

УДК 314.33(470.12)

© А.А. Шабунова

© О.Н. Калачикова

Репродуктивное здоровье как фактор качества воспроизводства населения

В статье обоснована значимость здоровья для воспроизводства населения, рассмотрены тенденции изменения репродуктивного здоровья населения Вологодской области в сравнении с общероссийскими. Выявлены основные проблемы и причины ухудшения репродуктивного здоровья, а следовательно, и качества воспроизводства населения.

Рождаемость, репродуктивное здоровье, качество воспроизводства населения.



**Александра Анатольевна
ШАБУНОВА**

кандидат экономических наук, доцент
зав. отделом Института социально-экономического развития
территорий РАН



**Ольга Николаевна
КАЛАЧИКОВА**

аспирант Института социально-экономического развития
территорий РАН

Обеспечение воспроизводства населения России в условиях сокращения его численности представляет крайне актуальную задачу, выходящую далеко за рамки сугубо демографической проблематики, от решения этой задачи зависит экономическая конкурентоспособность страны, ее место на мировой арене, сохранение целостности государства. Преодоление депопуляции может быть достигнуто двумя основными путями.

Первым из них и наиболее значимым для сохранения численности населения является снижение уровня преждевременной смертности. В целом коэффициент общей смертности в РФ в период с 2003 по 2008 г. снизился с «пиковых» 16,4 до 14,6 на 1 тыс. чел. населения. Однако, например, этот же показатель в странах ЕС составлял в 2007 г. (в среднем) 9,7 на 1 тыс. чел. населения [2], что говорит о сохранении существенного резерва дальнейшего улучшения ситуации

в России. И в стране, и в регионе он заключается в снижении уровня младенческой смертности; сокращении смертности от управляемых причин; преодолении преждевременной смертности среди населения старше трудоспособного возраста на основе повышения качества жизни пожилых людей; укреплении общественного здоровья за счет повышения эффективности деятельности здравоохранительной системы и активизации здоровьесберегающего поведения населения [5, 6].

Второй путь — изменение ситуации в сфере рождаемости. Здесь в последнее десятилетие происходят позитивные перемены. Общий коэффициент рождаемости в России, достигнув наименьшего значения в 1999 г. — 8,3 ‰, в 2004 г. увеличился до 10,4 ‰, а к 2008 г. — до 12,1 ‰. Для сравнения: в странах Евросоюза в 2007 г. общий коэффициент рождаемости составил 10,6 ‰ в среднем, с максимальным значением — 13 ‰ — во Франции. То есть предполагать значительное повышение рождаемости, на наш взгляд, не приходится. Но обращает на себя внимание другое. Согласно данным медицинской статистики, почти 40% детей в России рождаются больными. В этой связи следует ориентироваться не столько на повышение уровня рождаемости, сколько на его сохранение и в то же время повышение качества воспроизводства населения. Последнее невозможно без сохранения и повышения репродуктивного здоровья населения.

Репродуктивное здоровье — это важнейшая составляющая общего здоровья каждого конкретного человека, каждой семьи и общества в целом. Всемирная организация здравоохранения определяет репродуктивное здоровье как способность людей к зачатию и рождению детей,

возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), гарантия безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательных¹. Создание в обществе благоприятных условий и предпосылок для достижения оптимального уровня репродуктивного здоровья позволяет женщинам благополучно пройти этап беременности и родов и дает супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. Понятие «репродуктивное здоровье» касается как женщин, так и мужчин [8].

Для характеристики репродуктивного здоровья чаще используются показатели материнской и младенческой смертности, уровень аборт, заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем и т. д. Однако, на наш взгляд, не менее значим потенциал родительского здоровья, особенно репродуктивного, так как он во многом определяет возможность зачатия, течение беременности и родов, здоровье будущего ребенка. В связи с этим целесообразно дополнить приведенную выше характеристику репродуктивного здоровья блоком показателей, иллюстрирующих уровень здоровья половой сферы будущих родителей (*табл. 1*).

Исследование репродуктивного здоровья в связи с фрагментарностью статистических данных проведено на региональном уровне.

С начала XXI века отмечается снижение потенциала репродуктивного здоровья будущих родителей. Заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в Вологодской области увеличилась с 30 случаев на 1 тыс. чел. нас. в 2000 г. до 40 случаев в 2007 г. (*рис. 1*).

¹ Цитировано по: Стратегия в области репродуктивного здоровья [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 2004. — С. 8. — Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_rus.pdf

Таблица 1. Структура оценки репродуктивного здоровья

Характеристика	Показатели	Единица измерения
Здоровье половой сферы будущих родителей	Заболееваемость болезнями мочеполовой сферы	Случаев на 1 тыс. чел.
	Эндометриоз	Случаев на 100 тыс. чел.
	Эрозия и эктропион шейки матки	Случаев на 100 тыс. чел.
	Расстройства менструации	Случаев на 100 тыс. чел.
	Сальпингит, оофорит	Случаев на 100 тыс. чел.
	Болезни предстательной железы	Случаев на 100 тыс. чел.
Способность людей к зачатию и рождению детей	Мужское бесплодие	Случаев на 100 тыс. чел.
	Женское бесплодие	Случаев на 100 тыс. чел.
Возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем	Заболееваемость гонореей	Случаев на 100 тыс. чел.
	Заболееваемость сифилисом	Случаев на 100 тыс. чел.
Возможность планирования беременности	Число аборт	На 1 тыс. женщин репродуктивного возраста
	Использование контрацепции: ВМС, ГОК	В % от числа женщин фертильного возраста
Безопасность беременности и родов	Заболееваемость беременных по нозологическим формам	В % от закончивших беременность
	Осложнения беременности и родов, заболееваемость	Случаев на 1 тыс. женщин фертильного возраста
	Преждевременные роды	В % от закончивших беременность
	Заболевания, осложнившие роды и послеродовый период	Случаев на 1 тыс. родов
Выживание ребенка и благополучие матери	Младенческая смертность	Число умерших на 1 тыс. родившихся живыми
	Материнская смертность	Число умерших на 100 тыс. живорожденных
	Врожденные аномалии и пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	Случаев на 100 тыс. чел.
	Доля детей, родившихся больными	В % от числа родившихся живыми
	Родилось недоношенными	В % от числа родившихся живыми

Рисунок 1. Заболееваемость болезнями мочеполовой сферы (на 1 тыс. чел.) [5, 9]

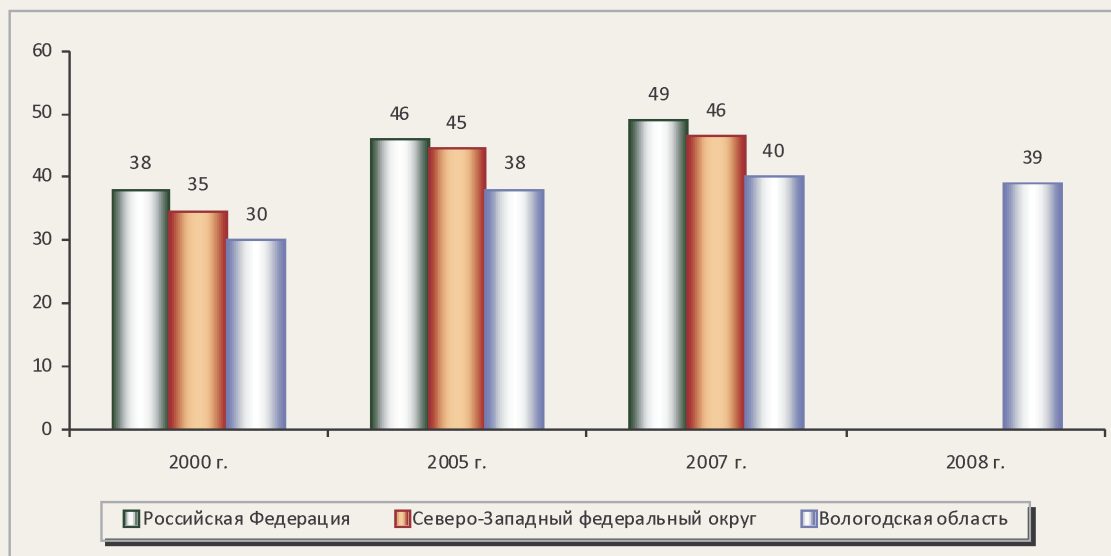


Таблица 2. Заболеваемость болезнями репродуктивной сферы (на 100 тыс. чел.) [5, 9]

Заболевания	2000 г.		2008 г.		2008 г. к 2000 г., %	
	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ
Нарушения в менопаузе	158,2	н.д.	305	н.д.	193	н.д.
Эндометриоз	54,3	н.д.	91,6	н.д.	169	н.д.
Болезни предстательной железы	234,8	н.д.	352,5	н.д.	150	н.д.
Эрозия и эктропион шейки матки	545,9	812,3	687,5	807,0	126	99
Расстройства менструации	1 441,1	876,9	1 549,6	1 276,9	108	146
Сальпингит, оофорит	335,1	н.д.	272,2	н.д.	81	н.д.

Таблица 3. Заболеваемость бесплодием (на 100 тыс. чел.) [5, 9]

Бесплодие	2000 г.		2007 г.		2008 г.		2008 г. к 2000 г., %	
	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ
Мужское	0,3	н.д.	1,2	н.д.	1,1	н.д.	367	н.д.
Женское	72,2	138,4	91,8	183,0	98,2	183,0	136	132

Рисунок 2. Заболеваемость гонореей (на 100 тыс. чел.) [5, 9]



Рост заболеваемости отмечается и по многим нозологическим формам болезней репродуктивной сферы как женщин, так и мужчин, что увеличивает риск бесплодия, осложнений беременности и родов (табл. 2).

Способность к зачатию и вынашиванию ребенка снижается. Существенно возросла заболеваемость женским бесплодием (табл. 3). Показатель мужского бесплодия в 2008 г. почти в 4 раза превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин.

В то же время, по оценкам ВОЗ, в 45% случаев бесплодных браков² «виновным» является мужчина, в 40% случаев – женщина и 15% причин бесплодия приходится на несовместимость супругов, иммунологическую форму бесплодия и другие причины. Такое несоответствие может свидетельствовать о проблеме недостаточного охвата мужчин специалистами-androлогами и «перекладывание» части диагнозов на женщин – следовательно, реальный уровень бесплодия у мужчин выше статистического. Рост первичной заболеваемости

² Бесплодной считается пара, если беременность не наступает спустя 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения. У 30% здоровых супружеских пар беременность наступает в первые 3 месяца совместной жизни, еще у 60% – в течение последующих 7, у оставшихся 10% – через 11-12 месяцев после начала половой жизни.

отчасти связан с повышением уровня диагностики в связи с реализацией программ вспомогательных репродуктивных технологий.

Существенно повышают вероятность бесплодия заболевания, передающиеся половым путем, также являющиеся характеристикой репродуктивного здоровья. Благодаря программе «АнтиВич-СПИД», реализуемой в Вологодской области, уровень общей заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, снизился с 13 211 случаев в 2000 г. до 7 207 в 2007 г. Однако в области чаще диагностируется одна из наиболее распространенных инфекций – гонорея (рис. 2).

Невысокая сексуальная культура и социально-гигиеническая грамотность населения, в первую очередь молодежи, являются фактором ухудшения репродуктивного здоровья.

Социологическое исследование³ показывает, что ранний сексуальный дебют более характерен для мужчин: ранее 17 лет половую жизнь начали 27% юношей и 15% девушек (табл. 4). При этом 56% первых половых контактов были не защищены.

Социально-гигиеническая неграмотность распространена и среди взрослого населения. Анализ социологических дан-

ных показал, что информированность 49% населения репродуктивного возраста в вопросах репродукции ниже среднеобластного уровня (3,9 балла по 5-балльной шкале).

Вместе с тем непостоянные, случайные сексуальные контакты имеют 13% жителей репродуктивного возраста, из них 12% вообще не пользуются контрацептивными средствами, что увеличивает вероятность заболевания инфекциями, передающимися половым путем.

Невысокая грамотность населения в вопросах репродукции и безответственность в сексуальном поведении увеличивают риск нежелательной беременности, влекущей за собой аборт. Косвенное подтверждение этих выводов позволило получить анализ причин бесплодия, выполненный в ходе реализации программы «ЭКО», стартовавшей в Вологодской области с 2005 г. По экспертным оценкам, 80% случаев бесплодия вызвано неграмотным репродуктивным поведением.

Около 56% беременностей в регионе заканчивается хирургическим прерыванием. Несмотря на снижение числа абортс с 68 на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста в 2000 г. до 50 в 2008 г., данный уровень в соответствии с классификацией ООН определяется как высокий⁴ (рис. 3).

Таблица 4. Распределение ответов на вопрос: «С какого возраста Вы живете половой жизнью?»

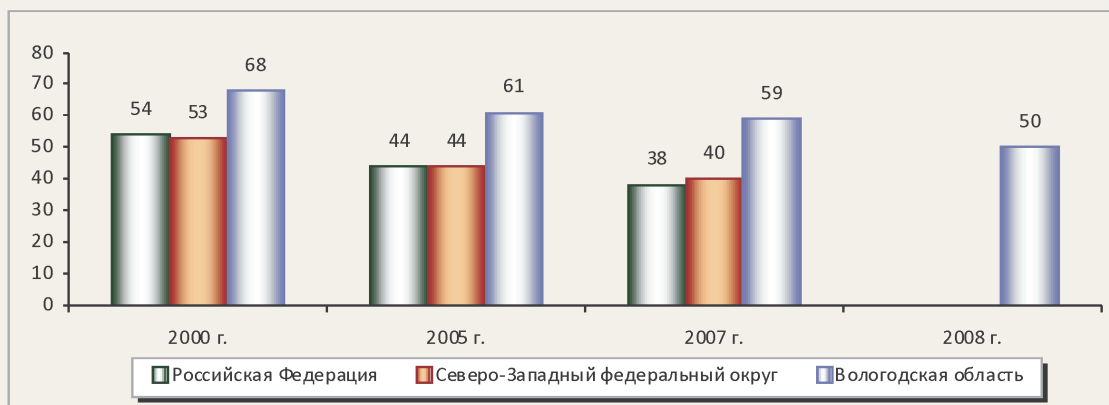
Возраст	Мужчины		Женщины	
	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
До 17 лет	29,1	27,2	15,1	17,7
С 17 лет	21,8	20,3	19,8	17,1
С 18 лет и старше	34,9	43,7	49,9	52,8
Не живу половой жизнью	13,1	7,9	14,4	11,2

Источник: данные мониторинга репродуктивного потенциала населения ИСЭРТ РАН, 2007, 2008 гг.

³ Мониторинг репродуктивного здоровья населения Вологодской области с 2004 г. проводит ИСЭРТ РАН (бывший Вологодский научно-координационный центр Центрального экономико-математического института РАН). Тип выборки – районированная, квотная по полу и возрасту. Ошибка выборки не превышает 5%.

⁴ Уровни частоты абортов на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10-19, средний – 20-49, высокий – 50 и более (ООН).

Рисунок 3. Число абортсв на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет) [5, 7]



Важной характеристикой репродуктивного здоровья является также протекание беременности и родоразрешения. В свою очередь, репродуктивное здоровье влияет на течение беременности и на ее исход. За период с 2003 по 2007 г. заболеваемость беременных женщин увеличилась. Наиболее часто встречается анемия, второе место занимают болезни мочеполовой системы, третье – отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (табл. 5).

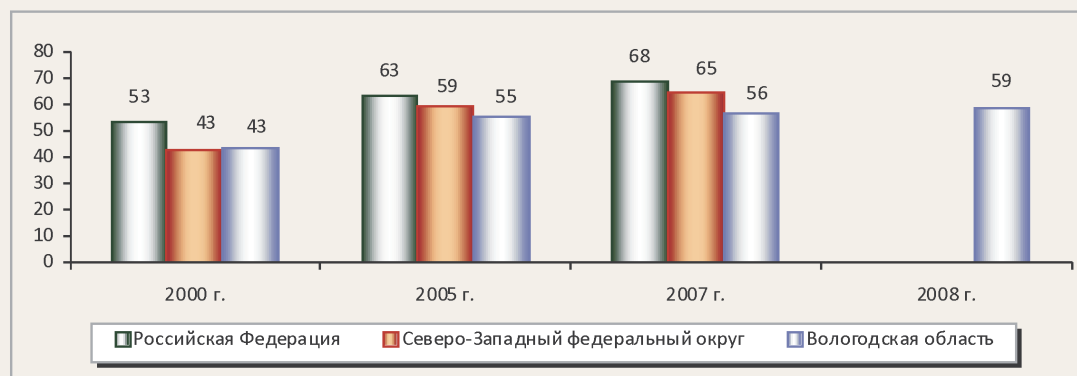
Степень распространенности осложнений беременности и родов в регионе увеличилась с 43 случаев на 1 тыс. женщин фертильного возраста в 2000 г. до 59 в 2008 г. (рис. 4).

Рост заболеваемости беременных и осложнений беременности и родов свидетельствует о снижении потенциала здоровья женщин в целом. Все это указывает на необходимость комплексного медицинского обследования женщин и коррек-

Таблица 5. Структура заболеваемости беременных женщин в 2003 – 2007 гг., в % [3, 9]

Заболевания	2003 г.		2007 г.		2007 г. к 2003 г., %	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
Анемия	42	36	39	31	93	86
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	22	15	19	11	86	73
Болезни мочеполовой системы	20	23	20	20	100	87
Болезни системы кровообращения	14	7	10	7	71	100
Венозные осложнения	4	2	4	2	100	100
Другие болезни	-	11	-	22		200

Рисунок 4. Осложнения беременности и родов, заболеваемость на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет) [5, 7]



ровки состояния их здоровья в период, предваряющий зачатие. Данная необходимость обусловлена наличием двух тенденций репродуктивного поведения населения. Это, во-первых, незначительная распространенность планирования семьи (как следствие – неожиданные беременности); во-вторых, низкий уровень сексуальной культуры и социально-гигиенической грамотности части населения. В результате увеличивается вероятность незапланированной беременности, осложненных родов, отклонений в развитии плода, рождения ослабленного ребенка. Потенциал здоровья родителей, течение беременности и родов во многом определяют здоровье будущего ребенка, и поэтому требуется своевременное выявление и оперативное решение существующих проблем.

Результатом осложненного анамнеза беременных становятся преждевременные роды, рождение больных детей, материнская и младенческая смертность, мертворождаемость.

Преждевременными родами⁵ заканчивается примерно 4% беременностей в регионе, что несколько выше общероссийского уровня (табл. 6).

Частота рождения недоношенных детей в России в среднем за рассматриваемый период составляет 5,9% новорожденных, в Вологодской области – 5,5%. Наблюдается тенденция снижения показателя недоношенности, причем в регионе темпы снижения выше среднероссийских (табл. 7).

Параллельно в регионе улучшается здоровье новорожденных детей: в 2000 г. доля детей, родившихся больными или

Таблица 6. Преждевременные роды (в % от числа закончивших беременность) [5, 9]

Территория	2000 г.	2008 г.	2008 г. к 2000 г., %
г. Череповец	2,9	3,8	131
г. Вологда	4,1	4,1	100
Районы	7,0	4,2	60
Область	3,8	4,1	108
<i>Справочно: Российская Федерация</i>	4	3,3*	83

* Данные на 2007 г.
Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2001, 2003, 2005, 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008; Рассчитано по: Российский статистический ежегодник – 2008 г. / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

Таблица 7. Родилось недоношенными (в % от числа родившихся живыми) [5, 9, 10]

Территория	2000 г.	2008 г.	2008 г. к 2000 г., %
г. Череповец	7,6	4,4	58
г. Вологда	7,3	5,9	81
Районы	5,3	4,3	81
Область	6,6	5,2	79
<i>Справочно: Российская Федерация</i>	5,9	5,3*	90

* Данные на 2007 г.
Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2001, 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2002, 2008; Рассчитано по: Российский статистический ежегодник – 2008 г. / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru; Семья в России – 2008 г. / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru.

⁵ В России преждевременными родами называют роды, наступившие на сроке от 28 до 37 недель беременности. При этом недоношенными принято считать детей, родившихся с массой тела от 1000 до 2500 г, при росте от 35 до 45 см и с признаками общей незрелости организма (Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med74.ru>).

заболевших, составляла 39,9%; в 2007 г. — 32,5%, что меньше, чем по России (рис. 5). Однако, даже при положительной динамике, значение данного показателя является весьма высоким. То, что положительная тенденция в этом аспекте существует, косвенно подтверждается снижением вероятности для ребенка умереть до 5-летнего возраста (с 19,6 на 1 тыс. живорожденных в 2000 г. до 13 в 2006 г.). По сравнению со странами ЕС, в которых аналогичный показатель изменялся от 7,07 в 2000 г. до 5,7 на 1 тыс. живорожденных в 2006 г., в Российской Федерации данная проблема остается весьма острой [1].

Материнская смертность и в России, и в регионе, несмотря на снижение числа умерших, продолжает значительно превышать уровень стран ЕС (рис. 6).

Таким образом, проведенный анализ позволяет отнести к наиболее благополучным показатели, характеризующие, в первую очередь, работу службы родовспоможения, которая обеспечила снижение младенческой и материнской смертности, числа рождений недоношенных детей, некоторое улучшение здоровья новорож-

денных. Возможность планирования беременности также имеет положительные аспекты: уменьшается число аборт, повышается уровень использования контрацептивных средств. Снижается заболеваемость болезнями, передающимися половым путем, что повышает возможность безопасных сексуальных отношений.

Наряду с этим сильны отрицательные тенденции: сохранение роста заболеваемости мочеполовой системы, гинекологической заболеваемости, бесплодия, заболеваемости беременных женщин, что говорит о низком уровне не только потенциала здоровья населения в целом, но и популярности здорового образа жизни и ответственности за здоровье будущих детей.

Несмотря на положительные тенденции, Российская Федерация (и Вологодская область в частности) продолжает значительно уступать странам Европейского Союза по всем характеристикам репродуктивного здоровья.

Потенциал репродуктивного здоровья родителей, культура и грамотность репродуктивного поведения, влияя на возможность зачатия, течение беременности и

Рисунок 5. Здоровье новорожденных детей: родились больными или заболели (в % от числа родившихся живыми) [10]



Источник: данные оргметодкабинета Вологодской областной детской больницы.

Рисунок 6. Материнская смертность (число умерших на 100 тыс. живорожденных) [1, 2, 3]



родов, здоровье матери и ребенка, во многом обуславливают качество воспроизводства населения. Это определяет необходимость и значимость репродуктивного здо-

ровья и требует систематической работы по формированию культуры репродуктивного поведения, своевременному выявлению проблем и их решению.

Литература

1. Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009.
2. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>
3. Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.
4. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med74.ru>
5. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000, 2002, 2006, 2008 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009.
6. Региональная стратегия экономического роста – 2015 / под ред. В.А. Ильина; ВНКЦ ЦЭМИ РАН. – М.: Наука, 2007. – 244 с.
7. Регионы России. Социально-экономические показатели, 2008 [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru
8. Репродуктивное здоровье: роль ВОЗ в глобальной стратегии. Охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи: качество помощи // Материалы 48-й сессии ВОЗ. Серия технических докладов № 569. – Женева: ВОЗ, 1977. – С. 7.
9. Российский статистический ежегодник, 2008 [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru
10. Семья в России – 2008 г. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru
11. Стратегия в области репродуктивного здоровья [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2004. – С. 8. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_rus.pdf