

З.Т.Кыстаубаева, М.Ж.Ахметова, К.Бекишев

*Карагандинский государственный университет им. Е.А.Букетова
(E-mail: meruzhan2@mail.ru)*

Социально-гигиенические аспекты абортов у женщин репродуктивного возраста

В статье отмечено, что аборт — одна из наиболее обсуждаемых сегодня тем в мире, а также самая оспариваемая проблема среди женщин репродуктивного возраста. Доказано, что в современном мире допустимость абортов и её пределы — одна из наиболее дискуссионных проблем, включающих религиозные, этические, медицинские, социальные и правовые аспекты. Анализ литературы позволил авторам выяснить социальные, моральные, медицинские аспекты в этой области. Определено, что общество не может найти точки соприкосновения и договориться раз и навсегда о решении этой проблемы.

Ключевые слова: аборт, демография, беременность, репродукция, контрацепция, фертильность, операция, женщины, роды, смертность.

Аборты являются серьезной медико-социальной и нравственно-этической проблемой, непосредственно влияющей на репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста [1]. Понятие репродуктивного здоровья происходит от слова «репродукция». Биологическая репродукция — это воспроизведение организмами себе подобных, то же, что и размножение [2]. Репродуктивное здоровье — состояние полного физического, умственного и социального благополучия, касающееся функций и процессов репродуктивной системы, а также психосоциальных состояний на всех стадиях жизни [3]. Репродуктивное здоровье соотносится с репродуктивным поведением. Большинство исследований по репродуктивному поведению связано с проблемой аборта, контрацепции, репродуктивных установок. Все исследователи показывают прямую связь между распространенностью абортов и состоянием фертильной функции женщин, уровнем репродуктивных потерь [1].

Репродуктивные потери — это потери, преимущественно связанные с прерыванием беременности: искусственный аборт по желанию женщины, наличие социальных или медицинских показаний для аборта, самопроизвольный аборт, внематочная беременность, патологическая беременность, снижающая жизнеспособность плода и новорожденного, перинатальная и младенческая смертность, обусловленная перинатальной заболеваемостью и врожденными аномалиями развития, материнская смертность. Анализ репродуктивных потерь раскрывает как степень адаптивности сложившейся системы охраны материнства и детства, так и эффективность демографической политики в области рождаемости, позволяющей женщине оптимально реализовать материнскую функцию [3]. Материнство изучается в русле различных наук: истории, культурологии, медицины, физиологии, биологии поведения, социологии, психологии. В последнее время появился интерес к комплексному исследованию материнства [4]. Основные репродуктивные потери общество несет в связи с неблагоприятными последствиями, которые наносит искусственный аборт последующему процессу деторождения [3].

Сегодня большинство людей, живущих в развитых западных странах, соглашаются с тем, что искусственные аборты — одна из наиболее актуальных, важных и неоднозначных проблем общественной жизни, политики и морали [5]. Демографическая политика, находящаяся в плену концепций развития общества на многие годы вперед, слабо ориентирована на «спасение» потенциала рождаемости, который можно поддержать и развить за счет социальных и медицинских технологий, без ущерба для жизни и здоровья поколения родившихся [3]. Искусственный аборт в целом остается традиционным методом регуляции репродуктивного поведения семьи, что обусловлено социально-экономическими факторами, общим уровнем культуры населения, состоянием службы планирования семьи [6]. Наконец, нельзя не отметить, что искусственное прерывание жизни является фундаментальной проблемой человеческого бытия.

Ее экзистенциальная значимость для каждого человека проявляется, в частности, в том, что отношение к абортам включено в мировоззрение, систему взглядов на мир и себя в мире. Одной из важных составляющих мировоззрения является религиозная. Индивидуальная религиозность — значимый предиктор отношения к абортам [7]. Драматическое противостояние и столкновение различ-

ных точек зрения является настолько полярным, «что оно выплескивается на улицы, становится предметом массовых манифестаций, митингов и демонстраций. Одна из демонстраций по проблеме аборта, прошедшая, например, в столице США в 1992 г., собрала рекордное для Вашингтона число участников — свыше 250 тыс. человек. Многочисленные демонстрации «за» и «против» абортов проходят почти во всех странах Запада» [8].

Операция искусственного прерывания беременности остается наиболее распространенной в акушерстве и гинекологии [6]. Прерывание беременности, или искусственный аборт, продолжает занимать неоправданно большое место в структуре методов регуляции рождаемости [9]. Безусловно, проведение операции аборта имеет серьезные последствия для репродуктивной функции женщин. Особенно следует отметить, что снижение материнской смертности от криминальных абортов происходит в настоящее время не только в результате снижения их числа, но и в связи с либерализацией показаний к аборту в поздние сроки [3]. По данным ВОЗ в мире производится 30–55 млн абортов ежегодно [6]. Ежегодно в мире беременеют от 5 до 10 % девушек в возрасте от 13 до 17 лет. Согласно данным литературы за последние 20 лет число абсолютно здоровых девушек снизилось с 28,3 % до 6,3 % [9].

Исследования последних лет показывают, что к различным нарушениям детородной функции, отрицательно сказывающимся на формировании и развитии плода, в 20–30 % случаев ведет искусственный аборт. С возрастанием числа абортов возрастает вероятность мертворождаемости, рождения недоношенного ребенка, его смертности на первой неделе жизни [10]. Несмотря на снижение общего числа абортов, уровень их остается высоким [6]. В Республике Казахстан на фоне невысокой рождаемости каждый 7-й аборт (13,9) делается первобеременными [11].

Аборт делают по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласии женщины — независимо от срока беременности [3]. При этом наиболее щадящий метод прерывания беременности в ранние сроки — мини-аборт используется лишь в 24,4 % случаев от общего числа абортов. За последние годы имеется тенденция к снижению удельного веса этого вида абортов. Не менее 15–20 % от общего числа приходится на искусственный аборт во II триместре [6].

Операция медицинского аборта чревата различными осложнениями. Осложнения часто связаны непосредственно с самой операцией. При производстве аборта в первом триместре беременности возникают повреждения круговой мышцы матки, что ведет в дальнейшем к развитию истмико-цервикальной недостаточности. Среди причин, связанных непосредственно с самой операцией истмико-цервикальной недостаточности, основное место занимает искусственное прерывание первой беременности. Наибольшее количество осложнений связано с прерыванием беременности во II триместре. Осложнения могут быть связаны с несовершенством техники операции аборта [6]. Имеются сведения о таких осложнениях, как эмболия, приращение плаценты, задержка плаценты, сепсис, разрыв матки. Риск и частота осложнений после медицинского абортов во II триместре возрастают с увеличением срока беременности. Из причин летальности доминирующими являются: инфекция, кровотечения, легочная эмболия. Описаны случаи нарушения свертывающей системы крови. Побочные эффекты, связанные с применением простагландинов, — тошнота, рвота, диарея, флебиты. Частота разрывов шейки матки при применении простагландинов в 30 раз выше, чем при применении гипертонического раствора [6].

Искусственное прерывание беременности может иметь осложнения, существенно ухудшающие состояние репродуктивной системы, наиболее частым из которых является воспаление. С целью его профилактики применяют разнообразные средства, однако их недостаточная эффективность, возможность нежелательных побочных эффектов, организационные трудности и реализации диктуют целесообразность поиска новых превентивных воздействий, в том числе и нетрадиционных [12].

Аборт наносит грубую психологическую травму [6]. У женщин, перенесших аборт, нередко отмечаются повышенная нервозность, раздражительность, утомленность, плаксивость, опустошенность, ослабление полового чувства, а иногда апатия и подавленность. Психически не переработанный аборт приводит к осознанному или бессознательному конфликту и чувству вины, с сопутствующими функциональными и психосоматическими нарушениями [11]. Причем эти случаи не находятся в зависимости от метода производства аборта [6]. Подтверждается роль психогенных жизненных событий в возникновении эмоциональных расстройств. Одним из основных факторов риска развития психосоматических нарушений считается тревожность — переживание эмоционального дискомфорта

та, связанного с ожиданием неблагоприятного исхода, грозящей опасностью. Актуальным является сохранение репродуктивного здоровья и качества жизни пациенток в отдельный период после аборта [11].

Искусственное прерывание беременности нарушает функцию яичников. У практически здоровых женщин после аборта восстановление циклической функции яичников происходит в основном (85,5 %) только во втором или третьем цикле и окончательно — в пятом [6]. В связи с тем, что после операции образуется обширная раневая поверхность и создаются условия для развития микрофлоры, а барьерная функция эндометрия резко снижается, профилактическое применение лекарственных препаратов после искусственного аборта должно быть максимально ранним [12].

Актуальной остается эта проблема и в других странах. В Дании 22 % женщин в возрасте 20–29 лет имеют в анамнезе медицинские аборты, половину из которых делают нерожавшие женщины. В крупных городах Швеции число абортов составляет 26,5–30,4 на 1000 женщин, за последние годы число абортов возросло [6]. В мировом сообществе Казахстан в отношении аборта занимает одно из «лидирующих» положений. Согласно официальной статистике Министерства здравоохранения республики число абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста превышает в 5–10 раз показатели по Западной Европе, Великобритании и США и составляет 45,1 (1996 г.), в то время как в Японии — 24,9; в США — 20,1; в Австралии — 15,5; в Канаде — 10,2; в Нидерландах — 5,6 (А.А. Попов, 1990; А.Г. Хомасуридзе, 1983; E. Ketting, 1994) [10].

За последние годы в Казахстане отмечается рост абортов у подростков и первобеременных (1/3). Обращает на себя внимание достаточно высокая доля юных женщин — 4,6 %, причем у подростков европейской национальности в 3,7 раза чаще, чем у коренной национальности [10]. Сексуальная активность подростков вызвала возрождение из небытия такого явления, как «юное материнство» [9]. Как известно, раннее начало половой жизни приводит к проблеме нежелательной беременности и ее прерыванию [11]. К сожалению, одним из решений проблемы подростковой беременности является аборт [9]. Статистика свидетельствует, что ежегодно в мире «юными матерями» (до 18 лет) становятся более 15 млн девочек и девушек, более 40 % из них делают аборт. Удельный вес случаев внебрачной рождаемости у несовершеннолетних составил 23,5 % (на 100 тысяч рожденных), а 92 % опрошенных получают информацию о контрацептивах от друзей, т.е. не от медицинских работников. Если учесть, что индекс здоровья (3,4,6) подростков и молодежи Республики Казахстан (28,5 %) ниже общереспубликанского (30,0 %) из-за высокой частоты общесоматических и гинекологических заболеваний, а также отклонений в физическом, половом и психосоциальном развитии, то качество репродуктивной функции у будущих матерей вызывает большую тревогу [13].

Операция искусственного аборта у первобеременных, представляя значительную опасность для здоровья, особенно неблагоприятно влияет на дальнейшую репродуктивную функцию [11]. Согласно официальной статистике ежегодно в мире у 5 млн подростков беременность заканчивается абортом. В большинстве стран на долю подростков приходится более 10 % от общего числа абортов. Ежегодно в Казахстане производится около 150 тыс. абортов. За последние годы отмечается рост абортов у подростков [9]. Исследования казахстанских ученых (Н.А. Каюпова, Х.М. Бекташева, 1997) позволяют отнести в группу риска по прерыванию незапланированной беременности студенток, незамужних и безработных женщин. Каждая тринадцатая женщина из числа поступивших на аборт начала половую жизнь до совершеннолетия. Начало половой жизни до брака отметили 52,3 % женщин. Половую жизнь в возрасте 14–17 лет начали 7,75 % подростков, в 18–19 лет — 28,9 %, 20–24 года — 46,3 %, в 25–29 лет — 12,0 %, в 30 лет и старше — 5,1 % женщин [10]. Кратность беременностей и их исходы также зависят от возраста женщин. Так, у женщин, прервавших беременность в возрасте до 20 лет, на одни роды пришлось 8 абортов (соотношение 1:8). Данные сведения позволяют женщин в возрасте до 20 лет, с еще несформировавшимся социальным статусом, включить в группу риска по абортam [10]. Частота осложнений искусственного прерывания беременности, по данным некоторых авторов, колеблется в широких пределах — от 1,6 до 52 %. Особенно значимы эти осложнения тем, что влияют в последующем на генеративную функцию женщины [7].

Для оценки последствий принятия решения о сокращении перечня показаний для проведения абортов в первую очередь важно проанализировать современные особенности распространенности абортов и причин [3]. Прерывание беременности обусловлено у большей части женщин совокупностью причин, что свидетельствует о комплексном влиянии различных факторов на решение об исходе беременности. Основные факторы, влияющие на решение прервать беременность, — незарегистрированный брак — 53 %, социально-экономические условия (низкий уровень жизни, неуверен-

ность в будущем) — 30 %, занятость работой или учебой — 5 %, межличностные отношения — 3 % и другие — 9 % [11].

Для контингентов женщин, производящих аборт по социальным показаниям, характерны низкая санитарная и контрацептивная грамотность, длительное проживание в состоянии хронического стресса, депривации и дезадаптации, проживание в условиях бедности и безработицы. Такое положение приводит к более позднему обращению в медицинские учреждения по поводу искусственного прерывания беременности [3]. Среди причин репродуктивного неблагополучия определенное значение имеет самопроизвольный аборт. Его частота составляет 5–15 % всех беременностей. Последующее оперативное вмешательство нередко сопровождается воспалительными процессами, образованием спаек, дисфункцией яичников, приводящими к вторичному бесплодию. Поэтому профилактика самопроизвольного аборта является важным средством улучшения демографической ситуации [14]. Аборты — большой вопрос нашего общества. Для решения этой проблемы издаются буклеты, проводятся различные программы, семинары, конференции для врачей, призванных пропагандировать здоровую жизнь, без абортов. Работа ведется на уровне международных, государственных инстанций, сюда также подключаются неправительственные организации, тем не менее количество абортов, если и снижается, то весьма медленно. В гинекологии есть такое понятие, как «абортная культура». Она включает в себя не только рождение желанного ребенка, но и умелое использование контрацептивов. Именно поэтому чрезвычайно актуальной остается проблема изыскания безопасных и эффективных методов предупреждения нежелательной беременности. Нужно отметить, что отношение женщин к различным видам контрацепции постепенно меняется. Намечился позитивный сдвиг [15]. Основной причиной самопроизвольных абортов (50–75 %) являются хромосомные мутации. Хромосомные аномалии часто обнаруживаются при спорадических выкидышах и гораздо реже — привычных. Это объясняется случайностью мутаций и возможностью повторения в редких случаях (например, аномалии в родительских клетках — предшественницах гамет) [16].

В условиях активизации мер по формированию контрацептивной культуры населения остро ощущается необходимость проведения всесторонних, целенаправленных, систематических просветительских, образовательных и гуманитарных программ по использованию современных средств контрацепции среди контингентов женщин, которые в настоящее время делают аборт по социальным показаниям в срок до 22-х недель беременности, имеющие высокие риски послеабортных осложнений [3]. Ряд авторов предлагают рассматривать искусственное прерывание беременности как биологическую травму, нарушающую нейрогуморальное равновесие и барьерную функцию в эндометрии и рекомендуют направлять профилактические мероприятия на первоочередное восстановление функции нейроэндокринной системы, участвующей в репродуктивных процессах [12].

Для предотвращения повторного аборта другим критическим элементом услуг по производству аборта является адекватное контрацептивное консультирование. Женщин следует полностью информировать обо всех планируемых процедурах, включая анестезию. Следует обсудить безопасность процедур и их возможные немедленные и отсроченные побочные эффекты и осложнения. Важно объяснить, что раннее прерывание беременности (в первом триместре) очень безопасно в квалифицированных руках. Следует также объяснить наличие повышенного риска в связи с абортом во втором триместре [10].

Существующая в Республике Казахстан система организации помощи оказания услуг по планированию семьи на протяжении многих лет была ориентирована только на органы и учреждения здравоохранения, как и во всех странах СНГ. Основным учреждением при этом являлась женская консультация, которая выполняла функцию «борьбы с абортами», что не привело к положительному решению данной проблемы, задачи планирования семьи. При этом надо учесть, что одной из задач службы ПС (планирования семьи) является распространение соответствующей информации. Служба ПС работает не по обращаемости, а непосредственно с теми, кто нуждается или может нуждаться в ее помощи. Эта помощь нужна девочкам-подросткам, молодым женщинам и мужчинам [10]. Применение профилактических мероприятий с учетом группы управляемых и неуправляемых факторов риска является целесообразным. Возможность использования предложений системы в условиях женских консультаций и стационаров позволит снизить число осложнений после медицинских абортов [6].

Женщины, обращающиеся для произведения аборта, должны получить консультирование по контрацепции, как в сочетании с услугами по производству аборта, так и во время дальнейших визитов. Контрацептивное консультирование должно содержать информацию о преимуществах и недостатках методов, имеющихся в распоряжении и приемлемых для клиентки. При условии отсутствия

медицинских противопоказаний использование любого метода контрацепции следует начинать сразу же после аборта. Консультирование по контрацепции особенно важно для женщин с повторными абортами [10].

Необходимость снижения числа абортов у девушек-подростков должна быть напрямую связана с половым воспитанием, формированием ответственного отношения к здоровью, повышением информированности подростков о мерах профилактики нежелательной беременности. Сексуальные контакты у подростков обычно происходят спонтанно и/или вопреки желанию. Поэтому подростки подвержены более высокому риску передачи ИППП/ВИЧ. Девушки-подростки подвергаются большему, чем взрослые женщины, риску инфицирования из-за своего низкого социального статуса. Поэтому девушкам-подросткам следует заблаговременно разъяснять необходимость отсрочки сексуального дебюта. При этом следует учитывать данные исследований о том, что и во многих других странах подростки находятся под сильным влиянием и давлением сверстников и старших, вовлекающих их в добрачные сексуальные отношения [17].

Процедура аборта, производимая в первом триместре беременности достаточно подготовленным специалистом в адекватных условиях, связана с очень низким риском осложнений. Свыше 10 недель гестации — риск для здоровья подростка, связанный с абортом, возрастает с каждой неделей беременности. При этом риск аборта в конце второго триместра в три-четыре раза выше по сравнению с первым триместром. По этой причине там, где имеется возможность оказания услуг по производству аборта, следует делать это на максимально ранних сроках беременности. Поскольку техническое мастерство оператора является основным определяющим фактором данной процедуры, следует обеспечить адекватную подготовку медицинского персонала, производящего аборт [10].

Беременные подростки, обращающиеся для производства аборта, нуждаются в специальном внимании и подходе во время консультирования. Подростки обычно прибегают к услугам по производству аборта при поздних сроках беременности — во втором ее триместре, когда производство аборта связано с повышенным риском и, кроме того, такая процедура менее доступна. Подростки обычно очень встревожены и обеспокоены по поводу своей будущей фертильности [10]. При половом воспитании подростков предпочтение следует отдавать индивидуальным и групповым формам работы. Одной из наиболее доступных форм могут быть систематические доверительные беседы по вопросам взаимоотношений между полами. Для обсуждения вопросов сексуальных отношений медицинские работники, психологи, педагоги и социальные работники, оказывающие социально-психологическую помощь, используют индивидуальные беседы [16].

Суждения о моральной допустимости или недопустимости аборта содержат ответы на два главных вопроса. Первый: можно ли считать, что с момента зачатия зародыш является человеческим существом? Положительный ответ на этот вопрос означает, что целью аборта является убийство существа, уже имеющего право на жизнь. Второй вопрос: имеет ли беременная женщина исключительное право контроля над своим телом? Иначе говоря, может ли она только по своему усмотрению делать аборт, рассматривая его как удаление кусочка ткани из организма, наподобие подстригания ногтей и волос? В этом случае положительный ответ основан на убеждении в том, что плод можно считать человеком, имеющим право на жизнь, только тогда, когда он превращается в ребенка, живущего вне организма матери [8]. В современных условиях неблагополучия в тенденциях репродуктивного потенциала женщин необходимо выделить понятие «перинатальное здоровье». Оно характеризует возможность индивидуума с внутриутробного периода жизни быть защищенным и развиваться в оптимальных условиях, позволяющих реализовать биологический и психосоциальный потенциал. Плод, как и родившийся ребенок, является полноценным пациентом, к которому применимы специальные методы диагностики, лечения и профилактики [3].

Многочисленные психологические исследования говорят о том, что ответы на указанные вопросы, в которых отражается отношение людей к абортам, зависят от их пола, возраста, личностных особенностей, религиозных убеждений, представлений о моменте зарождения жизни человека и многого другого. В исследованиях западных ученых показано, что женщины, сделавшие аборт и решившие выносить незапланированного ребенка, различаются по нескольким психологическим характеристикам. К примеру, канадские женщины, решившие прервать нежелательную беременность, описывают себя как привыкших полагаться на собственные силы, независимых, упорных и предпочитающих свободу. У.Б.Миллер пришел к выводу, что женщины, делающие аборт, как правило, не состоят в браке, независимы и склонны рассматривать эту операцию как приемлемый выход из положения для них самих и в глазах членов их семьи. Приписывание вины за случившееся партнеру или

чертам своего характера, таким как импульсивность и безответственность, приводит к более тяжелым последствиям, нежели поиск источника проблемы в конкретном поведенческом акте. Женщины, не склонные обвинять в случившемся партнера и свой характер, лучше адаптируются в психологическом плане к случившемуся по прошествии трех и более недель после аборта [5].

Говоря о положительных последствиях аборта, исследователи отмечают автономию, личностный рост, улучшение отношений с окружающими, появление цели в жизни и самопринятие. В исследовании Г.М.Бернелл и М.А.Норфлит, проведенном на выборке 178 человек спустя год после аборта, женщины отмечали увеличение энергичности, улучшение внешнего вида, укрепление отношений с партнером и родителями [18]. Важным фактором формирования отношения к абортам оказывается мнение о том, является ли зародыш с момента зачатия человеческим существом. Психологические исследования самочувствия женщин, имевших и не имевших опыт искусственного прерывания беременности, обнаружили следующее. Женщины, сделавшие аборт и рассматривавшие плод как человека, чувствовали себя значительно хуже тех, кто его не делал. Те же, кто сделал аборт, но не рассматривал плод как человека, чувствовали себя в целом не хуже женщин, не имевших такого опыта. Те женщины, которые считали плод прообразом человека, называя его ребенком, были подвержены реакциям постоянного расстройств или негативной переоценки. Женщины, считающие плод чем-то инородным и уж никак не человеком, либо вообще не сожалели о своем решении, либо приходили в себя согласно линейному паттерну реакции [19].

Нежелательная беременность является одной из основных проблем женщины. Несмотря на появление огромного количества методов, предупреждающих возникновение беременности, частота аборт остается на высоком уровне. Для большинства женщин аборт является наиболее доступным методом регулирования рождаемости. Причиной этого являются отсутствие сексуального образования, недостаточная работа кабинетов планирования семьи [20]. В XXI в. проблема абортов (искусственного прерывания беременности) публично обсуждается во всем мире как общественно значимая и имеющая общечеловеческий характер. Она включает в себя социальные, этнические, религиозные и многие другие стороны [5].

Таким образом, несмотря на появление огромного количества методов, предупреждающих возникновение беременности, нежелательная беременность остается одной из основных проблем современной женщины. Поскольку в современном мире проблема моральной допустимости абортов является общечеловеческой, то в отношении к искусственному прерыванию беременности нет ни половых, ни возрастных различий.

Каждая женщина фертильного возраста переживает беременность. Во время беременности в жизни женщины происходит множество изменений. Психологический стресс в перинатальном периоде несет с собой целый комплекс проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременной, во избежание акушерских и других осложнений. Беременность делает женщину эмоционально ранимой, склонной к беспокойству, более чувствительной к негативным переживаниям. Но нельзя забывать, что беременность является значимым и важным периодом в жизни любой женщины.

Список литературы

- 1 Шевелева И.Н. Анализ репродуктивного здоровья студенток средствами физической культуры // Теория и практика физической культуры. — 2007. — № 1. — С. 17–18.
- 2 Смирнов А. Здоровье и здоровый образ жизни // Основы безопасности жизни. — 2000. — № 1. — С. 18–26.
- 3 Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социология здоровья и медицины. — 2008. — № 7. — С. 133–142.
- 4 Андриюшина Е.В., Каткова И.П., Катков В.И. Репродуктивное здоровье населения — основа демографической политики // Народонаселение. — 2006. — № 4. — С. 16–34.
- 5 Беспалко В.В. Нарушение репродуктивного здоровья студенток // Международный медицинский журнал. Сер. Акушерство и гинекология. — 2003. — № 3. — С. 75–77.
- 6 Резер Т.М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования // Социс. — 2003. — № 1. — С. 102–108.
- 7 Суматохин С.В. Половое воспитание подростков // Биология в школе. — 2011. — № 1. — С. 58–65.
- 8 Кон И.С. Подростки и секс // Планирование семьи. — 1994. — № 4. — С. 15–17.
- 9 Идрисова С., Морозова Н.М., Немлюстеева И.М., Классик Л.И., Рудич Л.В. Факторы риска развития невынашивания беременности // Медицина и экология. — 2006. — № 1. — С. 79–81.

- 10 Вартазарян Н.Д., Агаберян Г.Г., Канаян С.А., Канаян А.С. Сочетание хронического эндометрита и невоспалительных заболеваний тела и шейки матки // Архив патологии. — 2005. — № 4. — С. 37–40.
- 11 Зырянова Е.А., Смоленский А.В., Марова Е.И., Михайлова А.В. Влияние спортивных нагрузок на женское репродуктивное здоровье // Лечебная физкультура и спортивная медицина. — 2009. — № 5 (65). — С. 53–57.
- 12 Даулетбаева А.Т. Искусственное прерывание первой беременности у девочек-подростков — фактор риска, осложняющий течение первых родов // Астана медициналық журналы. — 2006. — № 2. — С. 111–112.
- 13 Конкабаева А.Е., Кыстаубаева З.Т., Ахметова М.Ж. Проблемы нарушения репродуктивного здоровья у студенческой молодежи // Вестн. Карагандинского гос. ун-та. — 2012. — № 1(65). — С. 29–35.
- 14 Кошкимбаева Г.Д., Зимина Е.А., Сырцова Е.Н., Бакашева М.К. Опыт работы молодежного центра в информировании молодежи по вопросам репродуктивного здоровья // Репродуктивная медицина. — 2011. — № 3–4 (08–09). — С. 10–11.
- 15 Каюпова Н.А. Здоровье матери и ребенка. Новые подходы к проблеме // Фармация Казахстана. — 2005. — № 3. — С. 18–21.
- 16 Айрапетов Д., Ордянец И. Иммуногенетическая причина ранних репродуктивных потерь // Врач. — 2011. — № 1. — С. 39–40.
- 17 Анартаева М.У., Акбердиева Г.У., Кенжебаева Г.М., Тажимаева М.С. Социально-гигиенические аспекты абортов в южном регионе республики // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. — 2007. — № 1. — С. 20–21.
- 18 Биржанова К.Ж. Проблема аборта и планирование семьи у подростков // Астана медициналық журналы. — 2007. — № 8 (44). — С. 171–173.
- 19 Биржанова К.Ж. Проблема прогнозирования и профилактики осложнений после медицинского аборта в возрастном аспекте // Астана медициналық журналы. — 2007. — № 9 (45). — С. 191–193.
- 20 Биржанова К.Ж. Профилактика осложнений после искусственного аборта // Астана медициналық журналы. — 2006. — № 2. — С. 173–174.

З.Т.Қыстаубаева, М.Ж.Ахметова, Қ.Бекішев

Репродуктивті жастағы әйелдерде түсіктің әлеуметтік-гигиеналық аспектілері

Мақалада түсік — қазіргі таңда дүние жүзінде репродуктивтік жастағы әйелдердің арасында көп талқыланатын тақырыптардың бірі екендігі айтылған. Сонымен қатар бұл мәселенің діни, этикалық, медициналық, әлеуметтік және құқықтық аспектілер төңірегінде де кең қолданысы дәлелденген. Авторлар әдебиеттерді талдау негізінде қоғам әлі де болса түсік мәселесін шешу барысында әлеуметтік, медициналық аспектілері кеңінен қарастыратындығы жайлы қорытынды жасаған.

Z.T.Kystaubayeva, M.Zh.Akhmetova, K.Bekishev

Socio-hygienic aspects of abortions among women of reproductive age

Abortion — today one of the most discussed topics in the world. Also the most controversial and contested issue among women of reproductive age. In today's world the permissibility of abortion and its limits is one of the most controversial issues, including religious, ethical, medical, social and legal aspects. Analysis of the literature will clarify the social, moral, medical aspects in this field. This showed that the society can not find common ground and agree once and for all about this problem.

References

- 1 Sheveleva I.N. *Theory and practice of physical education*, 2007, 1, p. 17–18.
- 2 Smirnov A. *Basis of security of life*, 2000, 1, p. 18–26.
- 3 Zhuravleva I.V. *Sociology of health medicine*, 2008, 7, p. 133–142.
- 4 Andryushina E.V., Katkova I.P., Katkov V.I. *Population*, 2006, 4, p. 16–34.
- 5 Bepalko V.V. *International journal of medicine. Obstetrics and gynecology*, 2003, 3, p. 75–77.
- 6 Rezer T.M. *Sotsis*, 2003, 1, p. 102–108.
- 7 Sumatohin S.V. *Biology in school*, 2011, 1, p. 58–65.
- 8 Kon I.S. *Family Planning*, 1994, 4, p. 15–17.
- 9 Idrisova S., Morozova N.M., Nemilosteva I.M., Klassik L.I., Rudich L.V. *Medicine and Ecology*, 2006, 1, 79–81.
- 10 Vartazaryan N.D., Agaberyan G.G., Kanayan S.A., Kanayan A.S. *Archives of Pathology*, 2005, 4, p. 37–40.
- 11 Zyryanova E.A., Smolensky A.V., Marova E.I., Mikhailova A.V. *Physiotherapy and sports medicine*, 2009, 5(65), p. 53–57.
- 12 Dauletbaeva A.T. *Medical Journal of Astana*, 2006, 2, P. 111–112.
- 13 Konkabaeva A.E., Kystaubayeva Z.T., Akhmetova M.Zh. *Karaganda State University Bulletin*, 2012, 1(65), p. 29–35.

- 14 Koshkimbaeva G.D., Zimina E.A., Syrtsova E.N., Bakasheva M.K. *Reproductive medicine*, 2011, 3–4(08–09), p. 10–11.
- 15 Каурова N.A. *Pharmacy of Kazakhstan*, 2005, 3, p. 18–21.
- 16 Airapetov D., Ordiyants I. *Doctor*, 2011, 1, p. 39–40.
- 17 Anartaeva M.U., Akberdieva G.U., Kenjebayeva G.M., Tazhibayeva M.S. *Bulletin of the South Kazakhstan Medical Academy*, 2007, 1, p. 20–21.
- 18 Birzhanova K.J. *Medical Journal of Astana*, 2007, 8(44), p. 171–173.
- 19 Birzhanova K.J. *Medical Journal of Astana*, 2007, 9(45), p. 191–193.
- 20 Birzhanova K.J. *Medical Journal of Astana*, 2006, 2, p. 173–174.

Репозиторий КАРГУ