

Значение прегравидарной подготовки и репродуктивных установок женщин г. Омска

Е.Н.Кравченко[✉], Р.А.Моргунов

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России. 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12

[✉]kravchenko.en@mail.ru

Цель исследования – оценить значимость прегравидарной подготовки и исходы течения беременности и родов в зависимости от репродуктивных установок женщин г. Омска.

Методы исследования. В исследование включены 92 женщины, которые были разделены на группы: группа А (n=43) – женщины, чья беременность являлась запланированной; группа В (n=49) – женщины, беременность которых наступила случайно. Каждая группа была поделена на подгруппы в зависимости от возраста: от 18 до 30 и от 31 до 49 лет. На каждую пациентку, включенную в исследование, заполнена специально разработанная карта. Было проведено интервьюирование данных пациенток в БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр».

Результаты. Сравнительный анализ позволил выявить взаимосвязь между прегравидарной подготовкой, репродуктивными установками женщин фертильного возраста и особенностью течения беременности и родов у данных пациенток.

Выводы. Большинство женщин фертильного возраста находятся в браке: в подгруппе АА – 25 (96,2%), АВ – 13 (76,5%), ВА – 25 (92,6%), ВВ – 20 (91,0%). Превалирующее число женщин фертильного возраста имели один аборт и более: в подгруппе АА – 12 (46,2%), АВ – 6 (35,3%), в подгруппах сравнения ВА – 8 (29,6%), ВВ – 6 (27,3%). Более 1/2 опрошенных женщин фертильного возраста имеют в анамнезе нелеченую патологию шейки матки (от 40,8% до 64,7%). Период гестации у женщин, планирующих беременность, в большинстве наблюдений протекал без осложнений: в подгруппе АА – 13 (50,0%), АВ – 11 (64,7%). Наиболее распространенной причиной осложненного течения беременности, наступившей случайно, является угроза самопроизвольного выкидыша: в подгруппе ВА – 15 (55,6%), ВВ – 16 (72,7%). Неосложненное течение родов чаще [подгруппа АА – 19 (73,0%), АВ – 12 (70,6%)] наблюдалось у женщин, которые имели мотивацию на рождение здорового ребенка и беременность которых была запланирована.

Ключевые слова: репродуктивные установки, прегравидарная подготовка, фертильный возраст.

Для цитирования: Кравченко Е.Н., Моргунов Р.А. Значение прегравидарной подготовки и репродуктивных установок женщин г. Омска. Гинекология. 2018; 20 (6): 48–52. DOI: 10.26442/20795696.2018.6.180076

Classical Article

Appreciation of the importance of pregravid preparation and reproductive attitudes of women of childbearing age in the city of Omsk

E.N.Kravchenko[✉], R.A.Morgunov

Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 644099, Russian Federation, Omsk, ul. Lenina, d. 12

[✉]kravchenko.en@mail.ru

Abstract

The aim of the study. Assess the importance of pregravid preparation and outcomes of pregnancy and childbirth, depending on the reproductive attitudes of women in the city of Omsk.

Materials and methods. The study included 92 women who were divided into groups: group A (n=43) – women whose pregnancy was planned; group B (n=49) – women whose pregnancy occurred accidentally. Each group was divided into subgroups depending on age: from 18 to 30 and from 31 to 49 years. For each patient included in the study, a specially designed map was filled out. These patients were interviewed at the City Clinical Perinatal Center.

Results. Comparative analysis revealed the relationship between the reproductive settings of women of childbearing age and the peculiarity of the course of pregnancy and childbirth in these patients.

Summary. The majority of women of fertile age are married: in subgroup AA – 25 (96.2%), AB – 13 (76.5%), BA – 25 (92.6%), BB – 20 (91.0%). The predominant number of women of fertile age have one or more abortions: in subgroup AA – 12 (46.2%), AB – 6 (35.3%), in subgroups of comparison BA – 8 (29.6%), BB – 6 (27.3%). More than half of the women of fertile age surveyed have a history of untreated cervical pathology (from 40.8% to 64.7%). The course of pregnancy in women planning pregnancy in most cases proceeded without complications: in subgroup AA – 13 (50.0%), AB – 11 (64.7%). The most common cause of complicated pregnancy in women whose pregnancy occurred accidentally is the threat of spontaneous miscarriage: in subgroup BA – 15 (55.6%), BB – 16 (72.7%). The uncomplicated course of labor more often [subgroup AA – 19 (73.0%), AB – 12 (70.6%)] was observed in women whose pregnancy was planned and they were motivated to give birth to a healthy child.

Key words: reproductive attitudes, pregravid preparation, childbearing age.

For citation: Kravchenko E.N., Morgunov R.A. Appreciation of the importance of pregravid preparation and reproductive attitudes of women of childbearing age in the city of Omsk. Gynecology. 2018; 20 (6): 48–52. DOI: 10.26442/20795696.2018.6.180076

В настоящее время в России наблюдается низкий уровень рождаемости, значительно уступающий уровню, необходимому для простого воспроизводства населения. Характер рождаемости определяется массовым распространением малодетности (1–2 ребенка), сближением параметров рождаемости городского и сельского населения, откладыванием рождения первого ребенка, ростом внебрачной рождаемости [1]. Повышенный интерес государства к демографической ситуации охватил уже 10-летний период. Комплекс предпринимаемых на правительственном уровне мер направлен на повышение рождаемости, снижение уровня смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни, регулирование миграционных процессов, улучшение здоровья нации [2]. Немаловажную роль в достижении поставленных целей и задач развития любого государства играет его население. От тенденций демографического развития зависят объем трудовых ресурсов, экономический потенциал, конкурен-

тоспособность, политическая стабильность [3]. Репродуктивные установки девушек определяют их репродуктивное поведение, состояние репродуктивного здоровья и репродуктивный потенциал. Вследствие этого изучение репродуктивных установок является исходным показателем, определяющим все последующие этапы становления фертильного статуса женщины.

По существу, репродуктивная установка включает в себя установки девушек на число детей вообще, а также установки на предпочтительные интервалы рождения детей и проведение контрацептивных мер [4]. Создавая семью и начиная планировать беременность, молодые люди уже имеют определенные устоявшиеся ожидания и представления о том, как будут реализованы основные семейные роли отца и матери, каким образом они будут выстраивать отношения с ребенком, у них формируются определенные ожидания относительно пола ребенка. Однако при этом нельзя отрицать и то, что некоторые женщины сталкиваются с не-

запланированной беременностью, что также накладывает определенный отпечаток на формирование у них отношения к будущему ребенку [5]. Как показывают многочисленные социально-психологические исследования, нежелание иметь детей связано не с материальным положением семьи, а с духовно-нравственным кризисом. В обществе происходит трансформация традиционных семейных ценностей. Выбор молодежи все чаще падает на достижение карьерного роста, при этом создание семьи откладывается до улучшения социальных и бытовых условий, а репродуктивный возраст отодвигается с 20–25 до 30–35 лет. Кроме того, современная молодежь утрачивает ценностное отношение к вступлению в брак, предпочитая вступать во внебрачные сексуальные отношения в несовершеннолетнем возрасте, не задумываясь об их последствиях [6]. Одним из путей решения проблемы является формирование у городских жительниц установок на рождение детей и, следовательно, неприятие такой меры, как прерывание беременности [7]. Известно, что прерывание первой беременности увеличивает риск возникновения онкопатологии молочной железы и женских половых органов. Согласно статистическим данным, в мире 40% женщин делают аборт по собственному желанию, 23% – по социально-экономическим причинам, а оставшиеся 37% приходятся на пороки развития плода и угрозу здоровья матери [8].

Контрацепция является важной составляющей программы планирования семьи и предполагает использование различных методов, благодаря которым вероятность зачатия значительно снижается или даже сводится к нулю [9]. В Российской Федерации гормональная контрацепция не является основным методом регулирования рождаемости [10]. В то же время опрос россиянок 18–45 лет показал, что они достаточно активно пользуются контрацепцией (все методы – 85%, современные – 68%). Это совпадает с данными World Abortion Policies (80 и 60% соответственно), выше среднемирового показателя (63 и 57%), а также сопоставимо с показателями развитых стран (72 и 62%), максимальный из которых отмечен в Норвегии (88 и 82%) [11, 12]. Риск развития побочных эффектов и нежелательных явлений гормональной контрацепции не исключает необходимость контроля за деторождением у лиц, страдающих заболеваниями и состояниями, которые создают угрозу жизни и здоровью при наступлении непланируемой беременности, в том числе у девушек-подростков [13].

Одним из основных направлений улучшения демографической ситуации в стране являются укрепление репродуктивного здоровья и сохранение детородной функции женщины, что непосредственно связано с уменьшением числа абортов, профилактика которых напрямую связана с применением современных методов контрацепции для предупреждения нежелательной беременности [14, 15]. Для дальнейшего повышения эффективности борьбы с абортами необходима совместная работа, направленная на усиление воспитательной работы среди молодежи, в частности среди школьников (пропаганда семейных ценностей, ответственного отношения к родителю); включение в курс обучения студентов высших и средних медицинских образовательных учреждений вопроса о методиках консультирования для профилактики абортов [16].

Контрацепция, являясь методом планирования семьи, одновременно может считаться способом предупреждения аборта и связанных с ним осложнений, а следовательно, имеет не только медицинское, но и социальное значение. Заинтересованность в успешном окончании учебы, карьерные устремления в большинстве случаев заставляют женщин откладывать рождение ребенка, по крайней мере, до получения образования. Следовательно, их контрацептивное поведение должно быть оптимизировано в отношении условий жизни и перспектив карьеры и репродукции [17]. Однако, несмотря на большое количество научно-исследовательских работ, посвященных изучению материнства и беременности, остается открытым вопрос об особенностях отношения к детям, представлении о будущем материнстве у женщин, находящихся на этапе планирования материнства, и у беременных женщин с учетом фактора запланированности беременности.

Планирование семьи – это совокупность социально-экономических, правовых, медицинских мероприятий, направленных на рождение желанных для семьи, здоровых детей, профилактику абортов, сохранение репродуктивного здоровья, достижение гармонии в браке. Целями планирования семьи являются рождение желанных детей, снижение частоты незапланированных беременностей и искусственных абортов, материнской и перинатальной смертности [18]. Здоровье ребенка начинает формироваться во внутриутробном периоде и во многом определяется здоровьем родителей и течением беременности. Прегравидарная подготовка необходима всем парам, планирующим беременность, но особое значение она приобретает при отягощенном репродуктивном анамнезе (бесплодие разного генеза, невынашивание беременности, репродуктивные потери) [19].

Цель исследования – оценить значимость прегравидарной подготовки и исходы течения беременности и родов в зависимости от репродуктивных установок женщин г. Омска.

Методы

Экспериментальная выборка состоит из двух групп женщин в возрасте от 18 до 49 лет: группа А (n=43) – женщины, чья беременность являлась запланированной; группа В (n=49) – женщины, беременность которых не являлась запланированной. На каждую пациентку, включенную в исследование, заполнена специально разработанная карта. Было проведено интервьюирование 92 пациенток в БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр». При сборе анамнеза изучались возраст, половая функция (возраст начала половой жизни), наличие в анамнезе заболеваний органов малого таза, шейки матки, семейное положение, используемые методы контрацепции, продолжительность использования, вредные привычки, также оценивали время наступления беременности после отмены контрацептивов.

Все пациентки после интервьюирования были распределены на основную группу и группу сравнения, каждая из которых была разделена по возрасту на две подгруппы. Основную группу составили женщины репродуктивного возраста (n=43), которые планировали беременность и проходили прегравидарную подготовку. Критерии включения в основную группу: женщины фертильного возраста с желанной беременностью и реализуемой прегравидарной подготовкой. Критерии исключения из основной группы: женщины фертильного возраста, не планирующие беременность и не проходившие прегравидарную подготовку; возраст моложе 18 и старше 49 лет. В подгруппу АА были включены женщины в возрасте 18–30 лет, АВ – 31–49 лет. Группу сравнения составили женщины репродуктивного возраста (n=49), не планирующие беременность и не проходившие прегравидарную подготовку. В подгруппу сравнения ВА были включены женщины в возрасте 18–30 лет, ВВ – 31–49 лет.

Карта исследования состояла из 47 вопросов, где наибольшее внимание уделялось акушерско-гинекологическому анамнезу. Каждая пациентка была извещена о том, что в данном исследовании будут анализироваться результаты обследования и ответы на вопросы, фамилия и другие персональные данные не будут разглашены. Выполненная работа не ущемляла права, не подвергала опасности обследованных пациентов и осуществлялась с их информированного предварительного согласия на использование медицинской документации в научно-исследовательской работе.

Результаты и обсуждение

Большинство женщин, отвечая на вопрос об их семейном положении на данный момент, отмечают, что находятся в отношениях. В подгруппе АА 25 (96,2%) женщин, АВ – 13 (76,5%) состоят в браке, как и в подгруппах сравнения: ВА – 25 (92,6%), ВВ – 20 (91,0%). Из этого следует, что для женщины важно чувствовать поддержку и заботу со стороны супруга, и это не может не повлиять на отношение матери к будущему ребенку. При изучении используемых методов

Таблица 1. Анализ методов контрацепции, применяемых женщинами исследуемых подгрупп				
Методы контрацепции	Группа А		Группа В	
	подгруппа АА (n=26)	подгруппа АВ (n=17)	подгруппа ВА (n=27)	подгруппа ВВ (n=22)
Барьерный	9 (34,6%)	6 (35,3%)	15 (55,6%)	10 (45,5%)
Прерванный половой акт	2 (7,7%)	2 (11,8%)	7 (25,9%)	6 (27,3%)
Календарный	2 (7,7%)	0 (0%)	2 (7,4%)	1 (4,5%)
Этинилэстрадиол + дроспиренон	3 (11,5%)	3 (17,6%)	2 (7,4%)	2 (9,2%)
Внутриматочная спираль	1 (3,8%)	3 (17,6%)	1 (3,7%)	1 (4,5%)
Этинилэстрадиол + гестоден	1 (3,8%)	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (4,5%)
Этинилэстрадиол + хлормадинона ацетат	2 (7,7%)	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (4,5%)
Этинилэстрадиол + этногестрел	6 (23,2%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Сравнение между группами	Df=7; $\chi^2=16,15$; $p=0,021^*$			
Сравнение между подгруппами внутри группы	Df=7; $\chi^2=5,9$; $p=0,55$		Df=7; $\chi^2=4,1$; $p=0,77$	
Сравнение всех подгрупп	Df=21; $\chi^2=27,2$; $p=0,17$			
*Здесь и далее в табл. 4 – различия статистически значимы при $p<0,05$ (критерий χ^2).				

Таблица 2. Характеристика методов контрацепции, применяемых женщинами исследуемых подгрупп после аборта				
Контрацепция после аборта	Группа А		Группа В	
	подгруппа АА (n=14)	подгруппа АВ (n=8)	подгруппа ВА (n=10)	подгруппа ВВ (n=12)
Барьерный	4 (28,6%)	2 (25,0%)	6 (60,0%)	4 (68,2%)
Этинилэстрадиол + этногестрел	4 (28,6%)	1 (12,5%)	2 (20,0%)	0 (0%)
Этинилэстрадиол + дроспиренон	3 (21,4%)	3 (37,5%)	1 (10,0%)	1 (8,3%)
Этинилэстрадиол + дезогестрел	2 (14,3%)	1 (12,5%)	1 (10,0%)	1 (8,3%)
Нет	1 (7,1%)	1 (12,5%)	0 (0%)	6 (50,0%)
Сравнение между группами	Df=4; $\chi^2=6,5$; $p=0,17$			
Сравнение между подгруппами внутри группы	Df=4; $\chi^2=1,3$; $p=0,87$		Df=4; $\chi^2=8,3$; $p=0,08$	
Сравнение всех подгрупп	Df=12; $\chi^2=18,1$; $p=0,11$			
Примечание: нет различий между подгруппами.				

Таблица 3. Характеристика гинекологического анамнеза групп женщин фертильного возраста				
Гинекологический анамнез	Группа А		Группа В	
	подгруппа АА (n=26)	подгруппа АВ (n=17)	подгруппа ВА (n=27)	подгруппа ВВ (n=22)
Неотягощен	13 (50,0%)	11 (64,7%)	6 (22,2%)	3 (13,7%)
Аднексит	4 (15,4%)	0 (0%)	1 (3,7%)	3 (13,7%)
Патология шейки матки	4 (15,4%)	3 (17,6%)	18 (66,7%)	13 (59,1%)
Бесплодие	1 (3,8%)	1 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Миома матки	2 (7,7%)	1 (5,9%)	1 (3,7%)	1 (4,5%)
Эндометриоз	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	1 (4,5%)
Киста яичника	2 (7,7%)	1 (5,9%)	0 (0%)	1 (4,5%)
Сравнение между группами	Df=6; $\chi^2=8,4$; $p=0,22$			
Сравнения между подгруппами внутри группы	Df=5; $\chi^2=3,2$; $p=0,66$		Df=5; $\chi^2=8,0$; $p=0,16$	
Сравнение всех подгрупп	Df=18; $\chi^2=20,5$; $p=0,31$			

контрацепции для предупреждения нежелательной беременности было выяснено, что гормональная контрацепция, к сожалению, не является лидирующим методом (табл. 1).

При анализе гинекологического анамнеза женщин выяснено, что большинство женщин перенесли один аборт и более, что негативно сказывается как на демографической ситуации в целом, так и на репродуктивном здоровье каждой женщины. В подгруппе АА 12 (46,2%) женщин, АВ – 6 (35,3%) перенесли один аборт, в подгруппах сравнения ВА – 8 (29,6%), ВВ – 6 (27,3%). Также анализировали и методы контрацепции, применяемые женщинами репродуктивного возраста после аборта. Лидирующими методами предупреждения нежелательной беременности являются разные методы, но не гормональная контрацепция (табл. 2).

Важным аспектом репродуктивного здоровья женщины фертильного возраста является отсутствие хронических заболеваний органов малого таза. Большинство женщин, не прошедших прегравидарную подготовку, имеют в анамнезе патологию шейки матки без лечения (цервицит, эндометриоз, истинная эрозия шейки матки); табл. 3.

Женщины обеих подгрупп исследования становились на учет по беременности в женскую консультацию по месту жительства в сроки от 6 до 10 нед беременности: в подгруппе АА – 20 (76,9%) женщин, АВ – 12 (70,6%), в подгруппах сравнения ВА – 20 (74,1%), ВВ – 13 (77,3%). Период гестации у женщин, которые планировали беременность и были мотивированы на рождение здорового ребенка, протекал в большинстве случаев без осложнений, в отличие от

Таблица 4. Характеристика течения беременности женщин фертильного возраста

Течение беременности	Группа А		Группа В	
	подгруппа АА (n=26)	подгруппа АВ (n=17)	подгруппа ВА (n=27)	подгруппа ВВ (n=22)
Без осложнений	18 (69,3%)	12 (70,5%)	5 (18,5%)	4 (18,3%)
Угроза самопроизвольного выкидыша	2 (7,7%)	2 (11,8%)	15 (55,6%)	16 (72,7%)
Плацентарная недостаточность	2 (7,7%)	1 (5,9%)	2 (7,4%)	1 (4,5%)
Угроза преждевременных родов	1 (3,8%)	1 (5,9%)	1 (3,7%)	0 (0%)
Отеки, вызванные беременностью	3 (11,5%)	1 (5,9%)	4 (14,8%)	1 (4,5%)
Сравнение между группами	Df=4; $\chi^2=16,9$; $p=0,002^*$			
Сравнение между подгруппами внутри группы	Df=4; $\chi^2=1,3$; $p=0,87$		Df=4; $\chi^2=4,0$; $p=0,41$	
Сравнение всех подгрупп	Df=12; $\chi^2=23,1$; $p=0,027^*$			

женщин групп сравнения, беременность которых наступила случайно и была не запланирована (угроза самопроизвольного выкидыша, отеки, вызванные беременностью), следовательно, отсутствовала прегравидарная подготовка: чаще незапланированная беременность протекала с угрозой самопроизвольного выкидыша (табл. 4).

Также оценивалось течение родов в зависимости от репродуктивных установок женщин фертильного возраста. В результате исследования установлено, что у женщин, планирующих беременность, превалировало неосложненное течение родов: подгруппа АА – 19 (73,0%), АВ – 12 (70,6%), в группах сравнения наблюдался более высокий процент осложненного течения родов: подгруппа ВА 13 (48,1%), ВВ – 8 (46,4%).

Выводы

1. Большинство женщин фертильного возраста находятся в браке: в подгруппе с желанной беременностью до 30 лет – 25 (96,2%), в подгруппе 31–49 лет – 13 (76,5%); в подгруппе со случайно наступившей беременностью до 30 лет – 25 (92,6%), 31–49 лет – 20 (91,0%).
2. Преобладающее число женщин фертильного возраста имеют в анамнезе один аборт и более: в подгруппе с желанной беременностью и проведенной прегравидарной подготовкой до 30 лет – 12 (46,2%), в подгруппе 31–49 лет – 6 (35,3%); в подгруппах сравнения (без прегравидарной подготовки) соответственно 8 (29,6%) и 6 (27,3%).
3. Более 1/2 опрошенных женщин фертильного возраста, не прошедших прегравидарную подготовку, из гинекологических заболеваний в анамнезе имеют нелеченую патологию шейки матки: цервицит, эндоцервицит, эрозию шейки матки (66,7%).
4. Период гестации у женщин, планирующих беременность, в большинстве случаев протекал без осложнений (55,8%).
5. Наиболее распространенной причиной осложненного течения беременности у женщин, беременность которых наступила случайно, является угроза самопроизвольного выкидыша: до 30 лет – 15 (55,6%), в 31–49 лет – 16 (72,7%).
6. Неосложненное течение родов чаще (72,1%) наблюдалось у женщин, беременность которых была запланирована и которые были мотивированы на рождение здорового ребенка.

Литература/References

1. Кутявина Е.Е., Курамиев А.В., Миштахова А.Г. Ответственное деторождение в репродуктивных установках современных женщин. *Вестн. Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского. Социальные науки.* 2014; 2 (34): 81–7. / Kutjavina E.E., Kuramshiev A.V., Miftakhova A.G. Otvetstvennoe detorozhdenie v reproduktivnykh ustanovkakh sovremennykh zhenshchin. *Vestn. Nizhegorodskogo universiteta im. N.I.Lobachevskogo. Sotsial'nye nauki.* 2014; 2 (34): 81–7. [in Russian]
2. Шишкина М.А. Мониторинг репродуктивных установок населения северных регионов России. *Историческая демография.* 2017; 2 (20): 66–71. / Shishkina M.A. Monitoring reproduktivnykh ustanovok naseleniia severnykh regionov Rossii. *Istoricheskaja demografiia.* 2017; 2 (20): 66–71. [in Russian]

3. Таницева Д.А., Нови И.Н. Анализ репродуктивного поведения в жизненных установках населения города Таганрога. *Вестн. Таганрогского института управления и экономики.* 2018; 1 (27): 119–22. / Tantsseva D.A., Novi I.N. Analiz reproduktivnogo povedeniia v zbiznennykh ustanovkakh naseleniia goroda Taganroga. *Vestn. Taganrogskego instituta upravleniia i ekonomiki.* 2018; 1 (27): 119–22. [in Russian]
4. Рыжова Н.К., Борисова З.К. Репродуктивные установки и сексуальное поведение подростковой популяции. *Мед. альманах.* 2009; 4 (9): 108–11. / Ryzbova N.K., Borisova Z.K. Reproduktivnye ustanovki i seksual'noe povedenie podrostkovoï populjatsii. *Med. al'manakh.* 2009; 4 (9): 108–11. [in Russian]
5. Чжен И.Н., Ахметова Д.Р. Отношение к будущему ребенку на этапе планирования материнства и во время беременности. *Вестн. Кыргызского-Российского славянского университета.* 2016; 16 (8): 159–64. / Chzhen I.N., Akhmetova D.R. Otnoshenie k budushchemu rebenku na etape planirovaniia materinstva i vo vremia beremennosti. *Vestn. Kirgyszskogo-Rossiiskogo slavjanskogo universiteta.* 2016; 16 (8): 159–64. [in Russian]
6. Кононова Е.Н. Проблема отношения к абортam у современной молодежи. *Актуальные вопросы социальной работы с различными категориями населения: материалы конференции.* Киров, 2017; с. 197–206. / Kononova E.N. Problema otnosheniia k abortam u sovremennoi molodezbi. *Aktual'nye voprosy sotsial'noi raboty s razlichnymi kategorijami naseleniia: materialy konferentsii.* Kirov, 2017; s. 197–206. [in Russian]
7. Кураков Д.А., Бондаренко А.С., Шестаков А.А. Социальный профиль отношения к абортam жительниц крупного промышленного города. *Социология города.* 2014; 4: 37–44. / Kurakov D.A., Bondarenko A.S., Shestakov A.A. Sotsial'nyi profil otnosheniia k abortam zhitel'nic krupnogo promyslennogo goroda. *Sotsiologija goroda.* 2014; 4: 37–44. [in Russian]
8. Shab I, Abman E. Unsafe abortion: global und regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31 (12): 1149–58.
9. Юрвев В.К., Сердюков А.Г., Теблеев Ц.М. и т.д. *Контрацептивное поведение женщин республики Калмыкия.* Педиатр. 2016; 7 (2): 79–84. / Yuriev V.K., Serdiukov A.G., Tebleev Ts.M. i t.d. *Kontratseptivnoe povedenie zhenshchin respublikii Kalmykiia.* *Pediatr.* 2016; 7 (2): 79–84. [in Russian]
10. Моргунов Р.А., Кравченко Е.Н. Возможности комбинированных оральных контрацептивов. *Актуальные вопросы медицины в современных условиях: сб. науч. тр. По итогам III междунар. НПК. СПб., 2017; с. 21–6.* / Morgunov R.A., Kravchenko E.N. *Vozmozhnosti kombinirovannykh oral'nykh kontratseptivov. Aktual'nye voprosy meditsiny v sovremennykh usloviakh: sb. nauch. tr. Po itogam III mezhdunar. NPK. SPb., 2017; s. 21–6.* [in Russian]
11. *Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии.* Под ред. В.Н.Серова и др. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; с. 1136. / *Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoj pomoshchi v akusherstve i ginekologii.* Pod red. V.N.Serova i dr. 3-e izd., pererab. i dop. M.: GEOTAR-Media, 2016; s. 1136. [in Russian]
12. *World abortion policies.* Unated Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2013. //www.un.org
13. Уварова Е.В., Спиридонова Н.В., Казакова А.В. Взаимосвязь знаний о контрацепции и применение ее среди девочек-подростков средних специальных учреждений г. Самары. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2016; 3 (68): 85–95. / Uvarova E.V., Spi-

- ridonova NV, Kazakova AV. Vzaimosv'яз' znaniĭ o kontratseptsii i primeneniĭ ee sredi devochek-podrostkov srednikh spetsial'nykh uchrebzhenii g. Samary. *Reproduktivnoe zdorov'e detei i podrostkov*. 2016; 3 (68): 85–95. [in Russian]
14. Адамьян ЛВ, Сибирская ЕВ, Богданова ЕА и т.д. Репродуктивное здоровье девочек и девушек г. Москвы. Предложения по сохранению репродуктивного потенциала. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016; 2 (67): 13–4. / Adamian LV, Sibirskaia EV, Bogdanova EA i t.d. Reproductivnoe zdorov'e devochek i devushek g. Moskvy. Predlozheniia po sokhraneniui reproductivnogo potentsiala. Reproductivnoe zdorov'e detei i podrostkov. 2016; 2 (67): 13–4. [in Russian]
15. Синчихин С.П., Мамиев О.Б. Социально-медицинские аспекты прерывания нежеланной беременности. Эффективная фармакология. 2013; 51: 30–5. / Sinchikhin SP, Mamiev OB. Sotsial'no-meditsinskie aspekty preruvaniia nezbelannoĭ beremennosti. *Effektivnaia farmakologĭia*. 2013; 51: 30–5. [in Russian]
16. Филиппов О.С., Токкова З.З., Гата А.С. и др. Аборт: особенности статистики в федеральных округах России. *Гинекология*. 2016; 18 (1): 92–6. / Filippov O.S., Tokkova Z.Z., Gata A.S. et al. Abortion: features of statistics in Federal districts of Russia. *Gynecology*. 2016; 18 (1): 92–6 [in Russian]
17. Кравченко Е.Н., Мордык А.В., Пузырева Л.В. и т.д. Гормональная контрацепция у пациенток групп риска (Обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2016; 22 (1): 60–6. / Kravchenko E.N., Mordyk AV, Puzyreva LV. i t.d. Gormonal'naia kontratseptsĭia u patsientok grupp riska (Obzor literatury). *Problemy reproduksii*. 2016; 22 (1): 60–6. [in Russian]
18. Гладких П.В., Антонова Е.В., Гаврилова С.В. Планирование беременности. *Вестн. научных конференций*. 2018; 4–1 (32): 29–31. / Gladkikh PV, Antonova EV, Gavrilova SV. Planirovanie beremennosti. *Vestn. nauchnykh konferentsii*. 2018; 4–1 (32): 29–31. [in Russian]
19. Бахарева И.В. Современная прегравидарная подготовка: комплексный подход. *РМЖ*. 2017; 25 (12): 889–94. / Bakhareva IV. *Sovremennaia pregravidarnaia podgotovka: kompleksnyi podkhd*. *RMZh*. 2017; 25 (12): 889–94. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Кравченко Елена Николаевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии последиplomного образования ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: kravchenko.en@mail.ru
Моргунов Роман Андреевич – соискатель кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ОмГМУ, акушер-гинеколог и зам. главного врача по КЭР ООО «ИВИС». E-mail: roman15_02@mail.ru