

ХАРАКТЕР РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН СЕЛА И ГОРОДА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

THE NATURE OF THE REALIZATION OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN IN THE VILLAGE AND TOWNS OF THE DAGESTAN REPUBLIC

G. Gatina

Summary. The purpose of the study is to study the peculiarities of the realization of the reproductive function of women of the Republic of Dagestan, depending on their residence in rural or urban areas. **Material and methods.** The study included data from 445 pregnant women hospitalized in maternity hospital No. 2 in Makhachkala in 2021. **Results.** In the early fertile period (up to 35 years), 88.3% of rural and 87.9% of urban women of the Republic of Dagestan realize their reproductive potential, in the late reproductive period (35 years and older) — 11.7% and 12.1%, respectively. The peak of the realization of the reproductive function of rural and urban women of Dagestan falls on the age of 18–34 years. Only 42.8% of urban women and 29.4% of rural women have normal body weight. Overweight and obesity were found in 67.0% of rural women and 52.9% of urban women, underweight in 3.5% and 4.3%, respectively. Due to deviations in body weight, both upward and downward, 69.5% of rural women and 57.2% of urban women were included in the group of increased risk of obstetric complications during pregnancy and childbirth. The distribution of various ethnic groups in rural and urban areas, their employment, the realization of reproductive potential, complicated pregnancy, the number of medical abortions, spontaneous miscarriages, extragenital diseases, children, married and unmarried do not depend on the place of residence. **Conclusion.** The absence of differences in the realization of reproductive potential among rural and urban women of the Republic of Dagestan indicates that the state of women's reproductive health does not depend on the place of residence.

Keywords: pregnancy, abortion, pregnancy complications, reproductive function, village, city.

Гатина Гузель Амировна

Кандидат медицинских наук

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет» Минздрава России,

Махачкала

guzel-gatina@list.ru

Аннотация. Цель исследования — изучение особенностей реализации репродуктивной функции женщин Республики Дагестан в зависимости от проживания в сельской или городской местности. **Материал и методы.** В исследование вошли данные 445 беременных женщин, госпитализированных в роддом № 2 г. Махачкалы в 2021 году. **Результаты исследования.** В раннем фертильном периоде (до 35 лет) реализуют свой репродуктивный потенциал 88,3% сельских и 87,9% городских жительниц Республики Дагестан, в позднем репродуктивном периоде (35 лет и старше) — 11,7% и 12,1% соответственно. Пик реализации репродуктивной функции сельских и городских женщин Дагестана приходится на возраст 18–34 года. Нормальную массу тела имеют только 42,8% городских жительниц и 29,4% сельских. Избыточную массу тела и ожирение выявили у 67,0% женщин села и у 52,9% женщин города, дефицит массы тела у 3,5% и 4,3% соответственно. Из-за отклонений массы тела, как в сторону увеличения, так и в сторону снижения в группу повышенного риска развития акушерских осложнений во время беременности и родов вошли 69,5% сельских жительниц и 57,2% городских. Распределение различных этносов по сельской и городской местности, их занятость, реализация репродуктивного потенциала, осложненное течение беременности, число медицинских абортов, самопроизвольных выкидышей, экстрагенитальных заболеваний, детей, замужних и незамужних не зависят от места жительства. **Заключение.** Отсутствие различий в реализации репродуктивного потенциала у сельских и городских женщин Республики Дагестан свидетельствует о том, что состояние репродуктивного здоровья женщин не зависит от места проживания.

Ключевые слова: беременность, аборт, осложнения беременности, репродуктивная функция, село, город.

Введение

Здоровье современного человека, одной из важнейших составляющих которого является здоровье репродуктивное, его репродуктивные возможности, как свидетельствует растущее число научных исследований и обзоров, находятся под напряжением. Эти исследования сообщают об увеличении числа репродуктивных заболеваний и снижении репродуктивной функции с середины 20^{-го} века среди

определенных местностей и населения [8, 12, 14]. Согласно данным демографического ежегодника России, демографические события в сельских семьях происходят значительно чаще и раньше, чем в городских, при этом рождение первых детей наблюдается в более молодом возрасте. Сельские территории, обеспечивают за счет самых молодых возрастных групп (до 25 лет) более высокий уровень рождаемости, чем городские [1, 4]. В Республике Дагестан по переписи 2022 года сельское население составляет 57,3%. В этой связи

Таблица 1. Описание показателей обследованных женщин по месту жительства [n (%)]

Показатели	Категории	Место жительства		p
		Село	Город	
Возрастная группа, лет	15–17	2 (2,1)	5 (1,1)	0,683
	18–24	38 (40,4)	148 (33,3)	
	25–29	26 (27,7)	141 (31,7)	
	30–34	17 (18,1)	97 (21,8)	
	35–39	8 (8,5)	44 (9,9)	
	40 и старше	3 (3,2)	10 (2,2)	
Индекс массы тела, кг/м ²	<18,5	3 (3,5)	18 (4,3)	0,040*
	18,5–24,9	25 (29,4)	177 (42,8)	
	25–29,5	29 (34,1)	135 (32,6)	
	>30	28 (32,9)	84 (20,3)	
Этнос	Аварский	41 (46,1)	159 (38,8)	0,424
	Даргинский	17 (19,1)	70 (17,1)	
	Кумыкский	17 (19,1)	63 (15,4)	
	Лакский	6 (6,7)	31 (7,6)	
	Лезгинский	5 (5,6)	52 (12,7)	
	Русский	1 (1,1)	6 (1,5)	
	Рутульский	0 (0,0)	6 (1,5)	
	Табасаранский	1 (1,1)	9 (2,2)	
Прочие	1 (1,1)	14 (3,4)		
Занятость	Рабочие	3 (33,3)	5 (12,8)	0,176
	Служащие	2 (22,2)	10 (25,6)	
	Медики	1 (11,1)	8 (20,5)	
	Преподаватели	0 (0,0)	4 (10,3)	
	Обучающиеся	2 (22,2)	12 (30,8)	
	Инвалиды	1 (11,1)	0 (0,0)	
Семейное положение	Замужем	84 (89,4)	372 (83,6)	0,159
	Незамужем	10 (10,6)	73 (16,4)	

* — различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

представляет научно- практический интерес изучение реализации репродуктивной функции у сельских и городских женщин в Республике Дагестан.

Цель исследования

Изучить особенности реализации репродуктивной функции женщин Республики Дагестан в зависимости от места проживания: в селе или городе.

Материал и методы исследования

В исследование включены данные 445 беременных женщин, госпитализированных в роддом № 2 г. Махачкалы 2021 г. Из них в сельской местности проживали — 94, в городской — 351 женщины.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программы StatTech v. 2.6.5 (Россия).

На предмет соответствия нормальному распределению количественные показатели оценивались с помощью критерия Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50). С помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). количественные данные описывались в случае отсутствия нормального распределения. С указанием абсолютных значений и процентных долей описывались категориальные данные. По количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, сравнение двух групп выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. При анализе четырехпольных таблиц сопряженности сравнение процентных долей выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (при значениях ожидаемого явления более 10). При анализе многопольных таблиц сопряженности сравнение процентных долей выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты и их обсуждение

Основной контингент обследуемых женщин села и города был представлен возрастными группами от 18 до 34 лет. Среди обследованных в сельской и городской местности преобладали женщины в возрасте 18–24 лет и 25–29 лет, суммарно составляя 68,0%, 65,0% всех обследуемых. В раннем репродуктивном периоде (до 35 лет) реализовали свой репродуктивный потенциал 88,3% сельских и 87,9% городских женщин, в позднем репродуктивном периоде (35 лет и старше) — 11,7% и 12,1% соответственно. Сопоставительный анализ возрастных групп сельских и городских женщин показал, что женщины села и города различных возрастных групп реализуют свое истинное предназначение примерно в одинаковом проценте ($p = 0,683$) в каждой возрастной группе. Данные показывают, что пик реализации репродуктивной функции городских и сельских женщин Дагестана приходится на возраст 18–34 года ($p = 0,683$) (табл. 1).

При оценке возрастных групп по территориальной принадлежности, не удалось выявить статистически достоверных различий ($p = 0,683$; *Хи-квадрат Пирсона*).

Из общего числа обследуемых нормальную массу тела, которую определяли с помощью индекса массы тела (ИМТ), имели только 42,8% городских и 29,4% сельских женщин. Избыточную массу тела и ожирение выявили у 67,0% жительниц села и у 52,9% города. Недостаточную массу тела, т.е. дефицит массы тела (ДМТ), имели примерно одинаковое количество сельских жительниц (3,5%) и городских (4,3%) женщин (табл. 1).

В селе оказалось гораздо больше женщин (32,9%), чем в городе (20,3%), страдающих ожирением ($p = 0,040$), а в городе было больше женщин с нормальной массой тела (42,8%) ($p = 0,040$). Суммарно, отклонения массы тела, как в сторону увеличения, так и в сторону снижения имели 69,5% сельских и 57,2% горожанок (табл. 1).

Согласно научным изысканиям, течение беременности и родов могут определить изменения массы тела беременной в любую сторону. Так, если индекс массы тела исходно низкий или при увеличении рекомендованного веса за беременность, увеличивается риск родить ребенка с низкой массой [13]. Кроме того, в первой половине беременности у женщин с недостаточной массой тела увеличивается вероятность ее прерывания на 8,5%, а во второй половине — на 8,0%. У женщин с ожирением риск прерывания беременности в первой половине выше на 4,35% и родоразрешение с помощью кесарева сечения проводится в 2 и более раз

чаще. Как правило, у женщин с ДМТ и ожирением беременность и роды осложняются анемией, ранним токсикозом, преэклампсией, угрозой преждевременных родов, слабостью родовой деятельности, кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах, а также увеличивается частота родоразрешения путем операции кесарева сечения [2].

Поскольку отклонения массы тела, как в сторону увеличения, так и снижения имели 69,5% сельских и 57,2% горожанок, можно прийти к выводу, что большая часть сельских и городских женщин входит в группу повышенного риска на развитие акушерских осложнений во время беременности и родов.

В результате оценки ИМТ по территориальной принадлежности были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,040$; *Хи-квадрат Пирсона*).

Многочисленная из всех народностей Дагестана — аварцы. По нашему мнению, поэтому среди обследуемых жительниц села и города из всех народностей Дагестана оказалось больше женщин аварской национальности: 46,1% в селе и 38,8% в городе. В два с лишним раза реже встречались даргинки и кумычки, меньше чем в шесть раз встречались лачки и лезгинки, а представительниц других этносов было еще гораздо меньше, чем всех женщин, выше перечисленных национальностей Дагестана. Статистическая обработка данных распределения представительниц различных этносов по городской и сельской местности выявила, что нет никаких достоверных различий распределения представительниц различных национальностей по городской и сельской местности ($p = 0,424$) (табл. 1).

При анализе этноса по территориальной принадлежности не установлены статистически значимые различия ($p = 0,424$; *Хи-квадрат Пирсона*).

При изучении занятости женщин села и города оказалось, что в сельской местности рабочие специальности были более востребованы (33,3%), чем в городе (12,8%), но достоверных различий обнаружено не было ($p = 0,176$). В селе оказалось значительно больше женщин, имеющих инвалидность (11,1%), а в городе женщин — преподавателей (10,3%), хотя статистически значимые различия не были получены ($p = 0,176$). Таким образом, можно сделать заключение, что занятость женщин села и города не зависит от места жительства (табл. 1).

При анализе занятости по территориальной принадлежности не выявлены статистически значимые различия.

Таблица 2. Количество беременностей у женщин по территориальной принадлежности

Показатель	Экозона	Me	Q ₁ -Q ₃	n	p
Беременности	Сельская местность	2,0	1,0–3,0	91	0,397
	Город	2,0	1,0–3,0	415	
Роды	Сельская местность	2,0	1,0–2,0	71	0,816
	Город	1,0	1,0–2,0	321	
Аборты	Сельская местность	1,0	1,0–1,0	7	0,150
	Город	1,0	1,0–2,0	42	
Выкидыши	Сельская местность	1,0	1,0–1,0	17	0,464
	Город	1,0	1,0–2,0	78	
Дети	Сельская местность	1,0	1,0–2,0	40	0,837
	Город	1,0	1,0–2,0	172	

Анализируя реализацию репродуктивной функции дагестанских женщин, обнаружили, что количество беременностей женщин села и города, колебалось от 1 до 3 с медианой 2 с недостоверной разницей ($p = 0,397$). Полученные данные убеждают, что реализация репродуктивного потенциала не зависит от места жительства женщины (табл. 2).

Согласно данным демографического ежегодника России, более высокий уровень рождаемости обеспечивают сельские территории, чем городские [1, 4]. При анализе количества родов женщин села и города было определено, что женщины села и города Дагестана имеют одинаковое количество родов, что говорит о том, что место жительства дагестанских женщин на количество родов не влияет ($p = 0,816$) (табл. 2).

При сопоставлении количества родов по территориальной принадлежности нам не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,816$; *U-критерий Манна-Уитни*).

Изучение частоты искусственных прерываний беременностей у сельских и городских жительниц показало, что количество медицинских абортов в селе и в городе находится в равнозначных пределах ($p = 0,150$) (табл. 2), что свидетельствует об эффективности работы по планированию семьи в сельской и городской местности.

При сопоставлении абортов по территориальной принадлежности не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,150$; *U-критерий Манна-Уитни*).

Одним из наиболее распространенных неблагоприятных исходов беременности является самопроизвольный выкидыш, распространенность которого составляет 12–24% среди клинически признанных беременностей [6, 10].

Ряда исследователей утверждают, что женщины с самопроизвольным выкидышем в анамнезе имеют больший риск развития сердечно-сосудистых заболеваний [7, 9, 11] и диабета 2 типа [9].

При сопоставлении частоты самопроизвольных выкидышей в селе и в городе статистически значимых различий выявить не удалось, следовательно, можно предположить, что риск заболеваемости женщин села и города с самопроизвольным прерыванием беременности в анамнезе сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом 2 типа равнозначный ($p = 0,464$) (табл. 2).

При анализе выкидышей в зависимости по территориальной принадлежности не выявлены статистически значимые различия ($p = 0,464$; *U-критерий Манна-Уитни*).

Культурные традиции населения, уклад жизни влияют на репродуктивное поведение женщин. Основным социальным институтом народов Дагестана была и остается семья. Дагестанцы традиционно ориентированы на большое количество детей в семье, особенно в сельской местности. Но при сопоставлении количества детей у женщин в зависимости от места жительства, мы пришли к убеждению, что количество детей у сельских женщин не отличается от такового у женщин города ($p = 0,837$) (табл. 2).

При сопоставлении количества детей по территориальной принадлежности, нам не удалось выявить значимых различий ($p = 0,837$; *U-критерий Манна-Уитни*).

Наиболее ярко традиции народов Дагестана сохранились сегодня в сельской местности, где приветствуется раннее замужество. Проанализировав число замужних и незамужних женщин села и города, мы пришли к заключению, что число замужних и незамужних не за-

Таблица 3. Осложнения беременности, угроза прерывания беременности и сопутствующие заболевания по территориальной принадлежности [n (%)]

Показатель	Категории	Место жительства		p
		Сельская местность	Города	
Осложнения беременности	Ранний токсикоз	2 (9,1)	3 (2,8)	0,581
	Преэклампсия	9 (40,9)	42 (39,3)	
	Кровотечение	0 (0,0)	2 (1,9)	
	Узкий таз	0 (0,0)	3 (2,8)	
	Многоводие	5 (22,7)	15 (14,0)	
	Маловодие	1 (4,5)	1 (0,9)	
	Крупный плод	1 (4,5)	6 (5,6)	
	Неправильное положение плода	1 (4,5)	7 (6,5)	
	Отягощенный анамнез	1 (4,5)	20 (18,7)	
	Фетоплацентарная нед-ть	0 (0,0)	2 (1,9)	
	Изосенсибилизация Rh и АВ0	2 (9,1)	6 (5,6)	
Угроза прерывания беременности	Выкидыш	15 (17,6)	132 (32,5)	0,007*
	Отслойка плаценты	1 (1,2)	2 (0,5)	
	Преждевременные роды	44 (51,8)	208 (51,1)	
Сопутствующие заболевания	БСК	3 (33,3)	12 (25,0)	0,863
	БОД	0 (0,0)	2 (4,2)	
	Эндокринные болезни	1 (11,1)	6 (12,5)	
	БОП	3 (33,3)	9 (18,8)	
	БМПС	2 (22,2)	13 (27,1)	
	Болезни крови	0 (0,0)	3 (6,2)	
	БНС	0 (0,0)	3 (6,2)	

висит от места жительства ($p = 0,159$). Национальные традиции и по сей день, по-видимому, одинаково чтут в селе и городе. Однако, шансы незамужних в городе найти себе пару были в 1,648 раза выше, чем в сельской местности, хотя различия шансов не были статистически значимыми (95% ДИ: 0,817–3,326) (табл. 1).

При оценке количества замужних по территориальной принадлежности нам не удалось выявить достоверных различий ($p = 0,159$; *Chi-квадрат Пирсона*).

Шансы незамужних в группе городов были выше в 1,648 раза, по сравнению с группой сельской местности, различия шансов не были статистически значимыми (95% ДИ: 0,817–3,326).

Сравнительный анализ наличия различных осложнений течения беременности у сельских и городских женщин позволил сделать вывод, что многообразие акушерских осложнений, представленных в таблице 3, примерно с равной частотой встречалось как у сельских, так и у городских женщин ($p = 0,581$).

При оценке количества осложнений по территориальной принадлежности не выявлены достоверные различия ($p = 0,581$; *Chi-квадрат Пирсона*).

Лишь угроза прерывания беременности достоверно чаще встречалась у горожанок ($p = 0,007$) (табл. 3). Угроза прерывания беременности у городских жительниц чаще заканчивалась самопроизвольным выкидышем, а в селении родами. Наступившие в результате угрозы прерывания беременности преждевременные роды с равной частотой наблюдались в сельской и городской местности ($p = 0,007$) (табл. 3).

Согласно полученным данным, при оценке угрозы по территориальной принадлежности, были выявлены существенные различия ($p = 0,007$; *Chi-квадрат Пирсона*).

За последние 5 лет отмечена тенденция увеличения общей заболеваемости взрослого населения. В связи с чем, у беременных возросла частота развития экстрагенитальной патологии (ЭГП) на 28,3% [3]. Хронические экстрагенитальные заболевания среди 1000 беременных женщин, находящихся на диспансерном учете в женской консультации, были у 61,8%, болезни внутренних органов наблюдались у 51,9%, болезни других органов и систем (хирургические, офтальмологические, неврологические и т. д.) у 9,9%. Во время беременности у 85,9% женщин развились острые заболевания. Среди хронических болезней преобладали ожирение,

вегетососудистая дистония, болезни органов пищеварения и пиелонефрит; среди острых — анемия, респираторные заболевания и пиелонефрит [5].

Изучение соматического анамнеза обследуемых показало, что чаще всего у них встречались болезни системы кровообращения (БСК), болезни органов пищеварения (БОП), болезни мочеполовой системы (БМПС) и эндокринные болезни. Однако, в частоте встречаемости сопутствующих болезней не обнаружено существенных различий среди женщин села и города ($p = 0,863$; *Хи-квадрат Пирсона*) (табл. 3).

При оценке сопутствующих болезней по территориальной принадлежности, нам не удалось выявить значимых различий ($p = 0,863$; *Хи-квадрат Пирсона*).

Выводы

1. В раннем фертильном периоде (до 35 лет) реализуют свой репродуктивный потенциал 88,3% сельских и 87,9% городских жительниц Республики Дагестан, в позднем репродуктивном периоде (35 лет и старше) — 11,7% и 12,1% соответственно. Пик реализации репродуктивной

функции сельских и городских женщин Дагестана приходится на возраст 18–34 года.

2. Нормальную массу тела имеют только 42,8% городских жительниц и 29,4% сельских. Избыточную массу тела и ожирение выявили у 67,0% женщин села и у 52,9% женщин города, дефицит массы тела у 3,5% и 4,3% соответственно. Из-за отклонений массы тела, как в сторону увеличения, так и в сторону снижения в группу повышенного риска развития акушерских осложнений во время беременности и родов вошли 69,5% сельских жительниц и 57,2% городских.
3. Распределение различных этносов по сельской и городской местности, их занятость, реализация репродуктивного потенциала, осложненное течение беременности, число медицинских аборт, самопроизвольных выкидышей, экстрагенитальных заболеваний, детей, замужних и незамужних не зависят от места жительства.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование осуществлено при финансовой поддержке гранта Главы РД, полученного в 2021 году.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб. М., Росстат. 2017. С. 59–60.
2. Клименко Г.Я., Стародубов В.И., Говоров С.В. и др. Исследование качества жизни как новый интегральный показатель оценки состояния их здоровья. Успехи современного естествознания. 2010; (9):131–133.
3. Кривцова Е.В., Верткин А.Л. Некоторые вопросы плановой и экстренной терапии экстрагенитальных заболеваний у беременных. Акушерство и гинекология. 2010; (4): 37–40.
4. Шадриков А.В. Репродуктивные установки молодых сельских женщин Республики Татарстан. Регионология. 2019;27(1):122–137. DOI: <https://doi.org/10.15507/2413-1407.106.027.201901.122-137>.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание четвертое. М.: Триада-Х, 2007; 816.
6. Ammon Avalos L, Galindo C, Li DK. A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2012; 94: 417–23. DOI: 10.1002/bdra.23014.
7. Asgharvahedi F, Gholizadeh L, Siabani S. The risk of cardiovascular disease in women with a history of miscarriage and/or stillbirth. Health Care Women Int. 2019; 40:1117–31. DOI: 10.1080/07399332.2019.1566332.
8. Colborn T, Dumanoski D, Myers JP. Our Stolen Future: Penguin Books USA, Inc; 1996.
9. Horn J, Tanz LJ, Stuart JJ, et al. Early or late pregnancy loss and development of clinical cardiovascular disease risk factors: a prospective cohort study. BJOG 2019; 126: 33–42. . 10.1111/1471-0528.15452.
10. Robinson GE. Pregnancy loss. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014; 28:169–78. 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.012.
11. Smith GC, Pell JP, Walsh D. Spontaneous loss of early pregnancy and risk of ischaemic heart disease in later life: retrospective cohort study. BMJ. 2003; 326: 423–4. . 10.1136/bmj.326.7386.423.
12. Schettler T, Solomon G, Valenti M, et al. Generations at Risk. Reproductive Health and the Environment. Cambridge, MA: MIT Press; 1999.
13. Utako M., Kyoko N., Michiko K. et al. Pre-pregnancy body mass index as a predictor of low birth weight infants in Japan. Asia Pac. J. Clin. Nutr. 2017; 26 (3):434–437.
14. Woodruff TJ, Carlson A, Schwartz JM, et al. Proceedings of the Summit on Environmental Challenges to Reproductive Health and Fertility: Executive summary. Fertil Steril 2008;89: e1–e20.