

Медико-социальные проблемы в профилактике репродуктивных потерь населения в современных условиях (на примере Омской области)

А.Е.Стороженко¹, Ю.В.Ерофеев², О.В.Мигунова¹

¹Министерство здравоохранения Омской области

²Новосибирский НИИ гигиены

(директор — д.м.н. В.В.Турбинский)

Репродуктивные потери в Омской области статистически значимо выше, чем в РФ, и составили в 2010 г. 7,1 на 100 родившихся живыми (в РФ — 5,0). В социологическом исследовании эффективности государственных мер социальной поддержки приняли участие 640 женщин, имевших детей в возрасте до трех лет. Выявлены статистически значимые различия в физическом развитии новорожденных (масса и длина тела) и уровне материального благосостояния между основной и контрольной группами. Сделан вывод о том, что при предоставлении адресной социальной помощи беременным женщинам должны учитываться не только медицинские, но и социальные показания.

Ключевые слова: репродуктивные потери, питание беременных, железодефицитная анемия беременных, физическое развитие детей, адресная социальная помощь

Medical and Social Problems in Reproductive Loss Prevention of Population in the Current Conditions (by the Example of Omsk Region)

A.E.Storozhenko¹, Yu.V.Erofeev², O.V.Migunova¹

¹Ministry of Healthcare of the Omsk region

²Novosibirsk Research Institute of Hygiene

(Director — DMedSci V.V.Turbinskiy)

Reproductive losses in the Omsk region were significantly higher than in the whole of Russia, and in 2010 amounted to 7.1 per 100 live births (in the Russian Federation — 5.0). In the sociological study conducted to examine the effectiveness of the provision of social support was attended by 640 women with children under three years of age. There were statistically significant differences in the physical development of the newborn (weight and body length), and the level of material well-being in the experimental and control groups. It was made a conclusion that not only medical but also social indications should be taken into account when providing targeted social assistance to pregnant women.

Key words: reproductive losses, nutrition of pregnant, iron deficiency anemia in pregnant, physical development of children, targeted social assistance

За время осуществления в России социально-экономических преобразований произошло ухудшение основных демографических показателей [1–4]. Анализ данных о состоянии здоровья беременных женщин выявил, что в 2011 г. сохранялся высокий уровень их заболеваемости — 80,2 на 100 закончивших беременность, что на 0,8% превышает уровень 2006 г. (79,6%) [5]. По данным ВОЗ, частота железодефицитных анемий у беременных в странах с

высоким уровнем жизни населения и низкой рождаемостью составляет 8–20%, а в экономически слаборазвитых странах достигает 80% [6]. В России уменьшение частоты анемии беременных с 41,6% (от общего числа закончивших беременность) в 2006 г. до 34,0% в 2011 г., или на 18,1%, является признаком некоторого повышения уровня жизни населения, поскольку анемия рассматривается экспертами ВОЗ как индикатор социального благополучия населения (анемия — «болезнь бедных») [5]. Обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и организации торговли, осуществляется по заключению врачей в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации [7].

В ходе реформ беременные женщины попали в группу высокого риска в связи с повышением частоты развития же-

Для корреспонденции:

Мигунова Ольга Валерьевна, кандидат медицинских наук, начальник Управления стратегического развития и реформирования здравоохранения Министерства здравоохранения Омской области

Адрес: 644099, Омск, ул. Красный Путь, 6

Телефон: (3812) 23-1847

E-mail: olyamigunova@rambler.ru

Статья поступила 11.11.2013, принята к печати 25.12.2013

лезодифицитных анемий, невынашивания беременности и осложненных родов. Это, в свою очередь, увеличило число детей, рождающихся больными [8]. Таким образом, осуществление мер адресной социальной помощи беременным женщинам как по медицинским, так и по социальным показателям весьма актуально.

Представляется достаточно ценным для изучения и осмысления опыт США: одной из крупных программ продовольственной помощи, реализуемых Минсельхозом США, является дополнительное питание детей, беременных и кормящих женщин. Условиями участия в данной программе является доход семьи ниже 185% уровня бедности. Механизмы адресной продовольственной поддержки населения (не относящиеся к социальному питанию) в России практически не используются. В некоторых субъектах Российской Федерации имеются положительные примеры, однако их масштаб незначителен [9].

Цель исследования — разработка научно обоснованных мер адресной продовольственной поддержки беременных женщин (базирующейся на продукции агропромышленного комплекса Омской области) в целях снижения репродуктивных потерь.

Материалы и методы

Для анализа репродуктивных потерь использовали официальные статистические данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Омской области и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации за период 2005–2011 гг. Социологическое исследование проводили на случайной репрезентативной выборке из жителей сельских районов Омской области (всего было 640 женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет), давших согласие на участие в исследовании. Для исследования была разработана анкета, включающая общую информацию, антропометрические данные, данные о состоянии здоровья, информацию о питании матери и ребенка. В ходе исследования были сформированы две группы — основная и контрольная. Критерием формирования групп было предоставление мер социальной поддержки по обеспечению полноценным питанием в период беременности. Основную группу составили 235 женщин в возрасте 19–45 лет, контрольную — 405 женщин в возрасте 17–45 лет.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа: *t*-критерия Стьюдента, *U*-критерия Манна–Уитни для числовых данных, рангового коэффициента корреляции Спирмена. Накопление, корректировка, систематизация, статистический анализ исходной информации и визуализация полученных результатов проводились в электронных таблицах Excel стандартного пакета Microsoft Office с использованием программы Statistica 6.

Результаты исследования и их обсуждение

Численность населения Омской области на 1 января 2012 г. составила 1974,8 тыс. человек, удельный вес населения муниципальных районов — 41,4%, доля сельского

населения — 28,4%. За рассмотренный период демографическая ситуация в Омской области, как и в целом по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу, характеризовалась снижением численности населения. В Омской области за период 2005–2011 гг. наблюдалась статистически значимая умеренная тенденция к росту общего коэффициента рождаемости ($T_{пр.} = +4,7\%$, $p < 0,001$). Уровень общего коэффициента рождаемости (12,1 на 1000 населения) при этом был выше среднероссийского (11,6‰), но ниже, чем по регионам Сибирского федерального округа (13,0‰). Анализ динамики общего коэффициента рождаемости и возрастных коэффициентов рождаемости не позволяет сделать вывод о том, что происходило с рождаемостью за рассматриваемый период времени. Суммарный коэффициент рождаемости показывает, сколько детей рождает в среднем одна женщина за всю свою жизнь с 15 до 50 лет при условии, что на всем протяжении репродуктивного периода жизни данного поколения возрастные коэффициенты рождаемости в каждой возрастной группе остаются неизменными на уровне расчетного периода. За период 2005–2011 гг. в Омской области отмечалась выраженная тенденция к росту суммарного коэффициента рождаемости ($T_{пр.} = +5,1\%$, $p < 0,001$). Рост данного показателя был более выражен среди сельского населения ($T_{пр.} = +5,2\%$), чем среди городского ($T_{пр.} = +5,0\%$, $p < 0,001$). Уровень специального коэффициента рождаемости в 2005–2011 гг. для городского населения составил 1,269 и был ниже, чем для сельского населения, — 1,873 соответственно (*U*-критерий Манна–Уитни $Z = -3,13$, $p = 0,0017$). Если учесть, что критическое значение этого показателя для России составляет 2,12, а за период с 2005 по 2011 г. в целом по Омской области его значение было на уровне 1,5, то можно говорить о крайне неблагоприятной ситуации.

Общие репродуктивные потери в Омской области за рассмотренный период были значительно выше, чем в целом по РФ (*U*-критерий Манна–Уитни $Z = 2,88$, $p = 0,0039$), и составили в 2005 г. 12,0, в 2010 г. — 7,1 на 100 родившихся живыми (в РФ — 5,3 и 5,0 соответственно). В абсолютном выражении это более 2,5 тыс. детей в 2005 г. и более 1,8 тыс. в 2010 г. (рис. 1).

На протяжении ряда лет в Омской области реализуются меры социальной поддержки беременных женщин. Так, в соответствии с законодательством РФ [10] постановлением Правительства Омской области в 2006 г. установлен в качестве меры социальной поддержки по обеспечению полноценным питанием бесплатный отпуск сбалансированных белковых продуктов, предназначенных для дополнительного питания беременных женщин, и определен порядок предоставления данной меры социальной поддержки. Перечень медицинских показаний для предоставления мер социальной поддержки беременным женщинам утвержден Министерством здравоохранения Омской области. В него входят дефицит массы тела беременной женщины, анемия (уровень гемоглобина ниже 90 г/л), целиакия, синдром задержки развития плода на фоне хронической плацентарной недостаточности.

По данным социологического опроса, проведенного среди женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, предоставление мер социальной поддержки беременным женщинам

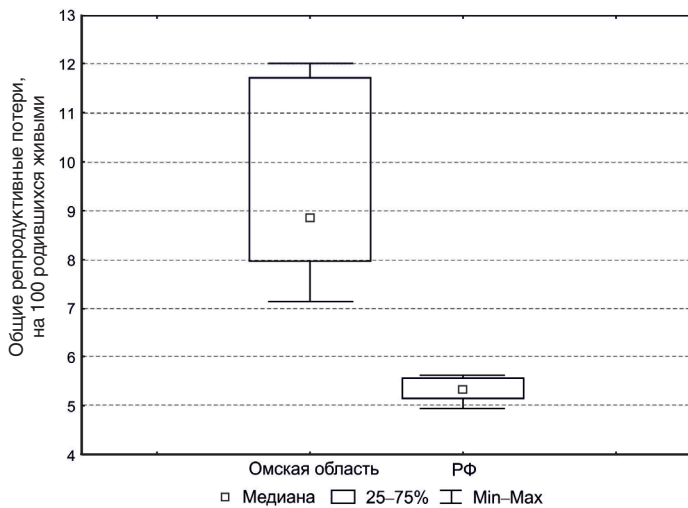


Рис. 1. Общие репродуктивные потери в Омской области и РФ за период 2005–2010 гг. (на 100 родившихся живыми).

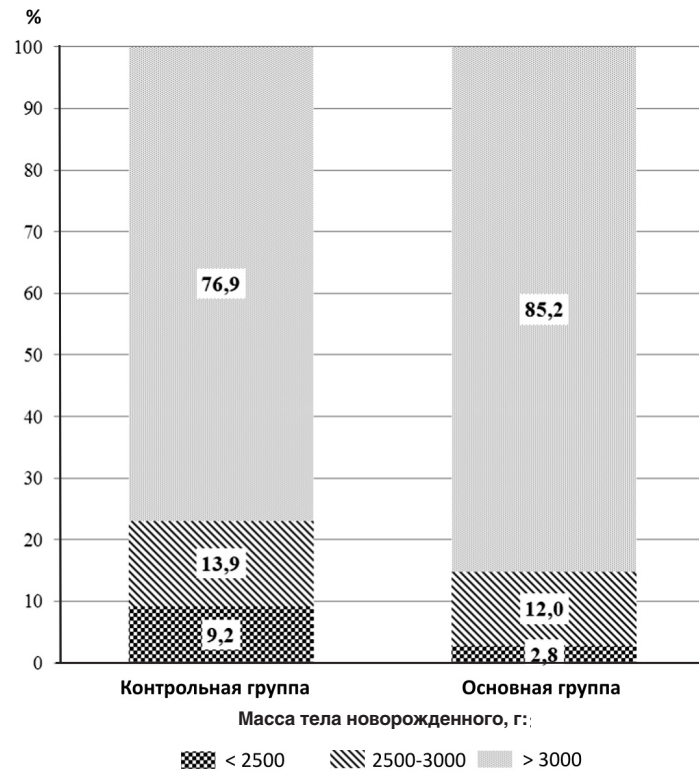


Рис. 2. Распределение новорожденных по массе тела в основной и контрольной группах (по данным социологического исследования).

по бесплатному отпуску сбалансированных белковых продуктов, предназначенных для дополнительного питания, оказывало влияние на физическое развитие новорожденных. Средняя масса тела ребенка в основной группе была выше, чем в контрольной, — $3391,7 \pm 495,2$ г и $3274,7 \pm 564,4$ г соответственно ($t = 2,13, p = 0,033$). Удельный вес детей с массой тела свыше 2500 г в основной группе был больше, чем в контрольной, — 97,2% и 90,8% ($\varphi = 2,7, p < 0,001$), удельный вес детей с массой тела свыше 3000 г в указанных группах составил соответственно 85,2% и 76,9% ($\varphi = 1,9, p < 0,05$) (рис. 2). При оценке показателей роста

новорожденных также отмечено, что в основной группе длина тела была больше, чем в контрольной группе, — $52,8 \pm 2,6$ см и $52,2 \pm 3,3$ см ($t = 2,10, p = 0,036$). При сравнении выборки детей (основная и контрольная группы участников исследования) с популяцией новорожденных детей в целом по Омской области различий не установлено (для массы тела ребенка свыше 2500 г — 92,8% и 93,7%, $\varphi = -0,7, p < 0,001$; для массы тела ребенка свыше 3000 г — 79,5% и 76,9%, $\varphi = 1,2, p < 0,001$ соответственно).

Материальное положение семьи во многом определяет образ жизни и, естественно, во время беременности возможность женщины получать полноценное питание фактически предопределена уровнем дохода семьи. В данном исследовании были проанализированы доходы семей, в том числе на одного члена семьи, и расходы семей на питание. Как для выборки в целом, так и для основной и контрольной групп установлено, что чем выше доход на одного члена семьи, тем выше расходы на питание (прямая сильная корреляционная зависимость: $r = +0,65, r = +0,62$ и $r = +0,64$ соответственно, $p < 0,001$). Согласно нормативным документам, меры социальной поддержки предоставляются по медицинским показаниям. Однако в ходе исследования было установлено, что назначение дополнительного питания проводилось как по медицинским, так и по социальным показаниям, о чем свидетельствует прежде всего то, что доход на одного члена семьи в основной группе был статистически значимо ниже, чем в контрольной группе, и составил 3333,3 (1250–7225) рублей (медиана и интерквартильный размах) против 4000 (1400–10000) рублей ($t = -2,97, p = 0,003$). Кроме того, было показано, что социально-экономические факторы (доходы семьи и расходы семьи на питание) оказывают влияние на физическое развитие новорожденных. Так, установлена зависимость между расходами на питание семей и массой тела новорожденных (корреляционная связь слабой силы: $r = +0,12, p < 0,001$). Доход на одного члена семьи также влиял как на массу, так и на длину тела ребенка при рождении (корреляционная связь слабой силы: $r = +0,13$ и $r = +0,15$ соответственно, $p < 0,001$).

При заполнении анкет более чем в половине случаев не были указаны медицинские показания для предоставления мер социальной поддержки.

Мероприятия по адресной социальной помощи беременным женщинам включены в программы Омской области «Развитие здравоохранения Омской области до 2020 года» и «Развитие системы внутренней продовольственной помощи, базирующейся на продукции агропромышленного комплекса Омской области, на 2013–2016 годы». Вместе с тем финансовое обеспечение данных мероприятий не позволяет в полной мере удовлетворить потребности (ежегодно выделяется не более 1 млн рублей).

Таким образом, проведенное исследование показало высокую социальную значимость и востребованность обеспечения полноценным питанием беременных женщин в Омской области как одного из факторов, позволяющих снизить репродуктивные потери. При этом установлено, что не только медицинские, но и социальные показания должны быть учтены при предоставлении адресной социальной помощи беременным женщинам.

Литература

1. Величковский Б.Т. Жизнеспособность нации. М.: РАМН, 2009. 176 с.
2. Шкарин В.В., Величковский Б.Т., Позднякова М.А. Социальный стресс и медико-демографический кризис в России. Н. Новгород: НГМА, 2006. 246 с.
3. Щепин О.П., Тишук Е.А. Медико-демографические проблемы в Российской Федерации // Вестн. РАМН. 2005. №9. С.3–6.
4. Антонов А.И., Медков В.М., Архангельский В.Н. Демографические процессы в России XXI века / Под ред. А.И.Антонова. М.: ИД «Грааль», 2002. 168 с.
5. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации [Электронный ресурс]. Москва, 2012. 191 с. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/materinstvo_i_detstvo/2008/RODOVSPOM.pdf (дата обращения: 25.10.2013).
6. Протопопова Т.А. Железодефицитная анемия и беременность [Электронный ресурс] // Русский медицинский журнал [Официальный сайт]. 2012, №17. Ст.862. URL: http://www.rmj.ru/articles_8312.htm (дата обращения: 05.09.2013).
7. Федеральный закон от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. № 263.
8. Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. №2. С.8–17.
9. Проект концепции разработки мер поддержки отечественных производителей и переработчиков сельскохозяйственной продукции на основе механизмов внутренней продовольственной помощи в рамках «зеленой корзины» ВТО [Электронный ресурс] // Министерство сельского хозяйства Российской Федерации [Официальный Интернет-портал]. Москва, 2013. 16 с. URL: http://www.mcx.ru/documents/file_document/show/23336.htm (дата обращения: 05.09.2013).
10. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93 № 5487-1 // Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. №33.

Информация об авторах:

Стороженко Андрей Евгеньевич, кандидат медицинских наук, министр здравоохранения Омской области
Адрес: 644099, Омск, ул. Красный Путь, 6
Телефон: (3812) 23-3525
E-mail: minzdrav@minzdrav.omskportal.ru

Ерофеев Юрий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Центра региональных исследований Новосибирского НИИ гигиены
Адрес: 630108, Новосибирск, ул. Пархоменко, 7
Телефон: (383) 343-3401
E-mail: erofeev@rambler.ru

СТРАНИЧКА УЧЕНОГО СОВЕТА РНИМУ им. Н.И.ПИРОГОВА

Информация о защитах диссертаций на соискание ученой степени доктора наук в ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Автор	Тема	Специальность
Киспаева Токжан Тохтаровна	Когнитивные нарушения в остром периоде церебрального инсульта	14.01.11 – нервные болезни
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Научный консультант – чл.-кор. РАМН, проф. В.И.Скворцова. Защита состоится на заседании диссертационного совета Д 208.072.09 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464)</i>		
Милушкина Ольга Юрьевна	Закономерности формирования морфофункциональных показателей детей и подростков в современных санитарно-гигиенических и медико-социальных условиях	14.02.01 – гигиена
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Научный консультант – д.м.н., доц. Н.А.Скоблина. Защита состоится на заседании диссертационного совета Д 208.072.06 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464).</i>		