (22 %) или даже четверых и более (12 %) детей.

По данным исследования О. В. Медведевой [59], в Рязанской области проживает 26 тыс. семей, в которых оба супруга моложе 30 лет, каждая третья молодая семья бездетна. Подавляющее большинство (84,5 %) молодых супружеских пар с детьми имеют 1 ребенка, 14,4 % – 2 детей и только 1 % – 3 детей и более. Проведенный анализ основных причин, приводящих значительную часть семей к ограничению рождений, свидетельствуют о вличнии социально-экономических факторов.

1.5 Состояние соматического и репродуктивного здоровья мигрантов

На сегодняшний день известно, что мигрирующее население, по сравнению с коренным, подвержено большему риску заболеть или получить травму, так как адаптация к новому месту жительства накладывает свой отпечаток на состояние их здоровья. Чаше всего женщины и дети в таких семьях находятся в специфическом положении, называемом социальной депривацией, под которой понимают лишение, ограничение или недостаточность тех или иных условий, материальных и духовных ресурсов, необходимых для выживания и развития [1].

Несмотря на все усилия служб миграционного контроля, существующих Федеральных миграционных программ, положение и состояние здоровья этого

контингента, их качество жизни требует пристального внимания не только Федеральной миграционной службы, но и региональных органов здравоохранения и социального развития. Мигранты не являются гражданами России и, соответственно, на них не распространяется правила государственного медицинского страхования. Финансирование из государственного бюджета на страхование мигрантов не производится. Отсутствует система персонифицированного учета мигрантов в структуре Федеральной миграционной службы Российской Федерации. Популяционный состав мигрантов представляют собой мужчины трудоспособного возраста 18–35 лет. Мигранты приезжают в Россию из стран ближнего и дальнего зарубежья с неясным эпидемиологическим статусом. Нелегальные мигранты нацелены на выполнение физически тяжелых видов работы для финансового обеспечения себя и своих семей, не заботясь при этом о нормировании рабочего времени и условиях проживания. В совокупности с их социальным статусом качество жизни данной популяционной группы снижено. При возникновении острого заболевания или его перехода в хроническую форму мигранты не обращаются в лечебно-профилактические учреждения [4, 99, 106].

Анализ основных тенденций миграции населения в Российской Федерации позволяет выявить динамику изменения показателей общественного здоровья Процессы миграции сопровождаются ухудшением эпидемиологической обстановки и состояния здоровья мигрантов [4, 31, 57, 93].

Миграционный стресс, хронический страх, психическое состояние депрессии и есть реальная угроза общественному здоровью [71]. Многие авторы отмечают, что миграция способствует возникновению невротических и психических расстройств, апатико-депрессивных реакций, гипертонической болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных стрессом, а также учащению язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, холециститов, колитов, бронхиальной астмы [68, 99].

Среди мигрантов отмечается значительное ухудшение репродуктивного здоровья женщин. Особое место в структуре заболеваемости женщин занимают

инфекционно-воспалительные процессы женских половых органов, непосредственно влияющие на репродуктивное здоровье. Среди женщин мигранток чаще, чем у постоянно проживающих женщин, под влиянием неблагоприятных факторов и недостатка акушерско-гинекологической помощи, отмечаются преждевременные роды, рождение детей с малой массой тела, более высокие цифры перинатальной и младенческой смертности. У этих женщин чаще возникают воспалительные проявления со стороны органов дыхания, анемия, пиелонефрит, а также туберкулез, гепатит В и другие заболевания [4].

Процессы миграции сопровождаются ухудшением эпидемиологической обстановки и состояния здоровья мигрантов [93, 103, 104].

По данным А. Н. Пихоцкого [73], Российская Федерация, наряду со странами дальнего и ближнего зарубежья, не располагает эффективными механизмами правовой, медицинской, социальной защиты мигрантов, проживающих на их территории. Учитывая многонациональный состав граждан, прибывающих из стран с различной эпидемиологической ситуацией, существует опасность распространения инфекционных заболеваний. Действующие учреждения здравоохранения не имеют специализированных подразделений, участвующих в анализе структуры заболеваемости среди нелегальных мигрантов, оценке их медико-социального статуса.

По данным Роспотребнадзора, в 2009 г. среди мигрантов в России было выявлено 918 ВИЧ-инфицированных, 1978 больных туберкулезом и 2405 зараженных инфекциями, передающимися половым путем. Среди женщин-мигрантов наибольшее распространение также имеют заболевания, передаваемые половым путем, на втором месте – туберкулез, и на последнем – ВИЧ-инфекция, т.е. по соотношению выявленных инфекционных болезней женщины не отличаются от совокупности всех мигрантов. Реальное число зараженных может быть значительно больше, чем выявляется официальной статистикой, т. к. часть мигрантов покупает фальшивые справки, не проходя медосвидетельствования, а части – медицинские справки вообще не требуются. В общей сложности, не более

60 % мигрантов (по прошлым опросам ЦМИ) реально проходят медицинское освидетельствование [41].

В условиях миграции большей степени подвержены риску нарушения здоровья женщины и дети. В первую очередь под влиянием неблагоприятных факторов и недостатка акушерско-гинекологической помощи страдает репродуктивное здоровье, а гинекологическая патология негативным образом влияет на снижение рождаемости, качество потомства и перинатальную смертность [4, 41, 55].

Состояние репродуктивного здоровья женщин мигранток имеет непосредственное влияние на здоровье новорожденных и последующее их физическое и психическое развитие [41, 87, 125, 127].

Некоторые исследователи обращают внимание на расовые и этнические различия в репродуктивном здоровье и репродуктивном потенциале на протяжении всей жизни женщины [115, 153, 161, 162, 183, 184, 185]. На эти различия влияют экологические, социально-культурные, генетические и другие факторы [111, 121, 123, 136, 139].

Большинство мигранток – это женщины в репродуктивном возрасте. Несмотря на трудности, с которыми они сталкиваются в России, они все равно строят планы по рождению детей: 17 % хотели бы родить ребенка в ближайшие 3 года. Среди тех, кто собирается остаться на постоянное место жительства в России, родить ребенка хотят значительно больше женщин, чем среди тех, кто хотел бы продолжать кратковременные поездки на заработки (27 % против 10 %). Выше среднего доля имеющих такое желание среди таджичек – 27 %; среди киргизок – 24 %; а также среди российских внутренних мигранток – 22 % [48].

В тоже время, женщины-мигрантки, приезжающие работать в Россию, в большинстве своем не планируют рожать здесь детей – две трети тех, кто имеет в России сексуального партнера, предохраняются во время половых контактов. Среди российских мигранток доля предохраняющихся еще выше – 73 %. Среди них и значительно меньше тех, кто не предохраняется по воле мужа или по религиозным соображениям (всего 7 % против 17 % у иностранок). Так, среди

семей из Таджикистана 40 % не предохраняются по религиозным соображениям и потому, что партнер против. Те же показатели для семей из Узбекистана, лишь немногим больше средних по массиву; а из Киргизии – и вовсе меньше средних цифр [41, 79].

1.6 Организационные аспекты оказания медицинской помощи лицам мигрантам

В условиях депопуляции положительное значение для компенсации демографических потерь приобретает миграция населения. Грамотная миграционная политика, забота о здоровье и долголетии населения – все это важно для улучшения демографической ситуации [16, 102, 119, 167].

Неэффективность системы здравоохранения связана, по-видимому, не только с его недофинансированием и отсутствием современной стратегии действий, но и с несовершенством действующих принципов управления и организации, которые не обеспечивают обратной связи этой системы с обществом и не позволяют эффективно распорядиться даже теми средствами, которые имеются [95, 96, 97, 98, 172]. Вопрос о реформировании системы здравоохранения стоит давно, но задуманные реформы пробуксовывают, и многие механизмы, без которых в современных российских условиях невозможно добиться улучшения здоровья и снижения смертности, не внедряются [19, 27, 53, 61, 66, 78, 85].

Недостаточность финансовых ресурсов и материального оснащения медицинских учреждений сочетается с избыточностью коечного фонда, низкой эффективностью использования имеющихся ресурсов, наличием структурных диспропорций между различными видами и уровнями оказания медицинской помощи [77, 80, 81, 88, 164, 189].

Результаты исследования S. Merten et al. [154], подтверждают факты неравенства в области охраны репродуктивного здоровья среди женщин-

мигрантов в Швейцарии. К тому же, выявлены различия в установке на грудное вскармливание и операцию кесарева сечения. Эти различия зависят от уровня образования и национальности матери. Авторы предлагают учитывать это при планировании программ укрепления здоровья и индивидуального консультирования беременных женщин в Швейцарии.

Исследования M. Malin с соавт. [143], показали, что женщины из числа мигрантов в Финляндии имеют множество препятствий для получения доступной и качественной медицинской помощи, по сравнению с коренным населением. Большинство женщин, которые прибыли в течение последних пятнадцати лет, в основном были мигрантами из России, стран Балтии, Сомали и Восточной Европы. У женщин африканского и сомалийского происхождения установлено множество проблем со здоровьем, в результате чего у них был самый высокий показатель перинатальной смертности. Большинство недоношенных новорожденных были в группе женщин, мигрировавших из стран Ближнего Востока, Северной Африки и Южной Азии. Результаты этого исследования не подтверждают факт хорошего здоровья мигрантов или эпидемиологический парадокс, согласно которому женщины мигрантки имеют значительно лучшие результаты рождений [186, 187].

W. Sword et al. [180], изучали качество оказания медицинской помощи 1250 женщинам мигранткам, самостоятельно родивших живых детей. Анализировали и оценивали следующие показатели: качество послеродового наблюдения, потребность в услугах, доступ к услугам и пользование услугой в течение первых 4 недель после выписки из больницы. Эти показатели оценивались в сравнении с женщинами, рожденными в Канаде. Для проведения независимого перекрестного исследования было выбрано 5 роддомов в Канаде. Установлено, что у женщин-иммигрантов, значительно чаще, чем у женщин, родившихся в Канаде, низкий уровень дохода в семье, низкий уровень социальной поддержки, плохое здоровье, возможно, послеродовая депрессия и более существенная потребность в финансовой помощи. Однако, они имели меньше шансов получить финансовую помощь от государства и помощь в семье.

В тоже время, не было различий между группами в возможности получить качественный послеродовый уход за здоровьем женщины и ребенка. Авторы считают, что специалисты здравоохранения должны изучать не только основные потребности послеродовой медико-санитарной помощи женщинам иммигранткам, но и их доходы и потребности в поддержке посредством обеспечения эффективных мер и механизмов.

H. Cammu с соавт. [116], изучили влияние социальных факторов (возраст матери, семейное положение, род занятий, уровень образования) на частоту оказания различных видов медицинской помощи во время родов у фламандских женщин. Выявлены различия между женщинами с высоким и самым низким уровнем образования: операции кесарева сечения (31 % против 36 %), инструментальные вагинальные роды (20,7 % против 22,3 %), медикаментозная стимуляция родовой деятельности поставка" (30,2 % против 40,3 %) и эпидуральной анестезия (66,8 % против 78,0 %). Авторы сделали вывод, что в богатом обществе всеобщего и равного доступа к охране материнства, более образованные женщины имели больше шансов спонтанных родов и рождения ребенка через естественные родовые пути без медицинского вмешательства.

В период с 1990 по 2006 год количество и процент домашних родов увеличился среди неиспаноязычных белых женщин, но отличался от всех других расовых и этнических групп. В 2006 году для неиспаноязычных белых женщин было в три-четыре раза больше шансов иметь домашних родов, чем для женщин других рас и этнических групп. Чаще домашние роды, в отличии от больничных родов, происходят у возрастных, повторнородящих замужних женщин с одноплодной беременностью, уже имеющих несколько детей. Выявлены четкие различия факторов риска домашних родов по признаку расы и этнической принадлежности женщин. Так, для большей части неиспаноязычных женщин африканского и латиноамериканского происхождения, по сравнению с неиспаноязычных белыми женщинами, факторами домашних родов связаны с незапланированными и чрезвычайными ситуациями [129, 142].

Большинство исследователей отмечает значительную разницу в качестве оказания медицинской помощи и доступности этой помощи, в том числе в области охраны материнства и детства, среди женщин мигранток и постоянно проживающих женщин в странах Западной Европы и Северной Америки [120, 122, 124, 126, 128, 134,144, 145, 147, 148, 154, 171].

По данным Е. В. Тюрюкановой с соавт. [41], основанных на результатах опросов, ситуация в сфере медицинского обслуживания женщин-мигрантов и их находящихся в России детей неодинакова: дети, безусловно, находятся в значительно лучшем положении, чем их родители. Бесплатную медицинскую помощь получают только 9 % женщин и около 30 % детей. У самих женщин ситуация намного хуже – только каждая десятая из них может себе позволить лечиться в России бесплатно. И это при условии, что до 2010 года полис обязательного медицинского страхования, позволяющий получать бесплатную медицинскую помощь, должен был выдавать мигрантам каждый российский работодатель (при наличии официального оформления, естественно). Но, большинство работодателей этого не делало, а с 2010 года они и вовсе не обязаны это делать – теперь полис ОМС выдается только тем, кто имеет разрешение на временное проживание или вид на жительство (а большинство трудовых мигрантов не имеют разрешения на временное проживание, и довольствуются статусом временно пребывающих, т.е. полис ОМС им не положен).

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что беременных мигранток на всех этапах организации оказания акушерско-гинекологической помощи следует относить к группе повышенного риска развития патологии антенатального и перинатального периодов. Необходимо выделять в начале беременности или до зачатия группы повышенного риска по развитию осложнений во время беременности, чтобы провести тщательное обследование и организовать более частые дородовые посещения. Существует настоятельная необходимость повышения уровня образования женщин и специалистов об ранних симптомах опасных осложнений, а также уровня подготовки специалистов в целях улучшения охраны здоровья матерей и новорожденных.

ГЛАВА 2 ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ, ОБЪЕКТА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Красноярск – административный центр Красноярского края, крупнейший экономический и культурный центр Центральной и Восточной Сибири.

Красноярск находится в зоне резко континентального климата с продолжительной холодной зимой и коротким жарким летом. Средняя температура января –20°С, а июля +18°С. Вблизи Красноярска находится одна из крупнейших в мире гидроэлектростанций – Красноярская ГЭС, поэтому вода в Енисее зимой не замерзает, а летом не нагревается выше +14°С.

Население города на 01.01.13 г. – 1016385 человек. Численность женского населения составляет 537,7 тысяч человек (52,9 %), из них фертильного возраста (15-49 лет) – 294,1 тысяч человек (54,7 % от общей численности женского населения).

Среди ведущих отраслей городской промышленности: машиностроение и металлообработка, химическая, металлургическая промышленность.

Город расположен на берегах реки Енисей, в 3955 км к востоку от Москвы. Красноярск – железнодорожный узел на Транссибирской магистрали, автодорожный узел на трассе Москва – Владивосток. В городе находится крупный аэропорт.

Хорошая транспортная инфраструктура города и устойчивое экономическое состояние ежегодно привлекает значительный поток мигрантов из ближнего зарубежья, в основном из стран средней Азии и Закавказья.

По данным Всероссийской переписи 2010 г. в г. Красноярске проживало около 30 тысяч мигрантов из стран средней Азии и Закавказья, из которых: азербайджанцы – 7039; армяне – 6714; киргизы – 6274; таджики – 4310; узбеки – 4266.

2.1 Объект, материалы и методы исследования

Данная исследовательская работа выполнена в 2008–2013 гг. на кафедре управления в здравоохранении ИПО (зав. кафедрой д. м. н., профессор И. П. Артюхов) и на кафедре перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав. кафедрой д. м. н., профессор В. Б. Цхай) ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также на базе МБУЗ «Родильный дом № 1», МБУЗ «Родильный дом № 4».

Объект исследования: состояние здоровья и оказание медицинской помощи беременным женщинам. Предмет исследования явилось медико-социальное состояние беременных женщин и их семей, условия и образ жизни, медицинское обеспечение беременных женщин из семей иностранных мигрантов. Единицы наблюдения: беременная женщина и семья (члены семьи: отцы, дети). Всего было обследовано 681 беременная женщина, которые были разделены на две группы: основную группу (450 беременных женщин мигранток) и группу сравнения (231 беременная женщина, постоянные жительницы г. Красноярска).

В качестве базы исследования были выбраны 2 типичных родильных дома (№ 1 и № 4), с учетом стратификации общегородских показателей и национальных групп, оказывающих родовспомогательную помощь женщинам г. Красноярска.

В г. Красноярске, за исследуемый период произошло 44752 родов, из них у женщин мигранток 1470 родов. Для оценки влияния миграции на течение беременности, в исследование включались только женщины мигрантки со сроком проживания в городе Красноярске не менее одного года. Выборка осуществлялась сплошным методом и была репрезентативна относительно генеральной совокупности по возрастной и национальной группам. По национальному составу в основной группе (группа мигранток) было следующее распределение: азербайджанок – 164; киргизок – 158; таджичек – 53; узбечек – 32 и армянок – 43.

Группы исследования были сопоставимы по возрасту. Средний возраст в основной группе составил 26,2 ± 2,3 года, во второй группе 27,7 ± 2,4 лет. Основная численность женщин обеих групп находилась в активном репродуктивном возрасте.

В работе использовались методы: социологический; логического анализа; методика комплексной оценки медико-социального состояния семьи (О. М. Новиков, В. Ф. Капитонов, 2000); ретроспективный анализ первичной медицинской документации после выкопировки данных и государственной статистики.

Анализ состояния здоровья беременных и новорожденных проводился на основе Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-10).

Анализ медико-демографической ситуации в городе проводился на основе государственных статистических отчетов.

При проведении исследования использовалась классификация семей, разработанная О. М. Новиковым и В. Ф. Капитоновым [70].

Сбор первичной информации осуществлялся путем социологического опроса беременных женщин (по специально разработанным анкетам), выкопировки данных из первичной медицинской документации и данных государственной статистики.

Содержание анкет включало вопросы социально-демографических и социально-гигиенических характеристик семей, удовлетворенности беременных женщин услугами и организацией работы лечебно-профилактических учреждений. Анкеты являлись комбинаторными и содержали «открытые» вопросы, требующие самостоятельного ответа анкетируемого, и «закрытого» типа, включающие готовые варианты ответов.

Проводилась оценка и анализ следующих клинических показателей: 1) количество наблюдений в женской консультации, первая явка в женскую консультацию, пренатальный скрининг, полнота клинико-диагностического обследования; 2) осложнения течения беременности; 3) особенности течения

родов и частота осложнений; 4) перинатальные показатели, перинатальная заболеваемость и смертность, оценка состояния новорожденных по шкале Апгар, масса-ростовые показатели.

При сборе клинико-анамнестических данных использована медицинская документация: история болезни (форма № 003/у), индивидуальная карта беременной и родильницы (форма № 111/у); история развития новорожденного (форма № 097/у), история родов (форма № 096/у).

2.2 Этапы проведения исследования

В соответствии с принятой в социальной гигиене классической схемой исследование проводилось в четыре этапа:

1 этап – составление программы и плана исследования;

2 этап – сбор материала;

3 этап – обработка материала;

4 этап – анализ полученных данных, выводы, предложения, написание диссертации.

На 1 этапе проведено обоснование актуальности темы, сформулирована цель и определены задачи исследования.

Программа и план исследования включали:

1. Выбор объекта и единицы статистического наблюдения, места проведения исследования.

Исследование проводилось на базе Родильных домов № 1 и № 4 г. Красноярска.

Сбор информации о социально-гигиеническом статусе беременных женщин мигранток, состоянии их здоровья, мотивах репродуктивного поведения, проводился путём анкетирования респонденток. Анкеты заполнялись женщиной в присутствии врача.

2. Программа сбора информации.

В соответствии с целью и задачами исследования на этом этапе было проведена разработка специальных анкет для исследуемых женщин. Заполнению анкет предшествовала краткая инструкция о цели исследования, его значении, что в определённой степени повлияло на повышение интереса обследуемых и снижало возможность отказа от анкетирования.

Анкета для беременных женщин состояла из 3 разделов и включала 85 вопросов (Приложение А).

Первый раздел касался медико-демографических и социально-гигиенических факторов (самооценка здоровья, накопленные хронические заболевания, наличии факторов, влияющих на здоровье, профессиональные вредности, образование, социальная группа, семейное положение, жилищно-бытовые условия, вредные привычки матери).

Второй раздел содержал вопросы, касающиеся акушерско-гинекологического анамнеза – становления и развития менструальной функции, репродуктивном анамнезе и репродуктивном поведении, об исходах предыдущих беременностей.

Третий раздел – клинические аспекты течения данной беременности (первая явка в женскую консультацию, регулярность посещений, объём исследования, перинатальный исход).

3. Программа обработки информации включала: составление макетов таблиц конечных результатов, составление программы ввода информации в персональный компьютер и программу получения результатов в виде заполненных макетов таблиц.

На 2 этапе исследования разработанные анкеты были предложены для заполнения беременным женщинам. Сбор информации по разработанным анкетам проходил в течение 2008–2011 г.

На 3 этапе проводилась обработка полученного материала. Сортировка анкет. Создана база данных на основе полученных материалов. Статистическая

обработка и анализ массивов был проведен в соответствии с широко принятыми методами исследования.

На четвертом этапе осуществлялся логический и статистический анализ полученных результатов исследования, оформление обработанных статистических материалов, построение модели, направленной на совершенствование оказания медицинской помощи беременным мигранткам, проживающим в различных видах семей.

Статистический анализ полученной информации осуществлялся с использованием относительных и средних величин, оценки значимости различий относительных показателей по критерию χ^2. С помощью критерия φ* – угловое преобразование Фишера (критерий Фишера) оценивали статистическую значимость различий между процентными долями двух групп. Критический уровень значимости определен при $p \leq 0,05$. Для выявления взаимосвязи между изучаемыми явлениями применяли коэффициент корреляции Спирмена (ρ). Полученные учетные признаки были сформированы в базу данных и обработаны при помощи лицензионной программы SPSS for Windows 20.0.

ГЛАВА 3 МИГРАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Г. КРАСНОЯРСКА

3.1 Современное состояние демографических процессов в г. Красноярске

Анализ динамики численности населения г. Красноярска за 2008-2012 гг. показывает, что за последние 5 лет, численность населения города увеличилась на 60,9 тыс. человек (Рисунок 1).

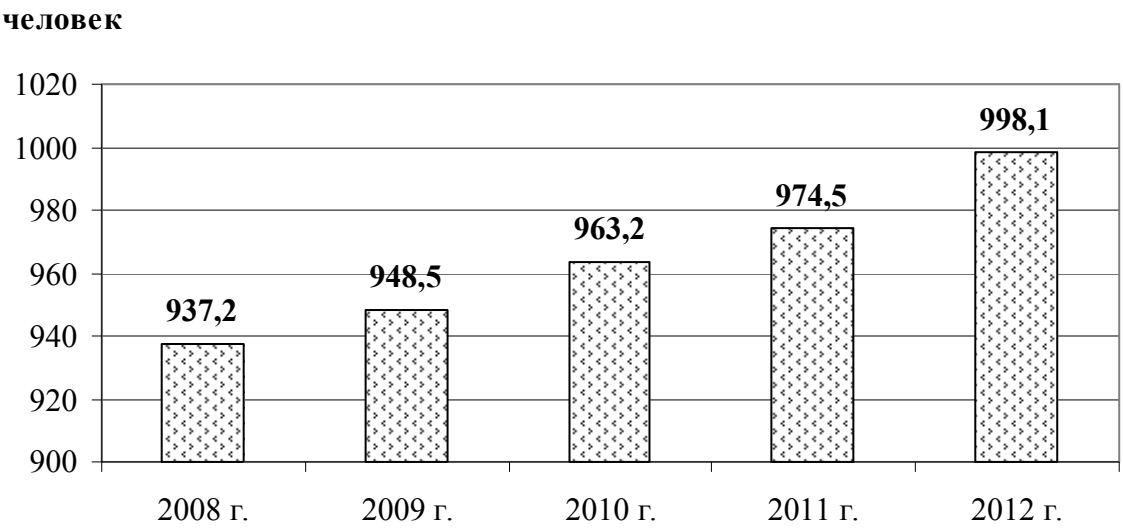
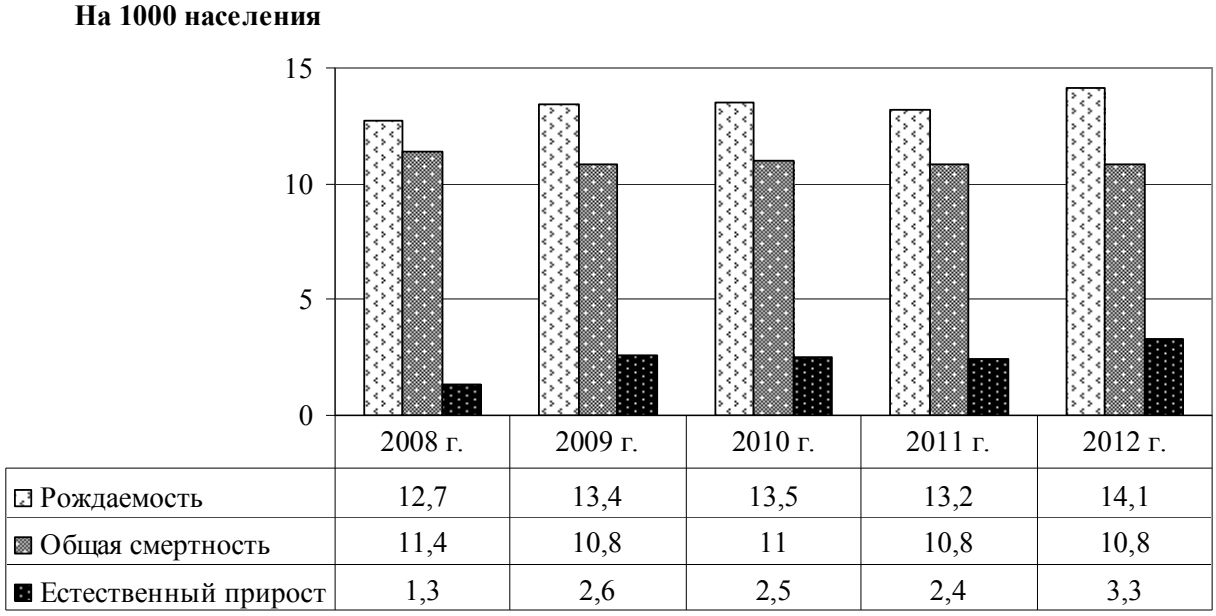


Рисунок 1 – Динамика численности населения г. Красноярска с 2008 г. по 2012 г. (тыс. чел.)

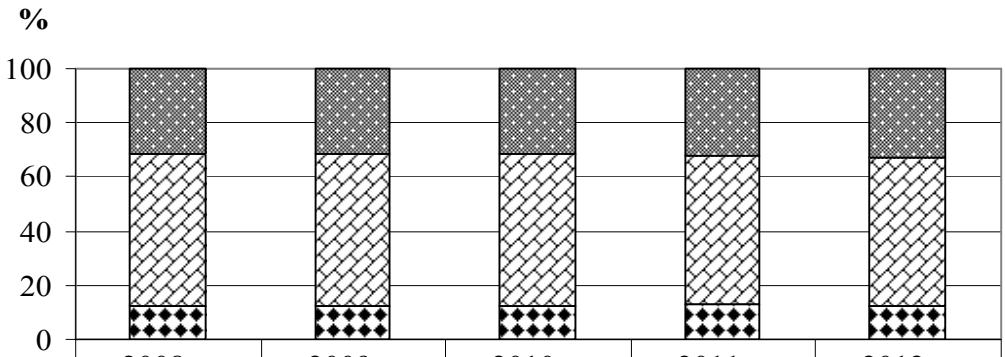
Показатели естественного движения населения, за исследуемый период, также претерпели значительные изменения. На фоне роста показателя рождаемости за 5-ти летний период с 12,7 до 14,1 на 1000 населения и снижения уровня общей смертности с 11,4 до 10,8 на 1000 населения впервые за последнее десятилетие, начиная с 2008 г., отмечается положительный естественный прирост населения (Рисунок 2).



	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Рождаемость	12,7	13,4	13,5	13,2	14,1
Общая смертность	11,4	10,8	11	10,8	10,8
Естественный прирост	1,3	2,6	2,5	2,4	3,3

Рисунок 2 – Динамика показателей естественного движения населения г. Красноярска с 2008 г. по 2012 г. (на 1000 населения)

Установлено, что увеличение показателя рождаемости произошло на фоне снижения удельного веса женщин репродуктивного возраста (Рисунок 3), что свидетельствует об эффективности мер, направленных на улучшение государственной политики в области охраны здоровья матери и ребенка, с целенаправленной работой по планированию семьи и сокращению числа абортов.

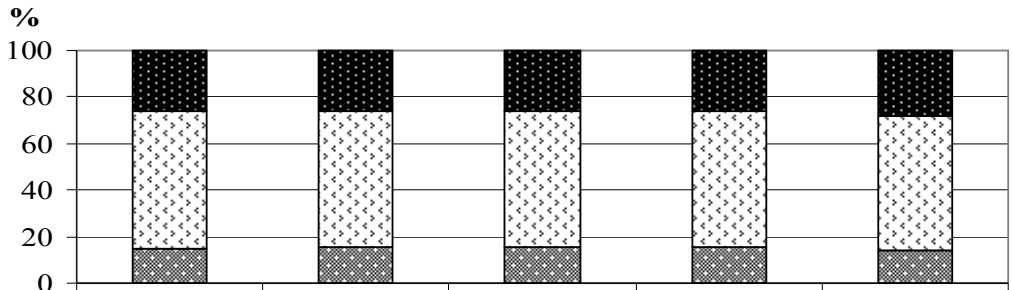


	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
50 лет и старше	31,2	31,5	31,7	32,2	32,8
15-49 лет	56,6	56,2	55,8	55,1	54,7
0-14 лет	12,2	12,3	12,5	12,7	12,5

Рисунок 3 – Динамика возрастной структуры женщин г. Красноярска за 2008–2012 гг. (%)

В то же время среднее число детей на одну женщину фертильного возраста остается низким – 1,2 ребенка.

Изменение естественного прироста населения в положительную сторону и увеличение рождаемости не сопровождается изменением типа структуры населения, которая остается регрессивной, так как при снижении удельного веса детского населения, одновременно происходит прирост доли населения старше 50-летнего возраста (Рисунок 4).



	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
50 лет и старше	25,9	26,1	26,1	26,1	28,5
15-49 лет	59,2	58,7	58,3	58,4	57,4
0-14 лет	14,9	15,2	15,5	15,5	14,1

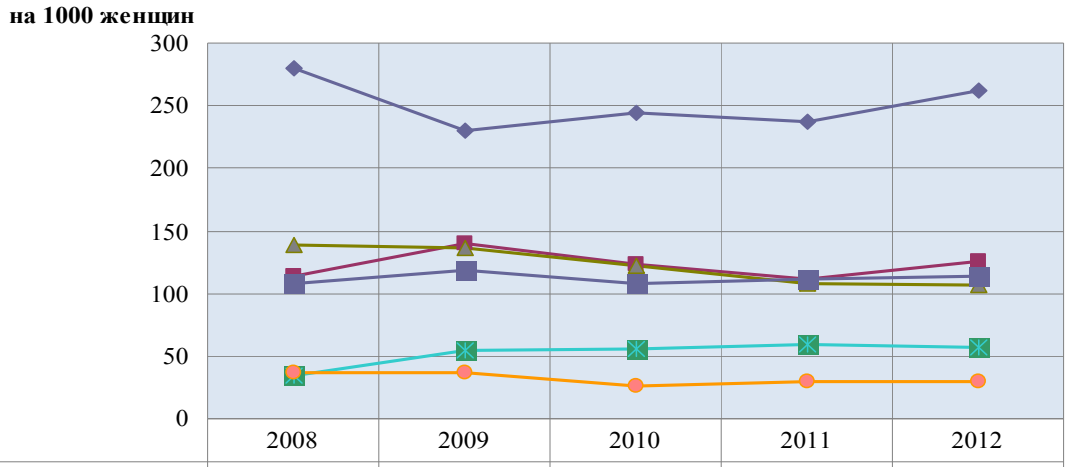
Рисунок 4 – Динамика возрастной структуры населения г. Красноярска за 2008–2012 гг. (%)

Таким образом, тип возрастной структуры населения г. Красноярска, не смотря на положительные показатели естественного движения, остается регрессивным.

3.2 Состояние репродуктивного здоровья женщин г. Красноярска

В процессе исследования установлено, что состояние репродуктивного здоровья беременных женщин находится на недостаточном уровне. Это обусловлено высоким удельным весом женщин, страдающих различными хроническими экстрагенитальными и гинекологическими заболеваниями.

Динамика показателей основных экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности у жительниц г. Красноярска за исследуемый период, не смотря на вариабильность показателей за отдельные годы, не имеет тенденции к снижению (Рисунок 5).



	2008	2009	2010	2011	2012
Анемия	279,35	230,51	244,61	237,16	262,5
Болезни системы кровообращения	114,28	140,15	122,94	111,64	125,5
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	138,84	135,93	121,81	107,79	106,7
Болезни мочеполовой системы	107,44	118,16	107,57	111,99	114,4
Венозные осложнения	34,38	54,75	56,31	59,22	56,5
Дисфункция щитовидной железы	36,94	37,35	25,84	29,08	29,8

Рисунок 5 – Динамика общей заболеваемости экстрагенитальными заболеваниями беременных женщин (на 1000 женщин закончивших беременность)

В структуре экстрагенитальных заболеваний первое место занимают анемии беременных. Начиная с 2009 г., второе место занимает класс болезней системы кровообращения, которые сместили на 4 место преэклампсию умеренной и тяжелой степеней. Третье место занимают болезни мочеполовой системы. Рост венозных осложнений у беременных женщин в 1,6 раза, вывел их на пятое место в общей структуре экстрагенитальных заболеваний, сместив на шестое место дисфункции щитовидной железы (Таблица 1).

Таблица 1 – Динамика удельного веса основных экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности у жительниц г. Красноярска за 2008–2012 гг. (в % к числу закончивших беременность)

Экстрагенитальные заболевания	Годы				
	2008	2009	2010	2011	2012
Анемия	39,2	32,2	36,1	36,1	37,8
Болезни системы кровообращения	16,0	19,5	18,1	17,0	18
Преэклампсия умеренной и тяжелой степеней.	19,7	19,0	17,9	16,4	15,3
Болезни мочеполовой системы	15,0	16,4	15,9	17,0	16,4
Венозные осложнения	4,8	7,7	8,2	9,0	8,1
Дисфункция щитовидной железы	5,3	5,2	3,8	4,4	4,3

Анализ общей гинекологической заболеваемости среди женского населения показал, что чаще всего регистрируются расстройства менструации, удельный вес которых за пятилетний период увеличился в 2,0 раза, сместив на второе место эрозии и эктропион шейки матки. Третье место занимают воспалительные заболевания половых органов. Четвертое место принадлежит женскому бесплодию, при этом около 50,0 % которого составляют заболевания, выявленные впервые, и пятое место весь анализируемый период занимает эндометриоз (Таблицы 2, 3).

В структуре первичной заболеваемости первые два места в той же очередности, как и в структуре общей заболеваемости, занимают: расстройства менструации; эрозия и эктропион шейки матки. Третье место занимает женское бесплодие, потеснив два последних года воспалительные заболевания половых органов на четвертое место. Пятое место занимает эндометриоз (Таблица 3).

Таблица 2 – Динамика общей гинекологической заболеваемости за 2008–2012 гг. в г. Красноярске (на 1000 женского населения)

Наименование отдельных болезней	Годы				
	2008	2009	2010	2011	2012
Сальпингит и оофорит[1)]	10,7	11,5	10,8	12,1	10,6
Эндометриоз [2)]	4,1	4,5	4,4	5,4	5,9
Эрозия и эктропион шейки матки [2)]	33,4	34,8	35,3	35,5	28,4
Расстройства менструаций[3)]	14,8	16,0	22,1	19,5	29,1
Женское бесплодие[4)]	6,9	7,5	8,3	10,1	10,5
Беременность, роды и послеродовой период [5)]	80,7	101,1	107,0	90,2	108,8

[1)]рассчитано на женское население в возрасте 10 лет и старше

[2)] рассчитано на женское население в возрасте 18 лет и старше

[3)]рассчитано на женское население в возрасте 10–49 лет

[4)]рассчитано на женское население в возрасте 18–49 лет

[5)]рассчитано на женское население в возрасте 15–49 лет

Таблица 3 – Динамика первичной гинекологической заболеваемости за 2008–2012 гг. в г. Красноярске (на 1000 женского населения)

Наименование отдельных болезней	Годы				
	2008	2009	2010	2011	2012
Сальпингит и оофорит[1)]	5,5	6,1	5,2	5,0	4,0
Эндометриоз [2)]	1,7	1,8	2,0	2,4	2,5
Эрозия и эктропион шейки матки [2)]	13,6	14,2	14,0	13,6	12,9
Расстройства менструаций[3)]	10,7	11,9	16,2	14,9	21,5
Женское бесплодие[4)]	3,1	3,4	3,9	5,1	5,0
Беременность, роды и послеродовой период [5)]	69,1	88,6	95,4	80,5	99,6

[1)]рассчитано на женское население в возрасте 10 лет и старше

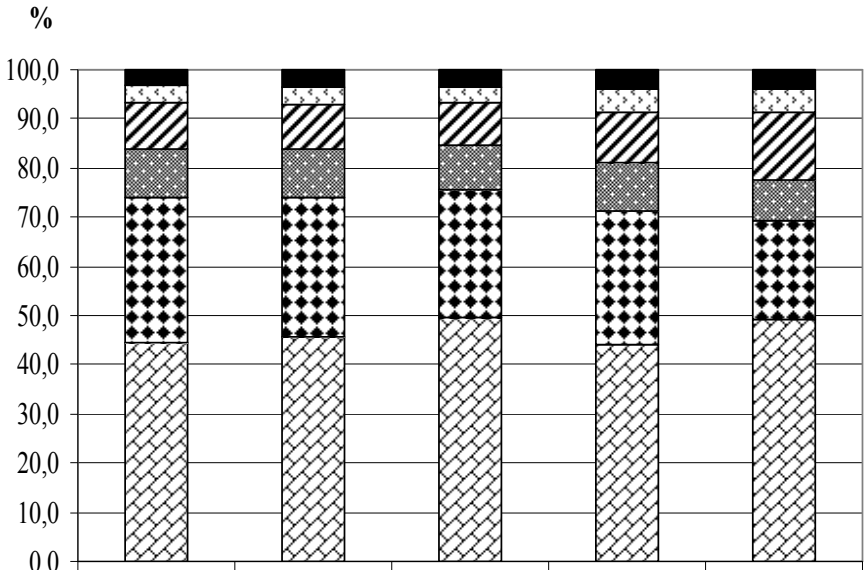
[2)] рассчитано на женское население в возрасте 18 лет и старше

[3)]рассчитано на женское население в возрасте 10–49 лет

[4)]рассчитано на женское население в возрасте 18–49 лет

[5)]рассчитано на женское население в возрасте 15–49 лет

В структуре общей гинекологической заболеваемости удельный вес регистрируемых ранее известных заболеваний за период с 2008 г. по 2012 г. превышает долю заболеваний, установленных впервые, почти в 2 раза. В ранговой структуре общей гинекологической заболеваемости за анализируемый период, произошла только рокировка между занимающими 2 место воспалительными заболеваниями женской половой сферы и расстройства менструальной функции, располагающимися на 3 месте. Первое место все эти годы сохраняют за собой эрозии и эктропион шейки матки, а 4 и 5 места, соответственно, женское бесплодие и эндометриоз (Рисунок 6).

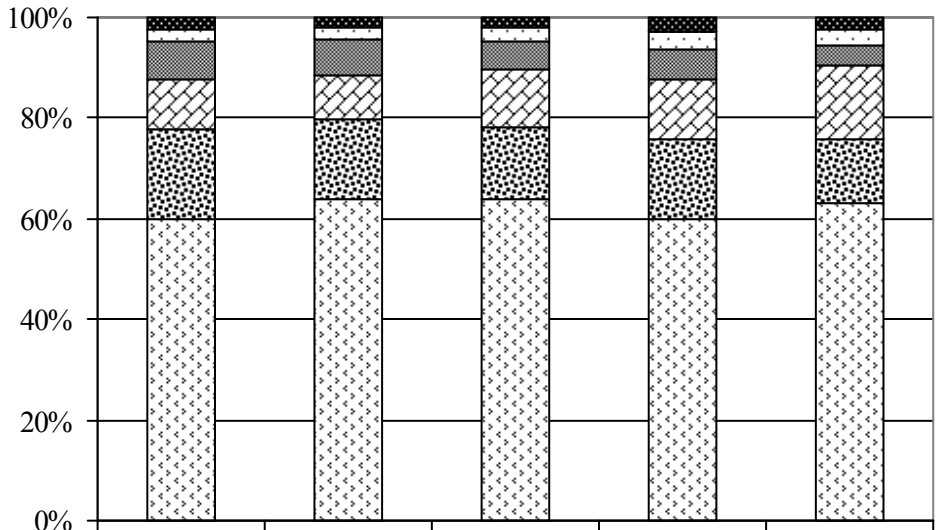


	2008	2009	2010	2011	2012
Эндометриоз	3,0	3,4	3,3	4,1	4,1
Женское бесплодие	3,7	3,7	3,5	4,7	4,5
Расстройства менструаций	9,3	9,0	8,4	10,2	14,0
Сальпингит и оофорит	10,2	9,8	9,2	9,9	8,0
Эрозия и эктропион шейки матки	29,5	28,2	25,8	26,9	20,0
Беременность, роды и послеродовой период	44,4	45,8	49,8	44,2	49,4

Годы

Рисунок 6 – Динамика ранговой структуры общей гинекологической заболеваемости за 2008–2012 гг. (%)

В ранговой структуре первичной гинекологической заболеваемости, за весь анализируемый период, первое место занимают расстройства менструаций, сместившие на второе место эрозии и эктропион шейки матки, третье – сальпингит и оофорит, четвертое – женское бесплодие и замыкает пятерку лидеров эндометриоз (Рисунок 7).



	2008	2009	2010	2011	2012
эндометриоз	2,2	1,9	2,1	2,7	2,5
женское бесплодие	2,5	2,3	2,5	3,6	3,0
сальпингит и оофорит	7,7	7,1	5,7	6,1	4,2
расстройства менструаций	9,9	9,1	11,5	11,8	14,4
эрозия и эктопион шейки матки	17,6	15,5	14,2	15,7	12,7
беременность, роды и послеродовой период	60,0	64,0	64,0	60,0	63,2

Рисунок 7 – Динамика структуры первичной гинекологической заболеваемости за 2008–2012 гг. (%)

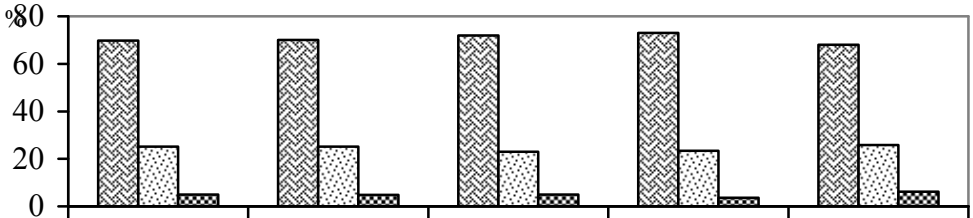
В то же время, отмечается благоприятная тенденция в сохранении репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, о чем свидетельствуют: снижение числа абортов, как метода планирования беременности; увеличение

численности женщин, использующих для предохранения от нежелательной беременности гормональную контрацепцию. К сожалению, в 2011–2012 гг. численность женщин использующих гормональную контрацепцию по сравнению с 2010 годом несколько снизилась (Таблица 4).

Таблица 4 – Динамика абортов и использования контрацепции в г. Красноярске за 2008–2012 гг. (на 1000 женщин фертильного возраста)

Показатель	2008	2009	2010	2011	2012
Число абортов (на 1000 женщин фертильного возраста)	33,8	33,3	32,1	29,5	32,8
Число женщин, использующих гормональную контрацепцию	232,6	294,9	303,8	287,5	270,7

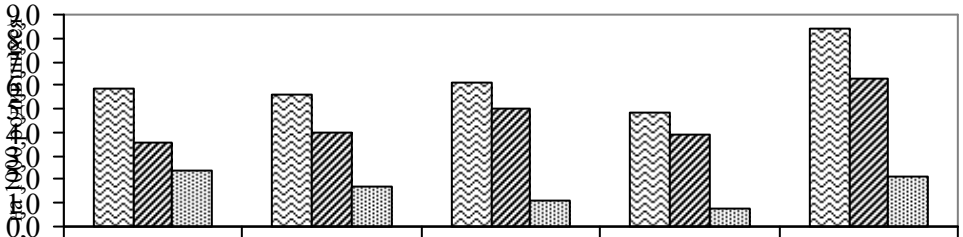
Негативные показатели состояния репродуктивного здоровья женщин, за исследуемый период, оказали существенное влияние на течение беременности и родов. Удельный вес нормально протекающих родов за пятилетие несколько увеличился (на 2,3 %), при одновременном снижении осложненных родов на 1,8 % (Рисунок 8).



	2008	2009	2010	2011	2012
осложненные	69,8	70,1	72,0	73,0	68,0
нормальные	25,2	25,1	23,0	23,4	25,8
преждевременные	5,0	4,8	5,0	3,6	6,2

Рисунок 8 – Динамика удельного веса преждевременных и нормальных родов в общей структуре родов за 2008–2012 гг.

За изученный период времени показатели перинатальной смертности увеличились в 1,4 раза за счет роста мертворождаемости (Рисунок 9).



	2008	2009	2010	2011	2012
перинатальная	5,9	5,6	6,1	4,8	8,4
мертворождаемость	3,6	4,0	5,0	3,9	6,3
ранняя неонатальная	2,4	1,7	1,1	0,8	2,1

Рисунок 9 – Динамика снижения перинатальной смертности и ее составляющих в г. Красноярске за 2008–2012 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми).

Следовательно, неудовлетворительное состояние здоровья беременных женщин и высокий удельный вес неблагоприятно протекающих родов, оказали влияние на уровень перинатальной смертности.

3.3 Влияние миграции на демографическое состояние г. Красноярска

В условиях естественной убыли россиян миграция стала единственным источником, сдерживающим уменьшение численности населения страны. Для большинства территорий Сибири характерен, так называемый, суженный тип воспроизводства населения, при котором в полной мере не обеспечивается полноценная смена поколений, что ведет к постарению населения, снижению доли молодых лиц.

Анализ показывает, что увеличение численности населения города происходило преимущественно за счет миграционного прироста, показатели которого за все анализируемые годы более чем в 5 раз, превышали показатели естественного прироста населения (Рисунок 10).

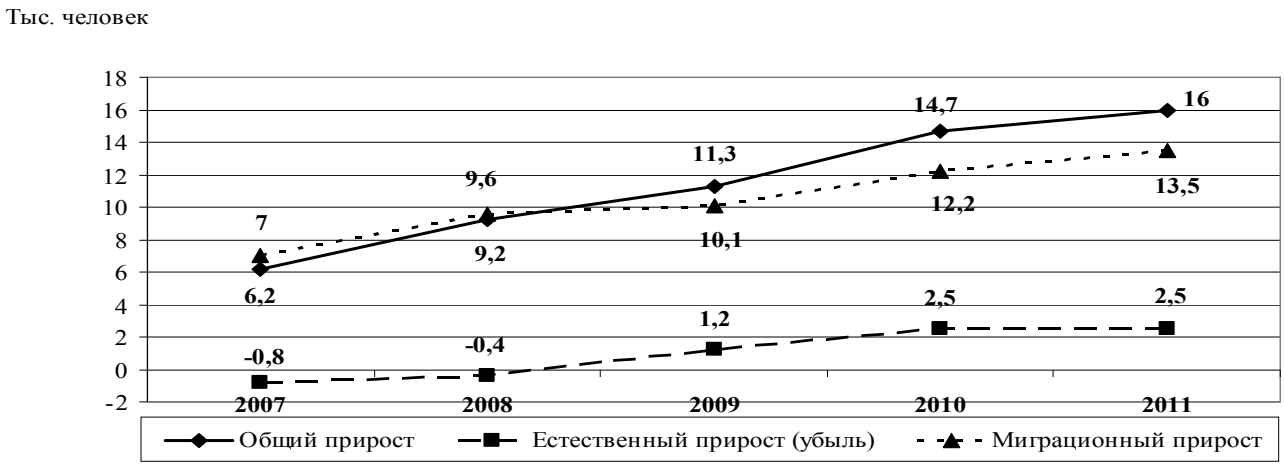


Рисунок 10 – Динамика естественного прироста населения г. Красноярска и его составляющих за исследуемый период (тысяч человек)

Ежегодно в г. Красноярске миграционный прирост за исследуемый период составлял от 9642 до 13550 человек (Таблица 5).

Таблица 5 – Динамика основных показателей миграции в г. Красноярск (человек)

	Число прибывших	Число выбывших	Миграционный прирост, снижение (-)
2008	24325	15411	8914
2008	24962	15320	9641
2009	23544	13433	10111
2010	23908	11749	12159
2012	24717	11167	13550

Наибольший показатель миграции происходит внутри России (в 2012 г. 74,6 % всего миграционного прироста), тогда как на международную приходится около четверти миграционного прироста (25,4 %).

Анализ полученных данных показал, что наиболее интенсивный обмен международными мигрантами осуществляется со странами СНГ– 96,6 % (Таблица 6).

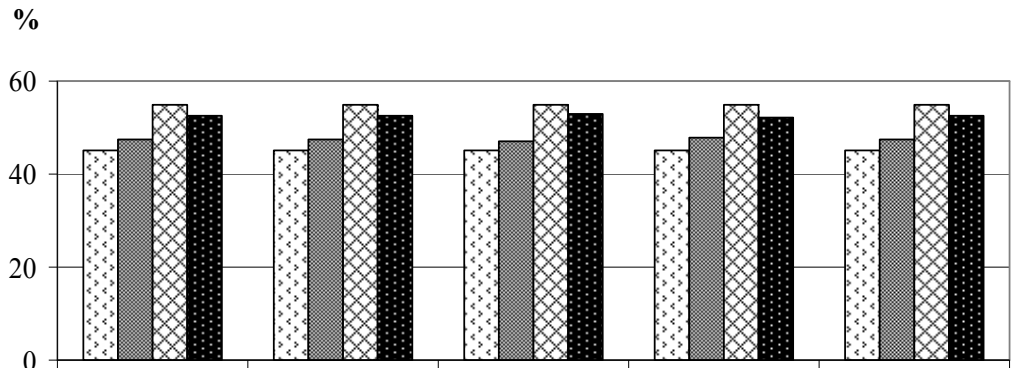
Таблица 6 – Международная миграция населения в г. Красноярск в 2011 г. (человек)

	Число прибывших	Число выбывших	Миграционный прирост, снижение (-)
Всего	3539	192	3447
в том числе			
со странами СНГ	3418	86	3332
Балтии	10	9	1
с другими зарубежными странами	211	97	114

В обмене населением с государствами-участниками СНГ число прибывших в город в 2012 г. превысило число выбывших на 2,9 тысячи человек. Наиболее привлекателен Красноярск для мигрантов из Киргизии, Таджикистана, Армении, Азербайджана.

Выявлено, что у прибывающих мигрантов половая структура имеет иное соотношение, и в 2012 г. на 100 женщин мигранток приходилось 92 мужчины, в то время как среди постоянных жителей на 100 женщин соответственно 82 мужчины (Рисунок 11).

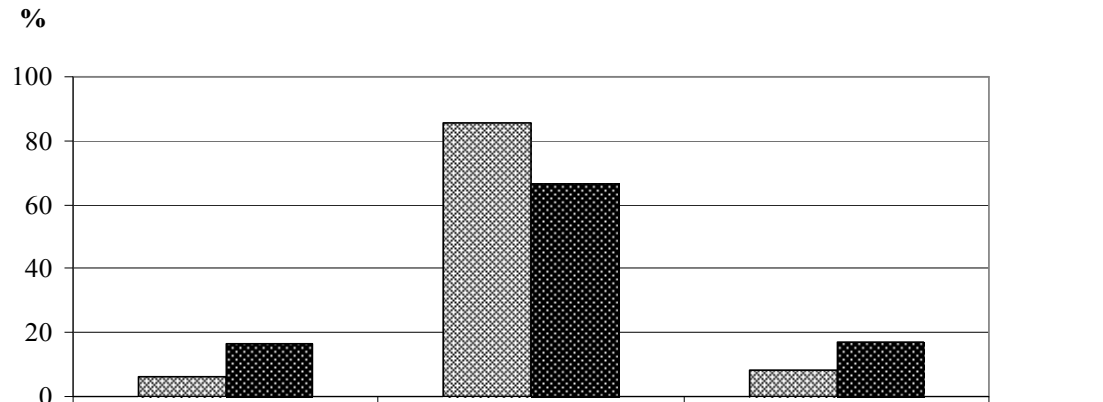
В то же время, на 100 женщин мигранток репродуктивного возраста приходилось 87,6 мужчин, а среди постоянных жителей на 100 женщин 90,3 мужчины.



	2007	2008	2009	2010	2011
Мужчины г. Красноярска	45,1	45,1	45	45	45,1
Мужчины мигранты	47,5	47,6	47,1	47,8	47,5
Женщины г. Красноярска	54,9	54,9	55	55	54,9
Женщины мигрантки	52,5	52,4	52,9	52,2	52,5

Рисунок 11 – Сравнительная характеристика половой структуры постоянных жителей г. Красноярска и прибывающих мигрантов

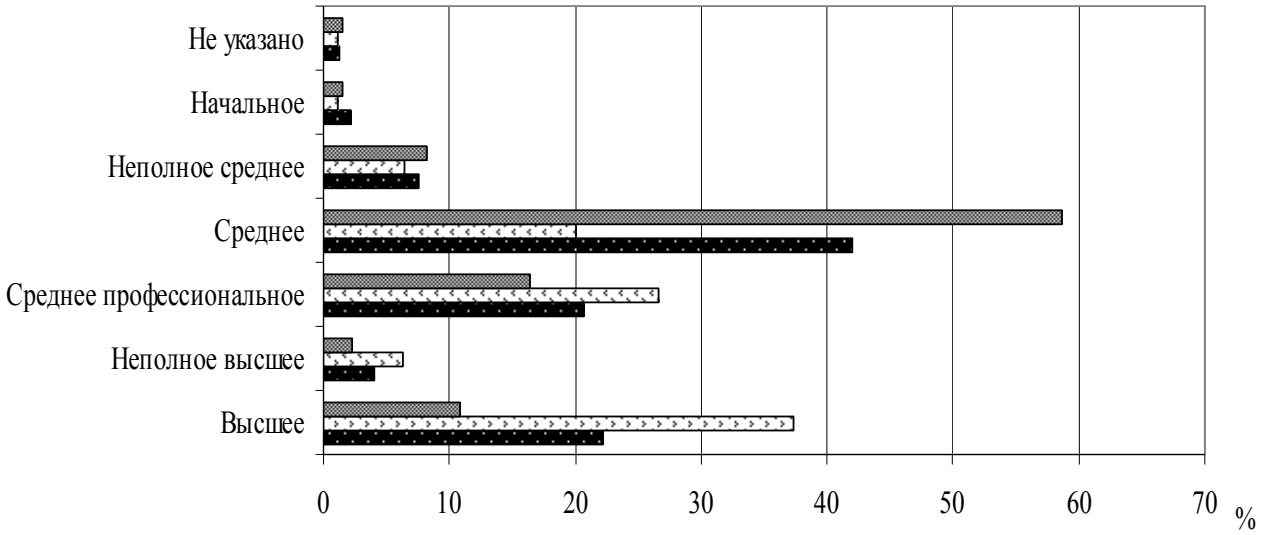
Основная масса мигрантов (свыше 80 % ежегодно) находится в трудоспособном возрасте, что имеет существенные отличия от возрастной структуры постоянного населения (Рисунок 12).



	Моложе трудоспособного	Трудоспособного	Старше трудоспособного
Мигранты	6,1	85,5	8,4
Постоянные жители	16,4	66,5	17,1

Рисунок 12 – Сравнительная возрастная структура прибывших мигрантов и постоянных жителей г. Красноярска в 2012 г. (%)

Распределение мигрантов, прибывших в г. Красноярск в 2011 г., по уровню образования представлено на рисунке 13. Следует отметить, что аналогичное распределение отмечается за все анализируемые годы.



	Высшее	Неполное высшее	Среднее профессиональное	Среднее	Неполное среднее	Начальное	Не указано
Женщины	10,9	2,3	16,4	58,6	8,2	1,5	1,5
Мужчины	37,3	6,3	26,6	20	6,4	1,1	1,1
Всего	22,2	4	20,7	42	7,6	2,2	1,3

Рисунок 13 – Распределение мигрантов, прибывших в г. Красноярск в 2012 г., по уровню образования (%)

Анализ полученных данных показал, что мужчины-мигранты имеют более высокое образование, чем женщины. Так, удельный вес мужчин имеющих высшее и незаконченное высшее образование в 3,3 раза выше, чем женщин, среднее профессиональное образование соответственно в 1,6 раза. У женщин преобладающим является среднее образование, их удельный вес (58,6 %) в 2,9 раза выше аналогичной доли мужчин. Также среди женщин в 1,3 раза выше доля, имеющих неполное среднее образование, по сравнению с мужчинами.

Таким образом, проведенный анализ демографической ситуации и репродуктивного здоровья женщин позволяет выделить следующие основные

тенденции: устойчивое увеличение показателя рождаемости при одновременном снижении уровня общей смертности населения; высокий уровень соматической заболеваемости без устойчивой тенденции к снижению; высокий уровень гинекологической заболеваемости.

ГЛАВА 4 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН МИГРАНТОК И ПОСТОЯННЫХ ЖИТЕЛЬНИЦ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

4.1 Показатели репродуктивного здоровья и анализ акушерско-гинекологического анамнеза беременных женщин в группах сравнения

Характер менструального цикла является важным показателем репродуктивного здоровья женщины. Анализ возраста наступления менархе показал, что у женщин-мигранок (основная группа) менархе наступили до 12 лет в 32,2 ± 2,2 % случаев, в 13-14 лет – в 55,1 ± 2,3 % , в 15 лет – в 7,8 ± 1,3 %, в 16 лет – в 4,2 ± 0,9 %, и позже 16 лет – в 0,7 ± 0,4 % случаев. В тоже время, у женщин группы сравнения (постоянные жительницы г. Красноярска) – до 12 лет у 20,3 ± 2,6 %, в 13-14 лет – у 55,0 ± 3,3 %, в 15 лет – у 8,2 ± 1,8 %, в 16 лет – у 4,3 ± 1,3 %, и позже 16 лет – у 2,2 ± 1,0 %. То есть, у большинства женщин было нормальное становление менструальной функции. Сравнительный анализ возраста наступления менархе у женщин основной группы в зависимости от национальной принадлежности существенных отличий не выявил.

Половая жизнь имеет непосредственное влияние на генеративную функцию женщины, поэтому данные о начале половой жизни, заслуживают специального внимания. Начало половой жизни до 17 летнего возраста отметили 20,9 ± 1,9 % респонденток основной группы, против 10,4 ± 2,0 % женщин группы сравнения ($p < 0,05$). В возрастном интервале от 18 до 25 лет начало половой жизни отметили 68,4 ± 2,2 % женщин основной группы и 87,0 ± 2,2 % группы сравнения и позже 25-ти летнего возраста соответственно 10,7 ± 1,5 % и 2,6 ± 1,0 % женщин ($p < 0,05$). Сравнительный анализ женщин-мигранток в зависимости от национальной принадлежности показал, что доля узбечек и таджичек, начавших

половую жизнь в возрасте до 17 лет, превышала удельный вес женщин других национальных групп, но существенные различия отмечаются только с киргизками ($p < 0,05$). Нами отмечены статистически значимые различия между показателями начала половой жизни у женщин группы сравнения и женщинами изучаемых нами национальных групп.

Заслуживает внимания число половых партнеров у женщин сравниваемых групп. Так, указание на одного полового партнера имели 86,0 ± 1,6 % обследованных основной группы и 68,5 ± 3,1 % группы сравнения ($p < 0,05$); 2 партнеров –7,1 ± 1,2 % и 18,1 ± 2,5 % соответственно ($p < 0,05$); три и более – 6,9 ± 1,2 % и 13,4 ± 2,2 %.

Установлено, что удельный вес женщин группы сравнения, имевших одного полового партнера, ниже, чем аналогичные доли женщин различных национальных групп, но статистическая значимость отмечается только с азербайджанками, киргизками и армянками, а имевших по два половых партнера, выше, по сравнению с женщинами азербайджанками и киргизками (Таблица 7).

Таблица 7 – Сравнительная характеристика удельного веса женщин мигранток в зависимости от национальной принадлежности и группы сравнения по числу половых партнеров (P ± m, в %)

Национальная группа	N	Число половых партнеров		
		Один	Два	Три и более
Азербайджанки	164	89,6 ± 2,4*	5,5 ± 1,8*	4,9 ± 1,7*
Киргизки	158	84,2 ± 2,9*	7,0 ± 2,0*	8,8 ± 2,2
Таджички	53	80,9 ± 5,4	15,4 ± 5,0	3,8 ± 2,6
Узбечки	32	78,1 ± 7,3	6,3 ± 4,3	15,6 ± 6,4
Армянки	43	91,5 ± 4,2*	2,9 ± 2,6	5,9 ± 3,6
Группа сравнения	231	67,5 ± 3,1*	18,1 ± 2,5*	13,4 ± 2,2*
*p между группой сравнения и национальными группами		< 0,05	< 0,05	< 0,05

При сравнении удельного веса женщин, имевших трех половых партнеров и выше, статистические различия отмечаются только с женщинами армянками, удельный вес которых был в 2,7 раза ниже.

У большинства исследуемых женщин в обеих группах первая беременность наступила с началом половой жизни, у остальных женщин 16,1 ± 1,7 % основной группы и 16,6 ± 2,4 % группы сравнения, в различные временные периоды половой жизни. Статистической значимости между группами по времени наступления первой беременности нами не выявлено (Рисунок 14).

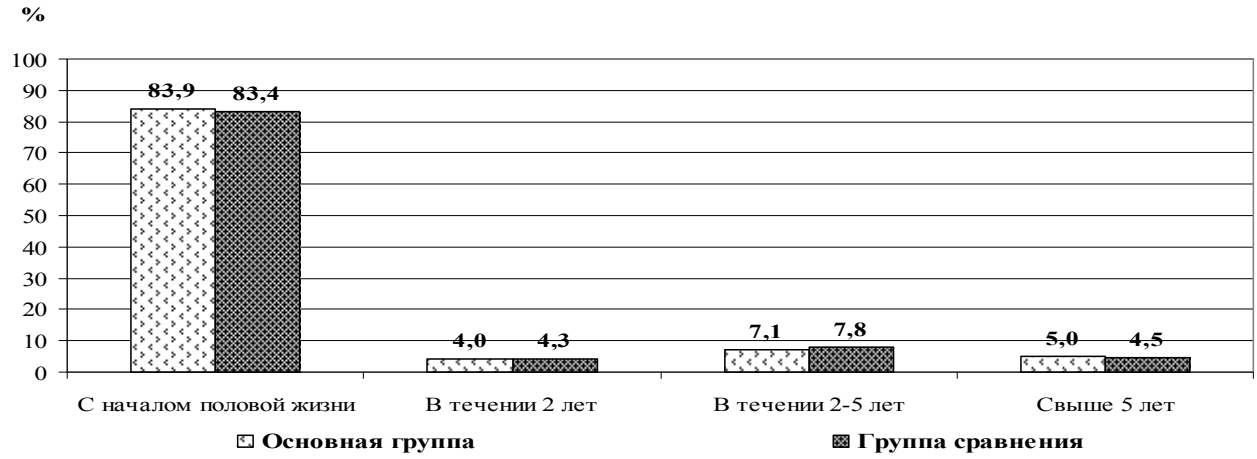


Рисунок 14 – Распределение женщин основной группы и группы сравнения по сроку наступления первой беременности от начала половой жизни (%)

Значительная доля женщин, как основной группы (65,3 ± 3,1 %), так и группы сравнения (59,7 ± 2,1 %) имели осложнения в течение первой беременности ($p > 0,05$). Наибольшая доля женщин мигранток, имевших осложнения в течение первой беременности, отмечалась у киргизок и таджичек (69,0 ± 3,7 % и 69,8 ± 6,3 % соответственно; $p > 0,05$).

Основными осложнениями течения первой беременности у женщин, несмотря на разницу в удельном весе заболеваний по сравниваемым группам были: анемия, угроза прерывания беременности, гестоз и истмико-цервикальная недостаточность. Удельный вес женщин основной группы, по таким осложнениям как анемия (35,1 ± 2,2 %) и угроза прерывания беременности (18,7 ± 1,3 %) в 3,0 и 1,5 раза превышал аналогичные показатели женщин группы сравнения

(соответственно: 11,7 ± 2,1 % и 12,1 ± 2,1 %), а с преэклампсией в 2,8 раза реже (10,8 ± 1,5 % против 3,8 ± 1,3 %; $p < 0,05$).

Независимо от национальной принадлежности, осложнения беременности имеют одинаковые ранговые места. В то же время, у узбечек, третье – четвертое место делят между собой такие осложнения как преэклампсия и истмико-цервикальная недостаточность. Установлено, что удельный вес женщин группы сравнения имевших такие осложнения как анемия и угроза прерывания, был значительно меньше аналогичных долей женщин сравниваемых национальных групп, а с преэклампсией выше (Таблица 8).

Таблица 8 – Сравнительная характеристика удельного веса женщин национальных групп и группы сравнения по характеру и ранговой структуре осложнений беременности (P ± m, в %)

Национальная группа	N	Осложнения беременности							
		Анемия		Преэклампсия		Угроза прерывания		Ицн	
		P ± m	Ранг	P ± m	Ранг	P ± m	Ранг	P ± m	Ранг
Азербайджанки	164	32,9 ± 3,7	1	3,6 ± 1,4	3	18,9 ± 2,9	2	1,2 ± 0,8	4
Киргизки	158	36,1 ± 3,8	1	3,8 ± 1,5	3	19,0 ± 3,1	2	1,3 ± 0,9	4
Таджички	53	35,8 ± 6,6	1	3,8 ± 2,6	3	18,9 ± 5,4	2	1,9 ± 1,9	4
Узбечки	32	37,5 ± 8,6	1	3,1 ± 3,1	3-4	15,6 ± 6,4	2	3,1 ± 3,1	3-4
Армянки	43	32,4 ± 7,1	1	5,9 ± 3,6	3	17,6 ± 5,8	2	2,9 ± 2,6	4
Группа сравнения	231	17,7 ± 2,5	2	10,8 ± 2,0	3	21,1 ± 2,7	1	1,3 ± 0,7	4

Анализ исходов первой беременности статистической значимости между группами не выявил. У большинства женщин мигранток (88,6 ± 2,0 %) и женщин группы сравнения (88,7 ± 2,6 %) первая беременность закончилась родами. Нами отмечен высокий удельный вес женщин сравниваемых групп (6,1 ± 1,5 % основная группа и 6,6 ± 2,0 % группа сравнения), решивших закончить беременность медицинскими абортами. У 3,4 ± 0,9 % женщин обеих групп беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, а у 1,4 ± 0,6 % – мертворождением.

Выявлено, что наибольший удельный вес живорождения в исходах первых родов отмечался у армянок (91,2 ± 4,8 %) и азербайджанок (90,0 ± 5,6 %), а наименьший у узбечек (81,3 ± 8,2 %). Самый большой удельный вес мертворожденных отмечался у узбечек, который в 1,6 раза превышал аналогичный показатель азербайджанок и таджичек и в 5,2 раза у киргизок.

Значительные национальные отличия отмечались у женщин мигранток и по удельному весу медицинских абортов, как исхода первой беременности. Лидерами по медицинским абортам являлись узбечки, а наиболее низкие доли отмечались у азербайджанок и таджичек. Самый большой удельный вес выкидышей произошел у таджичек, который превышал доли азербайджанок в 1,5 раза, армянок в 2,6 раза киргизок в 3,9 раза. У узбечек выкидышей в анамнезе не отмечалось.

Анализ паритета родов показал, что до настоящей беременности значительная доля женщин, как основной (59,2 ± 2,3 %), так и группы сравнения (65,4 ± 3,1 %) уже имела от одной до шести и более беременностей.

Среди женщин сравниваемых групп, имевших беременности, нами выявлена статистическая значимость в удельном весе количества беременностей (Рисунок 15).

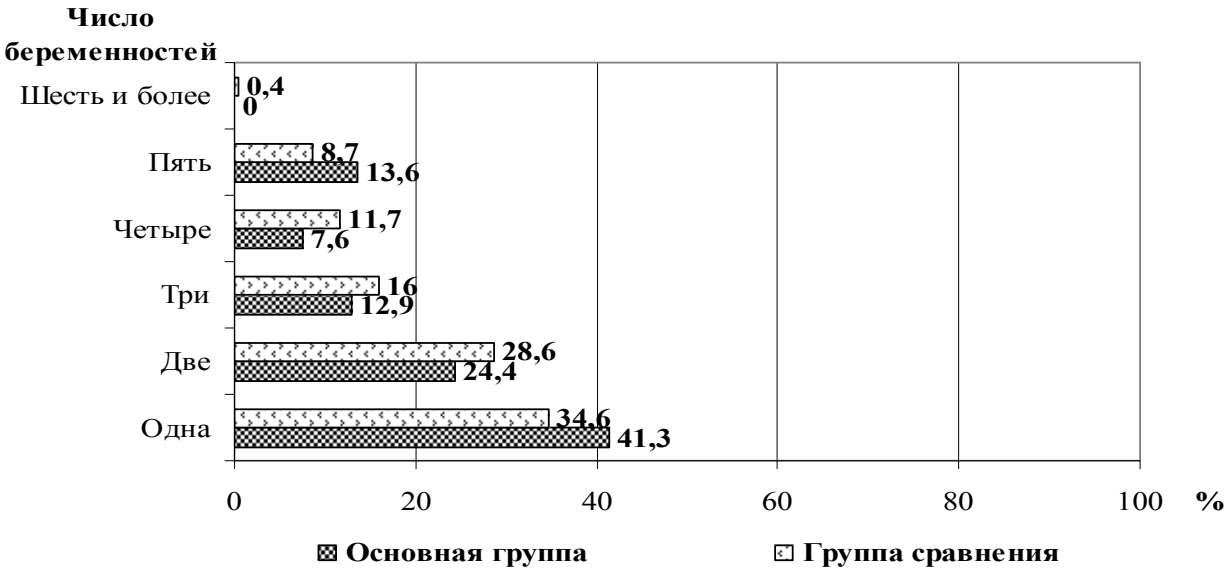


Рисунок 15 – Сравнительная характеристика удельного веса женщин основной группы и группы сравнения по числу предшествующих беременностей (*p < 0,05 между группами).

Отмечен высокий удельный вес женщин национальных групп, имевших, до настоящей беременности, пять и более беременностей. Самый высокий удельный вес женщин, имевших пять и более беременностей, отмечался у узбечек (25,0 ± 7,6 %), который превышал аналогичную долю таджичек в 1,3 раза (18,9 ± 5,4 %), азербайджанок в 2,0 раза (12,4 ± 2,6 %), армянок в 2,1 раза (11,8 ± 4,9 %) и у киргизок в 2,8 раза (8,9 ± 2,3 %).

Удельный вес женщин группы сравнения, имевших осложнения в течение предшествующей беременности (61,0 ± 4,1 %) был существенно ниже, чем у женщин мигранток (80,6 ± 3,2 %), $\varphi = 2,977$; $p < 0,05$.

Предыдущая беременность у 58,3 ± 3,0 % женщин мигранток и 55,6 ± 4,0 % женщин группы сравнения закончилась родами. У 29,2 ± 2,8 % женщин основной группы и 31,1 ± 3,8 % группы сравнения закончилась медицинским абортом до 12 недель и после 12 недель соответственно у 0,8 ± 0,5 % и 2,6 ± 1,3 % женщин. Закончилась беременность самопроизвольным выкидышем у 10,2 ± 1,9 % женщин основной группы и 10,6 ± 2,5 % группы сравнения.

Анализ исходов предыдущей беременности по национальным группам показал, что наибольший удельный вес женщин, у которых беременность закончилась родами, отмечался у таджичек, у них же отмечалась и самая низкая доля медицинских абортов как средства прерывания беременности ($p < 0,05$ по сравнению с другими национальными группами). Следует отметить высокий удельный вес самопроизвольных выкидышей у узбечек и азербайджанок, который в 1,6 раза превышал аналогичную долю у киргизок и таджичек и в 2,1 раза долю армянок ($p < 0,05$). Эктопическая беременность отмечалась только у киргизок, а прерывание беременности по медицинским показаниям у таджичек.

У подавляющего большинства женщин основной группы (96,8 ± 1,4 %) и группы сравнения (96,4 ± 2,0 %) беременность закончилась в срок, у 1,9 ± 1,1 % и 2,4 ± 1,7 % соответственно, роды закончились преждевременно, и у 1,3 ± 0,9 % и 1,2 ± 1,2 % женщин, наблюдались запоздалые роды.

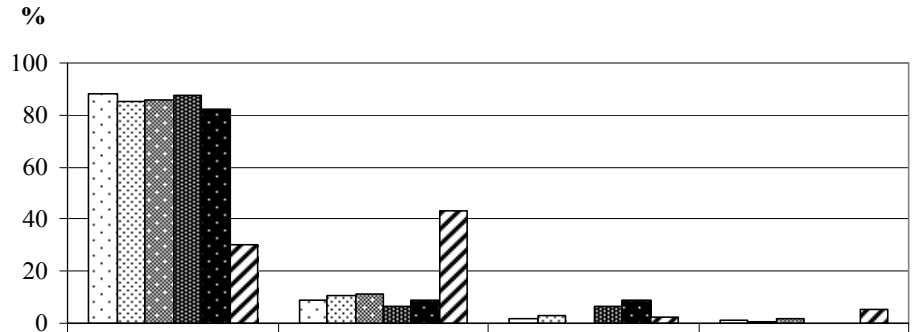
Анализ использования контрацепции показал, что основная доля женщин мигранток (85,0 ± 1,7 %) не использует контрацепцию, что в 2,8 раза превышает удельный вес (29,9 ± 3,0 %) женщин группы сравнения. Использует барьерные методы только 9,9 ± 1,4 % женщин мигранток, что в 4,4 раза меньше, чем женщин группы сравнения 43,3 ± 3,3 % ($p < 0,05$ между группами). Также женщины мигрантки редко используют и другие современные методы контрацепции: гормональные контрацептивы – 3,1 ± 0,6 %, ВМС – 0,9 ± 0,4 %, что, несмотря на различия, аналогично применению и женщинами группы сравнения (2,6 ± 1,0 % и 5,2 ± 1,5 % соответственно).

Нами выявлено, что, несмотря на низкий удельный вес женщин мигранток (15,0 ± 1,7 %), пользующихся методами контрацепции для предупреждения нежелательной беременности, наблюдаются значительные различия по национальным группам, как по удельному весу женщин, так и методам контрацепции.

Предпочтительным методом контрацепции у женщин всех национальных групп является барьерный метод, но у узбечек и армянок он применяется наравне с КОК. Самая большая доля женщин использующих КОК, как метод

контрацепции отмечается у армянок, а не используют этот метод совсем – таджички. В то же время, самая большая доля женщин использующих ВМС, принадлежит таджичкам, тогда как узбечки и армянки этот метод не используют.

Установлено, что удельный вес женщин группы сравнения, не использующих контрацепцию, статистически значимо ниже, чем у женщин национальных групп ($p < 0,05$) (Рисунок 16).



	Не используют	Барьерные методы	КОК	ВМС
Азербайджанки	88,3	8,6	1,9	1,2
Киркизки	85,4	10,8	3,2	0,6
Таджички	86	11,5	0	1,9
Узбечки	87,4	6,3	6,3	0
Армянки	82,4	8,8	8,8	0
Группа сравнения	29,9	43,3	2,6	5,2

Использование контрацепции

Рисунок 16 – Сравнительная характеристика удельного веса женщин национальных групп и группы сравнения по использованию контрацепции (%)

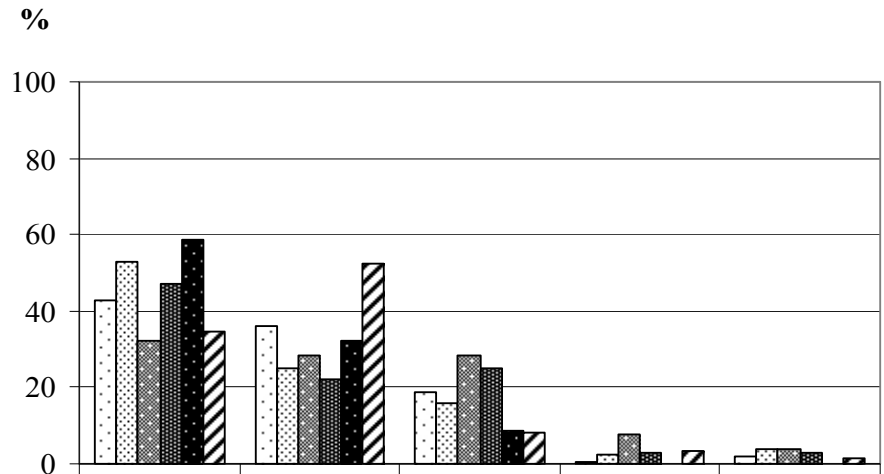
Таким образом, в результате анализа показателей репродуктивного здоровья и акушерско-гинекологического анамнеза беременных женщин в группах сравнения выявлено, что мигрантки раньше начинают половую жизнь, первая беременность наступает с началом половой жизни, имеют больший паритет беременности. У мигранток более часто наблюдаются осложнения в течении беременности. Не используют современные методы контрацепции.

4.2 Течение настоящей беременности

В структуре предстоящих родов у женщин мигранток и женщин группы сравнения имеются статистически значимые различия. Так, у женщин мигранток удельный вес первых родов ожидается в 1,2 раза больше, чем у женщин группы сравнения (41,3 ± 2,3 % против 34,6 ± 3,1 %), но вторых родов в 1,5 раза меньше (32,5 ± 2,2 % против 52,4 ± 3,3 %; $p < 0,05$). Третьи и последующие роды в 1,8 раза преобладают у женщин мигранток по сравнению женщинами группы сравнения (23,5 ± 2,0 % против 13,0 ± 2,2 %; $p < 0,05$).

Сравнительная характеристика очередности предстоящих родов у женщин национальных групп показала, что самый большой удельный вес предстоящих первых и вторых родов отмечается у армянок – 58,8 ± 7,5 % и 32,4 ± 7,1 %, третьих и четвертых у таджичек – 28,3 ± 6,2 % и 7,5 ± 3,6 % соответственно, пятых у киркизок и таджичек – 3,8 ± 1,5 % и 3,8 ± 2,6 %.

Выявлено, что преобладает по паритету родов у женщин группы сравнения доля женщин со вторыми родами, в то время, как у женщин национальных групп первые роды (Рисунок 17).



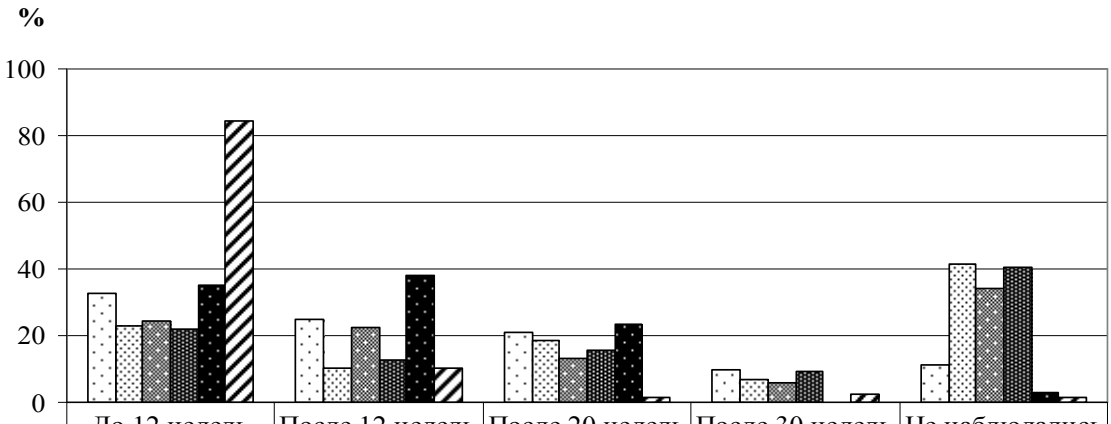
	Первые	Вторые	Третьи	Четвертые	Пятые
Азербайджанки	42,9	36	18,6	0,6	1,9
Киркизки	52,9	24,9	15,9	2,5	3,8
Таджички	32,1	28,3	28,3	7,5	3,8
Узбечки	46,9	21,9	25	3,1	3,1
Армянки	58,8	32,4	8,8	0	0
Группа сравнения	34,6	52,4	8,2	3,5	1,3

Рисунок 17 – Сравнительная характеристика удельного веса очередности родов у женщин национальных групп и группы сравнения (%)

Удельный вес мигранток не наблюдавшихся в женской консультации в 19,7 раза превышал долю женщин группы сравнения (25,6 ± 2,1 % против 1,3 ± 0,7 %, соответственно; $p < 0,05$). Самый высокий удельный вес беременных женщин, не наблюдавшихся в женской консультации, отмечается у киргизок и узбечек (свыше 40,0 %), что существенно выше, чем у женщин других национальных групп ($p < 0,05$). Самый низкий удельный вес женщин вставших на учет в женскую консультацию до 12 недельного срока отмечается у узбечек и киргизок (21,9 ± 7,3 % и 22,9 ± 3,3 % соответственно). Самый высокий удельный вес (38,2 ± 7,4 %) женщин, вставших на учет в женской консультации после 12 и 20 недель, отмечается у армянок, но среди них отсутствуют беременные, вставшие на учет после 30 недель.

Установлено, что доля женщин группы сравнения вставшая на учет в женской консультации до 12 недель беременности в 3,0 раза превышала

показатель женщин мигранток (соответственно 84,4 ± 2,4 % и 27,8 ± 2,1 %; p < 0,05) как в целом, так и по национальным группам (Рисунок 18).



	До 12 недель	После 12 недель	После 20 недель	После 30 недель	Не наблюдались
Азербайджанки	32,9	24,8	21,1	9,9	11,3
Киркизки	22,9	10,2	18,5	7	41,4
Таджички	24,5	22,6	13,2	5,7	34
Узбечки	21,9	12,5	15,6	9,4	40,5
Армянки	35,3	38,2	23,5	0	2,9
Группа сравнения	84,4	10,4	1,7	2,2	1,3

Рисунок 18 – Сравнительная характеристика удельного веса женщин национальных групп и группы сравнения по времени первой явки в женскую консультацию (%)

Выявлено, что удельный вес женщин группы сравнения, наблюдавшихся в женской консультации регулярно, 2,2 раза превышает аналогичную долю женщин основной группы (91,8 ± 1,8 % против 41,3 ± 2,3 %; p < 0,05).

Среди женщин национальных групп, самый большой удельный вес, регулярно наблюдавшихся в женской консультации, отмечается у армянок (69,7 ± 7,0 %), о чем свидетельствует и коэффициент соотношения между регулярно и нерегулярно наблюдавшихся беременных женщин. У армянок он равен 2,3, у таджичек 1,7, у киргизок 1,0. У азербайджанок и узбечек преобладает удельный вес беременных, наблюдавшихся нерегулярно и коэффициент соотношения у них равен 0,9.

Выявлено, что как среди женщин мигранток, так и среди женщин группы сравнения отмечается высокий удельный вес лиц, страдающих

экстрагенитальными (соответственно: 75,3 ± 2,0 % и 74,9 ± 2,8 %) и гинекологическими (соответственно: 26,9 ± 2,1 % и 23,8 ± 2,8 %) заболеваниями (p > 0,05).

Однако у женщин мигранток удельный вес заболеваний эндокринной системы и желудочно-кишечного тракта в 2,5 и 2,7 раза выше (p < 0,05), чем у женщин группы сравнения (Таблица 9).

Кроме того, статистически значимо у мигранток был выше (p < 0,05) удельный вес анемий (47,1 ± 2,4 % и 35,9 ± 3,1) и заболеваний ЦНС (1,8 ± 0,6 % и 0,4 ± 0,4 %).

Удельный вес других экстрагенитальных заболеваний, таких как заболевания системы органов кровообращения, заболевания почек, также у мигранток был выше, однако различия показателей с аналогичными в группе сравнения были статистически незначимы.

Таблица 9 – Сравнительная характеристика экстрагенитальной патологии у женщин-мигранток и женщин группы сравнения (P ± m, в %)

Экстрагенитальные заболевания	Группа исследования				φ; p
	Мигрантки n = 446		Группа сравнения n = 231		
	абс.	%	абс.	%	
Заболевания системы органов кровообращения	81	18,2 ± 1,8	41	17,7 ± 2,5	φ = 0,16; p > 0,05
Заболевания органов дыхания	29	6,5 ± 1,2	11	4,8 ± 1,4	φ = 0,913; p > 0,05
Заболевания ЖКТ	42	9,4 ± 1,4*	8	3,5 ± 1,2	φ = 3,047; p < 0,05
Заболевания эндокринной системы	44	9,8 ± 1,4*	9	3,9 ± 1,3	φ = 2,985; p < 0,05
Анемия	210	47,1 ± 2,4	83	35,9 ± 3,1	φ = 2,813; p < 0,05
Заболевания почек	94	21,1 ± 1,9	37	16,0 ± 2,4	φ = 1,621; p > 0,05
Заболевания ЦНС	8	1,8 ± 0,6	1	0,4 ± 0,4	φ = 1,752; p < 0,05

Примечание: *p* – статистическая значимость межгрупповых различий по φ критерию Фишера

В структуре гинекологической заболеваемости женщин обеих групп, отмечаются несущественные отличия (Таблица 10).

Таблица 10 – Сравнительная характеристика удельного веса основных гинекологических заболеваний у женщин групп сравнения (P ± m, в %)

Гинекологические заболевания	Группы исследования			
	Мигрантки n = 105		Группа сравнения n = 41	
	абс.	%	абс.	%
Миома матки	14	13,3 ± 3,3	6	14,6 ± 5,5
Хронический аднексит	29	27,6 ± 4,4	11	26,8 ± 6,9
Заболевания шейки матки	53	50,5 ± 4,9	21	51,2 ± 7,8
Эндометрит	9	8,6 ± 2,7	3	7,3 ± 4,1

Установлено, что удельный вес женщин мигранток (51,3 ± 2,4 %), имевших инфекции передаваемые половым путем, в 1,9 раза превышает аналогичную долю (26,8 ± 2,9 %) женщин группы сравнения ($p < 0,05$), в то же время статистически значимые отличия отмечаются не по всем заболеваниям (Таблица 11).

Таблица 11 – Сравнительная характеристика удельного веса женщин групп сравнения, имевших заболевания передаваемые половым путем (P ± m, в %)

Заболевания, передаваемые половым путем	Группы исследования			
	Мигрантки n = 450		Группа сравнения n = 231	
	абс.	%	абс.	%
Хламидиоз	37	8,2 ± 1,3	18	7,8 ± 1,8
Трихомониаз	105	23,3 ± 2,0*	13	5,6 ± 1,5
Гонорея	5	1,1 ± 0,5	0	-
Герпес	12	2,7 ± 0,8	5	2,2 ± 1,0
Микоплазмоз	3	0,7 ± 0,4	1	0,4 ± 0,4
Уреаплазмоз	55	12,2 ± 1,6	24	10,4 ± 2,0
Сифилис	14	3,1 ± 0,8*	1	0,4 ± 0,4
Отсутствуют	219	48,7 ± 2,4*	169	73,2 ± 2,9

*($p < 0,05$) между группами

У женщин основной группы значительно чаще регистрировались различные осложнения течения беременности по сравнению с группой сравнения. Так, удельный вес женщин мигранток, страдающих анемией, в 2,7 раза превышал долю аналогичного показателя женщин группы сравнения, а перенесших инфекционные заболевания во время беременности в 5,2 раза ($p < 0,05$), перенесших рвоту беременных и преэклампсию соответственно в 1,9 и 1,2 раза, перенесших рвоту беременных в 1,9 раза ($p<0,05$). Только 20,4 ± 1,9 % женщин мигранток не имели осложнений в течении настоящей беременности, что в 2,5 раза ниже ($p<0,05$), чем аналогичная доля (51,5 ± 3,3 %) женщин группы сравнения (Рисунок 19).

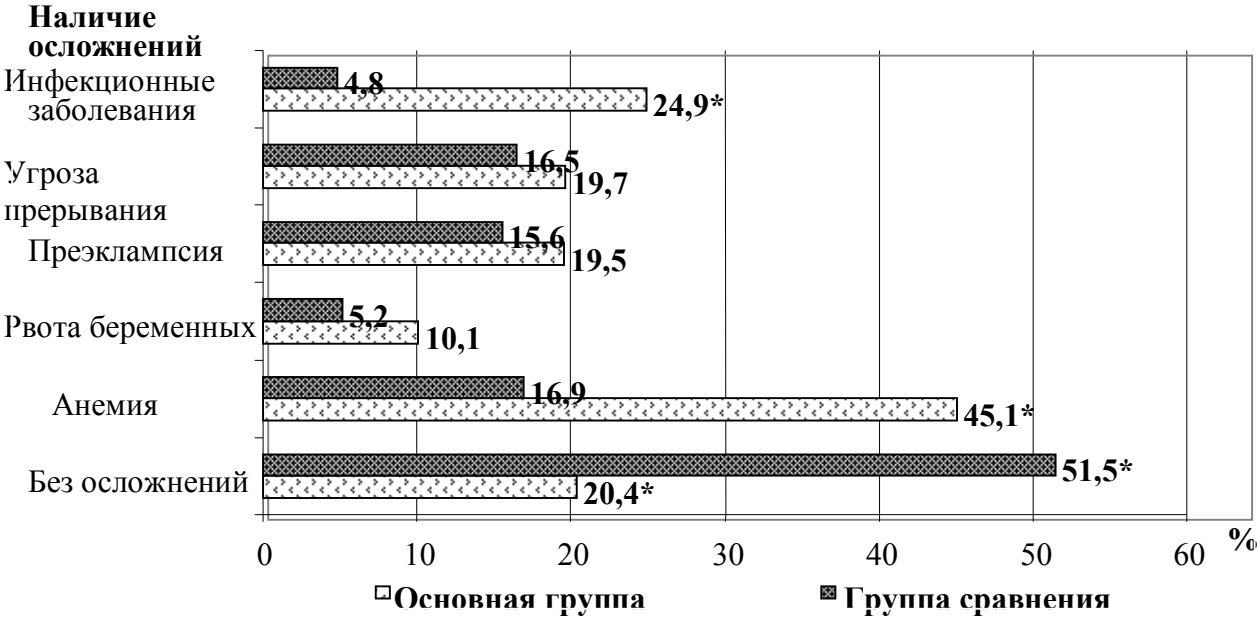


Рисунок 19 – Сравнительная характеристика осложнений беременности у женщин исследуемых групп (в %, *p<0,05)

Биохимический скрининг первого триместра беременности был проведен только у 27,6 ± 2,1 % женщин – мигранток, что в 3,0 раза ниже доли женщин группы сравнения (84,0 ± 2,4 %), что можно объяснить их поздним взятием на учет по беременности ($p < 0,05$). Из общего числа женщин, которым был проведен биохимический скрининг, положительные результаты были выявлены у 6,7 ± 1,2 % и 6,5 ± 1,6 % женщин основной группы и группы сравнения соответственно ($p > 0,05$).

Отмечается крайне низкий процент проведения полноценного УЗИ скрининга у женщин – мигранток. Из общей численности женщин мигранток только 37,6 ± 2,3 % (против 84,0 ± 2,4 % женщин группы сравнения) прошли трехкратное ультразвуковое исследование ($p < 0,05$), двукратное – 29,4 ± 2,2 % против 4,8 ± 1,4 % в группе сравнения ($p < 0,05$), однократное – 5,2 ± 1,0 % против 1,3 ± 0,7 % в группе сравнения ($p < 0,05$). Совсем не прошли УЗИ исследование – соответственно 26,0 ± 2,1 % и 7,4 ± 1,7 % ($p < 0,05$).

Из общего числа беременных женщин мигранток, 16,1 ± 2,0 % прошли ультразвуковое исследование несвоевременно, что в 1,8 раза превышает долю женщин группы сравнения – 8,9 ± 1,9 % ($p < 0,05$).

Доплерометрическое исследование во втором триместре беременности прошли только 71,5 ± 2,1 % женщин – мигранток основной группы, что в 1,3 раза меньше, чем в группе сравнения – 93,9 ± 1,6 % ($p < 0,05$). При проведении исследования у 12,9 ± 2,1 % женщин основной группы выявлялись нарушения маточно-плацентарного кровообращения, в то время как у женщин группы сравнения подобных нарушений выявлено не было.

Удельный вес женщин – мигранток (72,4 ± 2,1 %), которым было проведено кардиотокографическое исследование (КТГ) плода, был в 1,3 раза ниже доли женщин (94,1 ± 1,6 %) группы сравнения ($p < 0,05$). Доля женщин мигранток (96,9 ± 0,8 %), которым было проведено КТГ в третьем триместре беременности согласно приказу Министерства здравоохранения Красноярского края №10 от 2001 г. «Об утверждении Порядка проведения пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний в г. Красноярске», не имела статистических различий с аналогичной долей (94,1 ± 1,6 %) женщин группы сравнения ($p > 0,05$).

Из общего числа беременных женщин – мигранток только 44,4 ± 2,4 % прошли обследование на наличие внутриутробных инфекций, что в 1,4 раза меньше, чем в группе сравнения (60,2 ± 3,2 %) ($p < 0,05$), а возбудители внутриутробной инфекция выявлялись статистически значимо чаще (29,8 ± 3,2 % у женщин мигранток против 6,5 ± 2,1 % женщин группы сравнения; $p < 0,05$).

Таким образом, течение беременности течение беременности характеризуется наличием большого удельного веса женщин мигранток (79,6 ± 1.9 %), что в 1,6 раза превышает аналогичную долю (48,5 ± 3,3 %) женщин группы сравнения.

4.3 Анализ течения родов и послеродового периода в группах сравнения

Роды произошли в срок у 94,6 ± 1,1 % женщин основной группы и 95,2 ± 1,4 % группы сравнения. Преждевременно роды закончились – соответственно у 5,1 ± 1,0 % и 4,8 ± 1,4 % женщин. Запоздалые роды отмечались только в 0,2 % женщин основной группы, в группе сравнения, запоздалых родов не отмечалось.

Статистически значимых отличий в группах сравнения по частоте операции кесарева сечения не выявлено. Путем операций кесарева сечения было разрешено 20,6 ± 1,9 % женщин основной и 22,0 ± 1,9 % группы сравнения, через естественные родовые пути – 79,4 ± 1,9 % и 78,0 ± 1,9 %, соответственно. Из общего числа произведенных кесаревых сечений, экстренные операции были выполнены у 72,9 ± 4,6 % женщин основной группы, что в 2,2 раза чаще, чем в группе сравнения (33,3 ± 6,6 %). При анализе структуры причин кесарева сечения существенных отличий между группами не выявлено (Таблица 12).

Таблица 12 – Сравнительная характеристика показаний для операций кесарева сечения у женщин основной группы и группы сравнения (P ± m, в %)

Показания к операции кесарева сечения	Группа исследования			
	Мигрантки (n = 92)		Группа сравнения (n = 51)	
	абс.	%	абс.	%
Рубец на матке	18	19,6 ± 4,1	9	17,6 ± 5,3
Гипоксия плода	18	19,6 ± 4,1	9	17,6 ± 5,3
Тазовое предлежание	3	3,3 ± 1,9	2	3,9 ± 2,7
Слабость родовой деятельности	11	11,9 ± 3,4	6	11,8 ± 4,5
Преэклампсия тяжелой степени	11	11,9 ± 3,4	6	11,8 ± 4,5
Клинически узкий таз	15	16,3 ± 3,8	8	15,7 ± 5,1
Прочие	16	17,4 ± 3,3	11	21,6 ± 3,6

Установлено, что своевременное излитие околоплодных вод отмечалось только у 23,1 ± 2,0 % женщин основной группы и 30,3 ± 3,0 % группы сравнения, дородовое, соответственно, у 31,2 ± 2,2 % и 22,1 ± 2,7 % случаев. Раннее излитие околоплодных вод в 1,4 раза чаще отмечалось у женщин группы сравнения (17,7 ± 2,5 %), по сравнению с женщинами основной группы (12,8 ± 1,6 %)

У женщин – мигранток осложнения в родах отмечались в 1,4 раза чаще, чем у женщин группы сравнения. Так, удельный вес женщин – мигранток, у которых роды осложнились послеродовым кровотечением, в 5,1 раза превышал долю женщин группы сравнения. У них также значительно чаще отмечались аномалии родовой деятельности (5,2 ± 1,0 % против 1,8 ± 0,9%; $p < 0,05$), гестоз легкой степени (12,7 ± 1,6 % против 6,1 ± 1,6 %; $p < 0,05$) и другие осложнения по сравнению с женщинами группы сравнения (Таблица 13).

Таблица 13 – Сравнительная характеристика осложнений родов у женщин мигранток и женщин группы сравнения (P ± m, в %)

Осложнения в родах	Группа исследования			
	Мигрантки n = 446		Группа сравнения n = 231	
	абс.	%	абс.	%
Без осложнений	289	64,9 ± 2,3	205	88,7 ± 2,1
Мертворожденный	2	0,4 ± 0,3	1	0,4 ± 0,4
Кровотечение	30	6,7 ± 1,2	3	1,3 ± 0,7
Клинически узкий таз	13	2,9 ± 0,8	3	1,3 ± 0,7
Аномалия родовой деятельности	23	5,2 ± 1,1	4	1,8 ± 0,8
Преэклампсия умеренной степени	56	14,0 ±3,0	15	6,5 ± 2,1
Преэклампсия тяжелой степени	5	1,1 ± 0,5	-	-
Острая гипоксия плода	17	3,8 ± 0,9	-	-
Хроническая гипоксия плода	2	0,4 ± 0,3	-	-
Патология прикрепления плаценты	2	0,4 ± 0,3	-	-
Другие	1	0,2 ± 0,2	-	-

Проведенный анализ осложнений в родах показал, что у женщин мигранток в 1,4 раза чаще, чем у женщин группы сравнения отмечался материнский травматизм (53,1 ± 2,4 % против 39,3 ± 3,2 % – соответственно) и послеродовые осложнения (48,2 ± 2,4 % против 6,5 ± 1,6 % – соответственно).

Преобладающими послеродовыми осложнениями у женщин мигранток были анемия (46,2 ± 2,9 % против 2,2 ± 1,0 % у женщин группы сравнения, $p < 0,05$) и эндометрит (2,7 ± 0,8 %, $p < 0,05$), который у женщин группы сравнения не отмечался.

Проведенный анализ перинатальных показателей показал, что оценка новорожденных по шкале Апгар, родившихся с оценкой менее 7 баллов у женщин мигранток (3,8 ± 0,9 %) был в 1,7 раз выше, чем у женщин группы сравнения (2,2 ± 1,0 %), $p > 0,05$.

Установлено, что доля новорожденных, родившихся без гипоксии, у женщин мигранток была на 13,3 ± 1,6 % меньше, чем у женщин группы сравнения, а родившихся с легкой степенью гипоксии в 5,8 раза выше (Таблица 14).

Таблица 14 – Сравнительная характеристика удельного веса новорожденных по степени гипоксии при рождении у женщин сравниваемых групп (P ± m, в %)

Степень гипоксии	Группа исследования			
	Мигрантки n = 446		Группа сравнения n = 231	
	абс.	%	абс.	%
Легкая	67	15,0 ± 1,7*	6	2,6 ± 1,0
Средняя	9	2,0 ± 0,7	5	2,2 ± 1,0
Тяжелая	5	1,1 ± 0,5	–	–
Нет	365	81,9 ± 1,8*	220	95,2 ± 1,4

*($p < 0,05$) между группами

Статистически значимых отличий в удельном весе новорожденных детей со средним уровнем гипоксии между сравниваемыми группами не выявлено.

Тяжелая степень гипоксии отмечалась только у новорожденных, рожденных женщинами мигрантками, в то время как в группе сравнения, новорожденных с тяжелой степенью гипоксии не было.

Вес ребенка при рождении во многом свидетельствует о его внутриутробном развитии и состоянии здоровья. Проведенный нами анализ показал, что удельный вес детей родившихся с оптимальной массой (3000-4000 г) у женщин мигранток, был существенно ниже, чем у женщин группы сравнения. Доля детей с относительно недостаточной массой тела (от 2500 до 3000 г) была в 1,3 раза выше, чем в группе сравнения. Статистически значимых различий в удельном весе новорожденных по массе тела, у женщин сравниваемых групп, нами не выявлено (Таблица 15).

Таблица 15 – Сравнительная характеристика новорожденных сравниваемых групп женщин по массе тела при рождении P ± m, в %)

Масса ребенка	Группа исследования			
	Мигрантки n = 446		Группа сравнения n = 231	
	абс.	%	абс.	%
1000–2000	5	1,1 ± 0,5	4	1,7 ± 0,8
2000–2500	15	3,4 ± 0,9	8	3,5 ± 1,2
2500–3000	85	19,1 ± 1,9	34	14,7 ± 2,3
3000–4000	307	68,8 ± 2,2	170	73,6 ± 2,9
Более 4000	34	7,6 ± 1,2	15	6,5 ± 1,6

Сравнительный анализ заболеваемости новорожденных в основной группе и группе сравнения показал, что удельный вес новорожденных родившихся без патологических проявлений у женщин мигранток был в 1,3 раза ниже аналогичной доли у женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Удельный вес новорожденных, родившихся с расстройствами дыхания, в группе женщин мигранток в 3,9 раза превышал долю новорожденных женщин группы сравнения (соответственно – 6,7 и 1,7 %; $p < 0,05$), с клиническими признаками гипотрофии

в 2,5 раза (соответственно 9,6 % и 3,9 %; $p < 0,05$) и инфекционными осложнениями – почти в 2 раза (соответственно – 9,2 % и 4,8 %; $p < 0,05$).

В структуре перинатальной смертности новорожденных обеих групп, статистически значимых отличий нами не выявлено, как по удельному весу антенатальной гибели плода (по $0,4 \pm 0,4\%$), так и ранней неонатальной смертности. Случаев интранатальной смертности в сравниваемых группах не отмечалось.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ характеристик репродуктивного здоровья, течения беременности, родов и послеродового периода у женщин сравниваемых групп показал:

- удельный вес женщин мигранток, начавших половую жизнь до 17 летнего возраста, в 2,0 раза (20,9 % против 10,4 %) превышал аналогичный показатель женщин группы сравнения;

- удельный вес женщин мигранток, имевших осложнения в течение предыдущей беременности, в 1,5 раза (80,6 % против 61,0 %) превышал долю женщин группы сравнения;

- удельный вес женщин мигранток, имеющих двух детей в 2,4 раза выше, чем у женщин группы сравнения;

- удельный вес женщин мигранток, не использующих контрацепцию, в 2,8 раза выше (85,0 % против 29,9 %), чем доля женщин группы сравнения;

- удельный вес женщин мигранток, не состоящих на учете в женской консультации, в 20 раз превышает долю женщин группы сравнения;

- доля женщин мигранток, регулярно наблюдавшихся в женской консультации, в 2,2 раза ниже (41,7 % против 91,8 %), чем в группе сравнения;

- экстренные операции кесарева сечения женщинам мигранткам проводились в 2,2 раза чаще, чем женщинам группы сравнения;

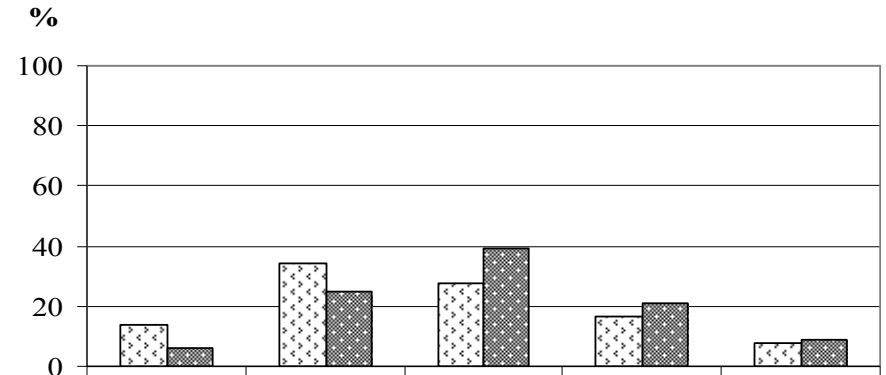
- процент новорожденных, родившихся без гипоксии в группе женщин мигранток, на 13,3 % была ниже, чем в группе сравнения.

ГЛАВА 5 ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ МИГРАНТОВ И СЕМЕЙ ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ

5.1 Демографическое состояние исследуемых семей сравниваемых групп

Подавляющее большинство исследуемых женщин мигранток и женщин группы сравнения относились к возрастной группе до 29 лет (75,6 ± 2,0 % и 69,8 ± 3,0 % соответственно), то есть к самому оптимальному репродуктивному возрасту. Возрастные группы от 30 лет и старше у женщин мигранток составляли 24,4 ± 2,0 %, у женщин группы сравнения 30,2 ± 3,0 %.

Статистически значимо чаще, в основной группе по сравнению с группой сравнения (Рисунок 20), были женщины в возрасте до 20 лет (соответственно 13,7 ± 2,6 % и 6,1 ± 1,6 %; $p < 0,05$) и в возрасте 20–24 года (соответственно 34,1 ± 2,2 % и 24,7 ± 2,8 %; $p < 0,05$).



	До 20	20-24	25-29	30-34	35 и более
Основная группа	13,7	34,1	27,8	16,8	7,6
Группа сравнения	6,1	24,7	39	21,2	9,1

Возраст, лет

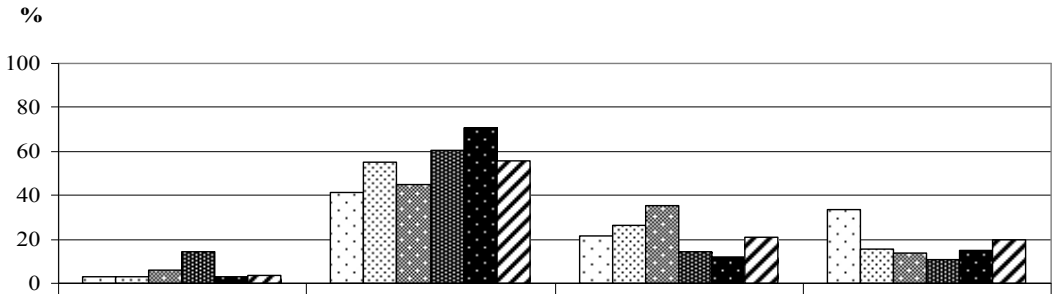
Рисунок 20 – Сравнительная характеристика возрастной структуры женщин сравниваемых групп (%)

Удельный вес женщин мигранток в возрасте от 25 до 29 лет, был ниже в 1,4 раза, чем женщин группы сравнения (соответственно 27,8 ± 2,1 % и 39,0 ± 3,2 %; $p < 0,05$). По остальным возрастным группам статистически значимых отличий не выявлено.

Анализ исследуемых групп по возрасту семьи показал, что более половины семей основной и сравниваемых групп относятся к молодым (50,5 ± 2,4 % против 55,4 ± 3,3 % соответственно) и средним (24,9 ± 2,0 % против 21,2 ± 2,7 %) семьям. Юных семей отмечалось в основной группе 4,0 ± 0,9 %, в группе сравнения 3,5 ± 1,2 % ($p>0,05$).

Сравнительный анализ национальных групп семей и семей группы сравнения показал, что самый большой удельный вес семей приходится на молодые и средние по возрасту семьи.

В юных по возрасту семьях, выделяются семьи узбечек, удельный вес которых достоверно превышает аналогичные доли других национальных групп и группы сравнения (Рисунок 21).



Возраст семьи	Юная	Молодая	Среднего возраста	С разницей в возрасте свыше 10 лет
Азербайджанки	3,2	41,4	21,7	33,8
Киркизки	2,7	55,1	26,5	15,6
Таджички	5,9	45,1	35,3	13,7
Узбечки	14,3	60,7	14,3	10,7
Армянки	2,9	70,6	11,8	14,7
Группа сравнения	3,5	55,4	21,2	19,9

Рисунок 21 – Сравнительная характеристика национальных групп мигрантов и группы сравнения по возрасту семей (%)

Семейный кодекс определяет брак, как совокупность формальных предписаний, определяющих права, обязанности и привилегии в отношении мужа и жены между собой, а также в отношениях к своим детям, родственникам и

обществу в целом.

Нами установлено, что большинство женщин-мигранток находилось в официально зарегистрированном браке – 80,7 ± 1,9 %, что несколько больше, чем женщин группы сравнения – 77,9 ± 2,7 %. В официально не зарегистрированном браке – соответственно 16,8 ± 1,8 % и 14,7 ± 2,3 % (p > 0,05). На статус одинокой женщины указали лишь 1,3 ± 0,5 % женщин мигранток, а временное сожительство только 6,5 ± 1,6% женщин группы сравнения.

Более половины женщин, как основной группы, так и группы сравнения, уже имеют детей, но статистически значимые различия между группами в удельном весе женщин, по числу родившихся детей, отмечаются только у женщин, родивших одного и двух детей (Таблица 16).

Таблица 16 – Сравнительная характеристика женщин основной группы и группы сравнения по числу родившихся живых детей (абс., %)

Количество живых детей	Группа исследования			
	Мигрантки n = 446		Группа сравнения n = 231	
	абс.	%	абс.	%
Нет детей	212	47,5 ± 2,4	97	42,0 ± 3,2
Один	139	31,2 ± 2,6*	111	48,0 ± 3,3
Два	71	15,9 ± 1,7*	15	6,5 ± 1,6
Три	15	3,4 ± 0,9	5	2,2 ± 1,0
Четыре и более	9	2,0 ± 0,7	3	1,3 ± 0,7

* p < 0,05 между группой женщин мигранток и женщин группы сравнения

Лидерами по многодетности (имеющие от трех и более детей), являются таджички – 11,3 ± 4,3 %, затем узбечки – 6,2 ± 4,3 %, далее располагаются киргизки – 5,7 ± 1,8 % и азербайджанки – 3,0 ± 1,3 %. У армянок многодетных матерей не выявлено.

Сравнительный анализ удельного веса женщин группы сравнения и женщин национальных групп показал, что:

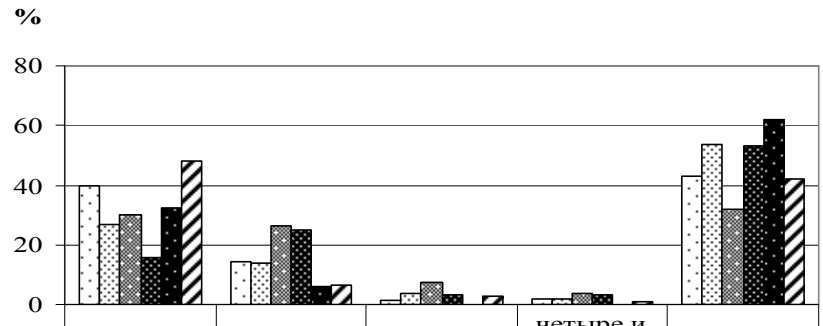
- доля женщин группы сравнения, имеющих одного ребенка значительно превышает аналогичные доли женщин национальных групп ($p < 0,05$);

- удельный вес женщин группы сравнения, имеющих два ребенка был выше, чем у армянок, но ниже чем у женщин других национальных групп ($p < 0,05$);

- доля женщин группы сравнения, имеющих три ребенка превышала только долю армянок, но была ниже, чем у женщин других национальных групп, при этом достоверная разница наблюдалась только с долей таджичек;

- удельный вес женщин группы сравнения, родивших четырех и более детей, был ниже доли женщин национальных групп;

- по отсутствию детей удельный вес женщин группы сравнения превышал только доли таджичек, но был ниже, чем у женщин других национальных групп (Рисунок 22).

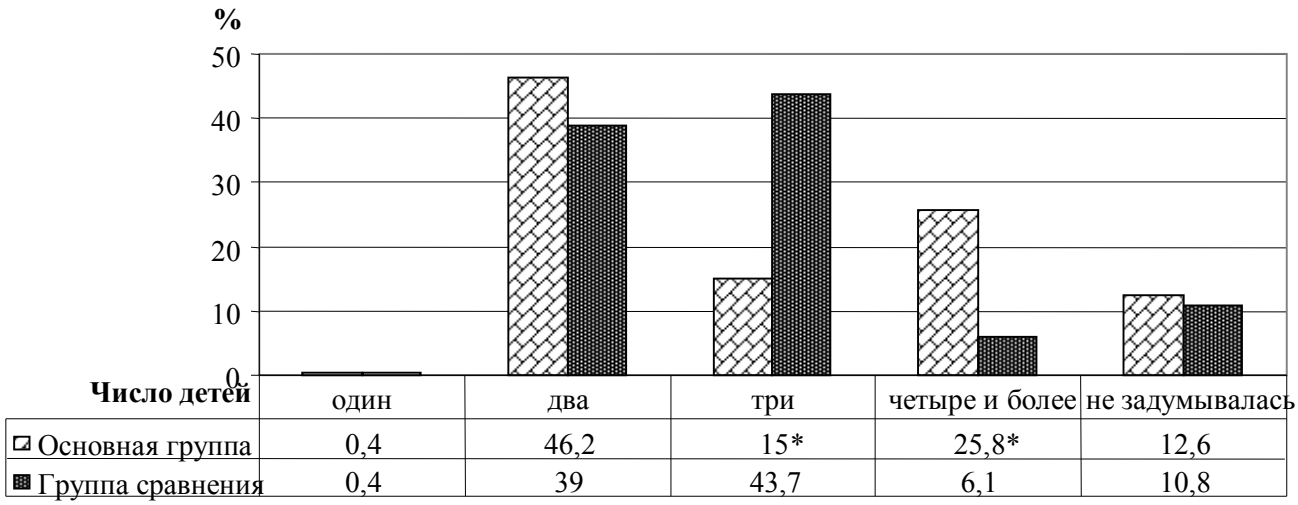


	один	два	три	четыре и более	нет детей
Азербайджанки	39,8	14,3	1,2	1,8	42,9
Киркизки	26,8	14	3,8	1,9	53,5
Таджички	30,2	26,4	7,5	3,8	32,1
Узбечки	15,6	25	3,1	3,1	53,1
Армянки	32,4	5,9	0	0	61,8
Группа сравнения	48	6,5	2,6	0,9	42

Рисунок 22 – Сравнительная структура матерей национальных групп и группы сравнения по числу родившихся детей (%)

Сравнительный анализ мнения матерей о должном числе детей в семье показал: считают, что должен быть один ребенок в семье всего 0,4 % женщин обоих групп, а $46,2 \pm 2,4$ % женщин мигранток и $39,0 \pm 3,2$ % матерей группы сравнения считают, что в семье должно быть не менее 2 детей ($p < 0,05$). Удельный вес матерей основной группы, считающих, что в семье должно быть

три ребенка, в 2,9 раза меньше по сравнению с долей матерей группы сравнения, а 4 и более детей, в 4,2 раза выше ($p < 0,05$). Не задумывались о должном числе детей 12,6 ± 1,6 % женщин мигранток и 10,8 ± 2,0 % матерей группы сравнения, что не имело статистически значимых различий (Рисунок 23).

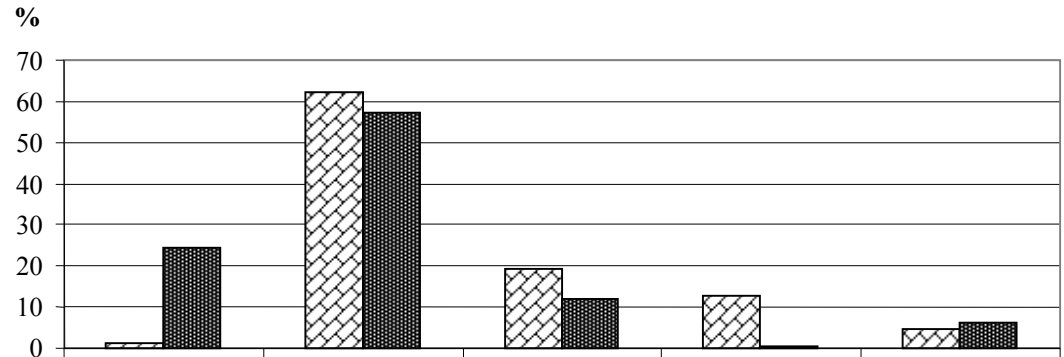


Число детей	один	два	три	четыре и более	не задумывалась
Основная группа	0,4	46,2	15*	25,8*	12,6
Группа сравнения	0,4	39	43,7	6,1	10,8

Рисунок 23 – Сравнительная характеристика мнения матерей сравниваемых групп о должном числе детей в семье (P±m, в %)

Выявлено, что мнение женщин о должном и планируемом числе детей в семье не совпадает, что связано с различными факторами. Планируют иметь одного ребенка всего 1,1 ± 0,5 % женщин мигранток, что в 22 раза меньше (24,2 ± 2,8 %) женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Женщины мигрантки, также статистически значимо, чаще планируют многодетную семью (имеющую трех и более детей), чем женщины группы сравнения ($p < 0,05$).

Распределение женщин основной группы и группы сравнения по планируемому числу детей в семье представлено на рисунке 24.



Число детей	один	два	три	четыре и более	не задумывалась
Основная группа	1,1*	62,3	19,3	12,6*	4,7
Контрольная группа	24,2	57,1	12,1	0,4	6,1

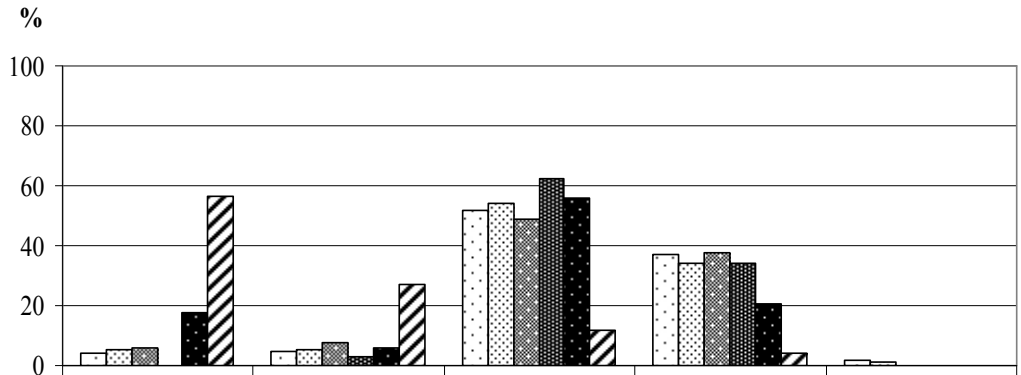
Рисунок 24 – Сравнительная характеристика планируемого числа детей в семье в группах сравнения (%)

Таким образом, демографическое состояние исследуемых семей сравниваемых групп характеризуется: большей долей женщин основной группы (75,6%) по сравнению с долей женщин группы сравнения (69,8%), относящихся к самому оптимальному репродуктивному возрасту; наличием большего удельного веса многодетных семей.

5.2 Сравнительная социально-гигиеническая характеристика семей

Анализ уровня образования показал, что женщины-мигрантки в основном имеют среднее (53,8 ± 2,4 %) и неполное среднее образование (34,6 ± 3,1 %), что соответственно в 4,6 и 8,0 раз выше, чем у женщин группы сравнения ($p < 0,05$). У женщин-мигранток также отмечается статистически значимо меньший удельный вес, имеющих высшее и среднее специальное образование (5,6 ± 1,1 % и 5,8 ± 1,1 %) по сравнению с женщинами группы сравнения (56,7 ± 3,3 % и 27,3 ± 2,9 %) ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ матерей национальных групп и группы сравнения показал, что женщины национальных групп в основном имеют среднее и неполное среднее образование, в то время как 84,0 ± 2,4 % женщин группы сравнения высшее и среднее специальное образование ($p < 0,05$ между женщинами национальных групп и группы сравнения). Начальное образование имеют только 1,8 ± 1,0 % женщин азербайджанок и 1,3 ± 0,9 % киргизок (Рисунок 25).



Уровень образования	Высшее	Среднее специальное	Среднее	Неполное среднее	Начальное
Азербайджанки	4,3	4,9	51,8	37,2	1,8
Киркизки	5,1	5,1	54,4	34,2	1,3
Таджички	5,7	7,5	49,1	37,7	0
Узбечки	0	3,1	62,5	34,4	0
Армянки	17,6	5,9	55,9	20,6	0
Группа сравнения	56,7	27,3	11,7	4,3	0

Рисунок 25 – Сравнительная характеристика уровня образования матерей национальных групп и группы сравнения (%)

Анализ уровня образования, мужчин семей мигрантов, показал, что у них как и у женщин преобладают лица со средним и неполным средним образованием, удельный вес которых соответственно в 6,2 и 5 раз выше, чем у мужчин группы сравнения ($p < 0,05$), а с высшим и средним специальным образованием в 16,7 и 3,9 раза ниже ($p < 0,05$). Начальный уровень образования отмечался только у 0,9 ± 0,6 % отцов семей группы сравнения (Рисунок 26).

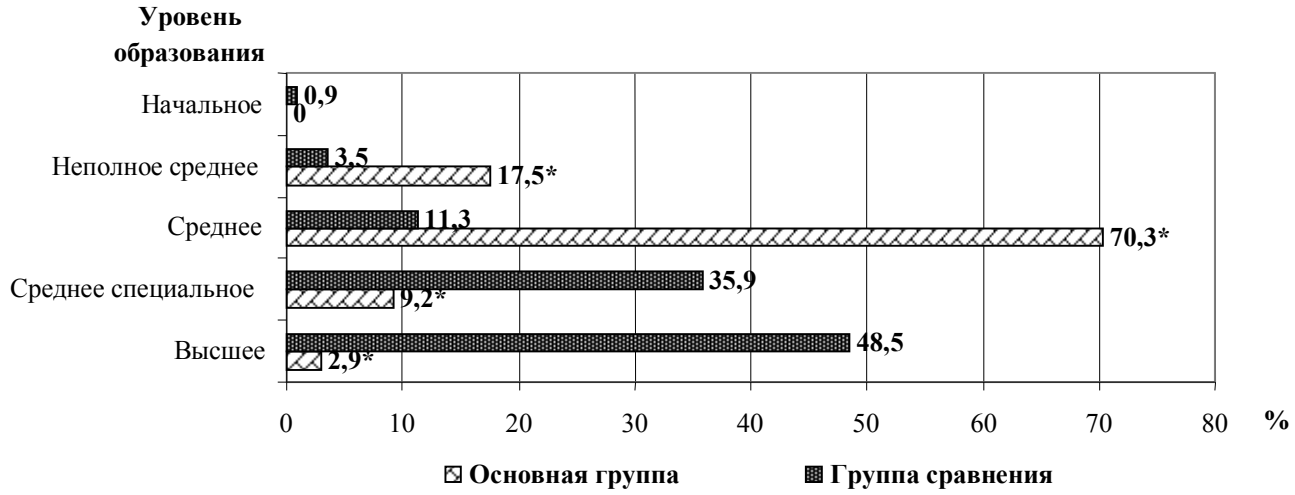
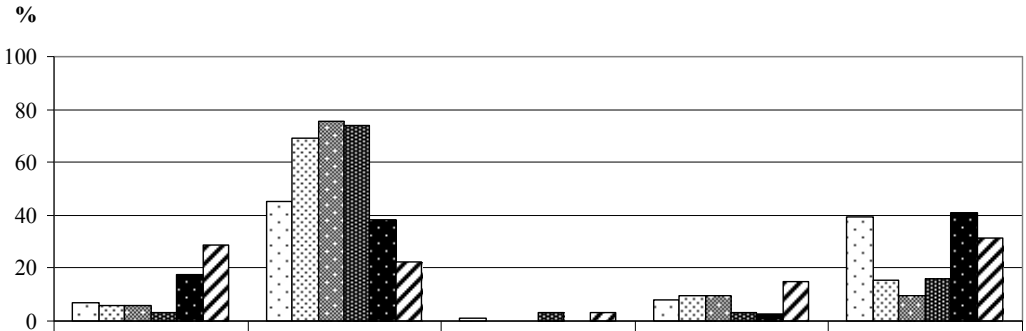


Рисунок 26 – Сравнительная характеристика уровня образования отцов сравниваемых групп (%, *p<0,05)

Исследование социального статуса семьи показало, что в основной группе по сравнению с группой сравнения отмечался статистически значимо больший удельный вес семей рабочих, чья доля у мигрантов в 2,7 раза превышала аналогичную долю женщин группы сравнения (59,2 ± 2,3 % против 22,1 ± 2,7 %; $p < 0,05$), а семей студентов в 2,0 раза меньше (7,4 ± 1,2 % против 14,7 ± 2,3 %; $p < 0,05$), в 4,1 раза меньше служащих (6,9 ± 1,2 % против 28,6 ± 3,0 %; $p < 0,05$), в 1,2 раза меньше семей предпринимателей (25,8 ± 2,1 % против 31,6 ± 3,1 %; $p > 0,05$).

Распределение семей мигрантов национальных групп и семей группы сравнения по социальному статусу представлено на рисунке 27.



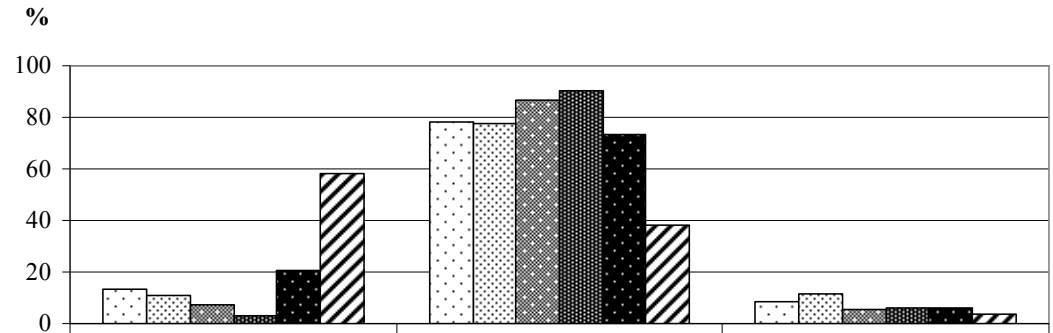
Социальный статус	Служащий	Рабочий	Военнослужащий	Студент	Предприниматель
Азербайджанки	6,7	45,1	1,2	7,9	39,1
Киркизки	5,7	69,4	0	9,6	15,3
Таджички	5,7	75,5	0	9,4	9,4
Узбечки	3,2	74,2	3,2	3,2	16,1
Армянки	17,6	38,2	0	2,9	41,2
Группа сравнения	28,6	22,1	3	14,7	31,6

Рисунок 27 – Сравнительная характеристика социального статуса глав семей национальных групп и группы сравнения (%)

Значение работы как фактора здоровья и заболеваний имеет значительные различия в зависимости от оценки индивидом субъективного значения работы: возможность иметь определенный доход, иметь определенный социальный статус, обеспечить в дальнейшем получение государственных пенсий. Отсутствие работы, если это не входит в планы индивида или его семьи, отражается на психологическом самочувствии, так как не соответствует его жизненным планам.

Распределение семей мигрантов по степени занятости в труде выявила существенные отличия между национальными группами. Больше всего оба супруга работают в армянских семьях (20,6 ± 6,2 %), а один супруг в семьях узбечек (90,6 ± 5,2 %). Среди безработных выделяются семьи киргизов, у которых в 11,4 ± 2,5 % семей не трудоустроен ни один из супругов.

Сравнительный анализ семей мигрантов национальных групп и группы сравнения показал, что в группе сравнения удельный вес семей, где работают оба супруга, достоверно выше, чем семей национальных групп, у них также существенно ниже доля семей, в которых оба супруга безработные ($p < 0,05$) (Рисунок 28).



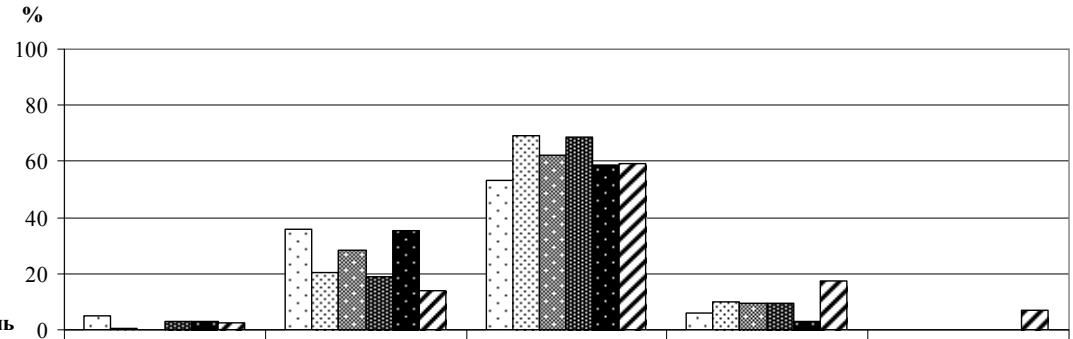
Занятость в труде	Работают оба	Работает один из супругов	Не работает ни один из супругов
Азербайджанки	13,4	78	8,6
Киркизки	10,8	77,8	11,4
Таджички	7,5	86,8	5,7
Узбечки	3,1	90,6	6,3
Армянки	20,6	73,5	5,9
Группа сравнения	58	38,1	3,9

Рисунок 28 – Сравнительная характеристика национальных групп семей и группы сравнения по степени занятости супругов (%)

Установлено, что женщины мигрантки работают в менее благоприятных условиях по сравнению с женщинами группы сравнения. Так. удельный вес женщин мигранток, работающих в неблагоприятных температурных условиях в 6,9 раза превышает долю женщин группы сравнения (51,3 ± 2,4 % против 7,4 ± 1,7 %; $p < 0,05$). Отсутствие бытовых удобств отмечает более половины женщин мигранток, что в 5,2 раза выше доли женщин группы сравнения (53,8 ± 2,4 % против 10,4 ± 2,0 %; $p < 0,05$), у них также в 3,1 раза выше удельный вес женщин, имеющих ненормированный рабочий день (62,2 ± 2,3 % против 19,9 ± 2,6 %; $p < 0,05$).

Выявлено, что удельный вес женщин основной группы, значительно превышал аналогичные доли женщин группы сравнения по имеющимся конфликтам: с начальством в 2,6 раза (20,4 ± 1,9 % против 7,8 ± 1,8 %; $p < 0,05$); с коллегами по работе (бизнесу) в 2,5 раза (30,4 ± 1,6 % против 12,1 ± 2,1 %; $p < 0,05$); с посетителями в 2,8 раза (29,6 ± 2,2 % против 10,4 ± 2,0 %; $p < 0,05$) и с представителями органов власти в 8,2 раза (39,6 ± 2,3 % против 4,8 ± 1,4 %; $p < 0,05$).

Следует отметить, что все женщины национальных групп не отмечают уровень обеспеченности своей семьи ниже прожиточного минимума, но на низкий достаток указывает от 2,9 % до 10,1 % опрошенных респонденток. Выше всего оценивают свое материальное положение азербайджанки, которые в 40,9 ± 3,8 % отмечают высокий (выше 10 прожиточных минимумов на одного члена семьи) и выше среднего (5-10 прожиточных минимумов на одного члена семьи) уровень обеспеченности семьи. Меньше всего семей с высоким и выше среднего уровня обеспеченности отмечается у киргизок – 20,9 ± 3,2 % и узбечек – 21,0 ± 7,2 % (Рисунок 29).



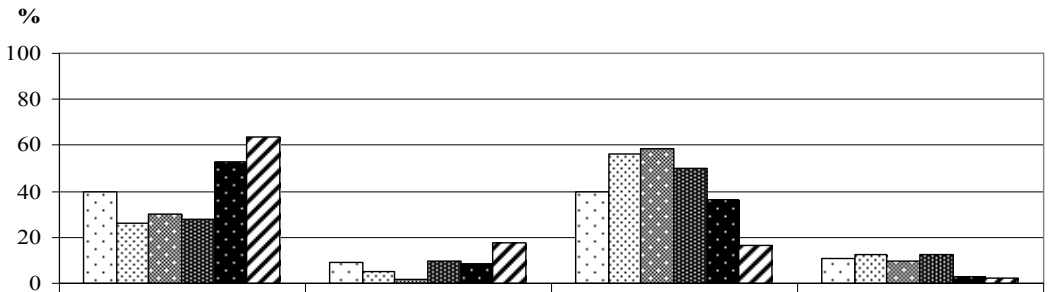
Уровень обеспеченности	Высокий	Выше среднего	Средний	Низкий	Очень низкий
Азербайджанки	4,9	36	53	6,1	0
Киркизки	0,6	20,3	69	10,1	0
Таджички	0	28,3	62,3	9,4	0
Узбечки	3,1	18,8	68,8	9,4	0
Армянки	2,9	35,3	58,8	2,9	0
Группа сравнения	2,6	13,9	59,3	17,3	6,9

Рисунок 29 – Сравнительная характеристика уровня обеспеченности национальных групп семей и семей группы сравнения (%)

Лучше всего обеспечены жильем женщины армянки, более половины которых, проживают в собственных квартирах, а более трети ее арендуют. Несмотря на высокий удельный вес семей женщин азербайджанок, узбечек и киргизок, арендующих квартиры, более 10,0 % из них не имеют постоянного жилья.

Сравнительный анализ семей национальных групп и группы сравнения показал, что удельный вес семей женщин группы сравнения, имеющих собственную квартиру или комнату в общежитии достоверно выше, чем семей

национальных групп. Удельный вес семей женщин группы сравнения, арендующих квартиру, значительно ниже доли семей национальных групп ($p < 0,05$). У них также отмечается самая низкая доля семей, не имеющих постоянного жилья, но статистически значимая разница отмечается только с азербайджанками, киргизками, таджичками и узбечками (Рисунок 30).



Наличие жилья	Собственная квартира	Комната в общежитии	Аренда квартиры	Постоянного жилья нет
Азербайджанки	39,9	9,2	39,9	11
Киркизки	25,9	5,1	56,3	12,7
Таджички	30,2	1,9	58,5	9,4
Узбечки	28,1	9,4	50	12,5
Армянки	52,9	8,8	36,3	2,9
Группа сравнения	63,6	17,7	16,5	2,2

Рисунок 30 – Сравнительная характеристика национальных групп семей и семей группы сравнения по наличию жилья (%)

Анализ показал, что, несмотря на наличие жилья у семей мигрантов, условия проживания у них хуже. Установлено, что в семьях мигрантов на одного члена семьи приходится в среднем 10,9 квадратных метров жилой площади, что в 1,8 раза ниже, чем в группе сравнения (19,8 кв. метра).

Сравнительный анализ по наличию жилой площади на одного человека в семьях мигрантов показал на значительные отличия по национальным группам. Отмечено, что семьи группы сравнения, имеют достоверно больше квадратных метров на одного члена семьи, чем в основной группе (Рисунок 31).

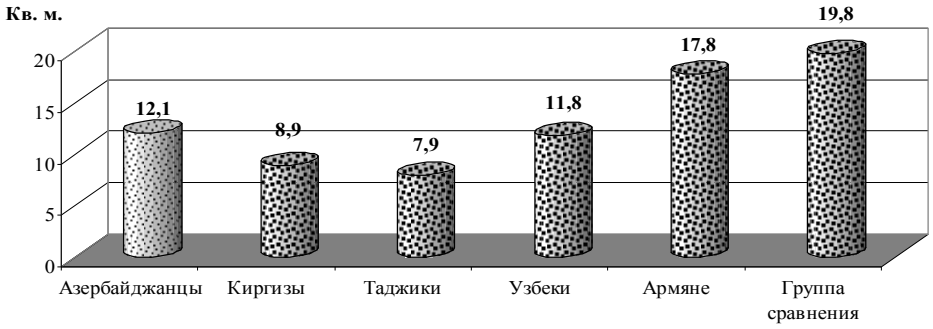
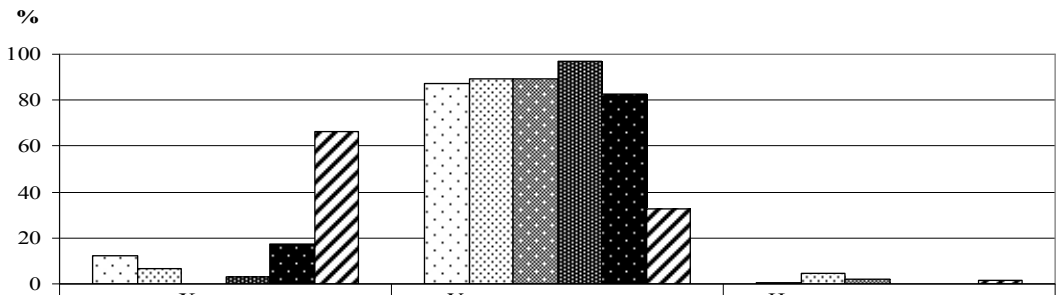


Рисунок 31 – Сравнительная характеристика наличия квадратных метров жилой площади на одного человека в семьях национальных групп мигрантов и группы сравнения ($p < 0,05$ между группой сравнения и национальными группами)

Установлено, что подавляющее большинство семей женщин мигранток национальных групп (свыше 80,0 %), несмотря на малое количество квадратных метров на одного члена семьи, считает свои бытовые условия удовлетворительными. Самый большой удельный вес женщин мигранток считающих свои бытовые условия как хорошие, отмечаются у армянок и азербайджанок, а неудовлетворительные у киргизок.

Сравнительный анализ мнения о своих бытовых условиях показал, что удельный вес женщин группы сравнения, оценивающих свои бытовые условия как хорошие, статистически значимо выше, чем у женщин национальных групп (Рисунок 32).



Бытовые условия	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные
Азербайджанки	12,2	87,2	0,6
Киркизки	6,4	89,2	4,5
Таджички	0	89,1	1,9
Узбечки	3,1	96,9	0
Армянки	17,6	82,4	0
Группа сравнения	66,2	32,5	1,3

Рисунок 32 – Сравнительная характеристика бытовых условий национальных групп семей и семей группы сравнения (%)

Следовательно, женщины мигрантки характеризуются более низким уровнем образования; преобладанием доли семей рабочих; менее благоприятными условиями труда и быта по сравнению с группой сравнения.

5.3 Сравнительная характеристика образа жизни исследуемых семей

При анализе показателей образа жизни исследуемых семей установлено, что соблюдает режим дня только 23,6 ± 2,0 % беременных женщин основной группы, что в 1,5 раза меньше удельного веса (34,6 ± 3,1 %) женщин группы сравнения ($p < 0,05$).

Из основных составляющих режима дня женщины мигрантки имеют меньше достаточный сон в 2,2 раза, нормальный отдых в 3,3 раза, регулярно питаются в 2,8 раза по сравнению с женщинами группы сравнения ($p < 0,05$) (Рисунок 33).

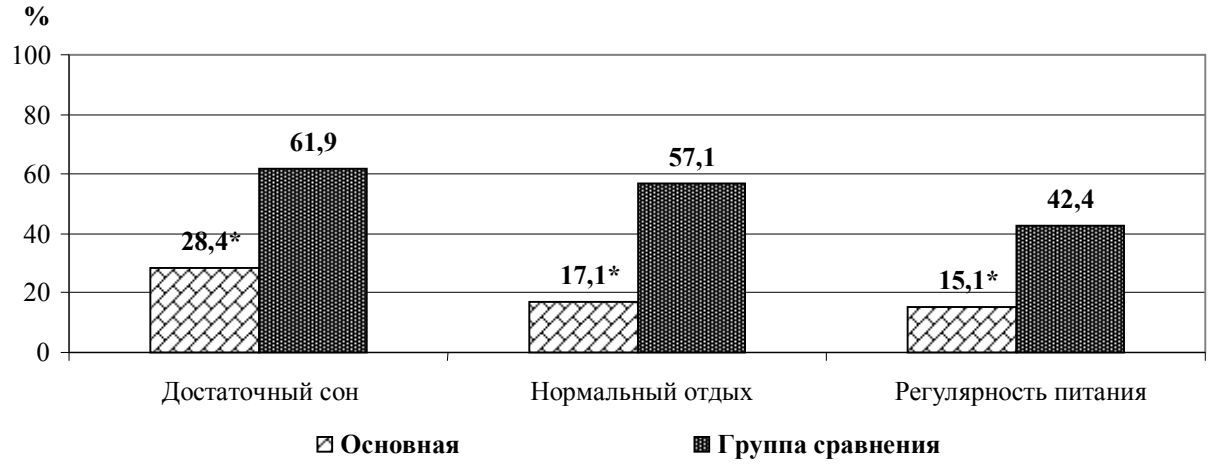


Рисунок 33 – Сравнительная характеристика удельного веса женщин мигранток и женщин группы сравнения по основным составляющим режима дня (%)

Условия питания как хорошие оценило только 17,3 ± 1,8% женщин мигранток, что в 2,5 раза ниже женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Основная доля женщин мигранток (81,4 ± 1,8 %) оценивает условия своего питания как

удовлетворительное, что в 1,5 раза выше женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Неудовлетворительными условия питания считают только $1,3 \pm 0,5$ % женщин основной группы и $1,7 \pm 0,8$ % группы сравнения.

Сравнительный анализ удельного веса семей женщин различных национальных групп по условиям питания показал, что удельный вес семей мигранток, имеющих хорошие условия питания, достоверно ниже аналогичного показателя семей женщин группы сравнения (Рисунок 34).

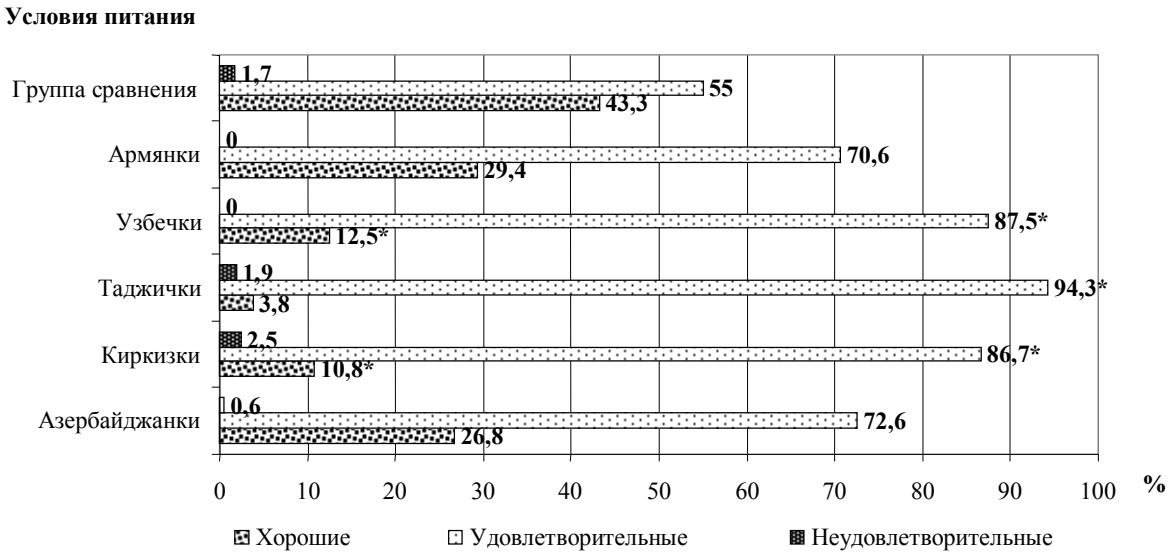


Рисунок 34 – Сравнительная характеристика удельного веса семей женщин национальных групп и группы сравнения по условиям питания (%,*$p<0,05$)

Отмечено, что в семьях мигрантов отмечается меньший удельный вес женщин, занимающихся табакокурением в 3,1 раза ($5,1 \pm 1,0$ % против $9,5 \pm 1,9$ %) и употребляющих алкоголь (не менее одного раза в неделю) в 1,9 раза, по сравнению с женщинами группы сравнения ($5,8 \pm 1,1$ % против $18,2 \pm 2,5$ %; $p < 0,05$).

Установлено, что психологические отношения в семьях мигрантов в целом несколько лучше, чем в группе сравнения. Так, удельный вес семей в группе сравнения, имеющих неудовлетворительные психологические отношения в 1,3 раза выше, чем в основной группе ($25,1 \pm 2,0$ % против $19,1 \pm 2,6$ %), а имеющих удовлетворительные психологические отношения в 1,1 раза ниже

(51,5 ± 2,4 % против 56,9 ± 3,2 %). Хорошие психологические отношения в семье отмечают только 24,0 ± 2,0 % женщин основной группы и 23,4 ± 2,8 % женщин группы сравнения ($p > 0,05$).

Установлено, что в семьях мигрантов значительно реже происходят конфликты: с мужем в 1,4 раза (16,0 ± 1,7 % против 22,1 ± 2,7 %), с детьми в 1,9 раза (9,1 ± 1,4 % против 17,3 ± 2,5 %; $p < 0,05$), с родственниками в 4,6 раза, чем аналогичные доли женщин в группе сравнения (6,2 ± 1,1 % против 28,6 ± 3,0 %; $p < 0,05$).

Таким образом, сравнительный анализ демографического состояния семей и их социально-гигиенических характеристик показал что:

-доля беременных женщин основной группы в возрасте до 24 лет в 1,6 раза был выше, чем в группе сравнения;

- самый большой удельный вес в сравниваемых группах приходится на молодые (47,8 % в основной группе против 30,8 % группа сравнения) и средние по возрасту (24,9 % против 21,2 % соответственно) семьи;

- большинство женщин сравниваемых групп (80,7 % в основной группе и 77,9 % в группе сравнения) находилось в официально зарегистрированном браке;

- доля женщин мигранток, имеющих двух и трех детей в 2,4 и 1,3 раза соответственно выше, чем в группе сравнения;

- удельный вес женщин мигранток, имеющих высшее и среднее специальное образование соответственно в 10,1 и 4,7 раза ниже, чем в группе сравнения;

- в группе мигрантов по сравнению со сравниваемой группой удельный вес семей рабочих в 2,7 раза выше, чем в группе сравнения;

- беременные женщины мигрантки работают в менее благоприятных производственных условиях, чем женщины группы сравнения;

- в семьях мигрантов на одного члена семьи приходится в 1,8 раза меньше квадратных метров жилья, чем в группе сравнения;

- соблюдает режим дня только 23,6 % беременных женщин основной группы по сравнению с 34,6 % женщин группы сравнения.

ГЛАВА 6 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ МИГРАНТКАМ

Одной из важных проблем здравоохранения Российской Федерации является медицинское обеспечение трудовых мигрантов из стран СНГ.

До настоящего времени, в рамках СНГ действуют следующие международные соглашения.

Соглашение о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов от 15 апреля 1994 года (с изм. внесенными Протоколом от 25.11.2005 г.). В данном Соглашении указывается, что медицинское обслуживание иностранных работников (которые постоянно проживают на территории одного государства, а осуществляют свою трудовую деятельность на территории другого) осуществляется за счет работодателя (нанимателя) на одинаковом уровне с гражданами страны трудоустройства. Такую же ссылку содержат и некоторые двусторонние соглашения, заключенные Россией с рядом стран СНГ.

Соглашение от 27.03.1997 г. «Об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств» вместе с Протоколом о механизме реализации Соглашения. Соглашение предусматривает, что скорая и неотложная медицинская помощь при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности оказывается гражданам беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания.

Под «государством временного пребывания» подразумевается государство, предоставляющее медицинские услуги пациенту, не являющемуся гражданином этого государства.

Россия не входит в число стран СНГ, для которых Соглашение вступило в силу. В то же время положения Соглашения об общих правилах медицинского

обеспечения иностранцев дублируют нормы, содержащиеся в российском законодательстве.

Следует отметить, что эти соглашения распространяются только на легальных мигрантов и не учитывают интересы мигрантов, проживающих на территории России нелегально.

6.1 Медицинская помощь беременным женщинам мигранткам и потребность их семей в медико-социальной помощи

6.1.1 Состояние организации медицинского обеспечения беременных женщин мигранток в г. Красноярске и удовлетворенность их оказываемой медицинской помощью

На всех женщин, обратившихся в женскую консультацию, оформляется индивидуальная карта беременной и назначается план обследования.

В женских консультациях беременные женщины, имеющие паспорт и полис ОМС, проходят клинико-лабораторное обследование. Материалы для анализов берутся в женских консультациях и отправляются в централизованную клинико-диагностическую лабораторию МБУЗ Родильный дом №4, где и исследуются.

Ультразвуковое исследование в скрининговые сроки осуществляется в отделении ультразвуковой диагностики № 2 МБУЗ «Родильный дом № 4».

Основная масса женщин мигранток не имеет полиса ОМС, что усложняет процесс обследования пациенток. После обращения в женскую консультацию по месту жительства, им дают направление в родильный дом, где они проходят обследование независимо от срока беременности. После обследования, формируются потоки беременных женщин на госпитализацию, в случае

отягощенной беременности и родоразрешения (низкая, средняя и высокая группа риска) соответственно выявленной патологии в следующие родильные дома:

- в случаях угрозы преждевременных родов от 22 до 34 недель беременности включительно, при наличии маркеров преждевременных родов (данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, положительный партус-тест), при не корригируемой истмико-цервикальной недостаточности, преждевременном разрыве плодных оболочек, отсутствии эффекта от стационарного лечения в течение трех дней, госпитализация женщин осуществляется в акушерское отделение патологии №1 перинатального центра;

- в случаях угрозы преждевременных родов от 22 до 34 недель беременности включительно при отсутствии маркеров преждевременных родов (данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, отрицательный партус-тест), при корригируемой истмико-цервикальной недостаточности госпитализация женщин осуществляется в отделение патологии беременности МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск;

- в случаях угрозы преждевременных родов от 34 до 37 недель беременности включительно в отделение патологии беременности МБУЗ «Родильный дом №2» г. Красноярска, где имеется отделение реанимации новорожденных.

В родильные дома г. Красноярска согласно профилю направляются беременные женщины группы низкого и среднего риска на родоразрешение:

- в родильное отделение МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И. С. Берзона» – при наличии заболеваний органов системы кровообращения, эндокринной системы (в т. ч. сахарный диабет любой степени компенсации) и крови;

- в МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск – при невынашивании беременности и с преждевременными родами с 35 недель беременности;

- в «МБУЗ Родильный дом № 5» – г. Красноярск – женщины с резус – конфликтной беременностью (Rh- и АВО изосенсибилизация), заболеваниями центральной нервной системы, с гепатитом В и С, с ВИЧ-инфекцией;

- в «МБУЗ Родильный дом № 1» г. Красноярск – женщины с преэклампсией и рубцом на матке;

- в МБУЗ «Родильный дом № 4» г. Красноярск – женщины с заболеваниями органов дыхания и туберкулезом любой локализации.

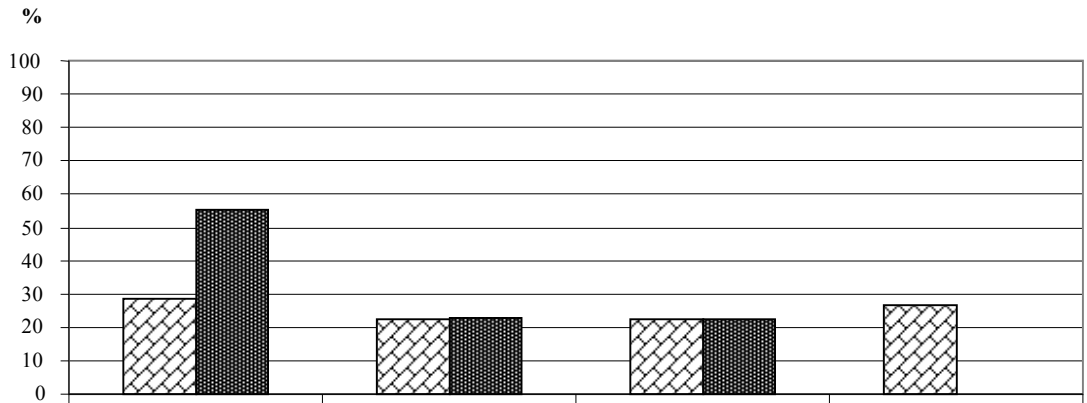
Женщины из группы высокого риска направляются в перинатальный центр.

Выписка матерей с новорожденными детьми из роддома осуществляется согласно общему порядку. Здоровые новорожденные выписываются домой, а имеющие патологию направляются в детские отделения городских больниц для лечения.

В процессе исследования установлено, что, несмотря на высокий удельный вес женщин мигранток удовлетворенных полностью и удовлетворенных в неполной мере медицинским обслуживанием в женской консультации (84,0 ± 1,7 % против 70,3 ± 3,0 % женщин группы сравнения; $p < 0,05$), у них доля неудовлетворенных в 3,1 раза выше, чем в группе сравнения (13,4 ± 1,6 % против 4,3 ± 1,3 %; $p < 0,05$).

Из общего числа неудовлетворенных и не полностью удовлетворенных медицинским обеспечением в женской консультации, женщины мигрантки и женщины группы сравнения в качестве основных причин отмечают: большие очереди, грубое отношение медицинского персонала, равнодушное отношение врачей, плохое отношение к иностранным гражданам (Рисунок 35).

Медицинским обеспечением в родильном роде удовлетворены полностью и не в полной мере 84,3 ± 1,7 % женщин мигранток и 91,5 ± 1,8 % женщин группы сравнения ($p < 0,05$). В то же время неудовлетворено медицинским обеспечением 8,9 ± 1,3 % женщин мигранток и 6,6 ± 1,6 % ($p > 0,05$) женщин группы сравнения. Не задумывалось об уровне медицинского обеспечения в родильном доме 6,8 ± 1,2 % женщин мигранток против 2,1±0,9% женщин группы сравнения ($p < 0,05$).



	Большие очереди	Грубое отношение	Равнодушное отношение врачей	Плохое отношение к иностранным гражданам
Мигрантки	28,7*	22,3	22,5	26,5
Группа сравнения	55	22,7	22,3	0

Рисунок 35 – Сравнительная характеристика удельного веса женщин групп сравнения по причинам неудовлетворенности медицинским обеспечением в женской консультации (%, *p<0,05)

Из общего числа неудовлетворенных и не полностью удовлетворенных медицинским обеспечением в родильном доме, женщины мигрантки и женщины группы сравнения в качестве основных причин отмечают: грубое отношение медицинского персонала (соответственно 24,2 ± 2,0 % и 23,6 ± 2,8 %; p > 0.05), равнодушное отношение врачей (31,4 ± 2,2 % и 48,4 ± 3,3 %; p < 0,05), плохое отношение к иностранным гражданам (19,4 ± 1,9 % и 0,0 ± 0,0%), низкий уровень обслуживания (11,4 ± 1,5 % и 12,1 ± 2,1 %; p > 0,05).

По нашему мнению, на значительную долю неудовлетворительных оценок женщин мигранток по медицинскому обеспечению в женской консультации и родильном доме повлиял языковой барьер.

Нами установлено, что совсем не владеет русским языком и владеет слабо и плохо понимает соответственно 6,6 ± 1,2 % и 31,4 ± 2,2 % женщин мигранток, что вынуждает их приходить на прием в женскую консультацию и решать проблемы в роддоме с мужьями, уровень знания русского языка у которых значительно выше.

Учитывая, что законодательством и соглашениями предусмотрено оказание скорой и неотложной помощи членам семей мигрантов и бесплатное обеспечение

беременных женщин, нами было проведено исследование состояния здоровья членов их семей.

Анализ оценок состояния здоровья семьи, полученных нами во время социологического опроса показал, что основная масса респондентов сравниваемых групп высоко оценивают состояние здоровья своей семьи. В то же время женщины мигрантки достоверно чаще указывают на наличие хронических заболеваний и часто болеющих членов семьи (Рисунок 36).

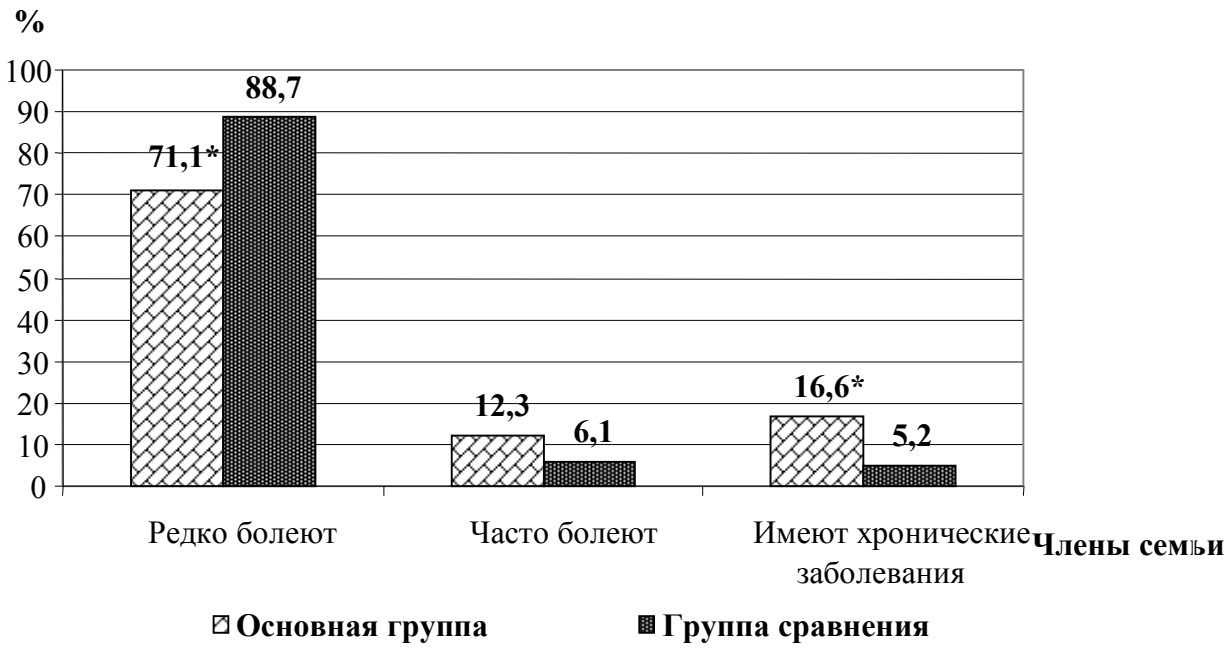


Рисунок 36 – Сравнительная характеристика исследуемых семей по состоянию здоровья членов семьи (%, *p < 0,05)

Установлено, что субъективная оценка женщинами матерями своих семей значительно завышена и не соответствует объективным данным. По нашему мнению это связано с самочувствием женщины во время опроса, оценкой состояния здоровья семьи не по наличию заболевания у члена семьи, а по его состоянию на данный момент.

Анализ амбулаторных карт детей семей мигрантов и группы сравнения показал, что удельный вес здоровых детей в обеих группах не превышает 8,0 %; доли детей, имеющих хронические заболевания в семьях мигрантов и группы

сравнения составляют около 35,0 %; больше половины детей сравниваемых групп относится к группе риска, и не имеют существенных различий (Рисунок 37).

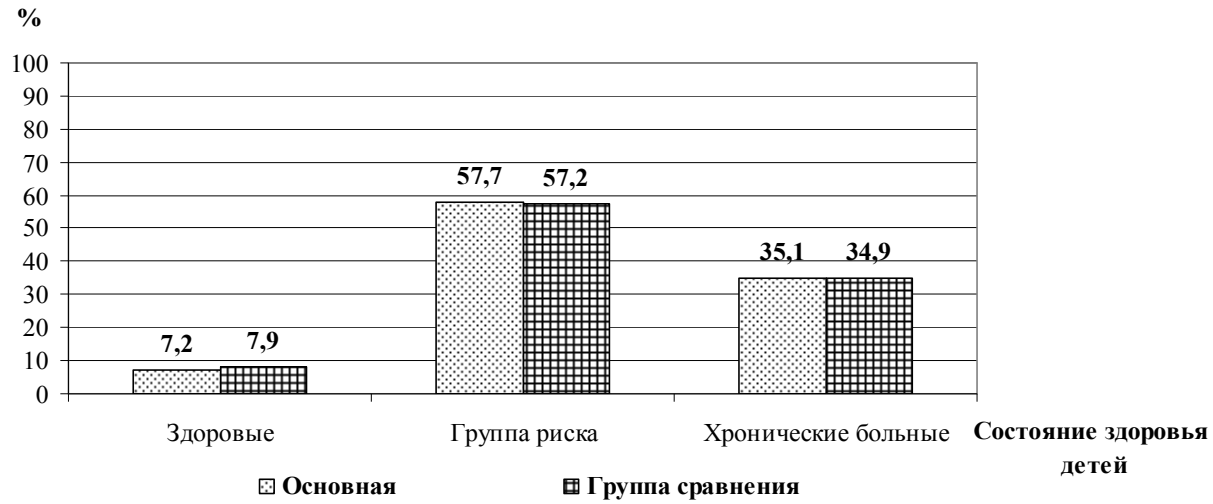


Рисунок 37 – Сравнительная характеристика удельного веса детей мигрантов и группы сравнения по состоянию здоровья (в %)

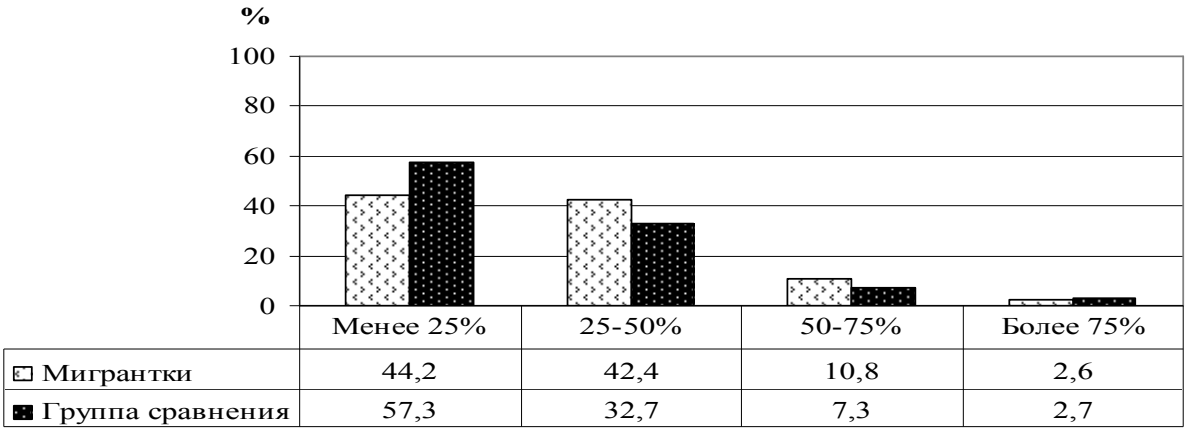
Выявлено, что удельный вес отцов семей мигрантов, имеющих хронические заболевания, в 1,2 раза превышает аналогичную долю отцов семей группы сравнения (83,9 ± 1,7 % против 69,9 ± 3,0 %; $p < 0,05$). Удельный вес здоровых отцов семей обеих групп не имеет существенных различий (5,2 ± 1,0 % и 5,6 ± 1,5 %).

Установлено, что удельный вес матерей семей мигрантов, имеющих хронические заболевания, не имеет существенных различий с группой сравнения (65,1 ± 2,2 % и 57,6 ± 3,2 %; $p > 0,05$). Удельный вес здоровых матерей семей обеих групп также не имеет существенных различий (6,2 ± 1,1 % и 6,5 ± 1,6 %).

6.1.2 Потребность беременных женщин мигранток и их семей в социальной помощи

Установлено, что более половины женщин сравниваемых групп отмечает увеличение расходов связанных с беременностью, при этом удельный вес женщин мигранток, отмечающих увеличение расходов, выше (73,3 ± 2,1 % против 64,1 ± 3,2 %; p > 0,05), чем женщин группы сравнения.

Выявлено, что удельный вес семей беременных женщин мигранток, у которых увеличение расходов в связи с беременностью составляет от 25 до 75 % статистически значимо выше, чем в группе сравнения (53,2 ± 2,4 % против 40,0 ± 3,2 % соответственно,p<0,05), а доля семей у которых расходы увеличились менее, чем на 25 % ниже в 1,3 раза. Удельный вес семей мигрантов и группы сравнения, у которых расходы в связи с беременностью увеличились более, чем на 75 % статистически значимых различий не имеет (Рисунок 38).



	Менее 25%	25-50%	50-75%	Более 75%
Мигрантки	44,2	42,4	10,8	2,6
Группа сравнения	57,3	32,7	7,3	2,7

Рисунок 38 – Сравнительная характеристика суммарных расходов семей в связи с беременностью у исследуемых групп (в %)

Выявлено, что нуждается в государственной материальной поддержке 56,3 ± 2,3 % семей женщин мигранток, что в 1,4 раза выше удельного веса (40,2 ± 3,2 %) женщин контрольной группы (p < 0,05). Получает материальную помощь из негосударственных источников соответственно 7,0 ± 1,2 % и 8,2 ± 1,8 % семей мигранток и семей женщин группы сравнения соответственно

($p > 0,05$). Только $11,9 \pm 1,5$ % семей женщин мигранток не нуждается в материальной помощи, что в 1,7 раза меньше доли семей женщин группы сравнения.

Так как Российским законодательством не предусмотрены социальные льготы и различные пособия для беременных женщин мигранток и их семей (выплата единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячные выплаты до 1,5 летнего возраста ребенка, не подлежат программам «Родовой сертификат» и «Материнский капитал» и др.), нами были проанализированы их ответы по социальной защищенности.

Анализ ответов респонденток по социальной защищенности семей показал, что социально защищенной себя считает всего $1,8 \pm 0,6$ % женщин мигранток, что в 16,8 раза ниже ($p < 0,05$) женщин группы сравнения ($30,3 \pm 3,0$ %). Считает недостаточно социально защищенной большинство женщин группы сравнения, удельный вес которых в 5,1 раза выше женщин основной группы ($p < 0,05$). Основная же масса женщин мигранток ($85,3 \pm 1,7$ %), считает свою семью социально незащищенной, что в 7,9 раза выше ($p < 0,05$) доли женщин группы сравнения ($85,3 \pm 1,7$ %). Затруднилось ответить только $1,7 \pm 0,6$ % женщин мигранток и $1,3 \pm 0,7$ % группы сравнения, что не имеет статистически значимых различий (Рисунок 39)

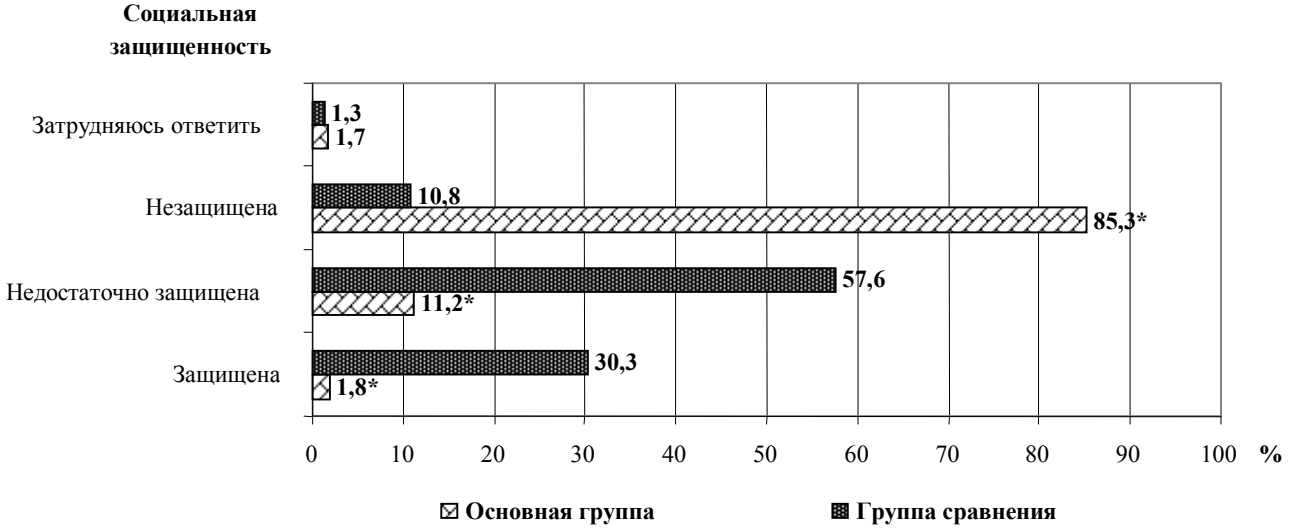


Рисунок 39 – Сравнительная характеристика мнений матерей сравниваемых групп по степени социальной защищенности семей (%,*$p < 0,05$)

Выявленные различия в состоянии здоровья и социальном благополучии сравниваемых групп семей подтверждаются показателями корреляции между состоянием здоровья и группами сравниваемых семей ($\rho = 0,66$, $p = 0,04$), здоровьем и уровнем обеспеченности ($\rho = 0,72$, $p = 0,02$), здоровьем и жилищными условиями ($\rho = 0,68$, $p = 0,02$), здоровьем и условиями труда ($\rho = 0,74$, $p = 0,008$). Взаимосвязь степени социального неблагополучия и принадлежности к основной группе подтверждается показателем корреляции ($\rho = 0,78$, $p = 0,002$).

Таким образом, полученные нами данные ретроспективного анализа первичной медицинской документации и государственной статистики, а также результаты самооценки матерями состояния здоровья своей семьи показывают, что удельный вес неблагополучных по социальному статусу и состоянию здоровья семей беременных женщин мигранток высокий. Это ведет к неблагоприятному течению беременности и родов. Установленные недостатки в организации медицинского обеспечения беременным женщинам из семей мигрантов определили необходимость разработки предложений по улучшению медико-социальной помощи беременным женщинам мигранткам, которые включают:

1. Организационные решения

- Формирование территориальной базы данных иностранных мигрантов по основным показателям, характеризующих здоровье мигрантов. Внедрение мониторинга здоровья мигрантов.

- Оценка, анализ и прогнозирование здоровья семей иностранных мигрантов. Введение индивидуальной системы учета и динамического наблюдения за беременными женщинами из семей мигрантов.

- Комплексное изучение системы взаимосвязей социальных факторов, определяющих здоровье беременных женщин мигранток.

- Обеспечение социальным пакетом работающих мигрантов за счет предприятий нанимателей.

• Внедрение системы добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов и членов их семей.

2. Направления социальной работы

1) Социальное направление (во взаимодействии с различными государственными учреждениями и общественными организациями по вопросам помощи мигрантам):

- проведение социальных консультаций;

- выявление лиц, особо нуждающихся в социальной помощи;

- профилактика бездомности (включая содействие в получении общежития, временного жилья);

- правовое консультирование.

2) Социально-информационное направление (в контакте со средствами массовой информации):

- информирование мигрантов о деятельности социальных служб;

- сбор информации о мигрантах для организации социальной работы с данной категорией населения;

- информирование общественности относительно проблем миграции и мигрантов в целях установления мигрантами устойчивых социальных связей.

3) Социально-педагогическое направление (в контакте с органами образования и здравоохранения):

- социально-педагогическая помощь беременным женщинам и членам их семей, имеющим проблемы со знанием русского языка.

4) Медико-социальное направление (в контакте со службами здравоохранения):

- медико-социальное консультирование;

- оказание доврачебной медицинской помощи;

- содействие в проведении диспансеризации мигрантов;

- помощь в приобретении полисов страховой медицины (выдача сертификата на медицинское обслуживание).

3. Совершенствование организационных и клинических мероприятий медицинской помощи беременным женщинам мигранткам

- обоснование и внедрение маршрутизации медицинского обеспечения беременных женщин мигранток;

- скрининг исследования для выявления группы риска (низкая, средняя и высокая) развития осложнений беременности, родов и исходов родов у беременных женщин мигранток;

- проведение дополнительных обследований врачами-специалистами и выполнение клинико-диагностических, функциональных и лабораторных исследований, учитывая высокий уровень экстрагенитальной и генитальной патологии;

- обязательное диспансерное наблюдение и лечение у врачей специалистов с учетом выявленной экстрагенитальной и генитальной патологии, с целью уменьшения вероятности развития заболеваний;

- проведение медико-организационных мероприятий по профилактике невынашивания беременности и преждевременных родов у беременных женщин мигранток;

- разработка и внедрение критериев оценки эффективности и качества медицинской помощи беременным женщинам мигранткам.

Разработанные мероприятия организационного, социального и медицинского характера служат основой программы по охране здоровья беременных женщин из семей иностранных мигрантов и их детей, как составной части региональных программ охраны здоровья населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Последнее десятилетие XX и начало XXI века демографическая ситуация в г. Красноярске характеризовалась негативными показателями естественного движения (высоким уровнем смертности, низкими показателями рождаемости, отрицательным приростом населения) и изменением возрастной структуры населения (снижением удельного веса детского населения и увеличения доли лиц пожилого и старческого возраста).

Несмотря на негативные показатели естественного движения населения, численность населения города продолжала увеличиваться.

Проведенный нами анализ демографических показателей показал, что за последние 5 лет, численность населения города Красноярска увеличилась на 46,7 тыс. человек и на 1 января 2013 г. составила 998,1 тыс. человек.

Установлено, что увеличение численности населения города происходило преимущественно за счет миграционного прироста, показатели которого, за все анализируемые годы, более чем в 5 раз превышали показатели естественного прироста населения.

В обмене населением с государствами-участниками СНГ число прибывших в город в 2011 году превысило число выбывших на 2,9 тысячи человек. Наиболее привлекателен Красноярск для трудовых мигрантов из Армении, Азербайджана, Киргизии, Таджикистана и Узбекистана. У прибывающих мигрантов половая структура имеет более благоприятное соотношение, и в 2011 году на 100 женщин мигранток приходилось 92 мужчины, в то время как среди постоянных жителей на 100 женщин всего 82 мужчины. Основная масса мигрантов (свыше 80 % ежегодно) находится в трудоспособном возрасте, что почти на 20 % превышает долю трудоспособного возраста населения г. Красноярска.

Нами выявлено, что трудовые мигранты в основном приезжают семьями, при этом беременность у женщин-мигрантов часто протекает с осложнениями из-

за сложностей адаптации к новым социально-экономическим условиям и недостаточно отлаженной организации им медицинского обеспечения.

Учитывая значительное влияние мигрантов на демографическое развитие города, нами была проведена оценка состояния здоровья, условий и образа жизни, медицинского обеспечения беременных женщин из семей мигрантов.

Для проведения данной оценки, нами было взято под наблюдение 450 беременных женщин-мигранток, которые составили основную группу, а в качестве группы сравнения 231 беременная женщина, постоянная жительница г. Красноярска.

По своей национальности в основную группу (группа мигранток) составили: 164 азербайджанки; 158 киргизок; 53 таджички; 32 узбечки и 43 армянки.

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза беременных женщин в группах сравнения показал, что у большинства женщин было нормальное становление менструальной функции и не имело статистически значимых отличий. Значительная доля женщин, как основной (65,3 ± 3,1 %), так и группы сравнения (59,7 ± 2,1 %) имели осложнения в течение первой беременности ($p < 0,05$).

Основными осложнениями течения первой беременности у женщин сравниваемых групп, несмотря на разницу в удельном весе заболеваний, были: анемия, угроза прерывания беременности, преэклампсия и истмико-цервикальная недостаточность. В то же время, нами выявлены статистически значимые различия в удельном весе женщин-мигранток, имевших такие осложнения как анемия и угроза прерывания беременности, уровень которого превышал аналогичные показатели у женщин группы сравнения в 3,0 и 1,5 раза (соответственно), а с преэклампсией в 2,8 раза ниже.

Анализ исходов первой беременности, существенных отличий между группами не выявил. У большинства женщин-мигранток (88,6 ± 2,0 %) и женщин группы сравнения (88,7 ± 2,6 %) первая беременность закончилась родами. Отмечается высокий удельный вес женщин основной группы и группы сравнения (6,1 ± 1,5 % и 6,6 ± 2,0 % соответственно), решивших закончить беременность

медицинскими абортами. У 3,4 ± 0,9 % женщин обеих групп (3,4 ± 1,1 % женщин-мигранток и 3,3 ± 1,4 % женщин группы сравнения), беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, а у 1,4 ± 0,6 % – мертворождением.

Предыдущая беременность у 58,3 ± 3,0 % женщин-мигранток и 55,6 ± 4,0 % женщин группы сравнения закончилась родами. У 29,2 ± 2,8 % женщин основной группы и 31,1 ± 3,8 % группы сравнения закончилась медицинским абортом до 12 недель и после 12 недель соответственно у 0,8 ± 0,5 % и 2,6 ± 1,3 % женщин. Закончилась беременность самопроизвольным выкидышем у 10,2 ± 1,9 % женщин основной группы и 10,6 ± 2,5 % группы сравнения.

У подавляющего большинства женщин основной группы (96,8 ± 1,4 %) и группы сравнения (96,4 ± 2,0 %) беременность закончилась в срок, у 1,9 ± 1,1 % и 2,4 ± 1,7 % соответственно, роды закончились преждевременно, и у 1,3 ± 0,9 % и 1,2 ± 1,2 % женщин, наблюдались запоздалые роды.

Более половины женщин, как основной группы, так и группы сравнения, уже имеют детей, но отмечаются существенные различия между группами в удельном весе женщин по числу родившихся детей. Так, удельный вес женщин-мигранток, имеющих двух и трех детей в 2,4 и 1,3 раза соответственно, превышал удельный вес женщин группы сравнения.

Анализ использования контрацепции показал, что основная доля женщин-мигранток (85,0 ± 1,7 %) не использует контрацепцию, что в 2,8 раза превышает удельный вес (29,9 ± 3,0 %) женщин группы сравнения. Использует барьерные методы только 9,9 ± 1,4 % женщин-мигранток, что в 4,4 раза меньше, чем женщин группы сравнения 43,3 ± 3,3 % ($p < 0,05$ между группами). Также женщины-мигрантки редко используют и другие современные методы контрацепции (гормональные контрацептивы) – только 3,1 ± 0,6 % и ВМС – 0,9 ± 0,4 %, что, несмотря на различия, идентично применения и женщинами группы сравнения (2,6 ± 1,0 % и 5,2 ± 1,5 % соответственно).

Выявлено, что до настоящей беременности значительная доля женщин, как в основной группе (59,2 ± 2,3 %), так и группе сравнения (65,4 ± 3,1 %) уже имела от одной до шести и более беременностей.

В структуре предстоящих родов у женщин мигранток и женщин группы сравнения имеются значительные различия. Так, у женщин мигранток удельный вес первых родов ожидается в 1,2 раза больше, чем у женщин группы сравнения, но вторых родов в 1,5 раза меньше. Третьи и последующие роды в 1,8 раза преобладают у женщин мигранток по сравнению женщинами группы сравнения.

Нами установлено, что удельный вес женщин мигранток, не состоявших на учете в женской консультации в 20 раз выше аналогичную долю женщин группы сравнения, они же существенно реже встают своевременно на учет. Также установлено, что удельный вес женщин мигранток (из числа состоявших на учете), наблюдавшихся не регулярно (58,3 ± 2,3 %) в 7,1 раза больше аналогичной доли женщин группы сравнения (91,8 ± 1,8 % и 8,2 ± 1,8 % соответственно).

Среди беременных женщин обеих групп, отмечается высокий удельный вес женщин (75,3 ± 2,0 % у женщин мигранток и 74,9 ± 2,8 % у женщин группы сравнения), имеющих экстрагенитальную патологию, имеющую сочетанный характер ($p > 0,05$).

В то же время отмечаются существенные отличия в удельном весе женщин мигранток, страдающих отдельными видами экстрагенитальной патологии, по сравнению с аналогичными долями женщин группы сравнения. Так, удельный вес женщин мигранток страдающих анемией, болезнями органов дыхания и заболеваниями почек, в 1,3 раза выше, чем женщин группы сравнения, а заболеваниями эндокринной системы и желудочно-кишечного тракта в 2,5 и 2,7 раза ,соответственно.

Не выявлено статистически значимых различий в удельном весе женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, между беременными женщин мигранток и женщинами группы сравнения (26,9 ± 2,1 % и 23,8 ± 2,8 % соответственно), а также, имевших инфекции передаваемые половым путем (47,9 ± 2,4 % и 41,4 ± 3,2 % соответственно).

У женщин основной группы значительно чаще регистрировались различные осложнения течения беременности по сравнению с группой сравнения. Так, удельный вес женщин мигранток страдающих анемией в 2,7 раза превышал долю

женщин группы сравнения, перенесших инфекционные заболевания во время беременности в 5,2 раза, перенесших рвоту беременных преэклампсию соответственно в 1,9 и 1,2 раза, имеющих угрозу прерывания беременности в 1,2 раза. Только 20,4 ± 1,9 % женщин мигранток не имели осложнений в течении настоящей беременности, что в 2,5 раза ниже, чем аналогичная доля женщин группы сравнения (51,5 ± 3,3 %).

Биохимический скрининг первого триместра беременности был проведен только у 27,6 ± 2,1 % женщин мигранток, что в 3,0 раза ниже доли женщин группы сравнения (84,0 ± 2,4 %), что можно объяснить их поздним взятием на учет по беременности. Из общего числа женщин, которым был проведен биохимический скрининг, положительные результаты были выявлены у 6,7 ± 1,2 % и 6,5 ± 1,6 % женщин основной и группы сравнения соответственно, что не имеет статистически значимых отличий.

Отмечается крайне низкий процент проведения полноценного УЗИ скрининга у женщин мигранток. Из общей численности женщин мигранток только 37,6 ± 2,3 % (против 84,0 ± 2,4 % женщин группы сравнения) прошли трехкратное ультразвуковое исследование, двукратное – 29,4 ± 2,2 % (против 4,8 ± 1,4 % в группе сравнения), однократное – 5,2 ± 1,0 % (против 1,3 ± 0,7 % в группе сравнения). Совсем не прошли УЗИ исследование – соответственно 26,0 ± 2,1 % и 7,4 ± 1,7 %.

Из общего числа беременных женщин мигранток, 16,1 ± 2,0 % прошли ультразвуковое исследование несвоевременно, что в 1,8 раза превышает долю женщин группы сравнения (8,9 ± 1,9 %).

Доплерометрическое исследование во втором триместре беременности прошли только 71,5 ± 2,1 % женщин мигранток основной группы, что в 1,3 раза меньше, чем в группе сравнения (93,9 ± 1,6 %). При проведении исследования у 12,9 ± 2,1 % женщин основной группы выявлялись нарушения маточно-плацентарного кровообращения, в то время как у женщин группы сравнения подобных нарушений выявлено не было.

Удельный вес женщин мигранток (72,4 ± 2,1 %), которым было проведено кардиотокографическое исследование (КТГ) плода, был в 1,3 раза ниже доли женщин (94,1 ± 1,6 %) группы сравнения.

Из общего числа беременных женщин мигранток только 44,4 ± 2,4 % прошли обследование на наличие внутриутробных инфекций, что в 1,4 раза меньше аналогичного показателя в группе сравнения (60,2 ± 3,2 %). При этом у обследованных женщин мигранток основной группы возбудители внутриутробной инфекция выявлялись статистически значимо чаще – в 29,8 ± 3,2 % случаев, против 6,5 ± 2,1 % случаев – в группе сравнения. У основной массы женщин, 94,6 ± 1,1 % основной группы и 95,2 ± 1,4 % группы сравнения, роды произошли в срок. Преждевременно роды закончились – соответственно у 5,1 ± 1,0 % и 4,8 ± 1,4 % женщин. Запоздалые роды отмечались только в 0,2 % женщин основной группы, в группе сравнения, запоздалых родов не отмечалось.

Статистически значимых отличий в группах сравнения по частоте операции кесарева сечения нами не выявлено. Путем кесарева сечения было разрешено 20,6 ± 1,9 % женщин основной и 22,0 ± 1,9 % группы сравнения, через естественные родовые пути – 79,4 ± 1,9 % и 78,0 ± 1,9 % соответственно.

Из общего числа произведенных кесаревых сечений, экстренные операции были выполнены у 72,9 ± 4,6 % женщин основной группы, что статистически значимо чаще, чем в группе сравнения (33,3 ± 6,6 %).

При анализе структуры причин кесарева сечения у женщин основной группы и группы сравнения, существенных отличий нами не выявлено.

Установлено, что своевременное излитие околоплодных вод отмечалось только у 23,1 ± 2,0 % женщин основной и 30,3 ± 3,0 % группы сравнения, дородовое соответственно у 31,2 ± 2,2 % и 22,1 ± 2,7 % случаев. Раннее излитие околоплодных вод в 1,4 раза чаще отмечалось у женщин группы сравнения (17,7 ± 2,5 %), по сравнению с женщинами основной группы (12,8 ± 1,6 %).

Проведенный анализ показал, что у женщин мигранток осложнения в родах отмечались в 1,4 раза чаще, чем у женщин группы сравнения. Так, удельный вес женщин мигранток, у которых роды осложнились послеродовым кровотечением,

в 5,1 раза превышал долю женщин группы сравнения. У них также значительно чаще отмечались аномалии родовой деятельности (5,2 ± 1,0 % против 1,8 ± 0,9 %), преэклампсия умеренной степени (12,7 ± 1,6 % против 6,1 ± 1,6 %) и другие осложнения по сравнению с женщинами группы сравнения.

Проведенный анализ осложнений в родах показал, что у женщин мигранток в 1,4 раза чаще, чем у женщин группы сравнения отмечался материнский травматизм (53,1 ± 2,4 % против 39,3 ± 3,2 % – соответственно) и послеродовые осложнения (48,2 ± 2,4 % против 6,5 ± 1,6 % – соответственно).

Преобладающими послеродовыми осложнениями у женщин мигранток были анемия (46,2 ± 2,9 % против 2,2 ± 1,0 % у женщин группы сравнения) и эндометрит (2,7 ± 0,8 %), который у женщин группы сравнения не отмечался.

Анализ перинатальных показателей показал, что оценка новорожденных по шкале Апгар, родившихся с оценкой менее 7 баллов у женщин мигранток основной группы был в 1,7 раз выше, чем у женщин группы сравнения. Доля новорожденных, родившихся без гипоксии, у женщин мигранток была на 13,3 % меньше, чем у женщин группы сравнения, а родившихся с легкой степенью гипоксии в 5,8 раза выше ($p < 0,05$). Статистически значимых отличий в удельном весе новорожденных детей со средним уровнем гипоксии между сравниваемыми группами нами не выявлено. Тяжелая степень гипоксии отмечалась только у новорожденных, рожденных женщинами мигрантками, в то время как в группе сравнения новорожденных с тяжелой степенью гипоксии не было.

Удельный вес детей родившихся с оптимальной массой (3000–4000 г) у женщин мигранток, был существенно ниже, чем у женщин группы сравнения. Доля детей с относительно недостаточной массой тела (от 2500 до 3000 г) была выше – 19,1 ± 1,8 %, чем в группе сравнения – 14,7 ± 2,3 %. Доли детей, родившихся с низкой массой тела – до 2000 г и крупных плодов (выше 4000 г), в группах сравнения статистически значимых различий не имели.

Сравнительный анализ заболеваемости новорожденных в основной группе и группе сравнения показал, что удельный вес новорожденных родившихся без патологических проявлений у женщин мигранток был в 1,3 раза ниже

аналогичной доли у женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Доля новорожденных, родившихся: недоношенными в 2,9 раза ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Удельный вес новорожденных детей, родившихся с относительно недостаточной массой тела, с расстройствами дыхания, клиническими признаками гипотрофии, инфекционными осложнениями между сравниваемыми группами статистически значимых различий не имел.

В структуре перинатальной смертности новорожденных обеих групп, статистически значимых отличий нами не выявлено, как по удельному весу антенатальной гибели плода (по $0,4 \pm 0,4$ %), так и ранней неонатальной смертности. Случаев интранатальной смертности в сравниваемых группах не отмечалось.

Изучение образа и условий жизни семей беременных женщин мигранток показало на существенные отличия их от семей женщин группы сравнения.

Нами выявлено, что женщины мигрантки в основном имеют среднее ($53,8 \pm 2,4$ %) и неполное среднее образование ($34,6 \pm 3,1$ %), что соответственно в 4,6 и 8,0 раз выше, чем у женщин группы сравнения ($p <0,05$). У женщин мигранток также отмечается достоверно меньший удельный вес, имеющих высшее и среднее специальное образование ($5,6 \pm 1,1$ % и $5,8 \pm 1,1$ %), по сравнению с женщинами группы сравнения ($56,7 \pm 3,3$ % и $27,3 \pm 2,9$ %; $p < 0,05$).

Исследование социального статуса семьи показало, что в группе женщин мигранток, по сравнению с группой сравнения, было в 1,2 раза меньше семей предпринимателей ($25,8 \pm 2,1$ % против $31,6 \pm 3,1$ %), в 2,0 раза студентов ($7,4 \pm 1,2$ % против $14,7 \pm 2,3$ %; $p < 0,05$), в 4,1 раза меньше служащих ($6,9 \pm 1,2$ % против $28,6 \pm 3,0$ %; $p < 0,05$). В то же время отмечалось статистически значимо больший удельный вес семей рабочих, чья доля у мигрантов в 2,7 раза превышала аналогичную долю женщин группы сравнения ($59,2 \pm 2,3$ % против $22,1 \pm 2,7$ %; $p < 0,05$).

Установлено, что женщины мигрантки работают в менее благоприятных условиях по сравнению с женщинами группы сравнения. Так, удельный вес женщин мигранток, работающих в неблагоприятных температурных условиях в

6,9 раза превышает долю женщин группы сравнения (51,3 ± 2.4 % против 7,4 ± 1,7 %; $p < 0,05$). Отсутствие бытовых удобств отмечает более половины женщин мигранток, что в 5,2 раза выше доли женщин группы сравнения (53,8 ± 2,4 % против 10,4 ± 2,0 %; $p < 0,05$), у них также в 3,1 раза выше удельный вес женщин, имеющих ненормированный рабочий день (62,2 ± 2,3 % против 19,9 ± 2,6 %; $p < 0,05$).

Выявлено, что удельный вес женщин основной группы, значительно превышал аналогичные доли женщин группы сравнения по имеющимся конфликтам: с начальством в 2,6 раза (20,4 ± 1,9 % против 7,8 ± 1,8 %; $p < 0,05$), с коллегами по работе (бизнесу) в 2,5 раза (30,4 ± 1,6 % против 12,1 ± 2,1 %; $p < 0,05$), с посетителями в 2,8 раза (29,6 ± 2,2 % против 10,4 ± 2,0 %; $p < 0,05$) и с представителями органов власти в 8,2 раза (39,6 ± 2,3 % против 4,8 ± 1,4 %; $p < 0,05$).

Анализ показал, что, несмотря на наличие жилья у семей мигрантов, условия проживания у них хуже. Установлено, что в семьях мигрантов на одного члена семьи приходится в среднем 10,9 квадратных метров жилой площади, что в 1,8 раза ниже, чем в группе сравнения (19,8 кв. метра).

Соблюдает режим дня только 23,6 ± 2,0 % беременных женщин основной группы, что в 1,5 раза меньше удельного веса (34,6 ± 3,1 %) женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Из основных составляющих режима дня женщины мигрантки имеют меньше достаточный сон в 2,2 раза, нормальный отдых в 3,3 раза, регулярно питаются в 2,8 раза по сравнению с женщинами группы сравнения ($p < 0,05$).

Неблагоприятные условия труда, жилищные условия, нездоровый образ жизни оказывают влияние на состояние здоровья беременных женщин и членов их семей. Анализ оценок состояния здоровья семьи, полученных во время социологического опроса показал, что основная масса респондентов сравниваемых групп высоко оценивают состояние здоровья своей семьи. В то же время женщины мигрантки статистически значимо чаще указывают на наличие хронических заболеваний и часто болеющих членов семьи, чем женщины группы

сравнения. Установлено, что субъективная оценка женщинами матерями своих семей значительно завышена и не соответствует объективным данным.

Анализ амбулаторных карт членов семей мигрантов и группы сравнения показал, что: состояние здоровья детей в обеих группах не имеет статистических различий ни по удельному весу здоровых детей, ни по доли детей, имеющих хронические заболевания. В то же время выявлено, что удельный вес отцов семей мигрантов, имеющих хронические заболевания, в 1,2 раза превышает аналогичную долю отцов семей группы сравнения (83,9 ± 1,7 % против 69,9 ± 3,0 %; $p < 0,05$). Удельный вес здоровых отцов семей обеих групп не имеет существенных различий (5,2 ± 1,0 % и 5,6 ± 1,5 %). Удельный вес матерей семей мигрантов, имеющих хронические заболевания, в 1,1 раза превышает аналогичную долю матерей семей группы сравнения (65,1 ± 2,2 % и 57,6 ± 3,2 %; $p > 0,05$). Удельный вес здоровых матерей семей обеих групп не имеет существенных различий (6,2 ± 1,1 % и 6,5 ± 1,6 %).

Все беременные женщины (согласно Российскому законодательству), обратившиеся в женскую консультацию, подлежат постановке на учет даже без регистрации и гражданства. В женской консультации оформляется индивидуальная карта беременной и назначается план обследования.

После обращения в женскую консультацию по месту жительства, им дают направление в родильный дом, где они проходят обследование, не зависимо от срока беременности. После обследования, формируются потоки беременных женщин на госпитализацию, в случае отягощенной беременности и для родоразрешения (низкая, средняя и высокая группа риска) соответственно выявленной патологии.

Выписка матерей с новорожденными детьми из роддома осуществляется согласно общему порядку. Здоровые новорожденные выписываются домой, а имеющие патологию направляются в детские отделения городских больниц.

Установлено, что, несмотря на высокий удельный вес женщин мигранток удовлетворенных полностью и удовлетворенных в неполной мере медицинским обслуживанием в женской консультации (84,0 ± 1,7 % против 70,3 ± 3,0 %

женщин группы сравнения), у них доля неудовлетворенных в 3,1 раза выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Не задумывалось об уровне медицинского обеспечения в женской консультации всего 2,6 ± 0,7 % женщин мигранток против 25,4 ± 2,9 % женщин группы сравнения.

Из общего числа неудовлетворенных и не полностью удовлетворенных медицинским обеспечением в женской консультации, женщины мигрантки и женщины группы сравнения в качестве основных причин отмечают: большие очереди, грубое отношение медицинского персонала, равнодушное отношение врачей, плохое отношение к иностранным гражданам.

Медицинским обеспечением в родильном роде удовлетворены полностью и не в полной мере 84,3 ± 1,7 % женщин мигранток и 91,5 ± 1,8 % женщин группы сравнения ($p < 0,05$ между группами). В то же время неудовлетворенно медицинским обеспечением в 1,3 раза больше женщин мигранток по сравнению с женщинами группы сравнения. Из общего числа неудовлетворенных и не полностью удовлетворенных медицинским обеспечением в родильном доме, женщины мигрантки и женщины группы сравнения в качестве основных причин отмечают: грубое отношение медицинского персонала, равнодушное отношение врачей, плохое отношение к иностранным гражданам, низкий уровень обслуживания.

По нашему мнению, на значительную долю неудовлетворительных оценок женщин мигранток по медицинскому обеспечению в женской консультации и родильном доме повлиял языковой барьер. Установлено, что совсем не владеет русским языком и владеет слабо и плохо понимает соответственно 6,6 ± 1,2 % и 31,4 ± 2,2 % женщин мигранток, что вынуждает их приходить на прием в женскую консультацию и решать проблемы в роддоме с мужьями, уровень знания русского языка у которых значительно выше.

Установлено, что более половины женщин сравниваемых групп отмечает увеличение расходов связанных с беременностью, при этом удельный вес женщин мигранток отмечающих увеличение расходов статистически значимо выше, чем женщин группы сравнения. Удельный вес семей беременных женщин мигранток,

у которых увеличение расходов в связи с беременностью составляет от 25 до 75 % статистически значимо выше, чем в группе сравнения (53,2 ± 2,4 % против 40,0 ± 3,2 % соответственно), а доля семей, у которых расходы увеличились менее чем на 25 %, ниже в 1,3 раза. Удельный вес семей мигрантов и группы сравнения, у которых расходы в связи с беременностью увеличились более чем на 75 %, статистически значимых различий не имеет.

Нуждается в материальной поддержке 56,3 ± 2,3 % семей женщин мигранток, что в 1,4 раза выше удельного веса женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Получает материальную помощь от родственников соответственно 7,0 ± 1,2 % и 8,2 ± 1,8 % семей мигранток и семей женщин группы сравнения соответственно ($p > 0,05$). Только 11,9 ± 2,1 % семей женщин мигранток не нуждается в материальной помощи, что в 1,7 раза меньше доли семей женщин группы сравнения.

Анализ ответов респонденток по социальной защищенности семей показал, что социально защищенной себя считает всего 1,8 ± 0,6 % женщин мигранток, что в 16,8 раза ниже женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Считает недостаточно социально защищенной большинство женщин группы сравнения, удельный вес которых в 5,1 раза выше женщин основной группы ($p < 0,05$). Основная же масса женщин мигранток (85,3 ± 1,7 %), считает свою семью социально незащищенной, что в 7,9 раза выше доли женщин группы сравнения ($p < 0,05$).

Выявленные различия в состоянии здоровья и социальном благополучии сравниваемых групп семей подтверждаются показателями корреляции между состоянием здоровья и группами сравниваемых семей ($r = 0,66$, $p = 0,04$), здоровьем и уровнем обеспеченности ($r = 0,72$, $p = 0,02$), здоровьем и жилищными условиями ($r = 0,68$, $p = 0,02$), здоровьем и условиями труда ($r = 0,74$, $p = 0,008$). Взаимосвязь степени социального неблагополучия и принадлежности к основной группе или группе сравнения подтверждается показателем корреляции ($r = 0,78$, $p = 0,002$).

Таким образом, проведенное комплексное медико-социальное исследование позволило оценить состояние здоровья, условия и образ жизни беременных

женщин мигранток. Полученные данные ретроспективного анализа первичной медицинской документации и государственной статистики, а также результаты самооценки матерями состояния здоровья своей семьи показывают, на значительный удельный вес неблагополучных по социальному статусу и состоянию здоровья семей беременных женщин мигранток, что ведет к неблагоприятному течению беременности.

Анализ оказания медицинской помощи беременным женщин мигранток, показал на ряд недостатков в организации наблюдения и обследования этой категории пациенток. Часть причин, приводящих к недостаткам в организации медицинского наблюдения, выходит за рамки компетенции лечебно-профилактических учреждений (недостаточное знание русского языка, отсутствие у многих пациенток полиса обязательного медицинского страхования, отсутствие мониторинга мигрантов и др.) и требует комплексного решения на уровне других ведомств (администрации города и края, миграционной службы и др.).

Полученные данные показывают, что удельный вес неблагополучных по социальному статусу и состоянию здоровья семей беременных женщин мигранток высокий. Это ведет к неблагоприятному течению беременности и родов. Установленные недостатки в организации медицинского обеспечения беременным женщинам из семей мигрантов определили необходимость разработки предложений по улучшению медико-социальной помощи беременным женщинам мигранткам.

Разработанные предложения «Комплекс организационных и клинических мероприятий по совершенствованию медицинской помощи беременным женщинам-мигранткам», не могут быть использованы в полной мере без принятия соответствующих документов на государственном уровне.

С учетом будущих изменений в Законодательстве Российской Федерации по вопросам миграции и мигрантов, потребуются дополнительные комплексные медико-социальные исследования.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное исследование позволило выявить, что за период с 2008 г. по 2013 г. увеличение численности населения города Красноярска происходило, преимущественно, за счет миграционного прироста, показатели которого за все анализируемые годы, более чем в 5 раз превышали показатели естественного прироста населения. Половая структура у прибывающих мигрантов, имеет иное соотношение, и в 2011 году на 100 женщин мигранток фертильного возраста приходилось 102,1 мужчины, в то время как среди постоянных жителей на 100 женщин 90,3 мужчины. Основная масса мигрантов (свыше 80 % ежегодно) находится в трудоспособном возрасте, что имеет существенные отличия от возрастной структуры постоянного населения.

2. Основную долю беременных женщин мигранток составляют лица наиболее трудоспособного и детородного возраста до 30 лет – 75,6 %, имеющих в основном среднее (53,8 %) и неполное среднее образование (34,6 %), что соответственно в 4,6 и 8,0 раз выше, чем у женщин группы сравнения. Установлено, что женщины мигрантки в 2,4 раза больше, чем женщины г. Красноярска имеют двух детей, в 6,9 раз чаще женщины мигрантки работают в неблагоприятных температурных условиях, в 5,2 раза у них хуже бытовые условия, в 3,1 раза чаще ненормированный рабочий день, в 2,2 раза меньше достаточный сон, в 3,3 раза меньше регулярно питаются, на одного члена семьи приходится в среднем 10,9 квадратных метров жилой площади.

3. Беременные женщины мигрантки имеют высокий уровень экстрагениталь ных (75,3 ± 2,0 % и 74,9 ± 2,8 % соответственно) и гинекологических заболеваний (26,9 ± 2,1 % и 23,8 ± 2,8 % соответственно). Однако у женщин мигранток удельный вес заболеваний эндокринной системы и желудочно-кишечного тракта в 2,5 и 2,7 раза выше, чем у женщин группы сравнения. Только 20,4 % женщин мигранток не имели осложнений в течении настоящей беременности, что в 2,5 раза ниже, чем аналогичная доля (51,5%) женщин группы сравнения. У них

значительно чаще регистрируются такие осложнения течения беременности как: инфекционные заболевания в 5,2 раза, анемия в 2,7 раза, рвота беременных в 1,9. Осложнения в родах отмечались в 1,4 раза чаще, чем у женщин группы сравнения. У женщин мигранток аномалии родовой деятельности отмечаются в 2,9 раза, послеродовое кровотечение – в 5,1 раза чаще по сравнению с женщинами группы сравнения. Удельный вес новорожденных, родившихся с расстройствами дыхания, в группе женщин мигранток в 3,9 раза превышал долю новорожденных женщин группы сравнения (соответственно – 6,7 % и 1,7 %), с клиническими признаками гипотрофии в 2,5 раза (9,6 % и 3,9 %) и инфекционными осложнениями – почти в 2 раза (9,2 % и 4,8 %).

4. Организация медицинской помощи имеет существенные отличия. Удельный вес женщин мигранток, не наблюдавшихся в женской консультации, в 19,7 раза превышает аналогичную долю группы сравнения (25,6 % против 1,3 %), из них 44,0 % наблюдаются нерегулярно. Взятие на учет до 12 недель беременности отмечалось только у 27,8 % мигранток по сравнению с 84,4 % женщин группы сравнения. Удельный вес женщин мигранток, которым был проведен биохимический скрининг, в 3,0 раза ниже, чем женщин группы сравнения (27,6% против 84,0%). Неудовлетворенно медицинским обслуживанием в женской консультации 16,0 %, а в родильном доме 8,9 % женщин мигранток.

5. Анализ медико-социальных проблем беременных женщин мигранток позволил разработать предложения по улучшению им медико-социальной помощи,которые включают ряд мероприятий организационного, социального и медицинского характера.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Все беременные женщины семей трудовых мигрантов, начиная с 12 недель беременности, а также новорожденные, должны обеспечиваться полисом добровольного медицинского страхования. В качестве страхователя выступает миграционная служба либо другое юридическое или физическое лицо.

2. По полису добровольного медицинского страхования всем застрахованным беременным женщинам семей трудовых мигрантов и их новорожденным необходимо проводить комплексное медицинское обследование. По результатам проводимого мониторинга, проводить коррекцию выявленных рисков на всех этапах медицинского наблюдения за состоянием здоровья беременных женщин и их детей.

3. Администрации субъекта федерации, миграционной службы и службы занятости целесообразно выступить заказчиком программы по охране здоровья беременных женщин семей трудовых мигрантов и их детей, как составной части региональных программ.

4. Беременных женщин мигранток необходимо относить на всех этапах оказания медицинской помощи к высокой группе риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений, а именно: анемии беременных, аномалии родовой деятельности, инфекционные осложнения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

Ицн – истмико-цервикальная недостаточность

КОК – комбинированные оральные контрацептивы

ВМС – внутриматочная спираль

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЦНС – центральная нервная система

КТГ – кардиотокография

УЗИ – ультразвуковое исследование

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айрапетов, В. С. Социальная адаптация вынужденных мигрантов и беженцев / В. С. Айрапетов // Вест. РАН. – 1993. – №10. – С. 889–893.

2. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.

3. Антонов, А. И. Снижение репродуктивных установок и ориентаций российского населения в 1991–2007 годы / А. И. Антонов // Демографические исследования. – 2008. – № 7. – С. 23–29.

4. Артюхов, И. П. Проблемы состояния здоровья и организации медицинской помощи мигрирующему населению в системе мер охраны здоровья и государственной миграционной политики / И. П. Артюхов, А. А. Модестов // Красноярск. – 1996. – 205 с.

5. Артюхов, И. П. Динамика медико-социального состояния малодетных семей / И. П. Артюхов, В. Ф. Капитонов, О. М. Новиков // Сиб. мед. обозрение. – 2007. – №3. – С. 54–56.

6. Артюхов, И. П. Оценка состояния здоровья и медико-социального статуса семьи с позиций общественного здоровья / И. П. Артюхов, О. М. Новиков, В. Ф. Капитонов – Красноярск, 2007. – 72 с.

7. Артюхов, И. П. Заболеваемость семьи и методика ее оценки / И. П. Артюхов, В. Ф. Капитонов, О. М. Новиков // Сиб. мед. обозрение. – 2010. – №6. – С. 96–99.

8. Архангельский, В. Н. Факторы рождаемости / В. Н. Архангельский. – М.: ТЕИС, 2006. – 399 с.

9. Архангельский, В. Н. Обоснование выбора направлений и мер политики по стимулированию рождаемости / В. Н. Архангельский // Политика народонаселения: настоящее и будущее. – М., 2005. – С.84.

10. Бабенко, А. И. Медико-демографические проблемы оздоровления населения Сибири / А. И. Бабенко // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. –

2002. – №2. – С. 8–13.

11. Балашова, Т. Н. Конституционно-правовое регулирование миграции в современной России: проблемы теории и практики: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.02 / Балашова Татьяна Николаевна. – Саратов, 2011. – 26 с.

12. Безрукова, О. Н. Мотивы создания семьи и репродуктивные установки подростков через призму моделей семьи / О. Н. Безрукова // Семья в России. – 2008. – № 4. – С. 34–45.

13. Белов, В. Б. Латентные детерминанты воспроизводства населения / В. Б. Белов, А. Г. Роговина // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2008. – № 2. – С. 4–8.

14. Белов, В. Б. Проблемы повышения рождаемости на современном этапе / В. Б. Белов, А. Г. Роговина // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2008. – № 6. – С. 3–6.

15. Бодрова, В. В. Репродуктивное поведение как фактор депопуляции в России / В. В. Бодрова // Социол. исслед. – 2002. – № 6. – С. 96–102.

16. Боженко, В. В. Влияние миграции на социально-экономическое и демографическое развитие стран ЕврАзЭС: Автореф. дис. ... канд. эконом. наук: 08.00.05 / Боженко Виталий Валерьевич. – М., 2008. – 26 с.

17. Бокша, Е. А. Духовные угрозы функционирования семьи в современном Российском обществе (социально-философский анализ): Автореф. дис. ... канд. филос. наук: 09.00.11 / Бокша Екатерина Александровна. – М., 2008. – 23 с.

18. Борисов, В. А. Демографическая ситуация в современной России / В. А. Борисов. – М.: Демос, 2007. – 190 с.

19. Брынза, Н. С. Организационно-функциональная модель медицинской помощи роженицам и родильницам / Н. С. Брынза, О. Е. Коновалов // Общественное здоровье и здравоохр. – 2009. – №3. – С. 23–25.

20. Вакуленко, Е. С. Моделирование регистрируемых миграционных потоков между регионами Российской Федерации / Е. С. Вакуленко, Н. В. Мкртчян, К. К. Фурманов // Прикладная эконометрика. – 2011. – № 1. – С. 35–55.

21. Величковский, Б. Т. Реформы и демографический кризис / Б. Т. Величковский // Вест. РАН. – 2002. – №7. – С. 41 – 46.

22. Верещагина, А. В. Трансформация института семьи и демографические процессы в российском обществе: Автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Верещагина Анна Владимировна. – Ростов на Дону, 2008. – 24 с.

23. Виноградов, В. Г. Особенности формирования трудового потенциала Сибири: Автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Виноградов Владимир Геннадьевич. – М., 2007. – 23 с.

24. Вишневский, А. Г. Население России в первой половине нового века / А. Г. Вишневский, Е. М. Андреев // Вопросы экономики. – 2001. – № 1. – С. 27–44.

25. Вишневский, А. Г. Перспективы развития России: Роль демографического фактора / А. Г. Вишневский, Е. М. Андреев, А. И. Трейвиш // Научные труды Института экономики переходного периода. – 2003. – № 53. – 86 с.

26. Вишневский, А. Г. Избранные демографические труды. / А. Г. Вишневский // Т.1. Демографическая теория и демографическая история. – М., Наука, 2005. – 214с.

27. Вишневский, А. Г. Сбережение народа или депопуляция России? / А. Г. Вишневский // М.: Изд. дом Государственного университета Высшей школы экономики, 2010. – 82 с.

28. Вовк, Е. Количество детей в семье: установки и репродуктивное поведение / Е. Вовк // Социальная реальность. – 2007. – №1. – 20 с.

29. Войтенкова, Г. Ф. Выполняются цели развития тысячелетия: первые итоги и перспективы / Г. Ф. Войтенкова // Народонаселение. – 2006. – №2. – С. 78–91.

30. Володин, Н. Н. Анализ демографической ситуации в Российской Федерации и меры по ее улучшению / Н. Н. Володин // Нац. проекты. – 2006. – №6. – С. 78–80.

31. Вялков, З. И. Управление качеством в здравоохранении / З. И. Вялков

// Пробл. управления здравоохранением. – 2003. – №1. – С. 5–11.

32. Гаврилова, Л. В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях / Л. В. Гаврилова – М.: Время Х, 2000. – 160 с.

33. Гасников, В. К. Особенности российского демографического кризиса и антикризисного менеджмента / В. К. Гасников, В. Н. Савельев, Н. С. Стрелков // Бюлл. ННИИ ОЗ РАМН. – 2007. – Вып. – С. 12–15.

34. Гинекологическая заболеваемость в России и факторы, ее определяющие / М. Б. Хамошина, Е. А. Зорина, М. П. Архипова и др. // Мать и дитя: Материалы VI Регионального научного форума – Ростов на Дону, 2012. – С. 249–250.

35. Гришина, Н. К. Основные принципы реализации программ социального мониторинга в здравоохранении / Н. К. Гришина // Пробл. соц. гигиены и истории мед. – 2011. – №2. – С. 32–36.

36. Данишевский, К. Д. Репродуктивное здоровье: глобальные цели развития и экономический потенциал России / К. Д. Данишевский // Экономика здравоохранения. – 2010. – 152. – С. 17–26.

37. Денисов, А. П. Репродуктивные установки женщин и реализация мер национального проекта "Демография" / А. П. Денисов, А. И. Бабенко, В. И. Спинов // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2009. – №5. – С. 29–31.

38. Дуров, И. С. Влияние демографической политики государства на функционирование семьи как социального института: Автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Дуров Игорь Святославович. – Ростов на Дону, 2008. – 24 с.

39. Жакевич, В. Д. Миграционные настроения в странах СНГ (по итогам международного исследования) / В. Д. Жакевич // Социол. исслед. – 2008. – №10. – С. 88–96.

40. Жгун, А. Ю. Основные направления демографической политики (на примере Восточной Сибири): Автореф. дис. ... канд. полит. Наук: 23.00.02 / Жгун Александр Юрьевич. – М., 2007. – 23 с.

41. Женщины-мигранты из стран СНГ в России / Е. В. Тюрюканова,

Ж. А. Зайончковская, Л. Б. Карачурина и др. – М.: МАКС Пресс, 2011. – 119 с.

42. Завратьянц, О. В. Медико-демографические показатели. Россия – XX век и начало XXI века / О. В. Завратьянц, Г. Б. Ковальский, М. Г. Рыбакова и др. // Глав. Врач. – 2008. – № 3. – С. 57–79.

43. Закоркина, Н. А. Факторы, влияющие на репродуктивные потери / Н. А. Закоркина, И. А. Банюшевич // Пробл. соц. гигиены и истории мед. – 2009. – №6. – С. 25–26.

44. Захаренков, В. В. Демографические проблемы Сибирского федерального округа / В. В. Захаренков, И. В. Виблая, В. А. Ляпин // Бюл. нац. науч.-исслед. института общественного здоровья. – 2007. – Вып.3. – С. 60–62.

45. Захаров, С. В. Возрастная модель брака в России / С. В. Захаров // Отечественные записки. – 2006. – №4. – С. 271–300.

46. Захарова, Т. Г. О проблеме репродуктивного здоровья / Т. Г. Захарова, Г. Н. Гончарова, Г. Н. Захаров // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2002. – №5. – С. 30 – 33.

47. Иванов, А. Г. Демографические аспекты формирования и регулирования рынка труда Сибири: Автореф. дис. ... канд. эконом. наук: 08.00.05 / Иванов Андрей Георгиевич. – М., 2008. – 18 с.

48. Карачурина, Л. Б. Гендерные и семейные стратегии женской миграции / Л. Б. Карачурина, Е. В. Тюрюканова, Ю. Ф. Флоринский // В кн.: Женщины – мигранты из стран СНГ в России, 2011. – С. 49–72.

49. Карпова, В. М. Социологические аспекты моделирования рождаемости в современной России: Автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.03 / Карпова Вера Михайловна. – М., 2009 – 23с.

50. Кесаева, Р. Э. Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе: Автореф. дис. ... докт. соц. наук: 14.00.52 / Кесаева Рита Эльбрусовна. – Волгоград, 2006. – 47 с.

51. Кладов, С. Ю. Демографическая ситуация на среднеурбанизированной территории Западной Сибири / С. Ю. Кладов, В. П. Новоселов // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2008. – №4. – С. 12–14.

52. Комбарова, Т. В. Детерминанты демографического поведения: региональный аспект: Автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.03 /Комбарова Татьяна Викторовна. – Тюмень, 2008. – 24 с.

53. Косолапов, В. П. К вопросу о формировании приоритетных направлений развития системы охраны материнства и детства на региональном уровне / В. П. Косолапов, П. Е. Чесноков, Г. Я. Клименко // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 28–31.

54. Костарева, О. В. Основные функции семьи в период ожидания ребенка / О. В. Костарева, И. П. Артюхов И. П., В. Б. Цхай // Актуальные вопросы организации первичной медико-социальной помощи населению – Красноярск, 2006. – С. 171–175.

55. Краснопольский, В. И. Основные причины и клинические особенности формирования осложненных форм гнойного воспаления у акушерских больных / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2003. – №3. – С. 58–61.

56. Крухмалев, А. Е. Миграционные проблемы в современной России / А. Е. Крухмалев // СОЦИС. – 2002. – № 9. – 4 с.

57. Лисицын, Ю. П. О научных основах стратегии медицины и здравоохранения / Ю. П. Лисицын // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – №3. – С. 3–6.

58. Малеева, Т. М. Социально-экономические факторы рождаемости в России: эмпирические измерения и вызовы социальной политики / Т. М. Малеева, О. В. Синявская // Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы: Матер. межд. семинара – М., 2006. – С. 76–84.

59. Медведева, О. В. Репродуктивная функция городских семей в зависимости от формы брака / О. В. Медведева // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2010. – №1. – С. 22–23.

60. Медик, В. А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне / В. А. Медик // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2009. – №2. – С. 3–7.

61. Медик, В. А. Социальная статистика в изучении общественного здоровья / В. А. Медик, А. М. Осипов // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2010. – №5. – С. 7–10.

62. Миграция и демографический кризис в России / Л. Б. Карачурина, Н. В. Мкртчян, Ю. Ф. Флоринская и др. – под ред.: Зайончковской Ж.А. – Москва: МАКС Пресс, 2010. – 112 с.

63. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения / В. И. Стародубов, В. О. Флек, И. М. Сон и др. // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2010. – №4. – С. 23–27.

64. Мкртчян, Н. В. Современные возможности крупных городов Сибири по привлечению мигрантов (на примере Иркутской агломерации) / Н. В. Мкртчян // Этнодемографические процессы в Казахстане и сопредельных территориях: Сб. науч. трудов X Междунар. науч.-практ. конф. – Усть-Каменогорск, 2009. – С. 255–267.

65. Мкртчян, Н. В. Миграция как компонент динамики населения регионов России: оценка на основе данных переписи населения 2010 года / Н. В. Мкртчян // Вестник РАН. – 2011. – № 5. – С. 28–41.

66. Наумов, И. А. Ранговая оценка показателей деятельности акушерско-гинекологической службы / И. А. Наумов, Е. М. Тищенко // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2011. – № 1. – С. 35–37.

67. Немировская, Ю. В. Социальные факторы беременности: Автореф. дис. ... канд. соц. наук: 14.00.52 / Немировская Юлия Витальевна. – Волгоград, 2007. – 25 с.

68. Нечаева, Н. В. Состояние здоровья и качество жизни детей раннего возраста из семей мигрантов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Нечаева Наталия Владиславовна. – М., 2007. – 24 с.

69. Низамеева, Г. З. Социальные аспекты искусственного прерывания беременности / Г. З. Низамеева, А. А. Модестов, В. Б. Цхай // Вестн. перинатологии, акушерства и гинекологии. – Красноярск. – 2001. – Вып.8. –

С. 472–476.

70. Новиков, О. М. Классификация семей / О. М. Новиков, В. Ф. Капитонов // Экология человека. – 2000. – №4. – С. 81–82.

71. Оганов, Р. Г. Демографические проблемы как зеркало здоровья нации / Р. Г. Оганов, Ю. М. Комаров, Г. Я. Масленникова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2009. – №2. – С. 3–8.

72. Панфилова, Т. Н. Региональные аспекты реализации семейной политики / Т. Н. Панфилова, О. В. Медведева // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2010. – №2. – С. 42–47.

73. Пихоцкий, А. Н. Научно-организационные основы формирования системы оказания медицинской помощи нелегальным мигрантам: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Пихоцкий Александр Николаевич. – М., 2009. – 25 с.

74. Программа родовых сертификатов: результаты и особенности реализации в 2006-2007 годах / О. В. Шарапова, О. В. Чумакова, О. С. Филиппов и др. // Здравоохранение. – 2008. – № 4. – С. 21–26.

75. Программа «Родовый сертификат»: Результаты и перспективы / Е. В. Гусева, О. С. Филиппов, О. В. Чумакова и др. // Акушерство и гинекология. – 2010. – №1. – С. 42–45.

76. Просвирнов, С. Ю. Пространственная картина миграции населения Амурской области на рубеже веков / С. Ю. Просвирнов // Долгосрочная стратегия развития российского Дальнего Востока: матер. науч.-практ. конф. – Хабаровск. – 2007. – С. 544–553.

77. Пташинская, В. А. Научное обоснование совершенствования основ организации (на примере акушерства и гинекологии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Пташинская Валерия Адамовна. – М., 2008. – 24 с.

78. Радзинский, В. Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения / В. Е. Радзинский, И. Н. Костин // Вестн. РУДН. – 2005. – № 4. – С. 5–9.

79. Радзинский, В. Е. Контрацепция в мире и в России – проблемы, решения, надежды / В. Е. Радзинский // Status praesens. – 2010. – №2. – С. 5–6.

80. Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, Ю. Г. Трегубов и др. // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2010. – №3. – С. 3–6.

81. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса? / В. И. Шевский, С. В. Шишкин, И. М. Шейман и др. // Врач скорой помощи. – 2008. – №1. – С. 54–72.

82. Рыбаковский, Л. Л. Сравнительная оценка демографического неблагополучия регионов России / Л. Л. Рыбаковский // Социол. исслед. – 2008. – №10. – С. 86–87.

83. Рыбников О. Семья: ресурс или помеха? / О. Рыбников // Психология для руководителя. – 2009. – № 8. – С. 8–12.

84. Семейная медицина / И. П. Артюхов, В. Ф. Капитонов, А. А. Модестов, О. М. Новиков // Новосибирск: Наука. – 2005. – 264 с.

85. Серегина, И. Ф. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи / И. Ф. Серегина, А. Л. Линденбратен, Н. К. Гришина // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2009. – №5. – С. 3–6.

86. Синельников, А. Б. Влияние брачности и разводимости на динамику и территориальную дифференциацию рождаемости / А. Б. Синельников // Мониторинг демографической ситуации в российской Федерации и тенденции ее изменения. – М., 2008. – С. 35–65.

87. Современные подходы к лечению послеродовых акушерских кровотечений / В. Е. Радзинский, И. Н. Костин, Я. Г. Жуковский и др. // Акушерство и гинекол. – 2008. – №3. – С. 25–29.

88. Состояние и меры по улучшению акушерской и неонатологической помощи в Южном федеральном округе / А. А. Афонин, В. И. Орлов, В. А. Ширинг и др. // Здравоохр. Рос. Федерации. – 2010. – №5. – С. 7–11.

89. Султанаева, З.М. Демографическая политика на региональном уровне / З.М. Султанаев // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – №5. – С. 3–5.

90. Суханова, Л. П. Оценка современных тенденций в организации регионального родовспоможения / Л. П. Суханова, М. С. Скляр, Т. В. Кузнецова // IV съезд акушеров-гинекологов России: матер. – М, 2008. – С. 247–249.

91. Суханова, Л. П. Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в России / Л. П. Суханова, М. С. Скляр, Г. Ю. Уткина // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2008. – №5. – С. 37–42.

92. Суханова, Л. П. Эволюция акушерской патологии в России / Л. П. Суханова, В. А. Глушенкова, Т. В. Кузнецова // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2010. – №4. – С. 27–32.

93. Тишук, Е. А. Миграция и формирование медико - демографических процессов / Е. А. Тищук // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2002. – №4. – С. 6–11.

94. Ушакова, Г. Н. Воспроизводство населения и репродуктивное здоровье женщин Кузбасса / Г. Н. Ушакова, Л. Б. Николаева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 176 с.

95. Филиппов, О. С. Модернизация анестезиолого-реанимационной помощи в акушерстве как фактор снижения материнской смертности / О. С. Филиппов, Е. В. Гусева // Акушерство и гинекол. – 2009. – №4. – С. 52–55.

96. Филиппов, О. С. Состояние и перспективы развития службы родовспоможения в Российской Федерации / О. С. Филиппов, Е. В. Гусева, И. Ф. Тютюнник // Рос. вестн. акушера-гинекол. – 2010. – №2. – С. 3–7.

97. Филиппова, Т. Ю. Медико-организационные технологии в снижении репродуктивных потерь как один из компонентов решения демографической политики региона: автореф. дис ... д-ра мед. наук: 14.00.01 / Филиппова Татьяна Юрьевна. – М., 2006. – 41 с.

98. Фролова, О. Г. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья / О. Г. Фролова, З. З. Токова // Акушерство и гинекол. – 2005. – №1. – С. 3–6.

99. Хмель, А. А. Проблемы миграции населения в России и политика в области охраны здоровья / А. А. Хмель // Российский медицинский журнал. –

2003. – № 2. – С. 6–9.

100. Цхай, В. Б. Особенности репродуктивного поведения жительниц города Красноярска в зависимости от медико-демографического статуса их семей / В. Б. Цхай, А. А. Модестов, Ю. А. Фокин // Здоровье семьи – XXI век: Матер. X Междунар. научн. конф. – Пермь. – 2006. – С. 336–337.

101. Шахотько, Л. П. Демографическая безопасность: сущность, задачи, система показателей и механизм реализации / Л. П. Шахотько, Н. Н. Привалова // Вопросы статистики. – 2001. – №7. – С. 16–21.

102. Щепин, О. П. Роль здравоохранения в формировании общественного здоровья / О. П. Щепин, В. Б. Белов // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2007. – №3. – С. 1–5.

103. Щепин, О. П. Особенности медико-демографических процессов в Российской Федерации в первой половине XXI века / О. П. Щепин, А. Г. Роговина // Вестн. РАМН. – 2008. – №1. – С. 31–35.

104. Щепин, О. П. Современная медико-демографическая ситуация в России / О. П. Щепин, В. Б. Белов, А. Г. Роговина // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2009. – №6. – С. 3–7.

105. Щербаков, А. И. Основы демографии и государственной политики народонаселения / А. И. Щербаков. – М.: Москва, 2005. – 453 с.

106. Шпилянский, Э. М. Социально-экономическая эффективность экспериментальных форм организации медицинской помощи социально незащищенным группам населения / Э. М. Шпилянский // Экономика здравоохранения .– 2009. – №4. – С. 16–20.

107. Щукина, И. А. Социальная роль акушерско-гинекологической помощи в решении демографической проблемы: Автореф. дис. ... канд. соц. наук: 14.00.52 / Щукина Ирина Алексеевна. – Волгоград, 2009. – 23 с.

108. Юрьев, Е. Л. Обоснование необходимости и возможности демографического роста в России / Е. Л. Юрьев // Демографический кризис как угроза региональному развитию России: пути преодоления: сб. ст. матер. Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 12–19.

109. Ярославцев, А. С. Особенности миграционных процессов / А. С. Ярославцев // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 2008. – №2. – С. 8–12.

110. Abenhaim, H. A. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States / H. A. Abenhaim, L. Azoulay, M. S. Kramer // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – V.199. – P. 49–58.

111. Adams, M. M. The future of very preterm infants / M. M. Adams, W. D. Barfield // JAMA. – 2008. – V.299. – P. 1477–1478.

112. Adanu, R. K. Contemporary issues in women's health / R. K. Adanu, M. Hammoud // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2010. – V.109. – P. 187–188.

113. Ayoola, A. B. Late recognition of pregnancy as a predictor of adverse birth outcomes / A. B. Ayoola, M. Stommel, M. D. Nettleman / Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – V.201. – P. 156.

114. Bick, D. Maternal mortality in the UK: the impact of the increasing complexity of women's lives / D. Bick // Midwifery. – 2008. – V.24. – P. 1–2.

115. Butts, S. F. Racial and ethnic differences in reproductive potential across the life cycle / S. F. Butts, D. B. Seifer. // Fertility and Sterility. – 2010. – V.93. – P. 681–690.

116. Cammu, H. Mothers' Level of Education and Childbirth Interventions: A Population-based Study in Flanders, Northern Belgium / H. Cammu, G. Martens, M. J .N. Keirse // Birth. – 2011. – V.38. – P. 191–199.

117. Conde-Agudelo, A. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis / A.Conde-Agudelo, A. Rosas-Bermúdez, A. C. Kafury-Goeta // JAMA. – 2006. – V.295. – P. 1809–1823.

118. Conde-Agudelo, A. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review / A.Conde-Agudelo, A. Rosas-Bermúdez, A. C. Kafury-Goeta // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. – V.196. – P. 297–308.

119. Critical gaps in universal access to reproductive health: contraception and prevention of unsafe abortion / K. R. Culwell, M. Vekemans, U. de Silva et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2010. – V.110. – S. 13–16.

120. Danso, K. A. Challenges associated with hypertensive disease during

pregnancy in low-income countries / K. A. Danso, H. S. Opare-Addo // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2010. – V.110. – P. 78–81.

121. Delivery route preferences of urban women of low socioeconomic status / B. Kudish, S. Mehta, M. Kruger et al. // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2010. – V.111. – P. 28–31.

122. Differences in avoidable mortality between migrants and the native Dutch in the Netherlands / I. Stirbu, A. E. Kunst, V. Bos, J. P. Mackenbach // BMC Public Health. – 2006. – V.6. – P. 78–110.

123. Disparities in family planning / C. Dehlendorf, M. I. Rodriguez, K. Levy et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – V.202. – P. 214–220.

124. Does antenatal care facilitate utilization of emergency obstetric care? A case-referent study of near-miss morbidity in Bolivia / M. Roost, V. C. Altamirano, J. Liljestrand et al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2010. – V.89. – P. 335–342.

125. Do mother's education and foreign born status interact to influence birth outcomes? Clarifying the epidemiological paradox and the healthy migrant effect / N. Auger, Z. C. Luo, R. W. Platt et al. // J. Epidem.. Community Health. – 2008. – V.62. – P. 402–409.

126. Eclampsia in Scandinavia: incidence, substandard care, and potentially preventable cases / A. B. Andersgaard, A. Herbst, M. Johansen et al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2006. – V.85. – S. 929–936.

127. Ekman, B. Series Integrating health interventions for women, newborn babies, and children: a framework for action / B. Ekman, I. Pathmanathan, J. Liljestrand // The Lancet. – 2008. – V.372. – P. 990–1000.

128. Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina / A. Karolinski, P. Micone, R. Mercer et al. // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2009. – V.105. – P. 118–122.

129. Fernández Luque, M. A. Excess of maternal mortality in foreign nationalities in Spain, 1999–2006 / M. Á. Luque Fernández, A. B. Cavanillas, S. de Mateo // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – V.149. – P. 52–56.

130. Goldenberg, R. L. The relationship of intrapartum and antepartum stillbirth

rates to measures of obstetric care in developed and developing countries / R. L. Goldenberg, E. M. McClure, C. M. Bann // Acta Obstet. Gynecol Scand. – 2007. – V.86. – P. 1303–1309.

131. Greer, G. To have or not to have: the critical importance of reproductive rights to the paradox of population policies in the 21st century / G. Greer // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2009. – V.106. – P. 148–150.

132. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain / R. Ferrer, A. Artigas, M. M. Levy, J. Blanco et al. // JAMA. – 2008. – V.299. – P. 2294–2303.

133. Improving emergency obstetric care in a context of very high maternal mortality: the Nepal Safer Motherhood Project 1997-2004 / A. D. Rath, I. Basnett, M. Cole, et al. // Reprod. Health Matters. – 2007. – V.15. – P. 72–80.

134. Indirect maternal mortality increases in the Netherlands / J. M. Schutte, L. de Jonge, N. Schuitemaker et al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2010. – V.89 – P. 762–768.

135. Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? / Z. A. Bhutta, S. Ali , S. Cousens et al. // The Lancet. – 2008. – V.372. – P. 972–989.

136. Is a poor pregnancy outcome related to young maternal age? A study of teenagers in Estonia during the period of major socio-economic changes (from 1992 to 2002) / K. Haldre, K. Rahu, H. Karro et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2007. – V.131. – P. 45–51.

137. Kahn, J. M. Improving sepsis care / J. M. Kahn, D.W. Bates // JAMA. – 2008. – V.299. – P. 2322–2323.

138. Kaaja, R. J. Manifestations of chronic disease during pregnancy // R. J. Kaaja, I. A. Greer // JAMA. – 2005. – V.294. – P. 2751–2757.

139. Kelley, M. Counting stillbirths: women's health and reproductive rights / M. Kelley // The Lancet. – 2012. – V.377. – P. 1636–1637.

140. Laski, L. Addressing diversity in adolescent sexual and reproductive health services / L. Laski, S. Wong // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2010. – V.110. – P. 10–12.

141. Lee, A. C. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? / A. C. Lee, J. E. Lawn, S. Cousens et al. // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2009. – V.107. – P. 65–88.

142. MacDorman, M. F. Trends and characteristics of home births in the United States by race and ethnicity, 1990–2006 / M. F. MacDorman, E. Declercq, F. Menacker // Birth – 2011. – V.38. – P. 17–23.

143. Malin, M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland / M. Malin, M. Gissler // BMC Public Health. – 2009. – V.9. – P. 84.

144. Marpeau, L. Another view of maternal mortality in France / L. Marpeau // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2007. – V.35. – P. 285–288.

145. Maternal and child health in the occupied Palestinian territory / H. F. Rahim, L. Wick, S. Halileh et al. // Lancet. – 2009. – V.373. – P. 967–977.

146. Maternal mortality and cesarean delivery: an analytical observational study / G. Kamilya, S. L. Seal, J. Mukherji et al. // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2010. – V.36. – P. 248–253.

147. Maternal mortality and severe morbidity from sepsis in the Netherlands / H. M. Kramer, J. M. Schutte, J. J. Zwart et al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2009. – V.88. – P. 647–653.

148. Maternal mortality in India: a 20-year study from a large referral medical college hospital, West Benga / S. K. Bhattacharyya, A. K. Majhi, S. L. Seal et al. // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2008. – V.34. – P. 499–503.

149. Maternal mortality in Sweden underestimated. Registry study of death in connection with pregnancy, delivery and postpartum / C. Grunewald, E. Nilsson, S. Cnattingius et al. // Lakartidningen. – 2008. – V.105. – P. 2250–2253.

150. Maternal mortality surveillance in an inland Chinese province / Y. Gao, S. Kildea, L. Barclay et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2009. – V.104. – P. 128–131.

151. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries / W. J. Graham, S. Ahmed, C. Stanton et al. // BMC Med. – 2008. – V.6. – P. 12.

152. Measuring progress towards the MDG for maternal health: including a

measure of the health system's capacity to treat obstetric complications / P. Bailey, A. Paxton, S. Lobis et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2006. – V.93. – P. 292–299.

153. Mental health and access to services among US women of reproductive age / S. L. Farr, R. H. Bitsko, D. K. Hayes et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – V.203. – P. 542.

154. Merten, S. Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland / S. Merten, C. Wyss, U. Ackermann-Liebrich // Int. J. Public. Health. – 2007. – V.52. – V. 210–222.

155. Mirvis, D. M. Population health and economic development in the United States / D. M. Mirvis, D.E. Bloom // JAMA. – 2008. – V.300. – P. 93–95.

156. Mortality in pregnant and newly delivered women due to psychiatric disorders / E. Hink, J. M. Schutte, M. H. Heres et al. // Ned. Tijdschr. Geneeskd. – 2008. – V.152. – P. 913–916.

157. Moster, D. Long-Term medical and social consequences of preterm birth / D. Moster, R. T. Lie, T. Markestad // N. Engl. J. Med. – 2008. – V.359. – P. 262–273.

158. Neal, S. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries / S. Neal, Z. Matthews, M. Frost et al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2012. – V.91. – P. 1114–1118.

159. Nielsen, H. S. Millennium development goal 5 – an obstetric challenge / H. S. Nielsen, T. M. Eggebq // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2012. – V.91. – P. 1007–1008.

160. Onakewhor, J. U. Changing trends in maternal mortality in a developing country / J. U. Onakewhor, E. P. Gharoro // Niger J. Clin. Pract. – 2008. – V.11. – P. 111–120.

161. Pal, S. A. Haemorrhage and maternal morbidity and mortality in Pakistan / S. A. Pal // J. Pak. Med. Assoc. – 2007. – V.57. – P. 576–577.

162. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy / L. Cacciani, S. Asole, A. Polo, F. Franco, et al. // BMC Public Health. –2011. – V.10. – P. 294.

163. Philibert, M. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? / M. Philibert, C. Deneux-Tharaux, M. H. Bouvier-Colle // BJOG. – 2008. – V.115. – P. 1411–1418.

164. Positive impact of a long-running urban Aboriginal medical service midwifery program / R. Wong, A. Herceg, C. Patterson, L. Freebairn, et al. // Austr. New Zealand. J. Obstet. Gynaecol. – 2011. – V.51. – P. 518–522.

165. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery / C. Deneux-Tharaux, E. Carmona, M. H. Bouvier-Colle et al. // Obstet. Gynecol. – 2006. – V.108. – P. 541–548.

166. Probabilistic record linkage: an application to severe maternal morbidity (near miss) and maternal mortality / M. H. Sousa, J. G. Cecatti, E. Hardy et al. // Cad. Saude. Publica. – 2008. – V.24. – P. 653–662.

167. Racial variation in the association between gestational age and perinatal mortality: prospective study / I. Balchin, J. C. Whittaker, R. R. Patel et al. // BMJ. – 2007. – V.334. – P. 833.

168. Recommendations for intrauterine contraception: a randomized trial of the effects of patients' race/ethnicity and socioeconomic status / C. Dehlendorf, R. Ruskin, K. Grumbach et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – V.203. – P. 319.

169. Rice, J. Material consumption and social well-being within the periphery of the world economy: an ecological analysis of maternal mortality / J. Rice // Soc. Sci. Res. – 2008. – V.37. – P. 1292–1309.

170. Riska, O. High maternal mortality in the world's poorest countries / O. Riska // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2009. – V.129. – P. 546–549.

171. Schutte, J. M. Rise in maternal mortality in the Netherlands / J. M. Schutte, E. A .P. Steegers, N. W .E. Schuitemaker et al. // BJOG. – 2010. – V.117. – P. 399–406.

172. Severe maternal morbidity for 2004–2005 in the three Dublin maternity hospitals / C. M. Murphy, K. Murad, R. Deane et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2009. – V.143. – P. 34–37.

173. Shaheen, B. Postpartum hemorrhage: a preventable cause of maternal mortality / B. Shaheen, Y. Hassan // J. Coll. Physic. Surg. Pак. – 2007. – V.17. –

P. 607–610.

174. Shortell, S. M. Health care reform requires accountable care systems / S. M. Shortell, L. P. Casalino // JAMA. – 2008. – V.300. – P. 95–97.

175. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries / J. P. Mackenbach, I. Stirbu, A. J. Roskam et al. // N. Engl. J. Med. – 2008. – V.358. – P. 2468–2481.

176. Spong, C. Y. Addressing the complexity of disparities in stillbirths / C. Y. Spong, U. M. Reddy, M. Willinger // Lancet. – 2011. – V.377. – P. 1635–1636.

177. Stillbirths: how can health systems deliver for mothers and babies? // R. Pattinson, K. Kerber , E. Buchmann et al. // Lancet. – 2011. – V.377 – P. 1610–1623.

178. Stillbirths: the vision for 2020 / R. L. Goldenberg, E. M. McClure, Z. A. Bhutta et al. // Lancet. – 2011. – V.377. – P. 1798–1805.

179. Stillbirths: the way forward in high-income countries / V. Flenady, P. Middleton, G. C. Smith et al. // Lancet. – 2011. – V.377. – P. 1703–1717.

180. Sword, W. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women / W. Sword, S. Watt, P. Krueger // J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. – 2006. – V.35. – P. 717–727.

181. The heavier the better? Birthweight and perinatal mortality in different ethnic groups / S. Vangen, C. Stoltenberg, R. Skjaerven R. et al. // Int. J. Epidem. – 2002. – V.31. – P. 654–660.

182. The relationship between self-report and biomarkers of stress in low-income reproductive-age women / A. E. Borders, W. A. Grobman, L. B. Amsden et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – V.203. – P. 577.

183. The social and environmental factors underlying maternal malnutrition in rural Bangladesh: implications for reproductive health and nutrition programs / K. Shannon, Z. Mahmud, A. Asfia et al. // Health Care Women Int. – 2008. – V.29. – P. 826–840.

184. Tsu, V. D. New and underutilised technologies to reduce maternal mortality and morbidity: what progress have we made since Bellagio 2003? / V. D. Tsu, P. S. Coffey // BJOG. – 2009. – V.116. – P. 247–256.

185. Tukur, J. Maternal mortality in rural northern Nigeria / J. Tukur, T. A. Jido, B. S. Awolaja // Trop. Doct. – 2008. – V.38. – P. 35–36.

186. Van Lonkhuijzen, L. Contemporary issues in women's health. Implementing safe motherhood: Free resources for training in maternal and neonatal care / L. van Lonkhuijzen, J. van Roosmalen, G. Zeeman // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2010. – V.109. – P. 189.

187. Velasco-Murillo, V. Maternal mortality decrease at IMSS, 2000-2005. As a result of specific actions or by chance? / V. Velasco-Murillo, E. Navarrete-Hernández, L. de la Cruz-Mejía // Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. – 2008. – V.46. – P. 211–218.

188. Wali, A. Maternal morbidity, mortality, and risk assessment / A. Wali, M. S. Suresh // Anesthesiol. Clin. – 2008. – V.26. – P. 197–230.

189. Yamin, A. E. Steps to enhance Peru's progress on maternal mortality / A. E. Yamin // Lancet. – 2008. – V.372. – P. 370.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

АНКЕТА-ОПРОСНИК

Медико–демографические факторы.

1) Ваш возраст:

а) до 20 лет

б) 20-24 года

в) 25-29 лет

г) 30-34 года

д) 35 и более лет

2) Возраст Вашего мужа:

а) до 20 лет

б) 20-24 года

в) 25-29 лет

г) 30-34 года

д) 35 и более лет

3) Возраст Вашей семьи:

а) юная (до 20 лет)

б) молодая (20 – 30 лет)

в) средняя (30 – 50 лет)

г) с разницей в возрасте свыше 10 лет

4) Возраст вступления в брак_____

5) Ваша семья:

а) бездетная

б) малоднтная (1 ребенок)

в) среднедетная (2 ребенка)

г) многодетная (3 и более детей)

6) Срок проживания в Красноярске

а) до 5 лет

б) от 5 до 10 лет

в) более 10 лет

г) более 15 лет

7) Количество миграционных переездов _____

8) Из какой страны (республики) Вы приехали в Россию? (место выхода мигранта) _____

9) Место жительства в настоящее время

а) собственная квартира

б) комната в общежитии

в) аренда квартиры

г) постоянного жилья нет

10) Степень занятости в труде:

а) работают оба супруга

б) работает один из супругов

в) не работает ни один из супругов

г) пенсионеры (инвалиды)

11) Условия проживания Вашей семьи:

Бытовые	**Жилищные**
а) хорошие	а) отдельная собственная квартира
б) удовлетворительные	б) собственный дом
в) неудовлетворительные	в) общежитие
	г) съемная квартира
	ж) живем у родственников/ земляков

12) Количество квадратных метров на одного члена семьи

13) Степень брачности в Вашей семье:

а) брак зарегистрирован

б) брак незарегистрирован

в) брак повторный

г) временное сожительство

д) одинокая

14) Оцените состояние здоровья Вашей семьи:

а) удовлетворительное (редко болеют члены семьи)

б) с часто болеющими членами семьи

в) с хроническим больным (больными)

г) с инвалидами

д) прочее

15) Оцените состояние Вашего здоровья:

а) удовлетворительное (редко болею)

б) часто болею

в) имею хроническое заболевание(по поводу которого периодически наблюдаюсь у врача)

г) являюсь инвалидом - I группы II группы III группы (подчеркнуть)

д) прочее (_____)

16) Вредные привычки

а) курение

б) алкоголь

в) наркотики

д) отсутствуют

17) Оцените состав Вашей семьи:

1) полная (оба супруга)

2) неполная

а) в результате развода

б) вдовствующая

3) смешанная

а) со сводными детьми

б) с неродным родителем

в) с усыновленными детьми

г) с приемными детьми

д) опекунская

18) Уровень обеспеченности Вашей семьи (по сравнению с прожиточным минимумом (5183 руб.) на одного члена семьи):

а) высокий (свыше 10 раз)

б) выше среднего (в 5-10 раз)

в) средний (в 2-5 раз)

г) низкий (в 1-2 раза)

д) очень низкий (ниже среднего прожиточного минимума)

19) Социальный статус Вашей семьи (по главе семьи):

а) служащего

б) рабочего

в) военнослужащего

г) пенсионера

д) студента

е) предприниатель

ж) безработные

20) Условия питания семьи:

а) хорошие

б) удовлетворительные

в) неудовлетворительные

21) Психологические отношения в семье:

а) хорошие

б) удовлетворительные

в) неудовлетворительные

22) Конфликты в семье:

а) с мужем

б) с детьми

в) с родственниками

23) Условия работы:

а) хорошие

б) удовлетворительные

в) неудовлетворительные

24) Неблагоприятные условия труда

а) не соблюдение температурного режима

б) не нормированный рабочий день

в) отсутствие бытовых условий

25) Конфликты на работе

а) с начальником

б) с коллегами

в) с посетителями

г) с представителями органов власти

26) Соблюдение режима дня

а) сон не менее 8 часов

б) нормальный отдых

в) регулярность питания

27) Какой по счету у Вас брак:

а) первый

б) второй

в) третий и более

г) в браке не состою

28) Длительность нахождения в браке: _____ лет.

29) Вы считаете свою семью:

а) социально защищенной

б) недостаточно социально защищенной

в) социально незащищенной

г) Ваш вариант (вписать): _____

30) Изменилось ли Ваше материальное положение в связи со сменой места жительства:

а) изменилось, улучшилось

б) изменилось, ухудшилось

в) не изменилось

31) Увеличились ли Ваши семейные расходы в связи с наступившей беременностью:

а) да, увеличились

б) остались на прежнем уровне

в) снизились_____

32) Какую часть суммарного месячного дохода семьи Вы тратите на расходы непосредственно связанные с беременностью:

а) менее 25%

б) 25-50%

в) 50-75%

г) более 75%

д) если Вы считаете возможным, впишите сумму расходов в денежном эквиваленте: _____ рублей.

33) Известно ли Вам о мерах предпринимаемых государством для поддержки молодых семей и беременных женщин:

а) да, я имею представление о мерах поддержки

б) нет, я не имею представление о мерах поддержки

в) никогда не слышала о поддержке государством молодых семей и беременных женщин

34) Нуждаетесь ли Вы в материальной помощи в связи с развившейся беременностью:

а) да, нуждаюсь

б) нет, не нуждаюсь

в) не задумывалась об этом

г) я получаю материальную помощь из различных негосударственных источников финансирования (родители, родственники, друзья и т.д.)

35) Как Вы считаете, какие факторы могут способствовать увеличению рождаемости:

а) национальные традиции

б) религиозные убеждения

в) стабильное материальное положение семьи (высокий уровень доходов)

г) семейное благополучие

д) государственные стимулы (в виде материальной помощи, пособий, повышения социального статуса беременной женщины, законодательной поддержки)

е) примеры многодетных семей

ж) на решение семьи иметь ребенка не оказывают влияния никакие факторы, кроме собственного желания семьи

е) Ваш вариант (вписать): _____

36) Как Вы считаете, какое количество детей должно быть в семье при идеальных условиях:

а) один

б) два

в) три

г) четыре и более

д) не задумывалась

37) Сколько бы Вы хотели иметь детей в своей семье, если бы для этого были все условия:

а) один

б) два

в) три

г) четыре и более

д) не задумывалась

38) Сколько Вы планируете иметь детей в своей семье на настоящий момент:

а) один

б) два

в) три

г) четыре и более

д) не задумывалась

39) Если Вы не планируете рождение детей в будущем, то почему?

а) достаточно имеющихся детей

б) карьера (или учеба) важнее детей

в) мешают материальные проблемы

г) Ваш вариант (вписать): _____

40) Имеете ли Вы хронические заболевания, которые по Вашему мнению могут негативно сказаться на рождении здорового ребенка?

а) да

б) нет

41) Удовлетворяет ли Вас уровень медицинского обслуживания в женской консультации?

а) да, удовлетворяет

б) удовлетворяет, но не в полной мере

в) не удовлетворяет

г) не задумывалась над этим.

42) Если Вас не удовлетворяет уровень обслуживания в женской консультации, то почему:

а) большие очереди на прием

б) грубое отношение медицинского персонала

в) равнодушное отношение врачей к моим проблемам со здоровьем

г) удовлетворена работой женской консультации

е) плохое отношение к иностранным гражданам

д) Ваш вариант:_____

43) Хотели бы Вы состоять на учете по беременности в негосударственном (частном) лечебном учреждении?

А) да, хочу

б) да, хочу, но не имею возможности в связи с платным обслуживанием в данных учреждениях

в) нет, не хочу

г) не задумывалась над этим.

44) Ваш уровень образования:

а) высшее образование(законченное, незаконченное)

б) среднее специальное

в) среднее

г) неполное среднее

д) начальное

е) без образования

45) Уровень образования Вашего мужа:

а) высшее образование(законченное, незаконченное)

б) среднее специальное

в) среднее

г) неполное среднее

д) начальное

е) без образования

КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

46) Половая жизнь с какого возраста _____

47) Количество половых партнеров

а) 1

б) 2

в) 3 и более

48) Данная беременность по счету:

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

д) Ваш вариант _____

49) Чем закончилась предыдущая беременность:

а) родами

б) медицинским абортом до 12 недель

в) медицинским абортом после 12 недель

г) самопроизвольным выкидышем

50) Первая беременность наступила

а) сразу с началом половой жизни

б) в течении _____

51) Течение предыдущих беременностей

а) анемия

б) гестоз

в) угроза прерывания беременности

г) ицн

52) Исход первой беременности

а) беременность первая

б) мед. аборт

в) живорождение

г) мертворождение

д) внематочная беременность

53) Исход последующих беременностей

а) беременность первая

б) мед. аборт

в) живорождение

г) мертворождение

д) самопроизвольный выкидыш

54) Течение родов

а) осложненные

б) не осложненные

в) не было родов

55) Предыдущие беременности закончились родами

а) в срок

б) преждевременные

в) запоздалые

г) не было родов

56) Контрацепция

а) не использует

б) барьерные методы

в) КОК

г) ВМС

е) не эффективные (прерванный половой акт, календарный)

57) ИППП

а) хламидиоз

б) трихомониаз

в) гонорея

г) герпес

д) микоплазмоз

е) отрицает

58) Экстрагенитальные заболевания

а) заболевания сердечно сосудистой системы

б) заболевания органов дыхания

в) заболевания жкт

г) заболевания эндокринной системы

д) анемия

е) заболевания почек

ж) заболевания ЦНС

з) отрицает

59) Бесплодие в анамнезе:

а) нет

б) до 1 года

в) до 3 лет

г) свыше 3

60) Предстоящие роды являются:

а) первыми

б) вторыми

в) третьими

г) четвертыми

д) пятыми и более

61) Какой интервал времени прошел между предыдущей и настоящей беременностью:

Впишите цифрой: _____ лет

62) Количество живых детей:

а) не имею детей

б) один

в) два

г) три

д) четыре и более

Клинические аспекты течения данной беременности.

63) Первая явка в женскую консультацию

а) до 12 недель

б) свыше 12 недель

в) после 20 недель

г) после 30 недель

д) не наблюдалась

64) Наблюдение в женской консультации

а) регулярно

б) не регулярно

в) не наблюдалась

65) Особенности течения данной беременности

а) анемия

б) гестоз 1 половины беременности

в) гестоз 2 половины беременности

г) угроза прерывания беременности

д) инфекционные заболевания

66) Биохимический скринг

а) не проведен

б) проведен- положительный

в) проведен- отрицательный

67) УЗИ скрининг

а) 2-х кратный

б) 3-х кратный

в) только в роддоме перед родами

г) не проведен

68) УЗИ скрининг проведен

а) с соблюдением сроков

б) без соблюдения сроков

69) Доплерометрия , срок, выявлено

а) нарушения есть

б) нарушений нет

в) не проводилось

70) КТГ , срок выявлено

а) 32 недели

б) 36 недель

в) не проводилось

71) Обследование на ВУИ

а) не проведено

б) проведено, выявлено

в) проведено, не выявлено

72) Беременность закончилась родами

а) преждевременные

б) срочные

в) запоздалые

73) Продолжительность родов

а) нормальные

б) быстрые

в) стремительные

74) Исход беременности

а) роды

б) выкидыш

75) Роды произошли

а) через естественные родовые пути

б) кесарево сечение

- плановое
- экстренное
- запланированное

76) Излитие околоплодных вод

а) дородовое

б) своевременное

в) раннее

г) амниотомия

77) Осложнения в родах

а) без осложнений

б) мертворожденный

в) кровотечение

г) клинически узкий таз

д) аномалии родовой деятельности

е) гестоз легкой степени

средней степени

тяжелой степени

ж) другие

78) Травматизм матери в родах

а) есть

б) нет

79) Послеродовые осложнения

а) анемия

б) кровотечение

в) эндометрит

г) мастит

д) прочие

80) Оценка по шкале Апгар

а) на первой минуте

б) на пятой минуте

81) Масса ребенка при рождении

а) 500-1000

б) 1000 – 2000

в) 2000 – 2500

г) 2500 – 3000

д) 3000 – 4000

е) более 4000

82) Патологические состояния у новорожденных

а) недоношенный

б) гипотрофия

в) расстройства дыхания

г) врожденные аномалии

д) инфекционные осложнения

83) Перинатальная смертность

а) антенатальная гибель плода

б) интранатальная гибель плода

в) ранняя неонатальная

г) младенческая смертность

84) Выписана на ____ сутки

85) Выписана - домой с ребенком

- переведена в ДГБ