

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

---

*На правах рукописи*

**УДК: 614.2:618.1 – 575.172**

**Бекбаулиева Гулистан Ниетбаевна**

Медико-социальные и организационные направления формирования репродуктивного здоровья населения приаралья и перспективы их развития

**14. 00. 33 – Общественное здоровье и здравоохранение  
14.00.01 – Акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Ташкент – 2009**

Работа выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей и Ташкентской Медицинской Академии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан

Научные консультанты: Доктор медицинских наук, профессор  
**АСАДОВ Дамин Абдурахманович**  
Доктор медицинских наук, профессор  
**АЮПОВА Фарида Мирзаевна**

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук, профессор  
**КАРИМОВ Учкун Абдуллаевич**  
Доктор медицинских наук, профессор  
**МАХМУДОВА Наима Махмудовна**  
Доктор медицинских наук, профессор  
**КУРБАНОВ Джахангир Джамалович**

Ведущая организация: **Национальный НИИ общественного здоровья Российской Академии Медицинских Наук**

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2009 года  
в \_\_\_\_ часов на заседании Специализированного Совета Д.087.09.03 при  
Ташкентской Медицинской Академии (100109, Ташкент, ул. Фароби, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской  
Медицинской Академии

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2009 года

Ученый секретарь  
Специализированного Совета,  
к.м.н., доцент

Саломова Ф. И.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ**

**Актуальность работы.** Интенсивный рост численности народонаселения Земли в последние десятилетия стал предметом особого внимания политиков, экономистов, медиков. На Каирской конференции, посвященной народонаселению (1994) была подчеркнута необходимость систематического анализа народонаселения и формирования соответствующей демографической политики.

В Узбекистане за последние 15 лет произошло существенное снижение показателей рождаемости. Однако показатели материнской и младенческой смертности все еще остаются достаточно высокими (24,3‰ и 14,8‰ соответственно). В структуре причин материнской смертности ведущая роль принадлежит акушерским кровотечениям, а в структуре ранней неонатальной - преобладает доля недоношенных детей, удельный вес которых не имеет склонности к снижению, что заставляет искать их причины и факторы риска.

Медико-демографические процессы, происходящие в республике столь динамичны и многогранны, что многие их аспекты, в частности, социально-экономические условия, поведенческие реакции населения в отношении образа жизни и репродукции, гендерное равенство и другие факторы, тем более связанные с подростками, включая их репродуктивные взгляды, половое образование и гигиеническое воспитание, в Узбекистане, в том числе в Приаралье, не изучены.

**Степень изученности проблемы.** Большое количество научных работ ученых нашей страны посвящено изучению и укреплению здоровья женщин. В частности, разработке клинико-диагностических мероприятий, методов лечения различных генитальных и экстрагенитальных заболеваний у женщин фертильного возраста (Абдумаликова Ш.М., 1996; Аюпова Ф.М., 1998; Джаббарова Ю.К., 1998; Дадабаев Р.К., 2000, Канн Н., 2001), анализу социально-медицинских аспектов отдельных заболеваний, протекающих у женщин фертильного возраста (Яркулов А.Б., 2000; Вафакулова У.Б., 2001, Абдуллаев И.К., 2003), а также проблемам репродуктивного поведения женщин (Каримов У.А., 1991, Асадов Д.А., 1993, Каримов Ш.И., 1995, Рубин Б.Л., 1995; Бекбаулиева Г.Н., 1999, Ашурова С.М., 2004).

Вместе с тем выявлен целый ряд проблем, в том числе касающихся вопросов улучшения здоровья женщин и подготовки молодежи к созданию здоровой семейной жизни, которые не изучены и требуют научного обоснования и реализации.

**Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР.** Работа выполнена согласно научной программе Ташкентского института усовершенствования врачей, по проблеме «Функционирование и критерии здоровья системы мать и дитя: управление, лечение, коррекция», имеющей номер государственной регистрации 01040022.

**Цель исследования:** изучить влияние комплекса социальных, медицинских и организационных факторов на репродуктивное поведение и

здоровье населения детородного возраста и разработать меры, направленные на оптимизацию демографических процессов в регионе Приаралья.

Для достижения поставленной цели были определены следующие **задачи**:

1. Провести анализ демографической ситуации в регионе Приаралья.
2. Определить характер и тенденции репродуктивного поведения женщин Приаралья на этапах реализации государственной демографической политики; изучить особенности сексуального поведения и репродуктивные установки мужчин и их роль в формировании демографической ситуации в регионе.
3. Определить влияние социально-экономических факторов и статуса женщин в семье на формирование их репродуктивного поведения и здоровья.
4. Изучить взаимосвязь показателей общего и репродуктивного здоровья женщин детородного возраста, а также других факторов риска с важнейшими видами акушерской патологии (самопроизвольными абортами, преждевременными родами и акушерскими кровотечениями).
5. Оценить перспективы развития демографических процессов в регионе с учетом показателей здоровья и репродуктивных взглядов подростков.

**Объекты и предмет исследования.** Объекты: Статистические материалы филиалов «Института здоровья и медицинской статистики» РК и Хорезмской области, официальные информационные документы «Института Здоровья и медицинской статистики» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за 1996-2005 гг., женщины 15-49 лет и мужчины 15-59 лет, проживающие в РК и Хорезмской области, женщины с невынашиванием, акушерским кровотечением и с физиологическими родами в Нукусском филиале НИИ А и Г, учащиеся школ, колледжей и лицеев РК и Хорезма, лидеры молодежного движения «Камолот» (г. Ташкент).

Предмет исследования: репродуктивное поведение и установки женщин и мужчин, репродуктивные взгляды подростков, демографические процессы, факторы риска невынашивания и акушерских кровотечений.

**Методы исследования:** социально-гигиенический, социологический, метод непосредственного наблюдения, клинико-аналитический, математико-статистический и другие.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Демографическая ситуация в Республике Каракалпакстан имеет положительную тенденцию, тогда как в Хорезмской области - неустойчивую тенденцию к ухудшению; но для обоих регионов с учетом динамики большинства показателей сохраняется проблема оптимизации демографических процессов.

2. На фоне существующей тенденции улучшения индикаторов репродуктивного поведения женщин региона, в Хорезмской области отмечается некоторое ухудшение ситуации с искусственным абортom, тогда

как в РК - частотой самопроизвольных выкидышей и аборт по медицинским показаниям, что требует выяснения их факторов риска.

3. На характер демографических процессов в Приаралье большое влияние оказывает семья, её экономическое положение, гендерное отношение и роль женщины в семье.

4. Более высокий, чем в целом по Республике Узбекистан, уровень осложнений беременности и родов в Приаралье диктует необходимость усиления профилактической работы с учетом акушерских, медико-биологических, социально-гигиенических факторов риска невынашивания и акушерских кровотечений.

5. Показатели здоровья подросткового контингента в регионе имеют тенденцию к ухудшению, а их образ жизни и репродуктивные взгляды не способствует формированию адекватного уровня здоровья. Подростки нуждаются в активном медицинском наблюдении, гигиеническом воспитании и дифференцированном половом образовании и коррекции их репродуктивных взглядов.

**Научная новизна.** Дана комплексная характеристика состояния демографических процессов в регионе. Установлено, что демографическая ситуация в РК имеет положительную динамику, тогда как в Хорезмской области она неустойчива и имеет тенденцию к ухудшению. Установлено, что для женщин детородного возраста проблемными являются использование средств контрацепции, особенно гормональных, тенденция к росту частоты индуцированных аборт, широкое распространение ЭГЗ. Впервые изучено сексуальное поведение мужчин региона и установлено развитие коммерческого секса, добрачных и внебрачных связей. Выявлено влияние статуса женщин в семье, гендерных отношений и экономического положения семьи на формирования демографических процессов и репродуктивное здоровье. При достаточной осведомленности о методах контрацепции, мужчины считают возможным использование презервативов только в коммерческом сексе, перекладывая в семье заботу о предупреждении беременности на женщин. Выявлена необходимость коррекции репродуктивного поведения у мужчин, имеющих те или иные хронические заболевания. Впервые разработаны прогностические таблицы для индивидуального прогнозирования и определения групп риска недонашивания беременности и акушерских кровотечений с целью решения вопроса о дальнейшей тактике ведения конкретного случая беременности.

Впервые определена потребность в информировании (включая пути реализации) по вопросам семейно-брачных отношений и оптимального сексуального поведения у населения и подростков региона, изучен образ жизни подростков, их отношение к принципам здорового образа жизни и репродуктивной ориентации. Выявлено, что показатели здоровья подросткового контингента в регионе имеют тенденцию к ухудшению, а их образ жизни не способствует формированию здоровья. Выявлено, что

подростки нуждаются в гигиеническом воспитании и дифференцированном половом образовании с целью коррекции их репродуктивных взглядов.

**Практическая значимость результатов исследования.** Отдельные фрагменты данного исследования являются частью общенациональной Программы изучения здоровья населения Узбекистана. Результаты исследования послужили источником информации для лиц, участвующих в формировании политики в области народонаселения и репродуктивного здоровья, в том числе и в Приаралье.

Материалы диссертационной работы послужили ценной информационной базой для подготовки 5 Приказов Министерства Здравоохранения Республики Каракалпакстан и 1 совместного Приказа Министерства Здравоохранения и Министерства Образования Республики Каракалпакстан о создании центра подготовки подростков к семейной жизни, об улучшении проведения занятий в школах по вопросам репродуктивного здоровья и подготовки к созданию здоровой семьи и т.д.

С целью определения эффективности реализации полового воспитания по принципу «равный к равному» проведено пилотное исследование по подготовке волонтеров-лидеров из числа подростков молодежного движения «Камолот».

Подготовлены и внедрены в практику методические рекомендации «Прогнозирование риска развития акушерской патологии у беременных», «Методика анализа деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений», «Здоровье – ключевое условие человеческого развития» (Утвержденные МЗРУз 2008).

**Реализация результатов исследования.** По материалам исследования подготовлены методические рекомендации и внедрены в учебно-методический процесс кафедр «Акушерства и гинекология» и «Общественное здоровье и организация здравоохранения» Ургенчского филиала ТМА, лечебно-методический процесс Хорезмского областного перинатального центра и лечебно-профилактический процесс семейных поликлиник РК, что подтверждено актами и справками о внедрении. Получено заключение отдела по координации научно-исследовательской деятельности Министерства здравоохранения Республики Узбекистан о внедрении материалов диссертации.

Результаты исследований использованы в подготовке Приказов Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан от 19.09. 2000 № 450 МЗРК «О комплексе мер по формированию оптимального состава семьи, ее оздоровления и профилактики заболеваний в каждой патронируемой семье», от 5.07. 2000г №352 «Ёш оила мактабларини» шолкемлестириу хакындагы, от 2002г № 129 «Балалар хам оспирим кызлар репродуктив саламатлыгы республика окыу-методикалык хам емлеу диагностикалык орайын шолкемлестириу хакында», от 29 ноября 2002г №225 и от 29 ноября 2002г №400 Министерства Народного образования Республики

Каракалпакстан и Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан - Улыума орта билим бериу мектеплердин 10-11 классларында «Репродуктив саламатлык хам саламат шанаракты жетилистириу» курсынын окутууды жанеде жаксылау хаккында, от 01.12 2003 г №412 МЗРК «О реорганизации структуры акушерских стационаров», от 14.02 2005г №42 - Республика балалар хам жас оспиримлер репродуктив саламатлык «Тарикат» Орайынын Нокис филиалын шолкемлестириу хаккында.

**Апробация работы.** Материалы диссертации обсуждены на: VI съезде акушеров-гинекологов (16-17 октябрь 2003г.), презентации по предварительному отчету «Исследования здоровья населения Узбекистана» (г.Ташкент, 2003), семинаре «Health Management Working group Regular Meeting» (Ташкент. USAID. 9 march, 2004), конференции «Preliminary List of Participants Workshop on Comparative Survey Findings from Eastern European and Central Asian Countries: Implications for Reproductive Health Programs» (Bratislava, Slovakia, 3-6 May, 2004), заседании кафедр: организации, экономики и управления здравоохранением ТашИУВ (апрель, 2008), акушерства и гинекологии ТМА (май, 2008); межкафедральной апробации на заседании проблемной комиссии медико-профилактического факультета ТашИУВ (июнь, 2008 г.), научном семинаре Специализированного Научно Практического Центра Акушерства и Гинекологии (апрель, 2009), научном семинаре ТашПМИ (май, 2009), научном семинаре Специализированного Совета Д.087.09.03 при ТМА (май, 2009).

**Опубликованность результатов.** По материалам диссертации опубликовано 37 научных работ, в том числе 21 журнальных статей, 9 тезисов докладов, 3 статьи в сборниках и 3 методических рекомендации и 1 учебное пособие.

**Объем и структура диссертации.** Диссертационная работа изложена на 226 страницах стандартного компьютерного набора и включает: введение, обзор литературы, главу материалов и методов исследования, 4 глав с изложением результатов собственных исследований, заключение, выводы, практические предложения. Работа иллюстрирована 79 таблицами и 18 рисунками. Список литературы включает 392 наименований, в том числе 104 работ зарубежных исследователей.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** изложена актуальность и степень изученности проблемы, связь диссертационной работы с тематическими планами НИР, задачи, сформулированные соответственно цели, научная новизна, практическая значимость результатов исследования, основные положения, выносимые на защиту, внедрение в практику здравоохранения, апробации диссертации, структура и объем диссертации.

**Первая глава** (обзор литературы) содержит 6 разделов, соответствующих основным изучаемым вопросам, где описывается состояние демографической ситуации, анализируется влияние репродуктивного поведения мужчин и женщин на репродуктивное здоровье, освещаются проблемы акушерских кровотечений и репродуктивных потерь. По каждому разделу даются краткие резюме, обосновывающие выбор темы исследования.

**Во второй главе** описываются материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели в РК и Хорезмской области проведено многоплановое социологическое, медико-демографическое и клиническое выборочное исследование. Для каждой задачи, поставленной в исследовании, определены объекты, объем, учетные документы и методы решения (табл.1).

Анализ медико-демографической ситуации проводится за 1996-2005 гг. в динамике в сравнении с республиканскими показателями. При анализе вычислены интенсивные и экстенсивные показатели средние величины, показатели наглядности, темпы прироста и другие. В формировании интегрированных коэффициентов демографической ситуации в РК и Хорезме были использованы показатели рождаемости, общей, материнской и младенческой смертности, частоты абортот. При этом каждый показатель преобразовывался в нормированный интенсивный показатель, где нормирующей величиной был аналогичный показатель по Республике Узбекистан.

Для обеспечения репрезентативности выборок при решении каждой последующей задачи объекты исследования сформированы путем поэтапного отбора с применением гнездовой, типологической и случайной выборок. Проведено интервьюирование 1353 женщин и 482 мужчин в рамках программы ИЗНУ-2002, а также дополнительный опрос этих же респондентов по специально разработанной нами дополнительной анкете. Проведена выкопировка 572 историй болезней и родов женщин с невышиванием, акушерскими кровотечениями и 100 историй родов женщин с физиологическими срочными родами с дополнительным опросом этих же женщин для выявления причин и факторов риска указанных патологий. С целью прогноза перспектив развития демографической ситуации проведен анонимный опрос 1756 девушек - подростков и 1227 юношей.

**В третьей главе** изложены результаты анализа состояния и динамики медико-демографических процессов в регионе за 10 лет (1996-2005 гг.) на основе статистических данных и специального углубленного выборочного медико-демографического исследования.

С 1996 г. в Приаралье, как и во всей Республике Узбекистан, отмечалось снижение рождаемости, однако темпы этого снижения были ниже, чем в целом по республике и практически за все изучаемые годы рождаемость в регионе была выше, чем по стране. За исследуемый период в РК рождаемость снизилась на 17,5%, в Хорезме – на 20,8%, а по Узбекистану – на 25,2%.

Таблица 1.

## Характеристики проведенных исследований для решения поставленных задач

Задачи	Объекты	Объем	Методы	Учетные документы
№ 1	Материалы Института Здоровья и его филиалов в РК и Хорезмской области, за 1996-2005 гг. по Республике Узбекистан и Приаралью	Рождаемость, смертность, заболеваемость новорожденных, подростков, беременных, женщин и мужчин	Выкопировка и вычисление статистических показателей, их анализ, расчет интегрированных коэффициентов	86 таблиц из стат. сборников, 32 таблицы из годовых отчетных форм
№ 2-3	Женщины 15-49 лет и мужчины 15-59 лет, проживающие в РК и Хорезмской области, в рамках ИЗНУ	940 домовладений 1353 женщин 482 мужчин	Опрос-интервьюирование домовладений, женщин и мужчин	Опросная анкета домовладения Индивидуальные анкеты в рамках ИЗНУ. Дополнительные анкеты
№4	Женщины с невынашиванием, акушерским кровотечением и с физиологическими родами в Нукусском филиале НИИ А и Г	167 – I группа женщины с СВ 142 – II группа женщины с ПР 264 – III группа женщины с АК 100 – IV группа (контроль), женщины с физиологическим течением беременности и со срочными родами	Выкопировка из историй болезни и историй родов и дополнительный опрос-интервью	Специально составленная анкета
№5	Учащиеся школ, колледжей и лицеев Лидеры молодежного движения «Камолат»	Девушки и юноши 14-18 лет 1756 девушек 1227 юношей Девушки и юноши 14-18 лет	Анонимное анкетирование Анонимное анкетирование до и после обучения	Специально составленные анкеты Специально составленные анкеты с контрольными вопросами

На фоне существенного снижения показателей мертворождаемости (в РК в 2,2 раза, а в Хорезме – в 1,5 раза) за период 1996 – 2005 гг. в РК перинатальная смертность снизилась на 38,2%, младенческая – на 61%. В Хорезмской области снижение этих показателей менее выражено и сопровождалось периодическими подъемами. При этом на протяжении всего периода наблюдения младенческая смертность в РК и Хорезме оставалась выше, чем по Узбекистану.

Материнская смертность в Каракалпакстане за 10 лет снизилась в 4 раза и стала почти в 2 раза ниже, чем по Узбекистану, тогда как в Хорезмской области она повысилась в 2,8 раз и оказалась на 32,5% выше, чем по стране.

Рассчитанные интегрированные коэффициенты демографической ситуации в регионе относительно аналогичных показателей по Республике Узбекистан, принятых за 100%, позволяют заключить, что демографическая ситуация в РК закономерно улучшается: в течение 1996-2005гг ИКДС сократился с 90,4% до 82,2%. В Хорезмской области, напротив, имеет место увеличение ИКДС с 77,1% до 102,8%, что свидетельствует о неустойчивой демографической ситуации с некоторой тенденцией к её ухудшению.

Во второй части третьей главы приведены результаты анализа тенденций деторождения в регионе на основе социологического опроса женщин. Анализ текущей рождаемости показал, что суммарный коэффициент рождаемости (СКР) снизился с 4,9 детей на 1 женщину (в 1985-1987 гг.) до 2,9 в РК и до 3,2 в Хорезмской области в 2002г. Наиболее высокий СКР характерен для сельских женщин, узбечек и казашек, имеющих среднее образование, а также в семьях, испытывающих некоторое материальное затруднение. Пик повозрастных коэффициентов фертильности в РК и сельской местности Хорезма приходится на 20-24 года, а в городах Хорезма – еще и на 30-34 года. В исследуемом регионе редко отмечается рождение детей женщинами моложе 17 и старше 40 лет, однако настораживает то, что среди 17-летних женщин 4,4% в РК и 5,8% в Хорезмской области уже являются матерями.

Положительным фактом явилось то, что у большинства (72,3 – 79,9%) опрошенных женщин, межродовый интервал превысил 2 года. Однако короткий (до 18 месяцев) интервал в РК имели до 8,6%, а в Хорезмской области – 14,0% женщин. Больше таких женщин было среди лиц с начальным (40,0%) и средним специальным образованием (29,9%). Следует отметить, что 6,3-12,3% всех беременностей у опрошенных закончились выкидышами или мертворождениями, чаще в РК; этот показатель в 3,5-5,4 раз был выше у женщин, старше 30 лет. Следовательно, для мертворождений и выкидышей возраст более 30 лет можно рассматривать как фактор риска.

**В четвертой главе** освещена роль семьи в формировании демографической ситуации, в частности приводится характеристика репродуктивного поведения женщин, репродуктивных взглядов и поведения мужчин, влияние социально-экономических факторов семьи и гендерных вопросов на формирование здоровья населения.

Опрос показал, что за последние 15 лет средний возраст вступления в первый брак у женщин Приаралья снизился с 21,6 лет до 20,5 лет. Если среди 35-39 летних в брак вступали до 18 лет только 4,7% - 6,2%, то среди 20-24 летних – 12,1% -19,0%. Среди 15-19 летних в момент опроса уже были замужем 6,4% женщин.

Для предупреждения беременности 68,3% замужних женщин используют методы контрацепции, причем только современные (68,0%), в основном ВМС (57,5% опрошенных). Практически не используются мужские презервативы (0,5%) и крайне редко - гормональные контрацептивы (3,6%). Незамужние женщины осведомлены о методах контрацепции гораздо хуже, чем замужние и большинство их знают, в основном, о ВМС.

Несмотря на довольно широкий охват женщин контрацепцией, искусственный аборт пока все еще используется в Приаралье для регулирования деторождений (13,6±0,9% женщин). Наиболее часто отмечены аборт в анамнезе у замужних (20,4±1,4%), имеющих 6 и более живых детей (32,8±6,1%), в возрасте 35 лет и более (27,9±2,2%), лиц с высшим образованием (23,5±3,5%), у хорезмийек (19,3±1,9%), особенно у горожанок (26,4±4,1%). Суммарный коэффициент аборт – СКА (характеризующий их текущий уровень) в 2002г. по сравнению с 1996г. увеличился в регионе в 1,3 раза. В 2002г. в РК возрастной показатель аборт, начиная с возрастной группы 25-29 лет, нарастает до 30 аборт (на 1000 женщин) у 30-34 летних, затем снижается (табл. 2). В Хорезмской же области женщины начинают прибегать к аборту раньше (в 20-24 года) и во всех возрастных группах чаще, чем в РК, особенно в городах, где максимальный уровень их приходится на возраст 25 – 29 лет (136‰), тогда как в сельской местности – на возраст 30-34 года (72‰). В результате в городах и селах РК суммарный коэффициент аборт (СКА) составил 0,4 аборт в среднем на 1 женщину, что в 3 раза

Таблица 2

Динамика текущих аборт в Приаралье

Повозрастные и суммарные коэффициенты аборт (СКА), критерии завершенных аборт (КЗА)

Возрастные группы	РК			Хорезмская область		
	город	село	всего	город	село	всего
15-19	0	0	0	0	14	10
20-24	0	3	2	28	28	28
25-29	27	22	25	136	19	50
30-34	33	27	30	69	72	71
35-39	18	16	17	67	31	41
40-44	0	18	8	21	47	39
СКА	0,4	0,4	0,4	1,6	1,1	1,2
КЗА	0,3	0,5	0,4	0,9	0,7	0,7
Превышение СКА над КЗА	+0,1	-0,1	-	+0,7	+0,4	+0,5

ниже, чем по Хорезмской области (1,2 аборта) и в 4 раза ниже, чем в городах Хорезма (СКА 1,6 аборта). Сопоставление СКА с критерием завершенных аборт (КЗА) у женщин 40-49 лет подтвердило, что хорезмийки за последние 15-20 лет стали чаще прибегать к аборту для регулирования рождаемости.

Если по данным официальной статистики также в Хорезме несколько выше частота искусственных аборт, то в Республике Каракалпакстан спонтанные аборт регистрируется в 1,5 раза, а аборт по медицинским показаниям – в 2 раза чаще, чем в Хорезме, причем отмечается тенденция к их росту (на 20% за 6 лет).

Учитывая, что для оптимизации демографических процессов большое значение имеют репродуктивные установки и сексуальное поведение мужчин, проведен опрос мужчин. Анализ показал, что средний возраст вступления в первый брак у мужчин Приаралья на 2 года выше (22,6 лет), чем у женщин (20,5 лет). Между тем выявлено, что средний возраст первого полового контакта у мужчин ниже возраста вступления в брак, в частности у 25-34-летних на 0,9-0,7 года. Так, мужчины 15-19 лет были неженатыми в 100%, 20-24 летние - 67,7%, 25-29 летние – в 22,0%. При этом, еще не вступив в брак, уже имели половые контакты: 10,7% - 15-19 летних, 7,7% - 20-24 летних, 4,9% – 25-29 летних. Более характерны добрачные и внебрачные половые контакты для городских, особенно с высшим образованием мужчин. Так, до 8,7% городских женатых мужчин и 7,2% неженатых в течение года, предшествовавшего опросу, имели двух и более половых партнерш. Из них 4% мужчин применяли коммерческий секс, причем во всех этих случаях они использовали презервативы, тогда как в сексуальных отношениях с женами лишь 0,5% опрошенных использовали его как средство контрацепции, то есть мужчины переложили эту проблему на женщин.

Женатые мужчины убеждены, что они вправе предпринять какие-либо действия, если жена отказывает им в сексе: ругать ее (23,2%), не давать ей денег (13,9%), насильно заставить жену заниматься сексом (10,6%), или даже заняться сексом с кем-либо другим (17,5%). В Хорезме мужчин с такими взглядами в 3-4 раз больше, чем в РК; больше их и среди 15-19 летних и ни разу не состоявших в браке. Более того, 32,1% мужей в Хорезме и 4,4% - в РК считают, что муж имеет право ударить или избить жену, если она отказывает ему в сексе. Особую озабоченность вызывает то, что так думает молодежь – 15 - 24 лет и еще не женатые, особенно в Хорезме – 48,9% (в РК - 11,9%). Значительно чаще, чем другие, так же думают лица со средним образованием (в Хорезме – 44,7%, в РК – 10,6%), и сельчане в Хорезме (42,6%). Следует отметить, что 18,7% всех мужчин в Хорезме и 9,3% в РК не оправдывают отказ жены мужу в сексе, если она знает, что муж имеет половые отношения с другими женщинами, если она недавно родила ( $8,0 \pm 2,3\%$  и  $1,9 \pm 0,8\%$ ) или устала ( $42,3 \pm 4,1\%$  в Хорезме и  $9,6 \pm 1,5\%$  в РК).

Даже при наличии у мужа ИППП 3% мужчин считают, что жена не должна ему отказывать в сексе. Здесь сказывается низкая информированность мужчин об ИППП: 37,3% их не слышали об ИППП, 4,8% - о СПИДе, а 25,3% мужчин не знали, что защитой от СПИДа является презерватив. В связи с этим и среди мужчин и среди женщин, необходимо постоянное проведение разъяснительной работы о необходимости использования презерватива в качестве метода контрацепции, а также и для профилактики ИППП.

Репродуктивные установки имеют зависимость от возраста и уровня знаний о репродуктивном здоровье. Мужчины, имеющие, по их мнению, достаточный уровень знаний о репродуктивном здоровье, более осведомлены о методах контрацепции для мужчин, чаще готовы использовать в сексе контрацепцию, больше доверяют женам при принятии решений о необходимом числе детей. Молодые мужчины (до 24 лет) более сознательно подходят к вопросу об оптимальном возрасте рождения детей, увеличению интервала между родами, необходимости добрачных медицинских осмотров.

Особое внимание обращают на себя мужчины, имеющие те или иные хронические заболевания, по поводу которых они лечились в течение последнего года (43,6% в от общего числа опрошенных). Они менее склонны к прохождению медосмотра пред браком, в 1,5 раза чаще здоровых мужчин допускают межродовый интервал менее 1 года.

В первые годы независимости в Узбекистане, как и во всех странах СНГ, отмечался экономический спад и высокая инфляция. Экологическая катастрофа Арала привела к огромному экономическому ущербу в народном хозяйстве и усугубила негативные изменения социально-экономических условий. При выяснении финансовых возможностей опрошенных установлено: более  $\frac{3}{4}$  семей испытывают большие (37,5±1,6%) и существенные экономические трудности (40,5±1,6%). В частности у 52,6±1,7% опрошенных семей существуют проблемы с оплатой счетов, и 56,3±1,6% - домовладений вынуждены были занимать деньги.

Одним из проявлений бедности является неполноценное питание. Основу питания жителей Приаралья составляют углеводосодержащие продукты в ущерб животным и растительным белкам, свежим овощам и фруктам, особенно в РК. Так, красное мясо в Приаралье употребляли в среднем 3,5 – 3,9 дня в неделю (по Узбекистану – 5 дней), рыбу и птицу в регионе и яйца - в РК употребляли реже одного раза в неделю (по стране – 2 раза в неделю), свежие фрукты в РК употребляли 3,7, в Хорезме 4,8 дней в неделю (в целом по Узбекистану – ежедневно), темно-зеленые овощи в Приаралье употребляли только 1,4 дня (в РК менее 1 дня) в неделю (по стране – 5-7 дней). При оценке статуса питания жителей региона обращает на себя внимание то, что в РК (по сравнению с национальным уровнем) в 1,5 раза больше женщин (9,0±1,5%) и мужчин (6,0±1,9%) находятся в состоянии хронической энергетической недостаточности (ИМТ<18,5 кг/м<sup>2</sup>), в том числе у 2,7% женщин и 0,8% мужчин отмечено истощение (ИМТ <16,9 кг/м<sup>2</sup>).

Следствием нерационального питания, в частности, витаминно-белковой недостаточности явился высокий уровень заболеваемости. Так, при анализе данных официальной статистики установлено, что распространенность заболеваний у взрослого населения региона на протяжении 1996 – 2005 гг. на 57-20% превышала общенациональный уровень. В РК распространенность анемии и туберкулеза, в том числе первичная заболеваемость, в 2 - 3 раза выше, чем по стране и в Хорезме. В Хорезме же отмечены более высокий уровень и интенсивный прирост (на 27,3-11,5%) первичной заболеваемости органов пищеварения, дыхания и системы кровообращения. В Приаралье в 1,5 раза чаще, чем в стране, отмечена распространенность болезней мочеполовых органов, особенно пиелонефрита.

На высокую распространенность в Приаралье ЭГЗ, указывают и сообщения опрошенных нами респондентов об имевшихся у них когда-либо в жизни хронических заболеваниях (табл. 3). По сравнению с общенациональными данными, женщины Приаралья сообщили о болезнях в 3 раза чаще (162,6 заболеваний на 100 женщин). Наиболее часто называли анемию, зоб и болезни почек. Эти показатели в 4,7-3,4 раза больше, чем по стране. Общее число заболеваний, сообщенных мужчинами Приаралья (53,7 на 100 мужчин), в 3 раза ниже, чем у женщин, но в 2 раза выше общенационального

Таблица 3

Процент женщин и мужчин, сообщивших при опросе об имеющихся хронических заболеваниях

Сообщенные заболевания	Женщины		Мужчины	
	РУз	Приаралье	РУз	Приаралье
Зоб	13,6±0,5	40,2±1,8	1,5±0,2	2,2±0,8
Диабет	0,3	0,3	0,4±0,1	1,2±0,6
Хроническая депрессия	1,2±0,1	4,8±0,8	0,9±0,2	1,2±0,6
Хронический бронхит/эмфизема	2,4±0,2	6,0±0,9	3,3±0,4	8,1±1,5
Астма	0,6	1,7±0,5	0,8±0,2	2,8±0,9
Анемия	11,2±0,4	52,3±1,8	0,5±0,1	3,3±1,0
ССЗ	2,6±0,2	6,1±0,9	2,2±0,3	4,5±1,1
Гастрит	3,0±0,2	9,5±1,1	3,9±0,4	6,1±1,3
Болезни печени	2,3±0,2	3,7±0,7	2,4±0,3	1,2±0,6
Артриты	3,7±0,2	9,3±1,1	4,0±0,4	10,9±1,8
Болезни почек	6,3±0,3	21,8±1,5	3,7±0,4	7,6±1,5
Болезни репродуктивной системы	1,3±0,1	3,1±0,6	0,7±0,1	0,3±0,2
Другие	2,0±0,2	3,8±0,7	3,0±0,3	4,3±1,1
Всего заболеваний	50,5±0,7	162,6	27,3±0,9	53,7±2,8

показателя ( $p < 0,001$ ). Особенно это касается частоты артритов, бронхитов и болезней почек (табл. 3).

При изучении влияния финансовых возможностей семей на репродуктивное поведение установлено, что в Каракалпакстане в семьях, испытывающих существенные финансовые трудности, женщины немного позже рожали своего первенца (в среднем в 22,2 года), имели самый низкий СКР (2,7 ребенка на 1 женщину), тогда как в Хорезме в таких семьях отмечен самый низкий возраст рождения первого ребенка (21,2 года) и самый высокий СКР (3,2 ребенка). В экономически благополучной категории семей отмечался самый продолжительный межродовой интервал (в среднем 52,1 месяцев в РК и 49,4 месяцев в Хорезме), но в то же время среди них оказалось немного больше женщин, рожаящих с интервалом 7 – 24 месяцев ( $28,9 \pm 4,6\%$ ), в том числе через 7-17 месяцев ( $15,5 \pm 3,6\%$ ), по сравнению с теми, кто испытывал большие и существенные экономические трудности.

Здоровье – особая сфера, где в полной мере проявляются биологические различия между мужчинами и женщинами, которые являются важнейшей основой гендерного подхода в здравоохранении. От статуса женщин в семье, их определенной экономической и социальной самостоятельности во многом зависит репродуктивное поведение и здоровье семьи. Как показал опрос, 5,9% девушек познакомились с будущим мужем в день свадьбы,  $54,7 \pm 2,8\%$  женщин Хорезма и  $20,9 \pm 1,6\%$  в РК вообще не участвовали в принятии решения о том, за кого выходят замуж, что говорит о низком статусе девушек в семье. Половина замужних женщин Приаралья (а 15-29 летних - 79-100%) проживают с родственниками мужа, что не может не отражаться на их самостоятельности. Так,  $39,7 \pm 2,3\%$  работающих замужних женщин совершенно не участвуют в решении вопроса об использовании своего заработка. Об экономической несамостоятельности женщин региона говорит и то, что более  $\frac{1}{4}$  замужних ( $28,2 \pm 1,5\%$ ) и  $\frac{1}{3}$  незамужних ( $34,3 \pm 1,3\%$ ) полностью отстранены в семье от контроля денег для каких-либо покупок. Даже на покупку лекарств имели право распоряжаться деньгами лишь  $44,8 \pm 1,3\%$  всех женщин и ( $56,4 \pm 1,7\%$  замужних), что может привести к запоздалому началу лечения больных. Зависимое положение женщин проявляется в отстранении большинства их от участия в решении многих житейских вопросов в семье, например, о крупных домашних покупках (72-73%) или мелких ежедневных закупках (43-55,7%), о своей работе (33-44%), (табл. 4). Во всех этих случаях вопросы решают только муж или свекровь. Даже по проблемам собственного здоровья самостоятельное решение принимают лишь  $31,6 \pm 2,0\%$  женщин РК и в 2 раза меньше ( $16,5 \pm 2,1\%$ ) - в Хорезме, а подавляющее большинство совсем не участвуют в их решении. Это, в случае низкой медицинской грамотности мужа и его родственников, может способствовать ухудшению состояния здоровья женщины.

Вопрос об использовании методов контрацепции решают совместно с мужем лишь  $45,9 \pm 5,1\%$  женщин в РК и 35,8% в Хорезме (хотя это касается

двоих). Однако 16,7% женщин Хорезма и 30,8% - РК вообще не участвуют в решении вопроса о контрацепции, но с повышением уровня образования число их уменьшается. В целом по всем восьми указанным ситуациям, принимают окончательное решение (самостоятельно или совместно с мужем) только 10,6% женщин региона, а 6,5% женщин вообще не участвуют в решении ни по одной из них. Следует отметить, что среди работающих женщин, особенно за наличные деньги, увеличивается процент тех, кто может активно решать указанные ситуации, в том числе вопросы использования контрацепции и своего здоровья.

Таблица 4

Участие замужних женщин в принятии семейных решений

Характер решений	Кто в семье решает, %							
	Каракалпакстан				Хорезм			
	женщина сама	вместе с МУЖЕМ	ТОЛЬКО МУЖ	свекровь, ДРУГОЙ	женщина сама	вместе с МУЖЕМ	ТОЛЬКО МУЖ	свекровь, ДРУГОЙ
Здоровье респондента	31,6	13,8	48,4	5,6	16,5	15,5	48,7	15,8
Использование контрацепции	20,2	45,4	30,2	0,6	45,9	35,8	6,8	5,0
Крупные домашние покупки	16,7	9,6	38,7	34,0	5,1	20,2	38,4	33,6
Ежедневные домашние покупки	47,0	8,9	14,6	28,2	28,4	13,8	24,5	30,3
Какую пищу готовить	56,0	2,7	11,2	28,0	62,6	3,8	3,3	26,0
Посещение родственников	7,3	30,6	36,4	24,0	10,1	21,7	34,1	31,3
Посещение друзей	8,7	45,5	29,1	15,7	10,1	34,1	21,7	31,3
Работать ли женщине	28,4	34,8	26,4	9,1	35,9	20,4	27,0	12,8

Обращает на себя внимание ограничение свободы передвижения женщин, что сдерживает их социализацию. Каждая 6-7-я женщина региона (15,0%) никогда и никуда не может ходить одна. Даже местную поликлинику или врача 20,1% женщин могут посетить только с сопровождающим, а 3,4% женщин вообще не разрешено посещать поликлинику и врача, что ограничивает их доступ к лечебно-профилактическим мероприятиям.

Восприятие женщинами гендерного неравенства характеризует их отношение к избиванию жены мужем. Опрос показал, что только 13,4±1,6%

женщин Хорезма и  $24,7 \pm 1,4\%$  в РК считают, что ни при каких условиях, муж не может бить жену. Это в 1,5 раза меньше, чем считающих так мужчин ( $41,3 \pm 2,7\%$  в РК и  $20,2 \pm 3,4\%$  в Хорезме). Меньше всего таких женщин среди отстраненных от участия в принятии решений по житейским вопросам ( $12,0\%$ ), то есть не имеющих права голоса в семье. Остальные  $86,6 - 75,3\%$  женщин думают, что муж имеет право ударить жену по той или иной причине, в частности, если она отказывает ему в сексе ( $26,4\%$ ).

При опросе также установлено, что  $8,7\%$  женщин вообще не видят никаких причин отказывать мужу в сексе, и они реже, чем мужчины, считают оправданием отказа указанные причины, в том числе, наличие у мужа ИППП (рис. 1).

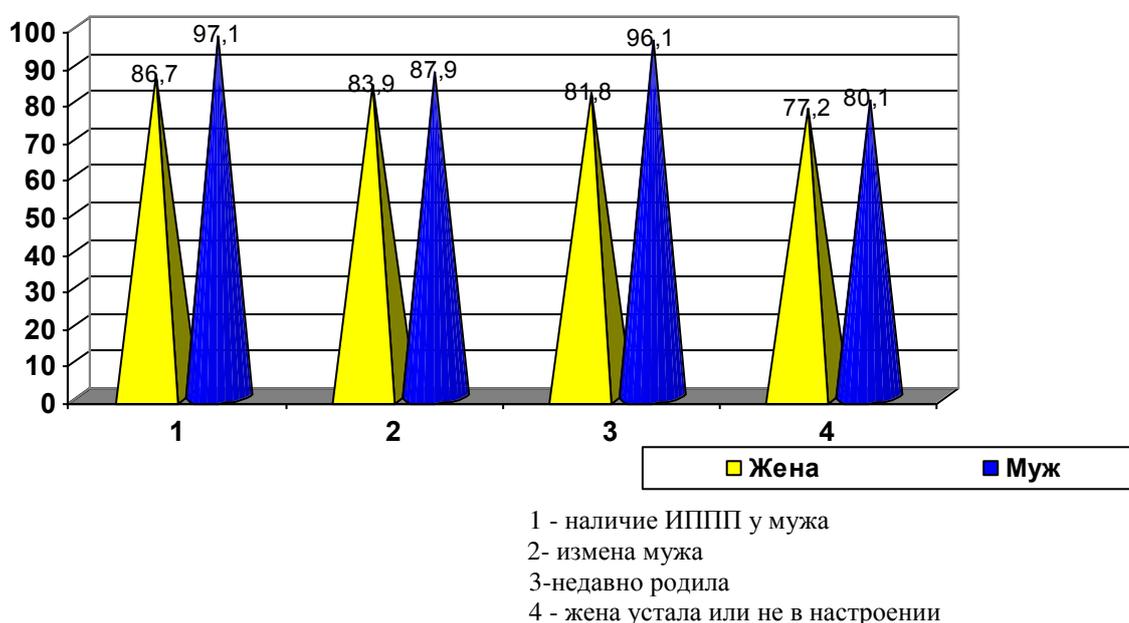


Рис. 1. Причины отказа от секса

Такое отношение женщин к сексу, с одной стороны, возможно, связано с их изначальной убежденностью в том, что они не правомочны в полной мере регулировать сексуальные отношения с мужем. С другой стороны, это связано с меньшей информированностью женщин об этих заболеваниях. Так, при опросе «ничего не слышали» об ИППП более  $2/3$  женщин, о СПИДе –  $7,8 \pm 0,7\%$ , и почти каждая третья женщина ( $30,4 \pm 1,2\%$ ) не знала никаких способов избежать эти болезни. Все эти женщины представляют группу риска, тем более, что лишь  $44,5 \pm 1,3\%$  женщин и  $74,7 \pm 2,0\%$  мужчин знали, что «использование презерватива» является способом предохранения от СПИДа. Еще хуже обстоит дело со знаниями об ИППП, СПИДе и способах предохранения от них лиц с начальным и средним образованием, живущих в селе, особенно в возрасте 15-24 – лет.

Семейный статус замужних женщин и отношение к гендерным ролям влияет на элементы репродуктивного поведения, в частности на

использование контрацепции. Так, среди женщин, полностью отстраненных от принятия решений каких-либо семейных ситуаций или принимавших участие в решении лишь 1-3 вопросов, был самый низкий уровень использования контрацепции ( $63,1 \pm 2,5\%$ ), в частности гормональных контрацептивов ( $1,9 \pm 0,7\%$ ), женской стерилизации ( $1,1 \pm 0,5\%$ ) и полное непринятие презервативов по сравнению с женщинами, принимающими самостоятельно или совместно с мужем решение по 4-8 ситуациям (соответственно  $71,6 \pm 2,0\%$ ,  $4,8 \pm 1,0\%$  и  $3,8 \pm 0,9\%$ ,  $p < 0,05$ ). Анализ также показал: женщины, считающие, что нет никаких причин отказа от сексуальных отношений с мужем, реже других использовали контрацепцию (64,3% опрошенных), причем применяли только ВМС – 42,9%, женскую стерилизацию – 7,1% и лактационную аменорею – 14,3%, тогда как остальные – использовали также гормональные противозачаточные средства ( $3,6 \pm 0,9\%$ ) и презерватив (0,5%).

В конце четвертой главы приведено заключение о том, что на фоне экологического и антропогенного кризиса в Приаралье, произошедшие в регионе за последние 15 лет социально-экономические изменения оказали негативное влияние практически на все аспекты жизни, и в сочетании с низким семейным статусом женщин и гендерным неравенством отрицательно сказались на репродуктивном поведении и здоровье населения, особенно женщин.

**В пятой главе** приведены результаты детального клинико-статистического анализа комплекса факторов риска невынашивания и акушерских кровотечений.

Интегрированный анализ клинических факторов показал, что наибольшая значимость в развитии самопроизвольного прерывания беременности принадлежит ЭГЗ и в первую очередь пиелонефриту и острым инфекциям во время беременности, встречающимся у  $38,3 \pm 3,7\%$  и  $26,9 \pm 3,4\%$  женщин с выкидышем, что в 32-38 раз чаще, чем в контрольной группе. Имеют значение также туберкулез и другие хронические инфекции (у  $11,4 \pm 2,4\%$ ), анемия II степени ( $16,3 \pm 2,8\%$ ). Среди гинекологической патологии наиболее велика роль воспалительных заболеваний женских половых органов, в частности ТОРЧ – инфекции, которые в случае самопроизвольных выкидышей встречаются в 14 раз чаще, чем в контроле. Эти состояния обуславливали развитие осложнений беременности, которые в свою очередь, являются факторами прерывания беременности. Так, в 15-19 раз чаще, чем в контроле, встречались рвота беременных средней и тяжелой степени (у  $19,2 \pm 3,0\%$  женщин), преэклампсия (у  $15,6 \pm 2,8\%$ ) и в 11 раз чаще - многоводие (у  $9,0 \pm 2,2\%$ ,  $p < 0,0001$ ). На основе проведенной интегрированной оценки клинических факторов, способствующих самопроизвольному выкидышу, создана таблица для прогнозирования степени риска невынашивания у каждой беременной и намечена дифференцированная тактика их наблюдения.

Изучение значимости факторов акушерского анамнеза, биологических и социально-гигиенических характеристик самопроизвольных аборт позволило выделить ряд ведущих факторов риска. В частности, выявлено, что по сравнению с контрольной группой выкидыши с высокой степенью достоверности чаще отмечаются у женщин возрастной группы 35-40 лет, имеющих рост до 155 см (особенно до 151 см), с высоким индексом Кетле (относительный риск – КР в 1,9 – 2,8 раз выше среднего риска). Из факторов акушерского анамнеза наиболее высокий коэффициент относительного риска самопроизвольных аборт отмечен при раннем (до 12 лет) начале менструаций (КР = 7,2), нерегулярном и коротком менструальном цикле (КР=7,2 и 5,4), при самопроизвольном выкидыше в предшествующей беременности (КР = 3,9), при пятой и более беременности (КР = 2,9). Но еще большую значимость при возникновении выкидыша имеет короткий интервал между родами (менее 2-х лет, особенно менее 1 года). Здесь риск самопроизвольного выкидыша оказался в 1,8 и 6,8 раз выше среднего риска. В 12 раз возрастает риск и при позднем (после 15 недель) обращении к врачу по поводу беременности к врачу (КР = 12,0).

Выделена также группа факторов риска социально-гигиенического характера: принадлежность к рабочим или работникам сферы обслуживания, у которых вероятность выкидыша в 6,9 – 6,4 раза выше среднего риска, низкий уровень образования (относительный риск КР – в 4,8 раз выше среднего риска), состояние вне брака (КР = 6,0), выполнение тяжелой работы (таких женщин в I группе - 56,3%, в контроле –39,8%), нерациональное питание (низкий уровень потребления мяса и фруктов: в 3,4 и 1,5 раза меньше, чем в контроле), употребление алкоголя мужем и особенно женщиной (КР = 4,2), использование ДСП для внутренней отделки жилища (относительный риск выкидыша в 5,8 раз выше среднего).

При анализе всех наиболее значимых факторов была сформирована прогностическая таблица для индивидуального определения степени риска развития самопроизвольного выкидыша у каждой беременной при взятии её на учет. Это поможет наметить тактику наблюдения за беременной и рекомендовать ей оптимальный образ жизни; при этом социально-гигиенические факторы риска необходимо обсудить в присутствии членов семьи.

Репродуктивные потери в регионе во многих случаях связаны с рождением недоношенных детей. К моменту нашего исследования частота недоношенности в РК составила 37,6, в Хорезмской области – 32,1 на 1000 живорожденных. Проведенный нами анализ причин и факторов риска недоношенности выявил их значительную схожесть с факторами при самопроизвольных выкидышах. Главным образом – это клинические факторы: наличие ЭГЗ и прежде всего заболевания почек, особенно при сочетании с анемией, и острые инфекции во время беременности, при которых риск преждевременных родов в 32-38 раз выше среднего риска, а

также наличие анемии II степени, туберкулеза и других хронических инфекций, при которых с высокой степенью достоверности ( $p < 0,01$ ) риск недонашивания в 5-14 раз превышает средний риск. При недонашивании гинекологическая патология играет несколько меньшую роль, чем при выкидыше (коэффициент относительного риска с 40 упал до 19). Но все же остаются актуальными воспалительные заболевания женских половых органов, в том числе TORCH – инфекции, которые у женщин с преждевременными родами (II группа) встречались в 6-10 раз чаще, чем в контрольной (IV) группе ( $6,3 \pm 2,0\%$  и  $9,2 \pm 2,4\%$  против  $1,0 \pm 0,9\%$ ,  $p < 0,05$ ). Из факторов акушерского анамнеза наиболее значимыми являются: позднее взятие беременных на учет (характеризующее активность медработников и медицинскую активность женщин и семьи), исход предыдущей беременности (а именно, преждевременные роды или самопроизвольный выкидыш), а также малый, особенно до 1 года, межродовой интервал. Частота именно этих факторов в группе наблюдения достоверно выше, чем в контрольной группе ( $p < 0,01$ ).

Факторами риска недонашивания являются высокий (более  $26 \text{ кг/м}^2$ ) индекс Кетле, т.к. по сравнению с контрольной группой в группе наблюдения таких женщин достоверно в 2,8 раз больше ( $p = 0,01$ ); низкий (до 155 см) рост и возраст старше 35 лет (относительный риск КР = 2,8).

Из факторов риска социально-гигиенического характера (как и при выкидышах) при преждевременных родах выделяются следующие: характер труда (рабочие и работники сферы обслуживания - риск недонашивания почти в 6 раз выше среднего), низкий уровень образования (КР=6,4), низкое качество питания, отсутствие водопровода в доме и тяжелая работа по дому (КР=1,7 и 1,6), частое потребление алкоголя, неблагоприятный психологический климат в семье и рукоприкладство мужа (КР = 11), а также использование ДСП при внутренней отделке жилья: в таких домах женщин в исследуемой группе жило в 5 раз больше, чем в группе со срочными родами.

Ведущей причиной материнской смертности в регионе являются акушерские кровотечения. Анализ непосредственных причин и факторов риска акушерских кровотечений является одним из важнейших условий снижения материнской смертности, так как позволяет рекомендовать дифференцированный подход к системе мероприятий профилактического характера.

На основе анализа 264 случаев акушерских кровотечений выявлено, что у 42,8% женщин кровотечение произошло во время беременности и родов, у остальных (57,2%) - после родов. Непосредственными причинами кровотечений, по нашим данным, явились: ПОНРП (37,5%), гипотония матки (28,8%), плотное прикрепление или истинное приращение плаценты (15,5%), дефект последа (11,7%), низкая плацентация и предлежание плаценты (6,8%), разрыв матки (3,4%). У женщин с кровотечениями в 100% случаев имелась анемия, в том числе у 30,7% - II и III степени, у 31,8% – пиелонефрит, у

16,3% – зуб, у 5,3% – хронический гепатит и другие болезни желудочно-кишечного тракта, у 3,6% – артериальная гипертензия, а также преэклампсия (у 36,0% женщин) и хронический эндометрит (9,1%). Для остановки кровотечений проводились следующие вмешательства: ручное обследование полости матки (51,9±3,1% женщин), кесарево сечение (у 40,1±3,0%). В связи с длительным кровотечением и большими кровопотерями, у 8,7±1,8% женщин кесарево сечение проводилось с последующей ампутацией или экстирпацией матки. В целом лапаротомические операции были сделаны почти каждой 5-ой женщине, причем сельским – почти в 2 раза чаще, чем городским (26,2±4,8% против 13,9±2,6%;  $p < 0,05$ ), возможно за счет позднего поступления в роддом беременных, требующих особого внимания.

При углубленном анализе случаев акушерских кровотечений нами были изучены возможные факторы их развития у беременных, рожениц, родильниц и по каждому из этих факторов риска были определены коэффициенты отношения правдоподобия (КОП), - по существу являющиеся коэффициентами относительного риска (КР) развития данной патологии. Эти коэффициенты говорят, насколько правдоподобнее вероятность акушерского кровотечения, по сравнению с вероятностью нормальных родов. Оказалось, что, при наличии у беременной пиелонефрита риск акушерского кровотечения в 31,8 раза больше средней вероятности риска (КОП (КР) = 31,8), а при анемии II-III степени вероятность риска в 15,4 раза выше среднего риска. Из акушерской патологии самый высокий риск развития кровотечения имеет преэклампсия (в 36 раз больше средней вероятности риска). Однако лечили ЭГЗ по данным историй родов от 68 до 86% женщин, преэклампсию – 69%. Также очень велика вероятность риска акушерского кровотечения при наследственной предрасположенности к любым кровотечениям (КОП (КР) = 24). Как оказалось, у 32,5% горожанок и у 41,7% сельчанок в предыдущей беременности также наблюдались кровотечения.

Из акушерского анамнеза видно, что наибольший риск акушерских кровотечений наблюдается, если предыдущая беременность закончилась кесаревым сечением (относительный риск КР=7,2), при межродовом интервале до 1 года (КР=5,2), при 5-й и более беременности (КР=3,3).

Большое значение имеет низкая медицинская активность беременных: позднее обращение беременных к гинекологу и нерегулярное наблюдение в течение всего периода беременности. Так, в группе наблюдения (по сравнению с контрольной) в 15 раз больше женщин поставлено на учет в сроки более 16 недель, в 4 раза больше беременных посещали акушера-гинеколога менее 6 раз за время наблюдения, а каждая четвертая женщина была в последний раз на приеме гинеколога более, чем за 1 месяц до родов. При этом особенно резко возрастает риск кровотечений при первом обращении к врачу после 16 недели беременности.

Из биологических факторов риска следует назвать возраст более 35 лет, для которого характерно увеличение частоты акушерских кровотечений (по

сравнению со средним риском) в 3,4 раза, а также малый рост (особенно до 151см) и высокий индекс Кетле (более 30 кг/м<sup>2</sup>), при которых вероятность кровотечений в 2,6 и 10,7 раз выше среднего риска.

Среди социально-гигиенических факторов наиболее высокий относительный риск акушерских кровотечений выявлен у беременных с начальным образованием, у рабочих и работниц сферы обслуживания (КР=2,4), при низком уровне потребления мяса, а также в тех случаях, когда полы в доме сделаны из ДСП и отмечен низкий уровень благоустройства жилья. Вероятность развития у этих беременных акушерских кровотечений в 1,4 - 3,9 раз выше среднего риска, равного 1.

Нами была также определена сила влияния (вес) каждого фактора в изучаемой патологии (весовой индекс  $w_k$ ) и прогностический коэффициент. На этой основе была смоделирована степень риска развития акушерских кровотечений при комплексном воздействии всех изучаемых факторов.

Разработанная прогностическая таблица с тактикой наблюдения за беременными группы риска, позволяет провести комплексную интегрированную оценку риска акушерских кровотечений у беременных и дает в руки врачей первичного звена здравоохранения инструмент для проведения своевременных обоснованных превентивных мероприятий, направленных на профилактику акушерских кровотечений.

Обобщая результаты исследования, представленные в пятой главе, необходимо отметить, что многие из изученных факторов являются факторами риска для всех рассмотренных видов акушерской патологии, но в то же время для каждого вида патологии перечень ведущих факторов неодинаков.

Проведенный анализ причин и факторов риска невынашивания беременности и акушерских кровотечений позволил сделать заключение о том, что эти осложнения беременности носят полифакторный характер, и формируются, в первую очередь под воздействием состояния здоровья беременных, а также акушерских, биологических и социально-гигиенических факторов, включая гендерные отношения и статус женщин в семье. Вместе с тем, влияние этих факторов можно было бы нивелировать при активизации, повышении роли медико-организационных факторов.

**Шестая глава** посвящена изучению осведомленности подростков Приаралья о некоторых аспектах семейно-брачных отношений и половой гигиене, а также определению поведенческих факторов риска и индикаторов формирования их образа жизни и здоровья.

Для прогнозирования тенденций развития демографических процессов чрезвычайно важен анализ репродуктивных установок подросткового контингента. Изучение осведомленности подростков Приаралья о некоторых аспектах семейно-брачных отношений и половой гигиене показало, что репродуктивные взгляды многих подростков далеко не рациональны и требуют безотлагательной корректировки. Так, половина девушек

(49,2±1,2%) и 1/3 юношей (34,3±1,3%) склонны к ранним (до 20 лет) бракам, в том числе 3,4±0,4% и 4,2±0,6% - в 17-18 лет; каждая четвертая девушка (26,7±1,0%) и 35,3±1,4% юношей склонны к ранним деторождениям (до 20 лет). При этом за ранние деторождения чаще высказывались горожане ( $p<0,001$ ), (табл. 5), а также 17-18 летние подростки, особенно учащиеся колледжей. В то же время 15,0±0,8% девушек и 12,9±0,9% юношей считают возможным роды у женщин в 36-40 лет и старше. На вопрос о желаемом числе детей в семье (когда они вступят в брак), половина девушек (51,1±1,2%) и юношей (52,5±1,4%) ответили, что хотят иметь 3-4 ребенка; 14,1±1,0% юношей указали на 5-6 и 7-8 детей, что было в 3 раза чаще, чем в ответах девушек (4,1±0,4%). Половина девушек (50,3±1,2%) и юношей (51,3±1,4%) и еще больше - 17-18 – летних сельчан (60,9±2,8%), после вступления в брак не планируют откладывать рождение ребенка, а хотят иметь его «сразу». Но особую настороженность вызывает то, что каждый десятый юноша (9,3±0,8%) и 5,5±0,3% девушек ( $p<0,01$ ) считают нормой частые (менее, чем через 2 года) и неконтролируемые рождения детей.

Таблица 5

Характеристика репродуктивных взглядов подростков в зависимости от пола и места проживания (на 100 подростков каждой группы)

Градация мнений	Город		Село	
	девушки	юноши	девушки	юноши
Роды:				
До 20 лет (16-20 лет)	32,3±1,6	40,1±2,3	21,8±1,3	32,6±1,6
в том числе в 16-18 лет	2,4±0,5	3,0±0,8	1,5±0,4	2,8±0,6
Не знают об осложнениях аборта	11,8±1,1	22,2±2,0	46,1±1,6	43,0±1,7
Аборт вреден для здоровья женщин	43,3±1,0	40,6±2,3	53,1±1,6	50,3±1,8
Аборт вреден только при I беременности	13,6±1,2	4,2±0,9	12,6±1,1	4,0±0,7
Не знают, не ответили	29,9±1,6	30,7±2,2	22,3±1,3	28,6±1,6
Аборт не вреден	4,4±0,7	9,1±1,4	4,3±0,6	6,9±0,9
Не знают никаких методов контрацепции / не ответили	71,1±1,6	90,3±1,4	71,3±1,5	85,3±1,3
Считают аборт методом контрацепции	9,6±1,0	2,8±0,8	8,9±0,9	6,9±0,9
Планируют использовать контрацепцию	26,6±1,5	26,9±2,0	33,8±1,5	36,1±1,7

Отсутствие информации по вопросам физиологии женского организма, репродуктивного здоровья и знаний о возможных осложнениях аборта (у 32,4% подростков) приводят к полному незнанию о вредном влиянии аборт на здоровье женщины у 29,9 – 30,7% горожан и 22,3 – 28,6% - сельчан (табл. 5). В результате 4,4±0,5% девушек и 7,7±0,7% юношей (больше городских) считают их совершенно безвредными, 13,0±0,9% девушек и 4,0±0,5% юношей – вредными только при I беременности, а каждая десятая девушка и 5,5% юношей (сельских в 1,5 раза чаще) считают аборт методом предохранения от нежеланных беременностей. Это, а также высокий процент девушек (71,2±1,1%) и юношей (87,0±0,9%), не осведомленных о методах контрацепции, способствует тому, что только 1/3 опрошенных подростков (32,8±1,3% юношей и 30,5±1,1% девушек) предполагают в будущем использовать в браке ПЗС. Еще меньше таких среди горожан (табл. 5). Расчеты показали, что самая высокая вероятность не применения в браке ПЗС у тех, кто считает, что аборт вреден только при первой беременности (коэффициент относительного риска в 1,5 раза выше среднего); особенно это касается юношей: у них коэффициент относительного риска в 2,8 раз выше среднего риска.

Довольно низка информированность подростков, особенно сельских, о безопасном сексе: 90,0% девушек и 83,5% юношей не знают никаких методов предохранения от ИППП и СПИДа или неверно их называют; каждый 6-й подросток (в сельской местности каждый четвертый) не имеют представления о презервативе, причем 35,9% юношей и 42,0% девушек не выражают интереса к получению такой информации, тем самым, представляя группу риска заражения ИППП. По многим вопросам, касающимся гигиены половой жизни, у юношей по сравнению с девушками достоверно меньше оптимальных ответов при опросе, что в условиях патриархальных узбекских семей может отразиться на репродуктивном поведении женщин в браке.

Осознавая недостаточную информированность по вопросам семейно-брачных отношений и половой гигиены, подавляющее большинство (92,5±0,5%) подростков считают необходимым проведение занятий в учебных заведениях по вопросам физиологии репродуктивной системы человека и половой гигиены и предпочитают, чтобы занятия проводили медработники (80,7±0,9% девушек и 62,3±1,4% юношей), а также считают, что нужен специальный учебник по программе полового воспитания. Но как выяснилось при анкетировании, занятия по половому воспитанию, семье и браку проводились только у 40,8% опрошенных; причем, в колледжах охват обучением в 2 раза ниже, чем в школах и гимназиях (28,1±2,1% против 55,1±1,5%), а в городах в 1,5 раза ниже, чем в сельской местности. Продолжительность занятий в большинстве случаев составляла не более 8 часов. На этих занятиях редко обсуждались темы: «Об инфекциях передаваемых половым путем (ИППП), и их предупреждении» (9,8±0,8% подростков), «О вреде ранней беременности и родов» (у 9,0±0,7%), «О

противозачаточных средствах» ( $2,5 \pm 0,4\%$ ), «О вреде аборта» ( $1,8 \pm 0,4\%$ ). С основной массой подростков ( $52,1 \pm 0,9\%$ ) и еще чаще - со школьницами ( $66,4 \pm 2,0\%$ ) занятия проводили классные руководители, кураторы, а с юношами (независимо от типа учебного заведения) в 5 раз чаще занимались учителя по биологии и анатомии ( $26,0 \pm 2,0\%$ ). Только  $26,3 \pm 1,6\%$  девушек и  $3,3\%$  юношей указали, что с ними занятия проводили медработники.

Для оценки эффективности проводимых с подростками занятий по вопросам семейно-брачных отношений были сопоставлены ответы опрошенных по ряду вопросов, касающихся элементов половой гигиены и их репродуктивных взглядов на будущее, в 3-х группах: I группа – подростки, у которых занятий по половому воспитанию не было, II группа – подростки, с кем занятия проводили медработники, III группа – подростки, с кем занятия проводили кураторы и преподаватели. Оказалось, что среди школьников в II группы (по сравнению с I группой) в 3 раза меньше учеников не знали, что такое презерватив ( $7,3 \pm 2,3\%$  против  $21,0 \pm 1,6\%$ ,  $p < 0,001$ ) и в 2 раза больше учащихся назвали презерватив способом предохранения от ИППП ( $28,2 \pm 4,0\%$  против  $12,6 \pm 1,3\%$ ); во II группе в 1,5 раза меньше школьников «ничего не знали о методах предупреждения» беременности ( $50,8 \pm 4,5\%$  против  $73,7 \pm 1,8\%$  в I группе) и в 1,5 раза больше их правильно указали на ПЗС ( $41,9 \pm 4,4\%$  против  $12,1 \pm 1,3\%$ ;  $p < 0,001$ ). Важно то, что во II группе в 2-2,5 раза меньше школьников назвали аборт «методом предупреждения нежеланной беременности» ( $7,3 \pm 2,3\%$  против  $14,2 \pm 1,4\%$  в I группе,  $p < 0,05$ ) и «ничего не знали о влиянии аборта на здоровье» ( $12,1 \pm 2,9\%$  против  $30,7 \pm 1,8\%$  в I группе), а в то же время в 1,5 раза больше их знали о вредном влиянии аборта на здоровье женщин ( $72,6 \pm 4,0\%$  против  $44,4 \pm 2,0\%$  в I группе,  $p < 0,001$ ). При этом на вопрос «Какие Вы знаете ПЗС?» школьники II группы в 2 раза чаще назвали презерватив ( $27,4 \pm 4,0\%$  против  $12,6 \pm 1,3\%$  в I группе), и инъекции ( $22,6 \pm 3,4\%$  против  $10,8 \pm 1,3\%$ ,  $p < 0,001$ ), в 2,5 раза – таблетки ( $76,0 \pm 4,5\%$  против  $16,3 \pm 1,5\%$ ).

Такая же картина отмечается и при анализе взглядов школьников на элементы будущего их репродуктивного поведения. Так, по сравнению с I группой, во II группе в 8 раз уменьшается число подростков, предпочитающих ранние (в 17-18 лет) браки ( $p < 0,001$ ) достоверно меньше лиц, кто в будущем хочет соблюдать короткий (менее 2-х лет) интергенетический интервал ( $48,3 \pm 4,5\%$  против  $59,2 \pm 2,0\%$ ;  $p < 0,05$ ), и в полтора раз чаще они планируют в будущей брачной жизни использовать методы предохранения от беременности ( $33,1 \pm 4,2\%$  против  $21,0 \pm 1,6\%$  в I группе,  $p < 0,05$ ); при этом они в 2-2,5 раза чаще собираются использовать гормональные контрацептивы, презерватив ( $p < 0,01$ ;  $0,001$ ).

Следовательно, там, где занятия проводили медработники, у школьников имеются положительные сдвиги в знаниях по вопросам половой гигиены и факторам сохранения репродуктивного здоровья.

Обращает на себя следующее: если занятия в школах проводили кураторы (III группа), то там (по сравнению с I группой) положительной динамики в знаниях учеников по вопросам половой гигиены и элементов репродуктивного здоровья практически не отмечается ( $p > 0,05$ ). В колледжах на часть из этих вопросов немного чаще правильно отвечали те, с кем занимались кураторы или медработники.

Довольно низкая эффективность преподавания подросткам элементов половой гигиены и репродуктивного здоровья вероятнее всего, связана с отсутствием программ преподавания и специально подготовленных команд, включающих преподавателей и медработников (семейных врачей, подростковых акушеров-гинекологов, школьных медсестер).

С целью изучения возможности повышения половой грамотности подростков через их друзей нами, совместно с молодежным движением г.Ташкента «Камолот», проведено пилотное исследование по обучению волонтеров-лидеров из числа активных подростков, пользующихся авторитетом среди сверстников, по указанным выше вопросам. На первом этапе путем анкетирования нами изучалась информированность этих подростков об ИППП и методах их предупреждения, а также их желание передавать свои знания по этим вопросам своим друзьям. Выбрав из подростков (по результатам опроса) 27 лидеров, мы провели для них два семинара по ИППП, после чего они были повторно анкетированы. После семинаров на те же вопросы обученные отвечали значительно лучше, и основная масса - 22 подростка (81%) выразили готовность передавать свои знания друзьям. Это подтверждает целесообразность подготовки таких волонтеров для передачи правильной информации от «равного к равному» в качестве дополнительного источника.

Таким образом, проблема полового воспитания подрастающего поколения это не только медицинская и педагогическая задача. Эта общесоциальная проблема, и её решение будет способствовать формированию здорового образа жизни, культуры сексуального и репродуктивного поведения у подрастающего поколения.

Проведенная нами оценка информированности подростков о здоровом образе жизни и практическом использовании его элементов показала, что почти половина девушек ( $48,5 \pm 2,1\%$ ) и  $\frac{2}{3}$  юношей ( $62,2 \pm 1,4\%$ ) в исследуемом регионе не имеют правильного представления о здоровом образе жизни. Каждый четвертый юноша ( $23,9-25,6 \pm 1,9\%$ ) и  $10-15 \pm 1,6\%$  девушек не считают вредным курение табака и наса, половина подростков не считают «правильное питание» одним из элементов ЗОЖ,  $12,1 \pm 1,4\%$  юношей и  $5,5 \pm 1,0\%$  девушек не знают о благотворном влиянии на здоровье физкультуры и спорта. Вследствие отсутствия у них четких убеждений о ЗОЖ, почти половина девушек ( $48,4 \pm 1,2\%$ ) и  $\frac{1}{4}$  юношей ( $24,6 \pm 1,2\%$ ) вообще не занимаются ни физкультурой, ни спортом. Только  $14,5 \pm 0,8\%$  девушек и  $45,2 \pm 1,4\%$  юношей занимаются в спортивных секциях. Остальные –

ссылаются на занятость (51,7%), финансовую недоступность (12,5%) и отдаленность спортивных объектов от места жительства (13,4%). Проводя свободное время на «улице» подростки приобщаются к вредным привычкам. Среди них достаточно широко распространено курение. Курят или пробовали курить табак каждый второй юноша (48,9±1,4%) и 16,5±0,9% девушек, насвай – 26,1±1,2% юношей и 12,9±0,8% девушек, в том числе регулярно курят каждый третий юноша и каждая девятая девушка, а 19,5% и 5% их (соответственно) употребляют насвай. При этом установлено, что критический возраст, когда подростки активно начинают приобщаться к курению, для городских ребят – около 14 лет, а для сельских – более ранний возраст. Чуть менее половины (44,0±1,4%) опрошенных юношей и 29,1±1,1% девушек уже употребляют или пробовали спиртные напитки.

Еще более опасным является отношение молодежи к наркотикам – каждый четвертый подросток не считает эту проблему сколь-либо значимой, 3,7±0,6% юношей, в основном сельских жителей, считают употребление наркотиков полезным, а каждый пятый – знает тех, кто употребляет наркотики, и может вступить с ними в контакт.

При опросе подростков о частоте фактического потребления различных видов пищевых продуктов (в течение недели) нами установлено, что основные и самые необходимые продукты питания (фрукты, все виды овощей, молочные продукты, рыбу и птицу, мясо) половина опрошенных подростков потребляла значительно реже, чем предусмотрено нормами питания: от менее одного дня до 4 дней в неделю. Близко к рекомендуемым нормам (5-7 дней в неделю) потребляли большинство видов продуктов лишь 7,0 – 21,0% всех опрошенных, а овощи, корнеплоды и мясо – 46,0 и 56,0% подростков. Однако почти  $\frac{2}{3}$  девушек (63,1±1,1%) и еще больше городских юношей (72,9±2,1%) считают, что они питаются правильно.

Таким образом, подростки Приаралья нуждаются как в коррекции питания, так и в коррекции мышления по вопросам качественного питания. Обе эти проблемы частично можно было бы решать в столовых школ и колледжей, организуя в них качественные обеды и тем самым пропагандируя, обучая рациональному питанию учащихся.

Недостаточные представления и слабое использование элементов здорового образа жизни, в том числе разбалансированное питание, являются важным фактором, ухудшающим показатели здоровья подросткового контингента Приаралья. Анализ динамики распространенности заболеваний среди подростков 15-17 лет показал, что в период 1996-2005 гг. исследуемый показатель в РК был существенно выше (в среднем на 25%), чем в целом по Республике Узбекистан, а его уровень вырос за 10 лет на 13,9%. В Хорезмской области показатель распространенности заболеваний в этот же период был в среднем на 21,8% ниже республиканского, но за 10 лет он вырос на 85,4%. С позиции репродуктивного здоровья особую тревогу должен вызывать продолжающийся рост у подростков заболеваний

мочеполовой системы, которые в структуре заболеваемости в регионе занимают 4-е место. Особенно интенсивно частота этих заболеваний увеличилась в Хорезмской области (на 73,5%) за период 1996-2005 гг.

При опросе 55,1±1,2% девушек и 26,0±1,2% юношей указали на наличие у них хронических заболеваний: в среднем по 2,0±0,06 заболевания у девушек и по 1,5±0,06 - у юношей. Чаще всего подростки указывали на наличие у них анемии (27,3% у девушек и 11,2% у юношей), эндокринных болезней (20,4% девушек и 3,9% юношей), несколько реже - на заболевания ЖКТ (10,9% и 3,3% соответственно) и почек (9,3% и 2,5%). Тревогу вызывает то, что среди подростков, страдающих хроническим заболеванием легких, 45,7±8,4% больных юношей и 15,2±3,6% девушек курят. Необходимо отметить, что знания подростков о вреде курения являются сдерживающим фактором приобщения к этой пагубной привычке. Так, среди тех, кто считает курение вредным для здоровья, курят лишь 12,3±1,1% подростков, в частности только 14,7±1,8% юношей. Этот показатель почти в 2 раза ниже, чем среди тех, кто считает курение полезным (41,2±11,9%) или считает его влияние безобидным для здоровья (27,5±4,2%,  $p < 0,001$ ). Среди имевших хроническое заболевание, 22,9±2,5% подростков назвали свое здоровье отличным. В то же время 15,3±1,4% подростков, указавших на отсутствие у них хронических заболеваний, считали свое здоровье удовлетворительным (11,6%) или даже плохим (3,7%). Каждый десятый подросток (9,4±0,5%) на вопрос о наличии у него заболеваний, ответил «не знаю». Все вышесказанное, а также заниженная частота сообщенных заболеваний по сравнению с данными специальных углубленных медосмотров свидетельствует о недостаточной осведомленности подростков о своих заболеваниях и легкомысленном не критическом отношении их к своему здоровью.

Таким образом, несмотря на положительные сдвиги в демографических процессах, показатели репродуктивного здоровья, репродуктивное поведение и установки мужчин и женщин детородного возраста требуют многоплановой и постоянной работы по их коррекции; особого внимания в этих вопросах требует репродуктивный резерв – подростки.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенных исследований, позволили сформулировать следующие **выводы**:

1. В регионе Приаралья за изучаемый период (1996 – 2005 гг.) наблюдается некоторая тенденция снижения рождаемости, материнской, младенческой и перинатальной смертности. Это в большей степени характерно для Республики Каракалпакстан, где показатели материнской и перинатальной смертности ниже общенациональных. Однако в Хорезмской области эти показатели имеют неустойчивый характер и по-прежнему остаются выше, чем в целом по стране. Репродуктивные потери в регионе обусловлены, прежде всего, низким уровнем показателей здоровья матерей и

новорожденных, что во многих случаях обуславливает рождение недоношенных детей. Так, к моменту исследования частота недоношенности в РК составила 37,6, в Хорезмской области – 32,1 на 1000 живорожденных.

2. Некоторые индикаторы репродуктивного поведения женщин имеют тенденцию в сторону улучшения: в Республике Каракалпакстан отмечено снижение СКР до 2,9 детей в среднем на 1 женщину за весь детородный период, в Хорезмской области - до 3,2 детей. Увеличилось число женщин с межродовым интервалом более 2-х лет до 79,9% - в РК и 72,3% - в Хорезмской области. Значительно возрос охват женщин фертильного возраста современными видами контрацепции (68,0%). Вместе с тем выявлен ряд негативных моментов. Так, в Хорезмской области наблюдается увеличение частоты искусственных аборт (СКА 1,2 аборта в среднем на 1 женщину, что в 3 раза больше чем в РК - 0,4), причем прибегают к ним уже в возрасте 20-24 г.; максимальный уровень аборт в городах приходится на возрастную группу 25-29 лет – 136 аборт на 1000 женщин, что в 5,4 раза больше, чем в РК. В то же время в РК спонтанные аборт регистрируются 1,5 раза, а аборт по медицинским показаниям 2 раза чаще, чем в Хорезмской области, причем отмечается тенденция к их росту.

3. Сформировавшиеся изъяны в репродуктивных установках и поведении мужчин нередко оказывают отрицательное влияние на репродуктивное поведение и здоровье женщин: для мужчин характерны добрачные и внебрачные половые контакты (8,7%), использование презервативов только в коммерческом сексе, не применяя их для предупреждения беременности с женами, тем самым, допуская возможным короткий межродовый интервал (47,6%). Мужья требуют от жен сексуальных отношений при её недомогании, после недавних родов (20%) и даже при наличии у мужа ИППП (3%), что связано с их низким уровнем осведомленности об этих заболеваниях (62%). Мужчины с хроническими заболеваниями имеют менее рациональные репродуктивные установки.

4. На формирование демографических процессов и репродуктивное здоровье заметное влияние оказывает статус женщин в семье и экономическое положение семьи. Так, 43,6% женщин не имеют права распоряжаться деньгами даже на покупку лекарств, 54,1% - не могут принимать самостоятельное решение по проблемам собственного здоровья, 3,4% женщинам - не разрешено посещать поликлинику, 20,1% могут посетить врача только с сопровождающим; не участвуют в решении вопроса о контрацепции 16,7% женщин Хорезмской области и 30,8% в РК.

5. Анализ факторов риска невынашивания беременности и акушерских кровотечений выявил определенную схожесть ведущих факторов: наличие ЭГЗ (заболевания почек, особенно при сочетании с анемией, острые инфекции), воспалительные заболевания женских половых органов, включая TORCH-инфекции; поздние беременности (в возрасте 35 – 40 и более лет, низкий рост (до 155 см), высокий индекс Кетле (выше 26 кг/м<sup>2</sup>); тяжелая

работа, низкий уровень образования, не благоустроенность быта, использование в отделке жилья ДСП, низкое качество питания; потребление алкоголя, неблагоприятный психологический климат в семье. Короткий и нерегулярный менструальный цикл, врожденные аномалии и опухоли женских половых органов являются дополнительными факторами риска для самопроизвольных выкидышей, а фактором риска акушерских кровотечений – наследственная предрасположенность к ним.

6. В формировании изученных трех акушерских осложнений одними из ведущих факторов риска явились элементы акушерского анамнеза: позднее взятия беременной на учет (16 недель и более), где коэффициент относительного риска (КР) осложнений 12,5–14,9; нерегулярное наблюдение у гинеколога (КР=2,7-3,8), малый интервал между беременностями (КР =4,6-6,8) и большое (5 и более) количество беременностей (КР = 2,9-3,3). Между тем, среди женщин с изученной акушерской патологией до 7,1% начали половую жизнь моложе 18 лет; 10,4 % имели межродовый интервал менее 1 года и до 32,9 % от 1 до 2 лет, до 11,4% женщин имели искусственное прерывание предшествующей беременности. Воспалительные заболевания женских половых органов имели до 26,0% женщин, в том числе до 11,4% имели TORCH-инфекции, почти все женщины с осложнениями имели ЭГЗ, но только 68 – 86% женщин с акушерскими кровотечениями во время беременности лечили имеющиеся у них заболевания. В то же время оптимальное репродуктивное поведение, оздоровление женщин и беременных и медицинская активность сводили к минимуму риск акушерских осложнений (КР = 0,3-0,7).

7. Показатели здоровья подросткового контингента в регионе имеют тенденцию к ухудшению: распространенность заболеваний среди них в период 1996-2005гг. в РК выросла на 13,9% и стала на 25% выше, чем в целом по стране; в Хорезмской области она выросла на 85,4%. Наблюдается рост заболеваний мочеполовой системы, которые в структуре заболеваемости в регионе заняли 4-е место. При опросе 55,1% девушек и 26,0% юношей указали на наличие у них ЭГЗ.

8. Репродуктивные взгляды и образ жизни современных подростков РК и Хорезма не способствуют формированию их здоровья. Они склонны к ранним бракам и деторождениям (49,2% и 26,7% девушек и 1/3 юношей), допускают возможность малых межродовых интервалов (5,5% и 9,3%), 1/3 подростков не намерены в будущем предохраняться от беременности, 9,2% девушек и 5,5% юношей считают приемлемым аборт как средство регуляции деторождений, 90% и 82% - не осведомлены о методах предохранения от ИППП и СПИДа. Половина юношей и 16,5% девушек уже приобщились к курению. Подростки региона нуждаются в целенаправленном гигиеническом и дифференцированном половом воспитании.

9. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о неблагоприятной характеристике демографических процессов в регионе Приаралья и требуют незамедлительных мер в этом направлении.

### **Практические рекомендации**

1. Принимая во внимание сложившуюся неблагоприятную характеристику демографических процессов в регионе Приаралья и в целях развития и укрепления системы родовспоможения и охраны здоровья матери и ребенка, медицинским учреждениям и общественным организациям Республики Каракалпакстан и Хорезмской области рекомендуется реализовать широкий комплекс мер, предусмотренный в Постановлении Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 г. ПП- 1096 «О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формированию здорового поколения».

2. Учитывая неадекватность репродуктивного поведения женщин в популяции, а также в исследуемых группах с акушерской патологией, медработникам первичного звена необходимо активно продолжать разъяснительную работу в семье (с женщинами, мужчинами и подростками) по повышению санитарной культуры, рациональному регулированию рождаемости и необходимости использования контрацепции для достижения безопасного материнства. Особое внимание следует обратить на контрацепцию 20-29-летних женщин, особенно в Хорезмской области, которые начинают использовать искусственный аборт с 20 лет, и у которых короткий межродовый интервал чаще всего отмечен между I и II родами.

3. В связи с широким распространением ЭГЗ в регионе и большим процентом не леченных ЭГЗ у женщин с осложненной беременностью, особенно с акушерскими кровотечениями, среди которых  $\frac{1}{3}$  составили первородящие, рекомендуется активизировать работу первичного звена по выявлению ЭГЗ и оздоровлению женщин до наступления беременности, а также осуществлять последующий регулярный мониторинг состояния здоровья беременных женщин. Для своевременного выявления ЭГЗ у молодоженов обязать работников первичного звена здравоохранения получать из ЗАГСа сведения о вновь вступивших в брак, проводить им комплексный медицинский осмотр и оздоровление.

4. При взятии беременных на учет рекомендуется в присутствии мужа (близкого родственника) провести комплексную оценку риска развития акушерской патологии с целью их участия в предупреждении возможных осложнений беременности, обращая внимание родственников на ведущие факторы риска, в том числе на роль гендерных факторов, психологического климата в семье, употребления алкоголя мужем и беременной женщиной, освобождение женщин от тяжелой физической нагрузки, а также от травм и стрессов. Необходимо усилить разъяснительную работу среди населения

общественными лидерами махалли, женскими комитетами по проблемам формирования здоровой семьи.

5. Учитывая распространенность TORCH инфекции и других воспалительных заболеваний половых органов среди женщин с изученной акушерской патологией, необходимо медработникам СВП и СП проводить регулярную работу по повышению уровня гигиенических знаний населения и осуществлять дифференцированное половое воспитание, в том числе по профилактике ИППП.

6. Для оптимизации роли семьи в демографических процессах в исследуемом регионе необходимо:

✓ проводить разъяснительную работу с мужчинами о важности их репродуктивного и гендерного поведения в формировании репродуктивного здоровья семьи.

✓ проводить систематическую разъяснительную работу через СМИ среди населения по повышению статуса женщин в семье, прежде всего, в вопросах, касающихся здоровья женщин, участия их в планировании семьи, исключения тяжелой психологической ситуации, снижения выполняемой ими тяжелой работы во время беременности.

7. Поскольку показатели здоровья подросткового контингента в регионе имеют тенденцию к ухудшению, а их образ жизни, легкомысленное отношение к своему здоровью и репродуктивные взгляды не способствуют формированию адекватного уровня здоровья, необходимо среди них проводить активное дружелюбное медицинское наблюдение, гигиеническое воспитание, дифференцированное половое образование и коррекцию их репродуктивных взглядов.

8. Для формирования правильной информации по вопросам половой гигиены в кругу подростков, целесообразно из их среды готовить обученных по специальной программе волонтеров-лидеров, пользующихся авторитетом среди девушек и ребят.

9. Низкая эффективность преподавания подросткам элементов половой гигиены и репродуктивного здоровья требует разработки унифицированных программ и формирования специально подготовленных команд (семейные врачи, подростковые акушеры-гинекологи, школьные медсестры), для пропаганды здорового образа жизни среди подростков.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Журнальные статьи:**

1. Бекбаулиева Г.Н. Поведенческие «факторы риска» подростков Приаралья //Педиатрия. - Ташкент, 2004. -№3-4. – С. 15-18.

2. Бекбаулиева Г.Н. Распространенность хронических ЭГЗ и приобщенность к курению подростков Приаралья //Педиатрия. - Ташкент, -2005. -№1. - С. 8 - 10

3. Бекбаулиева Г.Н. Питание подростков Приаралья как диагностический индикатор их образа жизни и здоровья // Педиатрия. - Ташкент, 2005. -№ 3-4. – С. 8-11
4. Бекбаулиева Г.Н. Семейно-брачные отношения с позиции юношей-подростков //Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, - 2005. -№2. - С.75-77
5. Бекбаулиева Г.Н. Медико-социальные аспекты образа жизни подростков Приаралья //Проблемы биологии и медицины. - Ташкент, -2005. -№3. – С. 29-31
6. Бекбаулиева Г.Н. Характеристика нутриционального статуса и потребления продуктов питания жителями Приаралья //Проблемы биологии и медицины. - Ташкент, - 2005. -№3. –С. 31-33
7. Бекбаулиева Г.Н. Половое воспитание подростков как элемент первичной профилактики нарушения репродуктивного здоровья //Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, - 2006. -№5. –С. 40 – 43
8. Бекбаулиева Г.Н. Медико-социальные аспекты индуцированных аборт в Приаралье //Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, - 2006. -№5. – С. 64-65
9. Бекбаулиева Г.Н. К вопросу о медицинской эффективности полового воспитания подростков //Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, -2006. -№5. – С.65-66
10. Бекбаулиева Г.Н. Гендерные проблемы в репродуктивном здоровье мужчин и женщин, проживающих в Приаралье //Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, - 2007. -№6. -С.60-62
11. Бекбаулиева Г.Н. Многолетний мониторинг тенденции репродуктивного поведения и здоровья женщин в узбекском Приаралье //Актуальные проблемы современной науки. – Москва, – 2007. -№5. -С. 141- 142
12. Бекбаулиева Г.Н. Медико-демографические, социально-экономические и гендерные аспекты в репродуктивном поведении женщин Приаралья //Естественные и технические науки. – Москва, -2007. -№5. - С. 162-164
13. Бекбаулиева Г. Н. Биологические и акушерские факторы риска невынашивания беременности //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, - 2007. -№3. - С. 32-33
14. Бекбаулиева Г.Н. Факторы риска развития акушерских кровотечений //Естественные и технические науки. - Москва, - 2009. - №1. - С. 94-95
15. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г. Н., Купцова Л.Ю. Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения //Актуальные проблемы современной науки. - Москва. -2007. -№5. - С. 143-144
16. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Медико-демографические аспекты планирования семьи в Приаралье // Педиатрия. - Ташкент, -1999, Специальный выпуск – V съезда акушеров-гинекологов Узбекистана. - С.251.

17. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Влияние медико-демографических факторов на распространенность анемии у женщин и детей Приаралья //Педиатрия. - Ташкент, -1999. -№4. - С.6-8.

18. Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Положительные результаты оптимизации деторождения в регионе Приаралья //Педиатрия. - Ташкент, -2000. -№1. - С.16-18.

19. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н. Медико-социальная характеристика и оценка репродуктивных установок подростков Приаралья //Вестник врача общей практики. - Самарканд, -2003. - №3. Специальный выпуск часть 3. С. 105-106.

20. Бекбаулиева Г.Н., Аюпова Ф.М., Купцова Л.Ю. Анализ причин преждевременных родов в Приаралье //Вестник врача. – Самарканд, - 2009. - №3. - Специальный выпуск. - Часть 1. С. 162-164.

21. Нигматова Г.М., Купцова Л.Ю., Бекбаулиева Г.Н. Медико-социальные аспекты формирования репродуктивных взглядов подростков Приаралья//Вестник врача. – Самарканд, - 2009. -№3. - Специальный выпуск. - Часть 2. С. 405-406.

**Статьи и тезисы в сборниках научных трудов:**

22. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Распространенность анемии у женщин Приаралья в связи с их репродуктивным поведением //Международная конференция «Развитие первичного звена здравоохранения и семейная медицина» Сборник тезисов. - Ташкент. -2001. -25-26.сентябрь. - С.14-15.

23. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Оптимизация репродуктивной функции семьи как элемент здорового образа жизни //«Соглом авлод вояга етказишда ташки экологик мухит ва соглом турмуш тарзининг ахамияти» мавзусида Республика илмий-амалий анжумани материаллари. – Фаргона. -2001. 29-30ноябр. -7 бет

24. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Репродуктивное поведение женщин Приаралья как фактор формирования их здоровья //Тезисы докладов. Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной медицины (патогенез, диагностика, лечение). – Второй ТашГосМИ. - 2002г. -12-13 ноябрь. - С.106

25. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Динамика медико-демографических аспектов здоровья населения в Республике Узбекистан //Материалы научно-практической конференции «Болалар пулмонологиясининг минтакавий хусусиятлари» - г. Самарканд. -2004-2005г. - С.82-85

26. Бекбаулиева Г.Н. Орол буйи минтакасида сурункали упка касалликлари билан касалланган усмирларнинг тиббий–ижтимоий тавсифи Материалы научно-практической конференции «Болалар пулмонологиясининг минтакавий хусусиятлари». - г. Самарканд. 2004-2005г. - С.11-13

27. Бекбаулиева Г.Н. Приверженность к вредным привычкам подростков Приаралья //Тезисы докладов в сборник актуальные проблемы санитарии, гигиены и экологии. НИИСГПз. - Ташкент. -2004г. – С. 233
28. Бекбаулиева Г.Н. Репродуктивная ориентация подростков Приаралья //Тезисы докладов в сборник актуальные проблемы санитарии, гигиены и экологии. НИИСГПз. - Ташкент. -2004г. – С. 234
29. Бекбаулиева Г.Н. Информированность подростков о методах предохранения беременности и ИППП //V съезд педиатров Узбекистана. Сборник тезисов. – Ташкент. -2004. 18-19 ноябрь. – С.80-81
30. Бекбаулиева Г.Н. Репродуктивные планы юношей-подростков //V съезд педиатров Узбекистана. Сборник тезисов. – Ташкент. -2004. 18-19 ноябрь. – С. 81
31. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю., Турымбетова М.Т. Отношение к здоровью подростков Приаралья //Тезисы докладов научно-практ. конференции Жамоатчилик саломатлиги ва тиббиёт тарихининг долзарб муаммолари» (Профессор А.А Абдуллаев хотирасига багишланади). - Ургенч -2005 йил 4-5 май. - С. 94.
32. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю., Турымбетова М.Т. Социальные и организационные аспекты реализации потенциала здоровья подростков //Тезисы докладов научно-практ. конференции Жамоатчилик саломатлиги ва тиббиёт тарихининг долзарб муаммолари» (Профессор А.А Абдуллаев хотирасига багишланади). - Ургенч -2005 йил 4-5 май. - С. 99-100.
33. Асадов Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Аюпова Ф.М., Купцова Л.Ю., Особенности потребления продуктов питания жителями Приаралья //Тезисы докладов научно-практ. конференции Жамоатчилик саломатлиги ва тиббиёт тарихининг долзарб муаммолари» (Профессор А.А Абдуллаев хотирасига багишланади). - Ургенч -2005 йил 4-5 май. - С. 93
- Методические руководства и рекомендации:**
34. Асадов Д.А., Сафаева К.С., Купцова Л.Ю., Шафайзиева Г.Д., Бекбаулиева Г.Н., Арипов Т.Ю. Здоровье – ключевое условие человеческого развития //Методические рекомендации. – Ташкент. – 2008. – 20 с.
35. Асадов Д.А., Менликулов П.Р., Ходжаева Н.Д., Купцова Л.Ю., Ахмедов Т.Г., Бекбаулиева Г.Н., Шафайзиева Г.Д. и др. Методика анализа деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений //Методические рекомендации. – Ташкент. – 2008. – 14 с.
36. Бекбаулиева Г.Н., Купцова Л.Ю. Прогнозирование риска развития акушерской патологии у беременных //Методические рекомендации. – Ташкент. – 2008. – 11 с.
37. Руководство по менеджменту охраны здоровья матери и ребенка. /Под редакцией Асадова Д.А., Ташкент. – 2009г. - 122 с.

**Тиббиёт фанлари доктори илмий даражасига талабгор Г.Н.Бекбаулиеванинг 14.00.33 – «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш», 14.00.01 – «Акушерлик ва гинекология» ихтисосликлари бўйича “Оролбўйи аҳолиси репродуктив саломатлиги шаклланишининг тиббий-ижтимоий ва ташкилий йўналишлари ва уларнинг ривожланиш истиқболлари” мавзусидаги диссертациясининг**

### **РЕЗЮМЕСИ**

**Таянч (энг муҳим) сўзлар:** тиббий-демографик кўрсаткичлар, репродуктив ахлоқ ва саломатлик, ўсмирларнинг оила-никоҳ қарашлари, жинсий тарбия, гендер тенглик, акушерлик патологиянинг омиллари.

**Тадқиқот объектлари:** Саломатлик Институтининг статистик материаллари, Орол бўйи фертил ёшдаги аёл ва эркеклар, АГИТИнинг Нукус филиалидаги акушерлик қон кетиш, хомилдорлиги охирига етмаган ва физиологик туғруқлар бўлган аёллар, ҚРси ва Хоразмнинг мактаб, коллеж ва лицей ўқувчилар, Тошкент шаҳри “Камолот” Ёшлар ҳаракатининг йўлбошчилари.

**Тадқиқот мақсади:** ижтимоий, тиббий ва ташкилий омиллар мажмуини туғиш ёшидаги аҳоли репродуктив ахлоқи ва саломатлигига таъсирини ўрганиш ҳамда Оролбўйи минтақасида демографик жараёнларнинг оптималлашувига йўналтирилган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш.

**Тадқиқот усуллари:** ижтимоий-гигиеник, социологик, бевосита кузатув усули, клиник-аналитик, математик-статистик ва бошқалар.

**Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги:** ҚРсидаги демографик вазият ижобий динамикага, Хоразм вилоятида эса ўзгарувчан бўлиб, салбий тенденцияга эга экан. Аёлларнинг репродуктив ахлоқи ва саломатлигининг шаклланишига аёлнинг оиладаги мақоми, гендер муносабатлар ва ижтимоий-иқтисодий омилларнинг таъсири борлиги аниқланди. Минтақадаги

аҳоли ва ўсмирларнинг оила-никоҳ муносабатлари ҳамда энг мувофиқ жинсий ахлоқ масалалари бўйича маълумотга эга бўлиш талаби аниқланди. Ўсмирларнинг гигиеник тарбия ва репродуктив қарашларни коррекциялаш мақсадида табақалаштирилган жинсий билимга муҳтожлиги аниқланди.

**Амалий аҳамияти:** Акушерлик қон кетиш ва хомилани охирига етказмаслик хавф гуруҳини аниқлаш учун прогностик жадвал ишлаб чиқилди. Тадқиқот натижалари репродуктив саломатликни шакллантириш бўйича буйруқлар тайёрлашда асос бўлиб хизмат қилди. “Тенгма тенг” ақидаси бўйича жинсий тарбиянинг амалга ошириш самарадорлигини аниқлаш мақсадида “Камолот” ўсмир ёшлари сафидан кўнгилли йўлбошчиларни тарбиялаш бўйича учирма текширувлар ўтказилди.

**Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги:** туққан ва хомилдор аёлларда акушерлик қон кетиш хавф гуруҳини аниқлаш ва прогнозлаш учун ишлаб чиқилган прогноз жадвалини қўллаш ижтимоий аҳамиятга эга бўлган оналар ўлимини камайитиришга имкон беради.

**Қўлланиш соҳаси:** Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилояти соғлиқни сақлаш соҳалари маъмурий-бошқарув аппарати.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Бекбаулиевой Г.Н. на тему: «Медико-социальные и организационные направления формирования репродуктивного здоровья населения Приаралья и перспективы их развития», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.00.33. – «Общественное здоровье и здравоохранение», 14.00.01. – «Акушерство и гинекология»

**Ключевые слова:** медико-демографические показатели, репродуктивное поведение и здоровье, семейно-брачные взгляды подростков, половое воспитание, гендерное равенство, факторы риска акушерских патологий.

**Объекты исследования:** Статистические материалы Института Здоровья, женщины и мужчины фертильного возраста Приаралья, женщины с невынашиванием, акушерским кровотечением и с физиологическими родами в Нукусском филиале НИИ А и Г, учащиеся школ, колледжей и лицеев РК и Хорезма, лидеры молодежного движения «Камолат» г. Ташкент.

**Цель работы:** изучить влияние комплекса социальных, медицинских и организационных факторов на репродуктивное поведение и здоровье населения детородного возраста и разработать меры, направленные на оптимизацию демографических процессов в регионе Приаралья

**Методы исследования:** социально-гигиенический, социологический, метод непосредственного наблюдения, клинико-аналитический и другие.

**Полученные результаты и их новизна:** Демографическая ситуация в РК имеет положительную динамику, тогда как в Хорезмской области она неустойчива и имеет тенденцию к ухудшению. Социально-экономические факторы, гендерные отношения и статус женщин в семье влияет на формирование их репродуктивного поведения и здоровья. Определена потребность в информировании по вопросам семейно-брачных отношений и оптимального сексуального поведения у населения и подростков региона. Выявлено, что подростки нуждаются в гигиеническом воспитании и дифференцированном половом образовании.

**Практическая значимость:** разработаны прогностические таблицы для определения групп риска недонашивания беременности и акушерских кровотечений. Результаты исследований служили основанием для подготовки приказов по формированию репродуктивного здоровья. Определена эффективность реализации полового воспитания подростков по принципу «равный к равному».

**Степень внедрения и экономическая эффективность:** Применение разработанных прогностических таблиц для прогнозирования и определения групп риска акушерских кровотечений у беременных и рожениц привело к снижению риска развития акушерских кровотечений, и способствовало снижению материнской смертности, что имеет социальное значение.

**Область применения:** здравоохранение, административно-управленческий аппарат Республики Каракалпакстан и Хорезмской области.

## RESUME

**Dissertation of Bekbauliyeva G.N. “Medical, social and administrative items of founding reproductive health in population of Aral Sea area and perspective of its development” applied for Doctor of science degree in specialty 14.00.33. – “Public Health and Healthcare” and 14.00.01. – “Obstetrics and Gynecology”**

**Key words:** demographic indicators, reproductive behaviour and health, views of teens to family, sexual education, genders equality, factors of miscarriage and obstetrical bleeding

**Subjects of research:** Statistical data of Health Institute, women in 15-49 and men 15-59 years who are residents of those regions, women with miscarriage, obstetrical bleeding and labour in Nukus branch of Scientific Institute of Obstetrics and Gynecology, school, college and litsey children, leaders of youth movement “Kamolot” in Tashkent

**Purpose of work:** investigate the role of medical, social and administrative factors in reproductive behaviour and fertile population health and develop ways for optimizing demographic processes in Aral Sea area

**Methods of research:** social and hygienic, sociological, method of direct examination, clinical and analytical, mathematical and statistical etc.

**The results obtained and their novelty:** It was found that demographic state in Karakalpakstan has positive trend while in Khorezm it is unstable and getting worse. The role of social and economic factors, gender relations and women status in family in building reproductive behaviour and health. The needs for informing and ways of realizing marital and familial issues with adequate sexual behaviour in adults and teens in regions were defined. For the first time were researched life style and reproductive view of teens.

**Practical value:** Prognostic tables for personal prognosing and stratifying risk groups of miscarriage and obstetric bleeding were developed with the aim to decide individually the strategy of pregnancy guiding

It resulted in developing orders and decrees relating to reproductive healthcare. Effectiveness of sexual education of teens in “equal for equals” pattern was evaluated with the use of pilot trial for preparing volunteers and leaders from “Kamolot” youth movement.

**Degree of embed and economic effectivity:** Using of developed prognostic tables for identifying the risk groups for obstetrical bleeding in pregnant women and in labour resulted in decrease of risk in bleeding and prompted maternal death reduction with great social significance.

**Field of application:** Healthcare system, administrative institutes if Karakalpakstan and Khorezm regions

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АК- акушерские кровотечения  
ВМС – внутриматочная спираль  
ЗОЖ – здоровый образ жизни  
ИЗНУ – исследование здоровья населения Узбекистана  
ИКДС – интегрированный коэффициент демографической ситуации  
ИППП – инфекции, передаваемые половым путем  
ИМТ – индекс массы тела  
КЗА – коэффициент завершенных аборт  
КЗР – коэффициент завершенных родов  
КОП – коэффициент отношения правдоподобия  
КР – коэффициент риска  
МЗРК – Министерство Здравоохранения Республики Каракалпакстан  
НИИ А и Г – научно исследовательский институт акушерства и гинекологии  
НИР – научно исследовательская работа  
ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты  
ПР – преждевременные роды  
СВ – самопроизвольный выкидыш  
СВП – сельский врачебный пункт  
СКА – суммарный коэффициент аборт  
СКР – суммарный коэффициент родов  
СМИ – средства массовой информации  
СП – семейная поликлиника  
ТашИУВ – Ташкентский институт усовершенствования врачей  
ЭГЗ – экстрагенитальные заболевания