

ственно 6,3 и 4,6 на 1000 родившихся). В динамике (как среди сельского населения, так и среди городского) наблюдается снижение показателей младенческой смертности со среднегодовым темпом снижения 6,7 и 7,2% соответственно.

Ранжирование административных территорий области по среднегодовому показателю общей смертности населения за 2002–2006 гг. показало, что районами с наиболее напряженной ситуацией являлись Бельничский, Бобруйский и Чаусский. Данным территориям принадлежали также "лидирующие" места по результатам ранжирования по показателям смертности населения от ведущих причин смерти (болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины смерти). По ранговому расположению ведущих причин смерти в струк-

туре смертности населения Бельничского и Чаусского районов отсутствуют существенные различия со структурой смертности населения по области в целом. В Бобруйском районе первое место в структуре смертности принадлежит болезням сердечно-сосудистой системы, второе – внешним причинам смерти, третье – новообразованиям.

Для снижения уровней смертности и увеличения ожидаемой продолжительности жизни Программой демографической безопасности Могилевской области на 2007–2010 гг. предусмотрен ряд мероприятий по формированию здорового образа жизни, созданию благоприятной среды обитания и здоровосохраняющей производственной среды, охране здоровья матери и ребенка, совершенствованию оказания медицинской помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основные статистические показатели здравоохранения Могилевской области, 2002–2006 гг. // Статистические сборники Управления здравоохранения Могилевского облисполкома. – Могилев, 2003–2007.
2. Основные принципы организации и проведения социально-гигиенического мониторинга: Инструкция по применению №179–1206. – Минск, 2007. – С.22–24.
3. *Артюшкевич В.С., Давыдов Р.Р.* Насильственная смерть как фактор, влияющий на демографическую ситуацию в Беларуси // Медицинские новости. – 1998. – №4. – С.54–57.
4. О состоянии здоровья населения Могилевской области (данные Могилевского областного управления статистики). – Могилев, 2007.
5. Здоровье населения и окружающая среда в Могилевской области в 2006 году: Информационно-аналитический бюллетень. – Могилев, 2007.

Поступила 11.10.2007 г.

ВЛИЯНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ БЕРЕМЕННОЙ И НОВОРОЖДЕННОГО

М.Ю.Сурмач¹

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

По данным социологического опроса и анализа первичной медицинской документации беременных и родильниц 15–24 лет уточнены распространенность опасных для здоровья форм поведения молодых женщин до наступления беременности, особенности их поведения по отношению к получению медицинской помощи. Доказано позитивное влияние профилактически направленного прегравидарного поведения на здоровье беременной, родильницы и новорожденного.

Охрана здоровья матери и ребенка – государственный приоритет для Беларуси. Организация акушерско-гинекологической помощи непрерывно совершенствуется: разрабатываются новые, более эффективные организационные модели и профилактические технологии, внедряются программы по

повышению качества медицинской помощи, форм и методов предоставления медицинских услуг, что обеспечивает традиционно лучшие результаты в СНГ, выражаемые в низких показателях младенческой и материнской смертности [1–3]. В то же время, наряду с данными о благоприятных тенденциях

¹ Работа выполнена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант Б07М-160)

в поведении населения Беларуси по отношению к соблюдению принципов здорового образа жизни [4], в подростковой среде остаются популярными социально-поведенческие факторы, связанные с безответственным отношением к здоровью [5–7], сохраняет высокую актуальность проблема наркоманий и алкоголизации молодежи [8, 9]. Несмотря на принимаемые медико-организационные меры, в состоянии здоровья молодежи, особенно репродуктивного здоровья молодых женщин, здоровья беременных, сохраняются негативные тенденции [10, 11].

Связь поведения и здоровья очевидна. Так, наиболее значимыми негативными факторами для репродуктивного здоровья молодежи являются инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), более половины случаев которых приходится на возраст 15–24 года, и искусственное прерывание беременности [12, 13] – то есть факторы, регулируемые поведением.

Цель данного исследования – доказать влияние прегравидарного поведения на течение беременности, родов и здоровье новорожденных у молодых женщин.

Задачи: 1) уточнить распространенность опасных для здоровья форм поведения молодых женщин и особенности их поведения по отношению к получению медицинской помощи, 2) охарактеризовать общее состояние здоровья беременных, родильниц 15–24 лет и их новорожденных, 3) доказать позитивное влияние профилактически направленного прегравидарного поведения на здоровье беременной, родильницы и новорожденного, 4) выявить группы риска.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе материалов социологического опроса (n=625) и первичной медицинской документации (n=2022) – форм И11/у "Индивидуальная карта беременной и родильницы", И13/у – "Обменная карта", часть "Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о роженице" – беременных и родильниц 15–24 лет, роды у которых наступили в 2005–2006 гг. Выборочная совокупность предварительно районировалась и по возрастному и территориальному распределению соответствовала генеральной.

По данным социологического опроса беременных молодого возраста изучены распространенность клинических симптомов ИППП до беременности и структура моделей поведения женщины при их наличии. Во время пилотного исследования установлено, что возможны следующие модели поведения молодежи: адекватная (обращение к врачу для диагностики и лечения), условно адекватная (анонимное обследование); неадекватная (отсутствие каких-либо действий; самолечение и его варианты: помощь друзей, знакомых, опора на собственный опыт). Поэтому вопрос был сформулирован следующим образом:

"Беспокоили ли Вас когда-либо ранее симптомы, характерные для заболеваний, передаваемых половым путем (выделения, зуд, появившиеся через некоторое время после полового контакта):

- Да, • Нет;

Ваша тактика (в случае ответа "Да"):

- Обратилась к врачу, • Обследовалась анонимно, • Лечилась сама, • Симптомы прошли без лечения".

Профилактическую направленность прегравидарного поведения женщины наиболее полно характеризуют ее установки и поведение по отношению к планированию беременности и прегравидарной подготовке, что и было изучено по данным социологического опроса и первичной медицинской документации. Проанализированы материалы анонимного раздаточного социологического опроса, в числе вопросов которого были следующие:

"Как Вы считаете, необходимо ли заранее готовиться к наступлению беременности (вредные привычки, обследование и оздоровление, прием витаминов и препаратов йода):

- Да, женщине; • Да, обоим партнерам; • Нет, но беременной женщине нужно вовремя встать на учет у гинеколога и выполнять его рекомендации";

"Ваша первая беременность была:

- Запланированной; • Желанной, но незапланированной; • Несвоевременной (Вы хотели ребенка, но не в это время); • Нежеланной".

По данным первичной медицинской документации уточнена распространенность искусственных прерываний беременности (в анамнезе) среди родильниц 15–24 лет, распространенность среди них ИППП (включая повторные случаи выявления), охват молодых женщин прегравидарной подготовкой и показатель ее полноты (доля женщин, прошедших полную прегравидарную подготовку, среди всех охваченных); охарактеризованы общее состояние здоровья женщин и их новорожденных, распространенность вредных привычек среди беременных и их партнеров.

Для статистического анализа данных использовано сочетание параметрических и непараметрических методов, содержащихся в пакетах прикладных программ STATISTICA 6,0 и SPSS 13,0: методы описательной статистики; методы оценки достоверности – расчет критериев t Стьюдента, χ^2 (с поправкой Йетса, для сравнения групп по экстенсивным показателям); методы анализа связи признаков: дисперсионный анализ с расчетом критерия Фишера [14]. Результат оценивался как достоверный при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Почти 40,6% опрошенных беременных женщин, ожидающих рождения ребенка (254 из 625), отмечали наличие симптомов ИППП в анамнезе, из них 76,8% выбрали адекватную или условно адекватную модель поведения (табл. 1). Выбор неадекватных по-

веденческих стратегий обнаружен в 23,3±2,7 случаях на 100 случаев наличия симптомов ИППП.

Распространенность клинических симптомов ИППП до наступления данной беременности среди опрошенных не зависела от возраста респонденток. В то же время, выбор неадекватного поведения у женщин в возрасте 20 лет и старше составил 19,9±2,5 случаев на 100 случаев наличия симптомов ИППП, у подростков 15–19 лет – 29,9±3,8 случаев на 100 случаев наличия симптомов (χ^2 Yates =4,9, $p<0,05$).

Наличие клинических симптомов, характерных для ИППП, может быть использовано в качестве базы для изучения поведения по отношению к получению медицинской помощи, однако только косвенно свидетельствует о заболеваемости. Поэтому нами изучена первичная медицинская документация, по данным которой ИППП регистрировались в анамнезе каждой десятой беременной 15–24 лет; частота выявления ИППП во время беременности составила 14,8±0,8 на 100 беременных. Выявление ИППП во время беременности сочеталось с наличием ИППП в анамнезе в каждом третьем случае выявления ($p>0,05$ для города и села) и почти в 60% случаев – у беременных, не достигших 18 лет к моменту наступления беременности.

Искусственное прерывание беременности в анамнезе отмечено в первичной медицинской документации 20,8±0,9 на 100 беременных, различий в распространенности для женщин, проживающих в городе и в селе, не выявлено. Однократное искусственное прерывание беременности имело у 16,4% беременных/родильниц или 78,6% из числа женщин, имевших искусственное прерывание беременности в анамнезе, многократное – у 4,5% беременных/родильниц, или 21,4% из числа женщин, имевших искусственное прерывание беременности в анамнезе. Среди многократно прерывавших беременность женщин 72,2% – жительницы города, 27,8% из многократно прерывавших беременность – жительницы села, что близко к территориальному распределению выборочной совокупности. Первая беременность была прервана искусственно 13,8% беременных/родильниц (84,3% женщин, имевших искусственное прерывание беременности в анамнезе).

Анализ показателей заболеваемости беременных и родильниц 15–24 лет показал, что не имеют патологии 5,8±0,52 женщин на 100 беременных и родильниц 15–24 лет; более половины беременных 15–24 лет в течение беременности госпитализируются. Не имеют соматической патологии 17,8±0,9 женщин на 100 беременных. Большая часть (57,2%) новорожденных отнесены ко второй группе здоровья, около 37% – к первой, менее 6% – к третьей или четвертой группе здоровья. В то же время, такие управляемые медико-организационными мерами показатели, как: частота анемии беременных (отмечена у каждой третьей беременной 15–24 лет), распространенность патологии щитовидной железы стабилизированы (в сравнении с литературными данными [15]); врожденные anomalies развития (22,0±3,2 на 1000 новорожденных), распространенность внутричерепных родовых травм (одна внутричерепная родовая травма на 2049 живорожденных) стабилизированы на низком уровне как у городских, так и у сельских родильниц, что позитивно характеризует организацию акушерско-гинекологической помощи молодым беременным женщинам.

Среди беременных 15–24 лет, проживающих в городе, доля поступивших на учет по беременности в сроке беременности 12 и более недель ниже, чем среди беременных – жительниц села (13,3% против 20,7%, χ^2 Yates=14,2 при $p=0,0002$); 6% жительниц города против 11,5% жительниц села нерегулярно посещают врача и недообследуются во время беременности (χ^2 Yates=14,08 при $p=0,0002$).

Обнаружено, что 23,6±0,9 случая на 100 беременностей у 15–24-летних составляют подростковые беременности (15–19 лет), 6,2±0,5 – беременности у не достигших 18 лет к моменту наступления беременности (юные беременные и родильницы). Более чем каждая третья (38%) беременная женщина в возрасте младше 18 лет встала на учет по беременности в сроке беременности 12 и более недель, две несовершеннолетних к моменту наступления беременности женщины на медицинском учете по беременности не состояли (1,6%) и обратились за медицинской помощью в родах (1 роженица) и после родов на дому (1 родильница). Нерегулярное медицинское наблюдение или

Таблица 1

Прегравидарное поведение молодой женщины при наличии клинических симптомов ИППП (254 женщины, отметившие наличие симптомов)

Поведение по отношению к медицинской помощи	Доля из числа женщин, имевших симптомы (%)	Количество (чел.)
Адекватная модель (консультация врача по диагностике и лечению)	73,6	187
Условно адекватная модель (анонимное обследование)	3,1	8
Неадекватная модель:	23,3	59
1. Отсутствие действий	1. 12,7	1. 32
2. Самолечение	2. 10,6	2. 27

неполное обследование отмечено почти у каждой третьей юной беременной (30,9±4,1 случаев на 100 юных беременных).

Распространенность вредных привычек среди беременных – 12±0,7 женщин, имеющих вредные привычки, на 100 беременных 15–24 лет (с незначимым перевесом в сторону увеличения доли городских жительниц, $p>0,05$), 32,5±4,2 случая на 100 беременных/родильниц, не достигших 18 лет к моменту наступления беременности. Среди отцов (партнеров) имеющие вредные привычки регистрируются с частотой 31,7±1 на 100 беременных (с незначимым перевесом в сторону увеличения доли сельских жителей, $p>0,05$).

Согласно данным опроса беременных, осознают необходимость подготовки к наступлению беременности 513 из 625 опрошенных (более 82%). Тем не менее, планировали данную беременность заранее 41,6% первородящих и 46% повторнородящих женщин, сочетание запланированной беременности с прегравидарной подготовкой отмечено в анкетах в 17,3±1,3 случаях на 100 первых и 32,2±3,9 случаях на 100 повторных родов. Первая беременность была запланированной у 29,8%, желанной, но незапланированной у 29,7%, незапланированной у 25,2% и нежеланной у 15,3% женщин; первая беременность являлась для женщины 15–24 лет желанной и/или запланированной в 59,5±1,4 случаях на 100 первых беременностей.

Имеется отметка том, что прегравидарная подготовка не пройдена либо в первичной медицинской документации отсутствуют сведения по данному пункту у 43,2% беременных (родильниц). Полную прегравидарную подготовку прошли 24,5%, частичную – 32,3% молодых беременных. Охват беременных 15–24 лет прегравидарной подготовкой в городе выше, чем в сельской местности, и составляет 61,1±1,2 и 41,6±1,9 на 100 беременных соответственно; показатель полноты прегравидарной подготовки – 43,1%.

Среди беременных и родильниц, не достигших 18 лет к моменту наступления беременности, полную прегравидарную подготовку прошли 14,3%. Почти половина (47,6%) юных беременных прегравидарную подготовку либо не прошли, либо отсутствует отметка о прохождении. Отметка об отсутствии прегравидарной подготовки встречается в первичной медицинской документации юных беременных примерно с той же частотой, как и в остальной совокупности (42,9% беременных 18 лет и старше). Однако полную прегравидарную подготовку проходит статистически значимо меньшее количество юных беременных ($p<0,05$).

Чтобы доказать или опровергнуть влияние прегравидарного поведения женщины на ее здоровье во время беременности, родов, и здоровье ее новорожденного, совокупность молодых беременных и ро-

дильниц (2022 чел.) была разделена по признаку прохождения прегравидарной подготовки: первая группа включала женщин, прошедших полную прегравидарную подготовку ($n=496$); вторая – женщин, прошедших прегравидарную подготовку частично ($n=653$); третья – женщин, не прошедших прегравидарную подготовку либо в первичной медицинской документации которых нет данных о прохождении прегравидарной подготовки ($n=873$), – и далее подвергнута сравнительному статистическому и дисперсионному анализу.

При применении дисперсионного анализа обнаружено, что фактор принадлежности женщины к той или иной группе, сформированной по признаку прохождения прегравидарной подготовки, значимо влияет на ряд показателей: своевременность постановки на учет по беременности ($F=65,76$; при $p<0,001$), регулярность наблюдений и полнота обследований ($F=18,28$; $p<0,001$), распространенность вредных привычек (прегравидарная подготовка значима для отсутствия вредных привычек: $F=13,18$; $p<0,001$), частота прерывания первой беременности (то же, $F=21,99$; $p<0,001$), выявляемость во время беременности ИППП (то же, $F=13,65$; $p<0,001$), частота обнаружения III–IV степеней влагалищной флоры (то же, $F=5,7$; $p=0,003$), удельный вес новорожденных 1–2 групп здоровья ($F=3,95$; $p<0,05$) (табл. 2).

Первая группа женщин ("полная прегравидарная подготовка") включила наименьшую (14,1%) долю женщин 15–19 лет. Для женщин первой группы обнаружены следующие различия: наименьшие доля женщин, несвоевременно ставших на учет по беременности (χ^2 Yates=58,2, $p<0,001$), женщин с нерегулярным наблюдением или неполным обследованием (χ^2 Yates=61,8, $p<0,001$), незамужних женщин (2,2%); наименьшая распространенность вредных привычек; наименьшая частота наличия в анамнезе прерывания первой беременности; наименьшая частота обнаружения ИППП и выявления III–IV степени чистоты влагалищной флоры во время беременности. Выявлены статистически значимые различия в состоянии внутриутробного плода (показатели более благоприятны в отношении группы 1), рассчитанные при сравнении суммы частот фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода в группах 1 и 3 ($p<0,05$); отмечаются наименьшая частота внутриутробного инфицирования и частота гнойно-септических осложнений у новорожденных; наиболее высокий удельный вес новорожденных I группы здоровья (χ^2 Yates=4,2, $p<0,05$). В первой группе женщин оказались статистически значимо более высокими такие показатели, как частота госпитализации беременных (615±21,8‰), частота невынашивания беременности и бесплодия в анамнезе; частота применения медикаментозной родостимуляции, выявлена наивысшая (84% родильниц) частота грудного вскармливания к сроку 6–8 недель после родов.

Различия в течении беременности, родов, здоровье новорожденных и акушерско-гинекологическом анамнезе у женщин 15–24 лет, разделенных по признаку прохождения прегравидарной подготовки (p<0,05)

Признак	Группа 1 (n=496)	Группа 2 (n=653)	Группа 3 (n=873)
Особенности прегравидарной подготовки	Пройдена в полном объеме	Пройдена частично	Не пройдена либо нет данных
Доля женщин, вставших на учет в сроке беременности ≥ 12 недель	4,4%	11,6%	23,6% и все не состоявшие на учете
Доля женщин с нерегулярным наблюдением	3%	5,5%	11%
Частота искусственного прерывания первой беременности в анамнезе	8,9 \pm 1,3 на 100	14,7 \pm 1,4 на 100	15,9 \pm 1,2 на 100
Невынашивание беременности в анамнезе	7,3 \pm 1,2 на 100	5,4 \pm 0,9 на 100	4,4 \pm 0,7 на 100
Бесплодие в анамнезе	4%	1,3%	0,9%
Вредные привычки у беременной женщины	7%	11,9%	15%
Доля имеющих ИППП во время беременности	8,9%	17,9%	15,9%
Распространенность III – IV ст. чистоты влагалищной флоры	28,8 \pm 2,0 на 100	36,9 \pm 1,9 на 100	36,0 \pm 1,6 на 100
Частота инфекционной или паразитарной патологии	15,5 \pm 1,6 на 100	18,8 \pm 1,5 на 100	20,8 \pm 1,4 на 100
Фетоплацентарная недостаточность; Внутриутробная гипоксия ²	4,0 \pm 0,9 на 100; 9,0 \pm 1,8	5,2 \pm 0,9 на 100; 23,4 \pm 1,7	6,5 \pm 0,8 на 100; 24,5 \pm 1,4
Внутриутробное инфицирование	0,2%	3,7%	4,6%
Гнойно-септические осложнения у новорожденных ³	-	1%	0,6%
Удельный вес новорожденных I группы здоровья	41,9%	37,4%	35,3%

² – p<0,05 для суммы осложнений

³ – Для уточнения достоверности полученных различий вследствие редкой распространенности исследуемого явления необходимо увеличение количества наблюдений

Третья группа женщин, включавшая беременных и родильниц 15–24 лет, не прошедших прегравидарную подготовку, а также беременных и родильниц, в чьих первичных медицинских документах отсутствовала отметка о прохождении прегравидарной подготовки, характеризовалась наибольшим удельным весом во всей совокупности (43,2%); наиболее высокими долей женщин 15–19 летнего возраста (27,3%), незамужних женщин (36,6%), частотой вредных привычек. В этой группе отмечена наиболее высокая доля имеющих искусственное прерывание первой беременности (χ^2 Yates=12,9, p=0,003). Течение беременности характеризовалось в данной группе женщин наивысшей частотой внутриутробной гипоксии плода. Наиболее часто в данной группе выявлялись внутриутробное инфицирование плода, врожденные аномалии развития у новорожденного, фетопатии. Женщины третьей группы реже вскармливали новорожденного грудью (80,6% родильниц). Частота госпитализации беременных этой группы оказалась наименьшей (518 \pm 16,9%), что со-

четалось с самыми высокими долей женщин, несвоевременно вставших на учет по беременности, долей нерегулярно наблюдавшихся и недообследованных во время беременности.

Вторая группа беременных и родильниц, прошедших прегравидарную подготовку частично, оказалась разнородной. Следует отметить высокие распространенность вредных привычек среди женщин данной группы, распространенность ИППП и частоту выявления III–IV степени чистоты влагалищной флоры во время беременности.

Выводы

Результаты исследования подтвердили тревожащие показатели состояния здоровья беременных и родильниц молодого возраста, а также выявили высокую распространенность опасных для здоровья форм прегравидарного поведения среди молодых женщин: почти четверть выбирают неадекватную модель поведения по отношению к потреблению медицинской помощи при наличии клинических симптомов ИППП, частота выявления ИППП во вре-

мия беременности составляет $14,8 \pm 0,8$ на 100 беременных и сочетается с наличием ИППП в анамнезе в каждом третьем случае выявления. По данным опроса, осознают необходимость подготовки к наступлению беременности более 82% молодых женщин, тем не менее, искусственное прерывание беременности в анамнезе отмечено в первичной медицинской документации $20,8 \pm 0,9$ на 100 беременных, первая беременность была прервана искусственно 13,8% беременных/родильниц, каждое четвертое–пятое прерывание беременности в анамнезе родильниц 15–24 лет – повторное. Почти каждая седьмая молодая женщина становится на учет в сроке беременности 12 недель и более, почти каждая десятая нерегулярно посещает гинеколога или недообследуется во время беременности. Более 12 молодых беременных из 100 имеют вредные привычки. Планируют заранее беременность, оканчивающуюся родами, 41,6% первородящих и 46% повторнородящих молодых женщин. Прегравидарная подготовка отсутствует либо в первичной медицинской документации нет сведений о ее прохождении у 43,2% беременных (родильниц) 15–24 лет.

Группой поведенческого риска являются женщины, не достигшие 18 лет к моменту наступления беременности. Очевидно, что сам факт беременности до наступления совершеннолетия является социальным отклонением. Помимо этого, несовершеннолетние беременные отличаются выбором неадекватного поведения при наличии клинических симптомов ИППП, несвоевременной постановкой на учет по беременности, отсутствием прегравидарной подготовки, нерегулярным наблюдением во время беременности. Именно в группе несовершеннолетних выявлены случаи обращения за медицинской помощью только во время или после родов. Среди несовершеннолетних беременных наибольшая доля имеющих вредные привычки, доля имеющих повторные случаи выявления ИППП. Следовательно, беременные, не достигшие 18 лет к моменту наступления беременности, являются группой девиантного поведения, нуждающейся в постоянном наблюдении не только гинеколога, но и психолога, психотерапевта с максимально ранних сроков беременности. Необходимы эффективные меры по предотвраще-

нию наступления беременности у несовершеннолетних.

Наиболее благоприятна в поведенческом отношении группа женщин, прошедших полную прегравидарную подготовку. Они своевременно становятся на учет по беременности, характеризуются регулярностью обследований и наблюдений, более низкими распространенностью во время беременности ИППП и частотой вредных привычек. Следствием профилактически направленного поведения женщин этой группы являются наименьшая частота внутриутробного инфицирования плода, наивысший удельный вес относительно здоровых новорожденных (удельный вес новорожденных с I группой здоровья составляет 41,9% против 35,3% в группе не прошедших прегравидарную подготовку, $\chi^2 \text{ Yates} = 4,2$, $p < 0,05$), наивысшая частота грудного вскармливания к сроку 6–8 недель после родов. В то же время, высокие показатели госпитализации беременных, частоты невынашивания беременности и бесплодия в анамнезе, а также частоты применения медикаментозной родостимуляции свидетельствуют об объективно худшем состоянии биологического здоровья женщин первой группы. Профилактическая направленность поведения сформировалась у этих женщин на фоне неблагоприятного акушерско-гинекологического анамнеза – "на собственных ошибках".

Заключение

Прегравидарная подготовка в сочетании с отсутствием вредных привычек, регулярным обследованием и наблюдением во время беременности с большей вероятностью обеспечивает рождение ребенка с первой группой здоровья. В то же время, даже среди женщин с профилактически направленным поведением велика доля имеющих отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Следовательно, необходимо формирование первичного профилактически направленного поведения молодежи, с одной стороны, и увеличение охвата женщин молодого возраста прегравидарной подготовкой, с другой. Формирование здорового образа жизни и ответственного репродуктивного поведения невозможно без комплексного взаимодействия системы здравоохранения и всех социальных институтов, способных влиять на молодежь и общественный институт семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дуда, И.В. Анализ демографической ситуации и роль в ней родовспомогательной службы в Республике Беларусь. Пути улучшения репродуктивного здоровья женщин / И.В.Дуда, В.Л.Силива // Актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщин: материалы респ. научн.–практ. конф. акушеров–гинекологов и неонатологов, Минск, 4–8 дек. 2000 г. / Белор. ассоциация акушеров–гинекологов и неонатологов; редкол.: И.В.-Дуда [и др.]. – Минск, 2000. – С.5–11.
2. Пересада, О.А. Направления улучшения репродуктивного здоровья женщин и снижения материнской смертности в Республике Беларусь / О.А.Пересада // "Здоровье населения – основа благополучия страны": материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / МЗ РБ, Белор. ассоциация социал–гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П.Руденко [и др.] – Минск, 2006. – С.15–18.

3. Роль и место перинатальных технологий в демографическом процессе / *Р.А. Часнойть [и др.]* // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.161–162.
4. Современные тенденции изменения поведения населения Беларуси в сторону здорового образа жизни / *А.С. Секач [и др.]* // "Здоровье населения – основа благополучия страны": материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11–12 мая 2006 г. / МЗ РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и орг-ров зд-я; ред. совет: В.П.Руденко [и др.] – Минск, 2006. – С.290–293.
5. *Вареник, А.А.* Репродуктивное поведение и информированность современных девушек-подростков по вопросам репродуктивного здоровья / А.А.Вареник, Н.П.Жукова // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.171–172.
6. *Голубев, С.А.* Отношение к сексуальной жизни и психоактивным веществам студентов первого курса Белорусского университета в 2003 году / С.А.Голубев // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: тезисы респ. науч.-практ. конф., Минск, 27–29 ноября 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С.176–177.
7. Социально-поведенческие факторы, влияющие на распространение венерических болезней среди подростков / *П.Д.Гуляй [и др.]* // Мед. новости. – 2004. – №12. – С.57–58.
8. Медицинские последствия парентерального употребления наркотиков в Республике Беларусь / *А.В.Козловский [и др.]* // Мед. новости. – 2003. – №5. – С.41–45.
9. *Разводовский, Ю.Е.* Анализ динамики показателей статистической отчетности наркологической службы Беларуси / Ю.Е.Разводовский, А.В.Козловский // Мед. новости. – 2004. – №12. – С.59–61.
10. *Можейко, Л.Ф.* Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков / Л.Ф.Можейко, М.В.Буйко // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №4. – С.50–52.
11. *Сидоренко, В.Н.* Особенности репродуктивного здоровья в современных условиях / В.Н.Сидоренко // Здоровы лад жыцця. – 2002. – №10. – С.22–24.
12. Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сб. за 2005 г. / МЗ РБ, сектор методологии и анализа мед. статистики. – Минск: ГУ РНМБ, 2006. – 276 с.: табл.
13. *Севковская З.А.* Охрана репродуктивного здоровья подростков и молодежи в Республике Беларусь // Медицина. – 2000. – №4. – С.21–23.
14. *Реброва, О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных: Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю.Реброва. – 3-е изд. – М.: Издательство Медиа Сфера, 2006. – 305 с.
15. Здоровье матери и ребенка = Mother and Child Health: Информационно-аналитические материалы / *Н.С.Богданович [и др.]*; под ред. *Л.И.Матуш [и др.]*. – Минск: ЮНИПАК, 2002. – 96 с.

Поступила 14.11.2007 г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ

Ю.Е.Разводовский

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

В сравнительном аспекте анализируется уровень смертности от различных причин среди городского и сельского населения Беларуси в 2005 году. Данные официальной статистики свидетельствуют о значительно более высоком уровне общей смертности, сердечно-сосудистой смертности, смертности от внешних причин, а также связанной с алкоголем смертности среди сельских жителей по сравнению с городскими. Высокий уровень связанной с алкоголем смертности в сельской субпопуляции подчеркивает актуальность реализации комплексной государственной программы, направленной на снижение уровня алкогольных проблем в современной деревне.

В последние десятилетия демографическая ситуация в Беларуси, как и в других республиках бывшего Советского Союза, характеризуется как кризисная. Начиная с 1993 г. в республике начался процесс депопуляции, т.е. уменьшения численности населения за счет роста смертности и снижения рождаемости [1]. Существует комплекс факторов, приведших к кризису смертности в бывших советских

республиках, включающий падение уровня жизни, стресс радикальных перемен, загрязнение окружающей среды, злоупотребление психоактивными веществами [1–3]. Современный демографический кризис коснулся всех социальных слоев, но особенно он затронул сельское население, что дает основание говорить о "вымирании" деревни [4, 5]. Так, в период с 1941 по 2000 год сельское население Бела-