

Манерова О.А.¹, Маркина А.Ю.²

Особенности репродуктивного анамнеза и медицинской активности матерей, отказавшихся от своих детей в учреждениях родовспоможения

1 — ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва; 2 — ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Manerova O.A., Markina A.U.

The features of reproductive anamnesis and mother's medical activity who abandoned their children in maternity facilities

Резюме

Ведущей причиной раннего социального сиротства является отказ матери от своего новорожденного ребёнка непосредственно в родильном доме. И при всей остроте проблемы российские государственные институты и общественные организации активно берутся за ее разрешение только после того, как факт оставления новорожденного в родильном доме уже произошел. Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей репродуктивного анамнеза и медицинской активности во время беременности будущих матерей-отказниц. Материал и методы исследования. Первичный материал формировался с помощью метода выкопировки данных из учетной формы 96 «История родов». Общий объем единиц наблюдения составил 1429 матерей-отказниц. Результаты и их обсуждение. Больше число беременностей, начиная с третьей, как правило, было обусловлено ростом количества аборт по желанию женщин. Дальнейшее увеличение числа беременностей у матерей-отказниц происходит только из-за увеличения числа абортов по желанию женщины. Их количество может достигать девяти случаев при одних-трех состоявшихся родах. В среднем за девять лет исследования по всем трем группам территорий на диспансерный учет к акушерам-гинекологам встало менее трети будущих матерей, отказавшихся от своих детей. Выводы. У 81,1% матерей-отказниц Челябинской области отказ от ребёнка является закономерным результатом особенностей их репродуктивного поведения, а именно полным пренебрежением к контрацепции и собственному здоровью, на что указывают многократные беременности, чаще всего заканчивающиеся абортами. Традиционная профилактическая работа по предупреждению раннего социального сиротства с современным контингентом матерей-отказниц возможна только с 16,5% беременных, вставших своевременно на учёт в женскую консультацию. С 69,7% матерей-отказниц работа по предотвращению оставления новорожденного может вестись только персоналом родильного дома и в сжатые сроки – в первые 3-5 дней с момента рождения ребёнка.

Ключевые слова: матери-отказницы; раннее социальное сиротство, профилактика; медицинская активность

Summary

The leading reason of early social orphanage is the mother's rejection from her newborn child directly in the maternity facilities. Taking into consideration this acute problem, the Russian State Universities and social organizations are actively trying to solve it only after the fact of abandonment of the newborn in maternity facilities. The aim of this study is the revelation of features of reproductive anamnesis and medical activity during pregnancy of future mothers that are going to abandon their newborn child. Materials and methods of the research. The primary material was formed using the method of copying data from the accounting form 96 "History of childbirth". The total number of observation units was 1429 mothers. Results and discussion. The large amount of pregnancies, starting with third, were generally due to increase of amount of abortions at the request of women. The further increase in the number of pregnancies of mothers that are going to abandon their child is only due to the increase in the number of abortions at the request of women. In general, during 9 years of the research Their number can reach nine cases in one or three births. On average, less than a third of expectant mothers, who have abandoned their children, have been admitted to obstetricians-gynecologists for nine years of study in all three groups of territories. Conclusion. In 81,1% mothers that are going to abandon their child of Chelyabinsk region the rejection from child is a regular result due to the features of

their reproductive behavior, full neglect to contraception and their own health that is indicated by their multiple pregnancies that end by abort operations. The traditional prophylactic work to prevent early social orphanage with modern society of mothers that are going to abandon their child is possible with 16,5% of pregnant women that registered timely in female consultation. With 69,7% of mothers the work to prevent abandonment of the newborn can be carried out only by the staff of the maternity hospital and in a short time-in the first 3-5 days from the date of birth.

Keywords: Mothers, early social orphanage, prophylactics, medical activity

Введение

Ведущей причиной раннего социального сиротства является отказ матери от своего новорожденного ребёнка непосредственно в родильном доме. Это продолжает представлять серьёзную проблему как для Российской Федерации, так и для целого ряда зарубежных стран [1,2,7,11,14]. В то время как европейцы успешно справились с этой проблемой, Россия по состоянию раннего социального сиротства осталась на уровне стран третьего мира [4,6,8,9,10]. А точнее проблема в нашей стране ещё более сложна. Если в странах третьего мира основная причина раннего социального сиротства материнская смерть в родах и последующий отказ общины от воспитания ослабленного, больного новорожденного [12,13,15], то в Российской Федерации это в 80% случаев чистейшее девиантное материнство [3].

И при всей остроте проблемы российские государственные институты и общественные организации активно берутся за ее разрешение только после того, как факт

оставления новорожденного в родильном доме уже произошел [5]. Без эффективной профилактической работы государство и общество не справятся с решением данной проблемы.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей репродуктивного анамнеза и медицинской активности во время беременности будущих матерей-отказниц.

Материал и методы

В качестве объекта исследования была использована генеральная совокупность матерей-отказниц, проживающих в трёх группах административно-территориальных образований Челябинской области – областном центре, городских округах и сельских муниципальных районах. Данные собирались за период с 2009 по 2017 год. Первичный материал формировался с помощью метода выкопировки данных из учетной формы 96 «История родов». Общий объем единиц наблюдения составил 1429 мате-

Таблица 1. Особенности репродуктивного анамнеза матерей, оставивших своих новорожденных в учреждениях родовспоможения, в разрезе изучаемых территорий (в % к итогу)

Территория	Порядковый номер беременности	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Челябинск	1	26,9	19,0	30,9	23,6	30,8	10,8	7,7	15,8	-
	2	21,2	17,5	20,0	20,0	13,8	18,5	22,0	5,3	20,0
	3	23,1	20,6	20,0	21,8	4,6	23,1	19,5	15,8	8,0
	4	7,7	20,6	10,9	10,9	23,0	16,9	17,0	15,8	20,0
	5	5,8	17,5	10,9	12,7	12,3	13,8	12,2	15,8	16,0
	6 и более	15,3	4,8	7,3	9,2	15,5	16,9	21,6	28,8	36,0
	Итого	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Городские округа	1	16,7	27,7	23,1	3,4	5,6	19,0	-	-	-
	2	33,2	33,3	26,9	20,5	22,2	19,0	40,0	15,4	14,2
	3	16,7	22,2	7,7	23,0	22,2	28,5	12,0	30,8	14,2
	4	16,7	5,6	7,7	17,9	11,1	14,3	28,0	23,1	35,7
	5	16,7	5,6	14,3	5,1	16,6	14,3	40,0	7,7	14,2
	6 и более	16,7	5,6	20,3	31,0	22,3	4,9	-	23,0	21,7
	Итого	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Сельские районы	1	33,3	43,8	27,9	44,7	34,9	27,7	22,7	25,0	12,0
	2	20,5	28,1	20,9	18,4	23,3	11,1	4,5	5,0	12,0
	3	15,4	12,5	30,2	26,3	14,0	16,7	22,7	30,0	16,0
	4	10,2	6,3	9,3	-	16,3	19,4	36,4	15,0	32,0
	5	7,7	6,3	7,0	5,3	2,3	25,0	9,1	5,0	8,0
	6 и более	12,9	3,0	4,7	5,3	9,2	0,1	4,6	20,0	20,0
	Итого	100	100	100	100	100	100	100	100	100

рей-отказниц и распределился следующим образом: в Челябинске – 542, в городских округах – 675 и в сельских муниципальных районах – 212 матерей-отказниц. Анализ статистических закономерностей проводился с помощью пакета статистических программ Microsoft Office Excel 2003. Для выяснения случайности или значимости изменений уровней показателей в динамике по годам исследования был использован непараметрический критерий итераций (Z).

Результаты и их обсуждение

Анализ репродуктивного анамнеза матерей-отказниц идет вразрез с традиционным о ней как неопытной жертвы случайных контактов (таблица 1). К группе случайных жертв, и то лишь в малой степени, можно отнести первородящих женщин. Основная же часть обследованных предположительно должна иметь не только теоретические представления о течении и способах предупреждения беременности, но и практический опыт по этим вопросам. При исследовании данного аспекта было установлено, что доля матерей-отказниц, имевших только одну беременность, достаточно сильно варьирует по трём сравниваемым территориям – от 10,6% в городских округах и 18,4% в мегаполисе до 30,8% в сельской местности. Эту группу составляют матери-отказницы в возрасте до 20 лет и менее половины женщин в возрастном интервале 20-25 лет из числа жительниц Челябинска и сельской местности.

Доля группы женщин, имевших первую беременность, отличается достоверным ($Z < Z_{05}$) снижением во всех трех типах сравниваемых территорий, вплоть до её исчезновения в Челябинске и городских округах соответственно в 2017 и 2015 годах. В сельской местности данная группа среди матерей-отказниц сохранилась в течение всего периода исследования, хотя и сократилась 2,8 раза.

У женщин, имевших две и более беременности, возможны четыре её исхода (аборт по медицинским показаниям, аборт по желанию женщины, самопроизвольный аборт и рождение ребенка), было исследовано распределение этих исходов среди данной категории женщин.

В анамнезе всех матерей-отказниц отсутствуют аборт по медицинским показаниям. Реже всего у них прежние беременности заканчивались самопроизвольным абортом – всего 28 раз среди жительниц Челябинска и по 14 раз среди жительниц городских округов и сельских районов. У основной части обследованных до настоящей беременности, закончившейся отказом от новорожденного ребенка, уже были роды. Лишь две женщины из городских округов, у которых первая беременность прервалась самопроизвольным абортом, при следующей беременности отказались от ребенка.

У матерей-отказниц, имевших настоящую беременность второй по счету, ранее сделанные аборт по желанию, были единичны, поскольку логичным продолжением такого аборта при первой беременности является последующее бесплодие. Таким образом, большинство

женщин, отказавшихся от младенца после второй беременности, уже имеют одного ребенка. За период исследования доля женщин, отказавшихся от новорожденного после второй беременности из числа жительниц городских округов и сельских районов, достоверно ($Z < Z_{05}$) сократилась: с 33,2 и 20,5% в 2009 году до 14,2 и 12,0% в 2017-м соответственно. Темп снижения соответственно – 37,3 и 41,5%. Среди челябинских матерей-отказниц доля таких женщин отличается стабильностью ($Z > Z_{05}$).

Большее число беременностей, начиная с третьей, как правило, было обусловлено ростом количества абортов по желанию женщин. Так, среди женщин с тремя беременностями, имевшие анамнезе такой аборт, составляют от 7,4% из числа сельских жительниц до 17,2% – из числа жительниц городских округов. В Челябинске таких матерей-отказниц 15,1%. Среди матерей-отказниц с четырьмя беременностями, имевшие аборт, составляют 21,1% из числа жительниц Челябинска, 27,2% и 17,4% – из числа городских и сельских жительниц. А у женщин с пятью беременностями доля тех, кто имел аборт, вырастает до 55,5%, 64,0% и 41,1% соответственно. Дальнейшее увеличение числа беременностей у матерей-отказниц происходит только из-за увеличения числа абортов по желанию женщины. Их количество может достигать девяти случаев при одних–трех состоявшихся родах.

Таким образом, у основной части матерей-отказниц имеется большой опыт общения с представителями здравоохранения, но на сколько правильный этот опыт можно судить по уровню медицинской активности при последних родах.

В среднем за девять лет исследования по всем трем группам территорий на диспансерный учет к акушерам-гинекологам встало менее трети будущих матерей-отказниц (таблица 2). Больше всего (32,2%) беременных встало на диспансерный учет в Челябинске, меньше всего – в городских округах (27,6%). Таким образом, у двух третей беременных первый контакт с акушерско-гинекологической службой при настоящей беременности произошел уже при поступлении на роды в родильный дом. Все эти женщины были не обследованы, а значит и не санированы по сопутствующим заболеваниям и осложнениям беременности. Естественно, что такое поведение женщины во время беременности снижает вероятность рождения здорового ребёнка. А ведь в ряде случаев пренатальная диагностика могла бы предотвратить рождение ребенка с пороками развития. Но главное то, что при столь позднем контакте беременной с медицинскими работниками невозможно узнать ее настрой на отказ от ребенка и мотивы этого поступка, а соответственно невозможно помочь избежать его.

Но и у той трети будущих матерей-отказниц, что встали на учет в женских консультациях, качество диспансеризации очень сомнительное, ведь средний срок первой явки в женскую консультацию происходит на 20-21 неделях беременности. В областном центре это произошло в среднем в 20,7 недели беременности, в сельских районах и городских округах это сделали ещё позже – в 21,5 и 21,6 недели соответственно. В эти сроки уже

Таблица 2. Показатели медицинской активности во время беременности матерей, оставивших своих новорожденных в учреждениях родовспоможения, в разрезе изучаемых территорий

Территория \ Показатель	Челябинск	Городские округа	Сельские районы
Доля вставших на диспансерный учет	32,2%	27,6%	31,0%
Средний срок постановки на диспансерный учет	20,7 недели	21,6 недели	21,5 недели
Доля своевременно вставших на диспансерный учет от всех вставших на учет(%)	21,4%	16,3%	10,2%
Среднее количество явок	6,1	4,0	5,7

невозможно внести какие-либо коррективы в беременность, поскольку на этом сроке запрещены аборты по желанию женщины и по социальным показаниям.

Мало того, что будущие матери-отказницы встают на диспансерный учет во второй половине беременности, так и среднее количество явок на одну беременную с учётом этого срока недостаточно. Для жительниц городских округов – только половина от положенного норматива, в областном центре и сельских районах – чуть двух третей.

Но среди вставших на диспансерный учет есть и женщины с высокой медицинской активностью. Они совершили первую явку в женскую консультацию своевременно - до 12 недели беременности. В Челябинске это примерно каждая пятая от вставших на диспансерный учет, в городских округах – это 16,3%, а в сельских районах – только 10,0%. Или 6,9% от всех матерей-отказниц из Челябинска, 4,5% и 5,1% – из городских округов и сельских районов. Это меньшинство, совершает от 10 до 16 явок за период беременности и в результате другим беременным, вставшим на учет, остаётся всего одна–две явки. Группа женщин, те что делают одну–две явки, состоит из работающих, и обращаются они в женскую консультацию на 30 неделе беременности за получением права на дородовой отпуск. Естественно, никакого дообследования и санации пройти не успевают, а настрой на отказ от будущего ребенка скрывают. В анамнезе у каждой из них есть и беременности и роды.

Таким образом, только с 16,5% всех будущих матерей-отказниц имеют соответствующую своему состоянию медицинскую активность.

Выводы

1. У 81,1% матерей-отказниц Челябинской области отказ от ребёнка является закономерным результатом особенностей их репродуктивного поведения, а именно полным пренебрежением к контрацепции и собственно-

му здоровью, на что указывают многократные беременности, чаще всего заканчивающиеся абортами.

2. Традиционная профилактическая работа по предупреждению раннего социального сиротства с современным контингентом матерей-отказниц возможна только с 16,5% беременных, вставших своевременно на учёт в женскую консультацию.

3. С 69,7% матерей-отказниц работа по предотвращению оставления новорожденного может вестись только персоналом родильного дома и в сжатые сроки – в первые 3-5 дней с момента рождения ребёнка.

4. Ни существующая различия в условиях жизни, ни очевидная разница в диагностических возможностях и качестве родовспоможения между областными акушерско-гинекологическими организациями и всеми прочими не сформировали принципиальных отличий в медицинской активности и репродуктивном поведении матерей-отказниц различных административно-территориальных образований.

5. Не исключая традиционные формы профилактической работы по предупреждению раннего социального сиротства, следует изменить стратегическое направление профилактики, направить её на изменение репродуктивного поведения в сторону обязательной контрацепции. Ликвидировать само явление – нежелательная беременность. ■

Манерова О.А., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко МПФ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), 11991 г. Москва, ул. Трубецкая д.8. стр.2. Маркина А.Ю., к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 454092, г. Челябинск, ул.Воровского д. 64

Литература:

1. Алиев, Н.Н. Теоретические основы взаимодействия структур общества в преодолении социального сиротства в современной России/ Н.Н. Алиев, А.А. Кореньюк // Социальная политика и социальное партнёрство 2016; 11-12: 51-62.
2. Бармина, Т.В. Роль исследования отказа от материнства в решении проблем социального сиротства/ Т.В. Бармина Е.В. Толкачева // Власть и

- управление на Востоке России 2016; 4: 122-127.
3. Braathen SH, Vergunst R, Mji G, Mannan H, Swartz L (2013) *Understanding the local context for the application of global mental health: a rural South African experience.* *Int Health* 5: 38-42.
 4. Marais L, Sharp C, Pappin M, Rani K, Skinner D, et al. (2014) *Community-based mental health support for orphans and vulnerable children in South Africa: A triangulation study.* *Vulnerable Child Youth Stud* 9: 151-158.
 5. Sharp C, Jardin C, Marais L, Boivin M (2015) *Orphanhood by AIDS-Related Causes and Child Mental Health: A Developmental Psychopathology Approach.* *J HIV AIDS* 1(3): doi <http://dx.doi.org/10.16966/2380-5536.114>
 6. Рябова, В.В. Социологические аспекты профилактики социального сиротства /В.В. Рябова // Известия Иркутской государственной экономической академии (Байкальский государственный университет экономики и права) 2015; 6, 3: 34 —DOI : 10.17150/2072-0904.2015.6(3).34.
 7. Федулова, А.Б. Институциональные ресурсы органов и социальных служб города Архангельска по проведению мер для предотвращения отказа матери от ребенка/ А.Б. Федулова, А.О. Юшманова// Человек. Общество. Инклюзия 2016; 3-1 (27): 24-31.
 8. Doss, B.D. *The transition to parenthood: impact on couples' romantic relationships/* B.D. Doss, G.K. Rhoades // *Current Opinion in Psychology* 2017; 13: 25-28. doi:10.1016/j.copsy.2016.04.003
 9. Kasedde S. *They are not always a burden: Older people and child fostering in Uganda during the HIV epidemic/* S. Kasedde, A.M. Doyle, J.A. Seeley et al.// *Social Science & Medicine* 2014; 113(100): 161-168.
 10. Lee, V.C. *Orphans and Vulnerable Children in Kenya: Results From a Nationally Representative Population-Based Survey/* V.C. Lee, P. Muriithi, U. Gilbert-Nandra et al. // *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014; 1. 66(1): 89-97.
 11. Robertson L. *Household-based cash transfer targeting strategies in Zimbabwe: Are we reaching the most vulnerable children?/* L. Robertson, P. Mushati, J.W. Eaton et al. // *Social Science & Medicine* 2012; 75: 2503-2508.
 12. Ronsmans, C. *Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study/* C Ronsmans, M.E. Chowdhury, S.K. Dasgupta et al.// *Lancet* 2010; 375: 2024-2031.
 13. Yamin A.E. *Costs of Inaction on Maternal Mortality: Qualitative Evidence of the Impacts of Maternal Deaths on Living Children in Tanzania/*A.E. Yamin, V.M. Boulanger, K.L. Falb et al. // *Plos one/* 2013; 8(8): 1-6.
 14. Пономарёва, Е.В. Девиянтное материнство как фактор формирования образа матерей у детей/ Е. В. Пономарёва // *Закономерности и традиции развития науки в современном обществе: сборник статей.* Уфа: РИЦ БашГУ, 2013; 2: 241-252.
 15. Фаррахов, А.З. Опыт медико-социальной помощи женщинам, намеревающимся отказаться от своего ребенка/ А.З. Фаррахов, Т.Б. Мороз, Р.С. Бакиров и др.// *Вопросы современной педиатрии* 2012; 11(3): 10-11.