Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

На правах рукописи

КАБЛУКОВА ЮЛИЯ СЕРГЕЕВНА

БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ЦЫГАНСКОГО ЭТНОСА

14.01.01 – Акушерство и гинекология

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Волков Валерий Георгиевич

Тула – 2018 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ...……..……..4-15

Глава 1. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ЦЫГАНСКОГО ЭТНОСА (обзор литературы)……..16-38

1.1. Демографические особенности цыганского населения…….....16-20

1.2. Медико-социальные факторы определяющие состояние здоровья цыган ……....20-25

1.3. Особенности состояния здоровья женщин цыганской национальности…….……25-31

1.4. Репродуктивное здоровье женщин цыганской национальности…….31-32

1.5. Особенности течения беременности и родов у женщин цыганской национальности……..32-38

Глава 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ …….....39-54

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ…….55-89

3.1. Характеристика течения беременности, родов и состояния новорожденных у обследованных женщин.……55-68

3.1.1. Особенности течения беременности у обследованных беременных.……..…55-58

3.1.2. Особенности течения родов у обследованных женщин……...…58-64

3.1.3. Сравнительный анализ состояния новорожденных…….....65-68

3.2. Анализ взаимосвязи национальных особенностей и развития осложнений беременности и родов…….……..……...68-84

3.2.1. Логистический анализ.……..……..…….……..…68-70

3.2.2. Корреляционный анализ.……..……..…….……...…70-73

3.2.3. Множественный регрессионный анализ……..…….……..…73-84

Глава 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ……..85-97

ВЫВОДЫ……..…..98-99

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ……...…99
СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ..…….....100
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ……...101-120

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В настоящее время состояние здоровья людей цыганской этнической группы представляет собой актуальнейшею проблему для исследования в области здравоохранения [1;11;13;19;71;165]. Согласно Всероссийской переписи населения, проведенной на территории Российской Федерации в 2010 году, этот показатель составил порядка 200 тыс. чел., что также является весьма значимым уровнем [9]. На территории Тульской области проживает 4043 лица цыганской национальности [9]. Данные о состоянии здоровья цыган в РФ являются недостаточно изученными. Проведены исследования в Центральной и Восточной Европе [2;61;78;107;134], а в РФ в доступной литературе данные о родах женщин цыганской национальности нами не были найдены. Анализ факторов, оказывающих существенное влияние на здоровье беременных и рожениц данной этнической группы, позволит улучшить перинатальные исходы беременности.

Степень разработанности темы. В современных источниках отечественной и зарубежной литературы обнаруживаются лишь единичные научные труды, освещающие в достаточной мере проблему течения беременности и родов женщин цыганской этнической группы и перинатальных исходов у них [107;134;139;149]. Цыгане повсеместно сталкиваются с серьезными барьерами в доступе к медицинской помощи, явлениями дискриминации, предвзятого отношения и ущемления прав [68;103;147;160;161;163]. Наряду с этим, они обладают более слабым здоровьем и неблагоприятными условиями жизни по сравнению с большинством населения [22;37;43;58;115;123;130;159]. Для того, чтобы объяснить причину такого неравенства и разработать более совершенные меры по снижению имеющегося разрыва, необходимо обладать более точными данными и социальных и медицинских аспектах жизни цыганской народности. Наиболее часто в литературных обзорах и исследованиях, посвященных оценке качества жизни цыган, указывается на связь низкого уровня

здоровья и социальных факторов [48;50;63;76;79;92;100;119;132;138].

Авторы разных стран сходятся во мнении, что в настоящее время имеется крайне малое количество опубликованных материалов, освещающих медико-социальную сторону жизни цыган, особенно в РФ, а по теме охраны материнства и детства в цыганской этнической группе публикации носят обобщенный характер и не рассматриваются прицельно, а также являются единичными и устаревшими [2;13;18;24]. В связи с этим особое внимание привлекает изучение репродуктивного здоровья цыганских женщин, оценка факторов риска, течения беременности и родов, состояния плодов и новорожденных.

Цель исследования: Улучшение исходов родов у женщин цыганского этноса средней полосы РФ.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Выявить особенности медико-социальных условий у беременных женщин цыганского этноса.
2. Выявить особенности течения беременности и родов у женщин данной национальности, сопряженных с их образом жизни.
3. Провести сравнительный анализ состояния плодов и новорожденных у женщин цыганской национальности в сравнении с популяцией Тульской области.
4. Разработать оптимальный алгоритм ведения пациенток этой группы с учетом этническо-биологических факторов риска.

Научная новизна: Впервые в России проведен сравнительный анализ медико-социальных факторов, течения беременности и родов у женщин цыганской и нецыганской национальности, оценка состояния плодов и новорожденных данной группы. Выявлены факторы риска, оказывающие влияние на течение беременности и родов, присущие данной этнической группе

Теоретическая и практическая значимость работы: Разработанный и внедренный в практику алгоритм по ведению беременности и родов у женщин цыганской национальности позволит улучшить перинатальные исходы и

репродуктивное здоровье женщин этой группы, что имеет большое медико-социальное и экономическое значение в свете проводимой государством политики в области охраны материнства и детства.

Результаты исследования могут быть использованы практическими врачами акушерами-гинекологами, а также служить научно-практической базой для дальнейших исследований и совершенствования лечебно-реабилитационных мероприятий.

Методология и методы исследования. Для выполнения поставленных в работе цели и задач за период с 01.01.2011 по 31.12.2014 гг. нами был проведен ретроспективный анализ историй беременности и родов, карт новорожденных 300 женщин. Исследования проводились на базе кафедры акушерства и гинекологии медицинского института ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр», ГУЗ «Родильный дом №1 г. Тулы имени В.С.Гумилевской».

Критерии включения в ретроспективное когортное исследование:

1. одноплодная беременность;
2. отсутствие психических заболеваний;
3. согласие пациенток на участие в исследовании.

Критерии исключения:

1. многоплодие;
2. прерывание текущей беременности по медицинским показаниям;
3. добровольный отказ от исследования.

На основании полученных результатов мы сочли целесообразным стратифицировать случайную выборку обследованных женщин. Дизайн исследования представлен на рис. 1.

Рисунок 1 – Дизайн ретроспективного исследования.

В I группу включены 100 беременных цыганской национальности. Во II (контрольную) группу (n=200) были включены беременные русской национальности.

При обследовании женщин использовались следующие методы:

1. общеклиническое и акушерское обследование;
2. лабораторные и инструментальные методы исследования:
   - общеклиническое лабораторное исследование;
   - ультразвуковое исследование (УЗИ) и допплерография;
   - исследование влагалищного содержимого на флору;
3. оценка течения родов и послеродового периода:
   - оценка особенностей течения родов;

- оценка характеристик послеродового периода;
- патологоанатомическое исследование последов;
- оценка состояния новорожденного;

4. статистические методы обработки полученных данных.

Обследование беременных, включенных в исследование, проводилось в соответствии с приказами и стандартами обследования и ведения при беременности и родах (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 октября 2009 г. №808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» и Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Для проведения исследования была разработана специальная анкета, в которую заносились все полученные данные о каждой пациентке. Осуществляли сравнительный анализ течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденного. Проводился ретроспективный анализ данных динамического наблюдения за беременными в условиях женской консультации, скринингового ультразвукового исследования и допплерометрии в установленные сроки, сведений из родильных родом о течении родов и послеродового периода. Состояние новорожденных оценивалось неонатологами перинатального центра. На базе патологоанатомического отделения проводилась оценка патоморфологических особенностей структуры последов.

Методы оценки медико-социальных факторов: При анализе данных общеклинического обследования обращали внимание на:

1. возраст;
2. образование;
3. наличие работы;
4. социальный статус;
5. наличие вредных привычек, особенно табакокурения;
6. экстрагенитальные заболевания;

7. наследственность.

Особенностями сбора акушерско-гинекологического анамнеза стали данные о репродуктивной функции, в том числе о:

- времени начала половой жизни;
- средствах контрацепции;
- наличии инфекции, передаваемые половым путем (ИППП);
- особенностях течения и исходов предыдущих беременностей;
- паритете;
- гинекологических заболеваниях.

Лабораторное исследование проводилось в течение беременности в условиях женской консультации, при поступлении в родильный дом, в течение послеродового периода и включало общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), сифилис, гепатит В и С.

Методы оценки особенностей течения беременности, родов, послеродового периода, характеристик плацент и состояния новорожденных:

При анализе историй беременности обращали внимание на наличие следующих осложнений настоящей беременности:

1. угроза прерывания беременности;
2. отеки беременных;
3. гипертензионные расстройства при беременности;
4. анемия;
5. гестационный пиелонефрит;
6. гестационный сахарный диабет;
7. многоводие;
8. маловодие;
9. предлежание плаценты;
10. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
11. рубец на матке.

В рамках скринингового мониторирования все женщины проходили стандартное трехкратное ультразвуковое обследование, в ходе которого определялось количество плодов, их положение и предлежание, устанавливались основные фетометрические показатели, их соответствие сроку беременности, изучалась ультразвуковая анатомия плода, исследовались и оценивались тело, шейка матки и ее придатки, оценивалось количество околоплодных вод, локализация, толщина и структура плаценты, сосуды пуповины, а также проводилась допплерометрия с целью анализа особенностей функционирования фетоплацентарного комплекса.

В ходе исследования оценивались результаты этих наблюдений, а именно:

- наличие фетоплацентарной недостаточности;
- задержка роста плода (ЗРП);
- неправильное положение плода;
- наличие обвития пуповины;
- предполагаемый вес плода.

Из историй родов и карт новорожденных получили данные о:

1. своевременности родов;
2. выборе метода родоразрешения;
3. характере и времени излившихся околоплодных вод;
4. продолжительности и характере родовой деятельности;
5. объеме кровопотери при оперативном и естественном родоразрешении.

Был проведен анализ данных о состоянии последов, исследование которых проводилось в соответствии с приложением 4 к Приказу-постановлению Минздрава РФ и Госкомстата РФ от 4 декабря 1992 г. № 318/190. Послед изучали морфологически, микроскопически, в гистологических препаратах производился подсчет ворсин с различной степенью, определяли плотность расположения ворсин, степень развития и характер синцитиальных почек.

Оценка состояния новорожденных проводилась по шкале Апгар. Состояние ребенка оценивалось как удовлетворительное при сумме баллов 7-10; средней тяжести - при сумме баллов 5-6; тяжелым - при сумме баллов 4 и менее. Были

проанализированы морфометрические показатели – масса и длина тела новорожденного, а также наличие перинатальных осложнений.

Положения, выносимые на защиту:

1. Характерные особенности антропометрических и репродуктивных показателей у беременных цыганской национальности определяются как юный возраст, низкий рост и вес, анатомически узкий таз, юный возраст первой беременности и первых родов, низкое количество прерываний первой беременности и высокий паритет.
2. Особенностями социальных показателей у женщин цыганской национальности являются низкий уровень образования, отсутствие работы, проживание в сельской местности незарегистрированный брак, курение, отрицание контрацепции.
3. Течение беременности и родов осложняется анемией, плацентарной недостаточностью 1 степени и преждевременными родами.
4. Для плодов и новорожденных цыганской национальности характерна задержка роста плода 1-2 степени, хроническая внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу и низкая масса новорожденных, а также их недоношенность.
5. Предложенный алгоритм ведения беременности позволит улучшить исходы беременностей женщин цыганской национальности и перинатальные исходы.

Степень достоверности и апробация результатов работы. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением методов математической статистики при помощи персонального компьютера, оснащенного системой модулей пакета программ STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США).

Для анализа полученных данных нами были использованы следующие методы математической статистики:

1. Описательная статистика - описание количественных признаков производилось при помощи модулей системы Statistica с указанием числа

объектов исследования, средних значений изучаемого признака, стандартного отклонения [21];

2. Сравнение групп по качественному бинарному признаку: для решения задачи использовался метод проверки гипотез - критерий χ^2 [15;21]. Был произведен расчет в модуле «Непараметрическая статистика» разделе «Наблюдаемые частоты в сравнении с ожидаемыми», программа Statistica 10.0. Интерпретация результатов производилась следующим образом. Если $p>0,05$, то нулевая гипотеза о совпадении наблюдаемой и ожидаемой частот не отклоняется. Если $p<0,05$, то нулевая гипотеза отклоняется, и принимается альтернативная гипотеза о различии между наблюдаемой и ожидаемой частотами [15];
3. Сравнение групп по параметрам распределения признака;
4. Сравнение относительных частот в двух группах: решение задачи (сравнить две группы по относительной частоте значений качественного признака) достигалась путем проверки нулевой статистической гипотезы о равенстве относительных частот в двух популяциях при помощи модуля «Основные статистики и таблицы» подмодуля «Вероятностный калькулятор» процедуры «Различия между двумя пропорциями». Проверялась нулевая статистическая гипотеза об отсутствии различий между относительными частотами в двух группах. Если нулевая гипотеза отклонялась, то принималась альтернативная гипотеза о существовании различий. Полученные результаты трактовались: если $p>0,05$, то нулевая гипотеза об отсутствии различий между относительными частотами значений признака не отклонялась, если $p<0,05$, то нулевая гипотеза отклонялась, и принималась альтернативная гипотеза о существовании различий между относительными частотами значений признака [15];
5. Сравнение частот бинарного признака в двух независимых группах: бинарным признаком, по которому обычно требуется сравнение групп во многих медицинских исследованиях, является клинический исход, который имеет 2 возможных значения – «да» и «нет» [21];

6. Логистический анализ: отношение шансов (ОШ) – отношение шансов события в одной группе к шансам этого же события в другой группе. При оформлении данных указывались доверительные интервалы 95%, уровень значимости p;
7. Анализ взаимосвязи двух признаков: в настоящем исследовании был применен метод корреляционного анализа по Спирмену [15].

Ранговая корреляция по Спирмену использовалась для оценки взаимосвязи количественных и/или порядковых признаков. Для расчета значения коэффициента корреляции применялся модуль «Непараметрические статистики» процедура «Корреляции (Спирмена, тау Кендалла, гамма)». Если $p>0,05$, то независимо от значения коэффициента корреляции нулевая гипотеза о том, что его значение равно нулю, не отклоняется. При $p<0,05$, нулевая гипотеза отклоняется, и принимается альтернативная гипотеза о том, что значение коэффициента корреляции не равно нулю [15,21].

Сила связи между явлениями, ее теснота и направленность определяются величиной коэффициента корреляции (r), который колеблется от 0 до ±1. При $r = 0$ связь отсутствует, при $r = \pm 1$ связь полная (функциональная) [15].

По направленности связь между явлениями может быть прямой (положительной), когда с увеличением (уменьшением) значений одного признака увеличиваются (уменьшаются) значения другого (то есть, когда признаки меняются в одном направлении), и обратной (отрицательной), когда с увеличением значений одного признака значения другого уменьшаются, и наоборот (то есть, изменения признаков - разнонаправлены) (Таблица 1) [15].

Таблица 1 - Схема оценки тесноты корреляционной связи по коэффициенту корреляции

Теснота связи	Величина коэффициента корреляции при наличии	
	Прямой связи (+)	Обратной связи (-)
Связь отсутствует	0	0
Связь слабая	От 0 до +0,3	От 0 до -0,3
Связь умеренная	От +0,3 до +0,7	От -0,3 до -0,7
Связь сильная	От +0,7 до +1	От -0,7 до -1
Связь полная	+1	-1

Второй способ определения достоверности коэффициента корреляции возможен при помощи пакета Statistica 10.0: “Statistics” -> “Nonparametrics” -> “Correlations (Spearman, Kendall tau, gamma)” -> “Detailed report”. Программа осуществляет расчет коэффициента корреляции, значение t и уровень значимости p [15];

8. Множественный регрессионный анализ: Данные состоят из пар значений зависимой переменной (переменной отклика) и независимой переменной (объясняющей переменной). Регрессионная модель – это функция независимой переменной и параметров с добавленной случайной переменной [21].

Данная работа проведена в рамках основного направления научной деятельности кафедры акушерства и гинекологии медицинского института при ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» «Прогнозирование, лечение и профилактика акушерской и гинекологической патологии» и входит в план НИР (№ гос. регистрации 012011649972).

Материалы диссертации доложены, обсуждены и одобрены на: VI Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 2013), II международной научно-практической конференции «Новейшие исследования в современной науке: опыт,

традиции, инновации» (Санкт- Петербург, 2014), общероссийской конференции с международным участием: «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» (Санкт-Петербург, 2014), XVII международном конгрессе «Здоровье и образование в XXI веке» (Москва, 17-19 декабря 2015).

Сбор материалов, ретроспективный анализ и интерпретация полученных данных проведены автором самостоятельно. Участие автора в сборе первичного материала и его обработке, а также обобщении, анализе и внедрении в практику результатов работы – 100%. Все научные результаты, представленные в работе, автором получены лично.

Результаты исследования внедрены в практическую работу ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр» (гл. врач – Козина Е.А.) и ГУЗ «Родильный дом №1 г.Тулы имени В.С.Гумилевской» (гл. врач – Макарова Е.С.). Результаты исследования и разработанные на их основе рекомендации внедрены в учебный процесс высшего профессионального и последипломного образования на кафедре акушерства и гинекологии медицинского института при ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет».

По материалам диссертации опубликовано 6 научных работ, из них 3 - в изданиях, рекомендуемых ВАК РФ, 2 – в виде постерных докладов.

Апробация диссертации состоялась на заседании кафедры акушерства и гинекологии медицинского института при ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» 21 сентября 2017 года, протокол № 2.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, трех глав, которые включают результаты собственных исследований и обсуждение полученных результатов, заключения, содержащее выводы и практические рекомендации, списка принятых сокращений и списка литературы. Работа изложена на 120 страницах компьютерного текста, иллюстрированного 44 таблицами и 13 рисунками. Список литературы содержит 168 источников, из них - 30 на русском и 138 на иностранных языках.

Глава I. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ЦЫГАНСКОГО ЭТНОСА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Состояние здоровья людей цыганской национальности, неравенство в области здоровья представляет собой актуальнейшею проблему для исследования в области здравоохранения в Европе, особенно в последнее десятилетие [6;32;50;76;84;102;161].

1.1. Демографические особенности цыганского населения

Цыгане представляют собой гетерогенную этническую группу, проживающую в основном в Центральной, Восточной и Южной Европе, в ряде стран бывшего СССР [5;29;80;99;101;152]. Они относятся к наиболее многочисленному этническому меньшинству в Европе и их общая численность по разным данным превышает 11 млн. человек (1,35% от общей численности населения) [33;45;97;117]. Правда, эти данные могут быть не точны, что связано с тем, что многие цыгане не имеют документов и не хотят, по разным причинам, идентифицировать себя [47;91;124]. В СССР цыгане часто были вынуждены менять национальность и записываться в документах, например, украинцами, русскими, поляками, что упрощало процедуру прописки в тех районах и городах Советского государства, в которых цыганам проживать не разрешалось [7;26;163]. Нельзя отрицать и тот факт, что отсутствуют официальные статистические данные касающиеся населения цыганской национальности по многим странам [7;10;79;87]. Данная нация характеризуется, прежде всего, известной социальной изоляцией и широкой нищетой значительной части ее членов [30;81;133]. В недавнем исследовании проведенном в ряде стран Европы установили численность цыган (Таблица 2) [57;90].

Таблица 2 – Численность цыганского населения ряда стран Европы

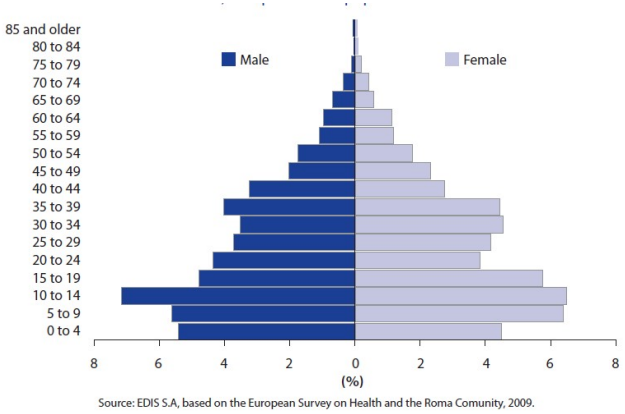
Страна	Численность	% в общей популяции
Румыния	1850000	8,32
РФ	825000	0,59
Болгария	750000	10,33
Испания	725000	1,57
Венгрия	700000	7,05
Сербия	600000	8,18
Республика Словакия	500000	9,17
Франция	400000	0,62
Греция	265000	2,47
Украина	260000	0,57
Великобритания	225000	0,37
Чешская республика	200000	1,96
Македония	197750	9,59
Италия	140000	0,23
Литва	2571	0,07
Латвия	8200	0,35
Всего в Европе	7648521	-

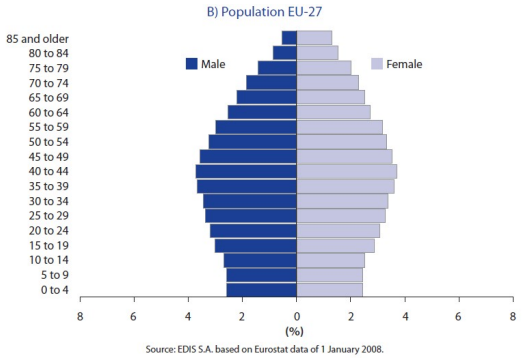
Следует отметить, что данные о численности цыган имеют существенные различия в приводимых источниках [11;48;57;90]. Из таблицы видно, что в РФ проживают около 800 000 чел. [90]. Между тем, по данным переписей населения в 2002 году, численность цыганской общины в РФ насчитывала более 180000 человек, а в 2010 году более 200000 человек [9;10]. Поэтому трудно судить, сколько цыган проживает в том или ином регионе [11;48;57;90]. На территории современной РФ проживают: русские цыгане, сэрвы, влахи, крымские цыгане, кэлдэра ловары, а также отдельные семьи или немногочисленные сообщества других цыганских народов [6;9;11].

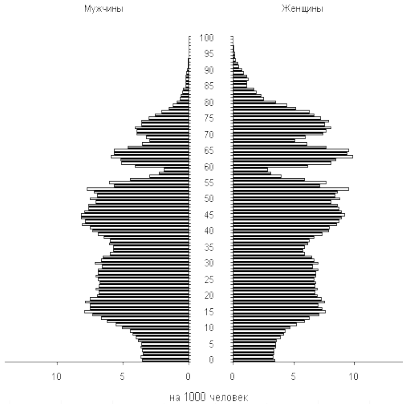
В Тульской области проживает, по данным переписи населения 2010 г., 3645 цыган, что составляет 0,3% среди лиц, указавших национальность [9]. По данным переписи населения 2002 г., проживало 3843 человек, что составляло 0,2%, а общая численность населения области составляла в 2010 г. 1553874 человек [9].

Последние демографические данные свидетельствуют, о том, что число женщин цыганской национальности, сопоставимо с количеством мужчин [6;13;24;38;100]. Среди европейских цыган 103,5 женщины приходятся на каждые 100 мужчин, в Европе в целом 104,8 женщин на 100 мужчин [13;30;32;44]. Это соотношение справедливо и для цыганского населения всех стран мира, за исключением Болгарии, где доля женщин составляет 96,9 на каждые 100 мужчин [56;99;109;166]. В отличие от этого, самый высокий показатель находится в Португалии с 113,3 женщин [58;166]. В РФ, по данным переписи населения 2010 г., доля женщин составляет 105,6 на каждые 100 мужчин [9]. Средний возраст мужчин составил 25,4, женщин 27,7 лет, для сравнения у русского населения 36,5 и 41,9 лет [9].

Демографические исследования показали, что цыгане обычно поддерживают прогрессивный тип возрастной структуры, характеризующийся высокой долей детей и низкой долей пожилых [30;52;64;145]. Следует отметить, что структура и демографические пирамиды цыган в Европе сопоставимы с динамикой населения развивающихся стран, где характерны высокие темпы воспроизводства и преждевременная смертность среднего возраста (рис.2) [67;68;69].







Цыганское население Европы	Коренное население Европы	Тульская область

Рисунок 2 – Возрастно-половые пирамиды цыганского населения Европы, населения Европы и Тульской области.

Поэтому для цыганского населения Европы характерна высокая плотность детского населения и низкая плотность пожилого населения [67;68;69;71].

Цыгане в Европе сталкиваются с серьезными барьерами в доступе к медицинской помощи [45;63;103;147;163]. Такие барьеры включают в себя отсутствие медицинского страхования и других документов официально ведущих к исключению цыган из системы оказания доступных медицинских услуг [45;103;163], географическая изоляция, недостаток информации, незнание языка и прямая дискриминация, унижающая достоинство при обращении к медицинским работникам и нарушение прав человека в оказании помощи, что подчеркивается во многих публикациях [32;45;48;52;58;63], и докладах ряда международных организаций: Европейского центра по правам цыган, а также Совета Европы и EUMC [67;72;73].

1.2. Медико-социальные факторы определяющие состояние здоровья цыган

Цыгане с крайним недоверием относятся к намерениям местных властей изменить их образ жизни и не хотят принимать меры, направленные на их интеграцию в общество [5;10;14;38;79;91;103]. Это недоверие к представителям других народностей, и тот факт, что во многих странах Центральной и Восточной Европы отсутствует сбор данных об этнической сегрегации, привело к относительной малочисленности публикаций в научной литературе, что затрудняет исследования по проблеме здоровья цыган [81;95;97;105;111].

В настоящее время в немногочисленных публикациях по проблемам здоровья цыган имеется согласие в том, что:

- цыгане обладают более слабым здоровьем и не здоровыми условиями жизни по сравнению с большинством населения;
- необходимы более точные данные, чтобы объяснить причину такого неравенства и разработки более совершенных мер по снижению имеющегося разрыва;

- плохое состояние здоровья чаще всего обусловлено социальными особенностями [45;50;63;69;79;95].

В последние годы мы наблюдаем два заметных развития в исследованиях здоровья цыганского населения [79;80;87;92]. Во-первых, центр внимания постепенно перемещается от изучения распространенности инфекционных болезней, которые доминировали десять лет назад, к здоровью детей и привлечению внимания к генетическим нарушениям, не инфекционным заболеваниям, хроническим болезням и связанным с ними факторам риска [77;85;88;89;93;96]. Во-вторых, исследования перешли от преимущественно описательных о состоянии здоровья цыган к более аналитическим, изучению факторов, которые определяют неравенства в отношении здоровья, с которыми они сталкиваются [90;91;97;109]. Выявились конкретные противоречия: с одной стороны последние данные показали, что цыгане испытывают конкретные неравенства в отношении здоровья, которые не могут быть объяснены полностью социально-экономическими факторами [92;99;102;104;107]. С другой стороны важность оценки объяснительной силы социально-экономического статуса по сравнению с другими факторами была подчеркнута в рамках изучения путей, ведущих к этническим различиям в состоянии здоровья [97;112;114;118].

Среди цыганского населения отмечен высокий уровень безработицы, плохие условия жизни [79;85;103;106]. В докладе организации Объединенных Наций, «Здоровье цыган» показано, что сорок четыре процента цыган живут в нищете, из которых пятнадцать процентов живет в условиях крайней бедности (доходы на человека не превышают - $ 2,15 в день) [165].

Хорошо известно, что люди с более низким социально-экономическим статусом раньше начинают курить имеют больше шансов стать постоянными курильщиками, и практически не прекращают курение в течение жизни [3;12;18;38;54;86;94]. В значительной степени, более высокие темпы курения среди цыганского населения можно объяснить тем, что цыгане, как правило, беднее и менее образованны, чем представители других этнических групп [79;110;116;122;126]. Более того, из-за приверженности взглядам на фатализм

судьбы, цыгане не считают курение фактором риска для здоровья [79;167]. Можно сделать вывод, что курение является частью культурной, этнической и индивидуальной идентичности цыган [10;12;167].

Некоторые негативные тенденции связаны с образом жизни и поведения в отношении здоровья цыган [3;38;53;110;157]. Данные опросов ясно показали, что меры по борьбе с курением, информационные кампании и дискуссии последних лет не оказали большого влияния на образ жизни цыганского населения [12;59;122]. Курение очень широко распространено среди цыган [18;59;94;162]. По сопоставимым данным для чешского населения в целом, доля курильщиков среди цыганской этнической группы в несколько раз выше (60% цыган, в возрасте 16 лет и старше, курят каждый день, и 10% случайные курильщики) [51;86;116]. Кроме того, цыгане также заядлые курильщики и начинают курить в молодом возрасте, часто в детстве (30% сегодняшних курильщиков начали курить в возрасте тринадцати лет и младше) [53;126].

Распространенность табакокурения и употребления запрещенных наркотиков, и алкогольного опьянения были рассмотрены у цыган и подростков другой национальности [38;55;61;138]. Результаты показали существенную связь между принадлежностью к цыганской национальности и более высокой распространенности употребления табака, состоянии алкогольного опьянения, и незаконного оборота наркотиков [38;49;53;61;81].

Ряд авторов считают, что усилия на борьбу с курением должны учитывать низкий уровень формального образования среди цыган, а также их уникальную культуру [55;100;102;119]. Уже описана не эффективность традиционных программа отказа от курения среди групп населения с низким образованием [12;54;129]. Таким образом, стандартные стратегии борьбы против табака также будет производить сомнительные результаты при применении к цыганам [53;59;94;126;157].

Действительно цыганские общины заметно отличаются от других социальных групп с точки зрения традиций, образа жизни и работы, и, как правило, потребляют больше алкоголя, чем коренное население [49;53;61;81].

Исследования в европейских странах показывают, что для цыганского населения весьма характерно злоупотребление алкоголем [38;61;81;138].

В РФ подобных исследований в доступной литературе крайне мало [3;12;18;22]. Однако имеющиеся данные так же отражают тенденцию к превалированию вредных привычек среди этой этнической группы [18;22;24;153]. Так в 2 регионах (Тверская и Псковская области) в общей сложности было опрошено 308 цыган [22]. Об употреблении алкоголя сообщила примерно половина опрошенных (49%, 95% ДИ=43,3–54,8%) [22]. Из них 22% сообщили, что употребляют алкоголь 4 раза в месяц, 18% — 3 раза в месяц, 13% —2 раза в месяц, 10,6% — 5 раз в месяц, 15% сообщили об ежедневном потреблении алкоголя, 4% — 20 раз в месяц [22]. На вопрос о частоте потребления алкоголя в неделю ответы распределились следующим образом: 52% — раз в неделю, 17% — 2 раза в неделю, 13% — каждый день, 6% — 3 раза в неделю [22]. Из 151 человека, сообщившего о потреблении алкоголя, у 53% основная доля потребляемого алкоголя приходится на выходные дни, а 46% потребляют алкоголь более-менее равномерно в течение недели [22]. Мужчины потребляли алкоголь значительно чаще, чем женщины — к потребителям относились две трети мужчин (67,7%, 95%ДИ=58,5–74,1%) и только треть женщин (34,0%, 95%ДИ=25,1–40,2%) [22]. Шанс возникновения алкогольной зависимости, значительно выше для женщин, чем для мужчин, ОШ=2,6, 8,8 и 10,7 против 1,9, 4,0 и 6,5, соответственно [22].

Оценка причин возникновения вредных для здоровья привычек среди подростков цыганской национальности в Словакии по сравнению с той же группой коренного населения и влияние родительского образования и социальной среды на обнаруженные гендерные различия показала, что среди девочек, подростков цыган имеется более низкая частота курения, пьянства и наркомании, чем не цыган (ОШ от 0,14 до 0,60 по сравнению с не цыганами), но они имели более высокий уровень физической активности [38;39;44;46;49;151]. Среди мальчиков, употребление наркотиков не так часто среди подростков цыган (ОШ 0,12, 95%ДИ=0,03-0,46); различия для других вредных для здоровья особенностей

поведения были небольшими и статистически незначимым [46;49]. Последствия влияния образования родителей и социальной желательности были не значимыми [85;100].

Следует отметить, что исследования по проблемам здоровья цыган и их доступа к медицинскому обслуживанию должны быть методологически обоснованными, а результаты сравнивать с большинством населения [63;103;108]. Препятствия на пути сбора данных и методологические проблемы неоднократно обсуждались в литературе [108;109;111]. К сожалению, в большинстве своем проводимые исследования фрагментарны и основывается на недостаточном объеме выборки.

Оценка влияния реформирования системы здравоохранения на доступ к медицинской помощи для цыган требуют систематических и сравнительных исследований. Подобные исследования проведены в Македонии [111]. Однако везде подчеркивается необходимость проведения дальнейших исследований для разработки адекватных мер профилактики [108;109;111;114]. В РФ таких исследований не проводилось. Между тем, барьеры к доступу к медицинской помощи существуют, в том числе и для беременных женщин [111;115;119]. Меры по расширению доступа к охране здоровья матери среди цыганских женщин крайне необходимы, и следует рассмотреть барьеры на каждом уровне их формирования [111;115;120;121].

Несколько программ были инициированы на национальном и международном уровнях для сокращения разрыва здоровья цыган и коренного населения [67;68;69;70;71;72;73]. Наиболее значимой является программа «Десятилетия интеграции цыган 2005-2015 годов» и в рамках недавно принятой в рамках Европейского союза национальной стратегии интеграции цыган до 2020 года [68].

Европейский проект «Здоровье цыганской общины, анализ ситуации в Европе», который продвигает в Фонд «Secretariado Gitano», был осуществлен в 2007 году для анализа ситуации в области здравоохранения в Европе по преодолению социального неравенства в области здравоохранения и разработки

политики и действий, основанных на надежных знаниях, призванных улучшить состояние здоровья цыганских общин в Европе и для сокращения неравенства [72].

Проект финансировался Европейским Союзом в рамках Программы Общественного Здравоохранения, и был реализован в семи странах Европейского Союза (Греции, Испании, Чехии, Словакии, Португалии, Румынии и Болгарии) с участием государственных и частных структур от разных стран, а координатором выступил Фонд «Secretariado Gitano» [68]. На 1 ноября 2007 года данный проект был запущен в Испании [68]. Цели проекта сформулированы следующим образом:

- сбор объективных данных о состоянии здоровья цыганского населения живущего в странах участницах и использование их ресурсов здравоохранения.
- на основе объективных данных оценить медико-санитарное состояние цыганской общины в каждой стране.
- внести рекомендации для реализации на всех уровнях разработанных эффективных стратегий, предназначенных для улучшения здоровья цыганской общины и сокращения неравенства.
- повысить информированность заинтересованных лиц (политиков, правительств, принимающих решения, представителей цыганской общины и др.) о необходимости реализации мер и стратегий по улучшению ситуация в области здравоохранения в Европе в отношении цыган и сокращение неравенства [68].

1.3. Особенности состояния здоровья женщин цыганской национальности

В эпоху кочевий для цыганского народа было наиболее характерно проживание большими патриархальными семьями, в которые входили три, а то и четыре поколения людей [6;10;13;19;22]. Создание семей и рождение детей всегда приветствовалось в народе [6;11;19;107]. По древнему обычаю каждая цыганская дочь должна была выйти замуж и стать матерью [6;13;22]. Каждый цыганский

сын должен был жениться, создать семью, содержать её, воспитывать детей [6;10;19;26;29;30]. Дети, хотя и рассматривались часто как особое имущество, богатство главы семьи, быстро, с самых малых лет становились работниками, добытчиками средств для семьи и для себя [20;29;30].

Семья - основная социальная ячейка цыганского народа [6;10;30]. В ней не только рождалось новое поколение цыган, но оно в ней воспитывалось и обучалось традиционным цыганским ремёслам и занятиям [11;26;89]. Семьи своих детей в прошлом у большинства цыганских народов создавались родителями ещё в ту пору, когда те были во младенческом возрасте [10;19;60;87]. Поэтому в цыганских народах не было ни юношей, ни девушек, которые уже не были бы предназначены в супруги друг другу [19;26;87]. Это укрепляло связи между людьми и препятствовало созданию цыган-нецыганских семей, что помогало сохраняться небольшим цыганским народам [6;10;30].

Можно предположить, что характерные особенности уклада жизни цыганской общины негативно сказываются на состоянии их здоровья [6;11;44;52;107]. К доминирующим факторам риска следует отнести: высокую степень родства при заключении брачных союзов; раннее начало половой жизни; отсутствие периодических медицинских осмотров; употребление алкоголя; курение; низкий уровень образования; малообеспеченность [42;48;54;64;66;87].

С раннего детства выявляются более высокие показатели заболеваемости бронхитом, пневмонией, вирусными заболеваниями, отитом, гриппом, кишечными инфекциями цыганских детей в возрасте 0-2 лет по сравнению с детьми основной национальности [50;66;118]. Распространенность проблем со здоровьем среди цыганских детей в возрасте 0-5 лет, проживающих в изолированных поселениях было связано с продолжительностью проживания в лагере, перенаселенностью, отсутствием жилищных условий, использованием дровяной печи, присутствием крыс и проблем, относящихся к качеству канализации и дренажа [50;63;66;76;118]. Среди лечебных услуг в основном превалирует оказание экстренной помощи, и совершенно недостаточно

используются профилактические мероприятия, такие как обязательная иммунизация детей [63;66;75;81;84].

Безусловно на состояние здоровья значительное влияние оказывают вредные привычки [38;49;52;59;110;126]. В Болгарии, Венгрии, Румынии отмечена высокая доля курящих женщин (более 70%) среди цыганского населения, полученные цифры отлично коррелируют с данными полученными в Чешской республике, где женщины цыганской национальности курят в 78% случаев до и во время беременности, в сравнении с 42% женщин других национальностей [59;69;86;94]. Схожая картина наблюдается и в Венгрии, где почти половина (47,3%) женщин цыган постоянно курят и в 89,3% случаев продолжают курить во время беременности, по сравнению с 14,7% представительницами других народностей [69;109]. В Испании женщины цыганской национальности курят значительно меньше (18,98%), чем представительницы коренного населения, частота курящих среди которых составляет 32,26% [69;106;121;127;132]. В Испании женщины цыганской национальности употребляли алкоголь во время беременности в 35,10% случаев, в сравнении с 16,51% среди женщин коренного населения [108;121;127;132].

Проведенные исследования обращают внимание, что не последнюю роль в неблагоприятном исходе родов может играть и низкий уровень образования среди цыганского населения [120;122;129;130]. В Венгрии образование менее 8 классов имели только 27% женщин цыган, а оконченное начальное образование 60,3%, в то время как венгерские женщины не имели среднего образования только в 1,7% случаев [69;86;94]. Аналогичные показатели и в Испании, где в 71,9% случаев у женщин цыганской национальности отсутствует образование [69;108;127;132]. Это объясняет происхождение различных мифов и страхов в данной этнической группе относительно гинекологических процедур, и как следствие отказ от плановых профилактических медицинских осмотров [107;125;134;149].

В РФ в 2-х регионах - 21% опрошенных сообщили, что никогда не учились в школе [22]. При этом никогда не посещали школу 26,6% женщин и только 15,2% мужчин [22]. Незаконченное среднее образование имели 29% цыганок,

начальное образование – 39,4%, среднее – 11%, среднее специальное – 0,6%, не ответили на вопрос об уровне образования – 20% [22]. В целом по РФ высшее образование имели только 0,55% цыган, среди русских – 23,7% [22].

Процент цыганских женщин, у которых имеется данные исследования мазка и маммографии значительно ниже, чем у представительниц других народностей [22].

В РФ, по данным Плавинского С.Л. и соавт. (2013), из 308 человек, принявших участие в интервьюировании, 80% (247 человек, 95%ДИ = 75,3–84,5%) сообщили, что слышали о ВИЧ или синдроме приобретённого иммунодефицита (СПИД), 29,5% (91 человек, 95% ДИ = 24,5–35,0%) проверялись когда-либо на ВИЧ-инфекцию, 13% (41 человек) проверялись на ВИЧ-инфекцию в течение последнего года, 69 человек знают результат своего теста [22]. 26 человек (8,4%) сообщили, что знакомы с кем-нибудь, у кого есть ВИЧ-инфекция [22]. Женщины были значительно хуже осведомлены о ВИЧ-инфекции, когда-либо о ней слышали только 77,3% опрошенных женщин (95% ДИ = 65,8–80,1%) в противоположность 87,3% мужчин (95% ДИ = 80,9–92,2%) [22]. Однако в работе не приводятся данные о заболеваемости среди обследованных цыган [22].

По сравнению с коренным населением, цыгане имели гораздо более высокую распространенность сахарного диабета (СД) 2 типа, метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний, т.е. тех болезней которые могут способствовать их более высокой смертности [74;88;96;117;140;144].

В Сербии значения стандартизованных показателей смертности от нетравматических причин среди женщин цыганок в два раза выше, чем у нецыганок, у мужчин эти различия были лишь немного ниже [87;92;115;139]. Особо обращает внимание, что средняя продолжительность жизни цыган на 10 лет ниже, чем населения в целом [24;50;101;155;164]. Такие результаты не являются неожиданными, так как аналогичные результаты были получены и в других европейских исследованиях в странах более развитых в экономическом отношении, чем Сербия [92;115;139].

Инсулинорезистентность встречается гораздо чаще среди цыган (11%) чем среди коренного населения (5%), то же касается и ожирения (20% и 8%) [74;96;117;144].

В 2009 году была опубликована статья, в которой авторы попытались объяснить связь между короткой продолжительностью жизни и наличием метаболического синдрома у цыган [74;88;96;117;140;144]. Эпидемиологические исследования показали, что у цыган высокая распространенность ожирения определяет повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний [82;104;107;126;166]. Объяснения для этого, парадоксального явления, присущего этносу, проживающему в неблагоприятных экономических условях не приводится [99;106;111;112]. Вполне возможно, что в ходе многих поколений на протяжении миграции из Индии в Европу, беременные цыганки и их плоды пострадали от чрезмерного дефицита питательных веществ [31;36;50;129;148]. Это, вероятно, вызвало адаптивные метаболические и генетические изменения, направленные на оптимальное использование дефицита продовольствия [31;129;148]. Существует гипотетическая возможность, того, что у них был сформирован "бережливый ген" [129;148]. Приход цыган в Европу привел к несколько более качественному питанию, наряду с резко сниженной физической активностью [36;85;148]. Следствием этого является высокая частота метаболического синдром и сахарного диабета 2 типа и повышенный уровень смертности от сердечно-сосудистой патологии [74;96;106;117;126;144;150].

Словакия является ведущей страной в оценке сердечно-сосудистых факторов риска у людей цыганской национальности [38;39;44;74;85]. Было проведено относительно большое социологическое и эпидемиологическое изучение цыганского населения [38;39]. Целью исследования было получение данных о состоянии здоровья, в которое вошли распространенность заболевания, артериальное давление, уровень распространенности ожирения, разные биохимические показатели, особенности питания, стиля жизни и различные поведенческие параметров 345 жителей в возрасте 18-60 лет и сравнили их с 269 цыганами [38;39]. Результаты были статистически значимыми ($p < 0,05$) [38;39].

Во всех возрастных группах, индекс массы тела (ИМТ) у женщин цыганок был выше, чем у нецыганок [38;39]. Цыгане имели более высокий шанс возникновения ожирения, избыточного веса и гипертонии, не связанных с местом проживания [38;39]. Был сделан вывод, что риск атеросклероза у цыганских меньшинств значительно увеличивается, и это связано с неблагоприятными факторами, такими как увеличение распространенности ожирения, гипертонии, курения и недостатка продуктов, ведущих к дислипидемии, гиперинсулинемии, сердечно-сосудистым заболеваниям, метаболическому синдрому и СД [38;39;64].

В 2011 году оценивали распространенность артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых факторов риска среди 511 представителей цыганского населения в Румынии [91]. Распространенность артериальной гипертензии составляла 30,3%, впервые выявленной артериальной гипертензии 10% [91]. Частота висцерального ожирения - 50,8%, ожирения - 34,4%, сахарного диабета - 10,3%, курения 25,8% [91]. Женщины, принадлежащие данной этнической группе, чаще страдали ожирением с ИМТ>30 кг/м^2 в возрасте от 16 лет и старше в Испании [52;127]. В Венгрии ИМТ у женщин цыганской национальности составлял в среднем 21,8 кг/м^2 [91]. Наличие ожирения в Хорватии (ИМТ>30 кг/м^2) отмечалось в 21% случаев, но оно преобладало у населения пожилой возрастной группы [52;91]. В Испании цыганки чаще страдали депрессией и мигренью [52;127].

Обращает на себя внимание, что табакокоурение сильно распространено среди девушек, начиная с молодого возраста [54;59;122]. Как показано ранее, у цыган уровень приема психоактивных веществ выше, в том числе среди подростков женского пола [59;110;116;157].

Цыгане, осознают они это или нет, постоянно ведут борьбу за сохранение своего весьма немногочисленного народа [6;11;44;52;107]. Одним из видов проявления этой борьбы является сохранение традиционного образа жизни [63;66;75;81;84]. Дети обычно наследуют занятия родителей, ремёсла и искусства, которые сохраняются за цыганскими народами длительное время [10;50;66;118]. Кочевой образ жизни характерен для цыган и отличает их от многих других

народов, что не может не отражаться на их поведенческих особенностях и восприятию их коренными народами, проживающих с ними на одной территории [11;63;75;81;84].

Для разработки специальных мер реагирования и минимизации последствий конкретных барьеров, с которыми встречаются женщины и дети цыганской национальности в доступе к услугам здравоохранения, необходимы систематические данные новых научных исследований.

1.4. Репродуктивное здоровье женщин цыганской национальности

Доступ к информации и услугам в отношении репродуктивного здоровья женщин цыганок является проблемой, которой государства члены организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) уделяют особое внимание [72;73;165].

Цыганские женщины редко посещают гинекологов [54;62;152;162]. По данным исследования, проведенного в Испании, только 44,4% женщин цыганок проходят периодический гинекологический осмотр, в то время как соответствующий показатель в общей популяции составляет 74,9% [106]. Экспертная оценка комплексной программы социальной интеграции цыган, показала, что в Греции, только 4 из 10 женщин цыганок признают, что они знают о Пап-тесте, 1 из 2-х знают о маммографии и 80% женщин не используют какой-либо метод контрацепции [119;161]. Кроме того, 1 из 4 женщины не наблюдались во время беременности, но только 3 из 10 женщин цыганок не кормили грудью своих детей до 6-го месяцев [119;161]. По литературным данным только 61% женщин цыган в Болгарии использовали контрацепцию и то нерегулярно [56;99]. Среднее число абортов на одну женщину цыганку в Болгарии было 2,41 и около 33% женщин, делали 3 и более абортов по собственному желанию [56;99;127].

Самый распространенный метод контрацепции среди данной категории женщин прерванный половой акт и метод лактационной аменореи [115;149]. Женщины цыганской национальности практически не используют современные средства контрацепции такие как: оральные контрацептивы, внутриматочные

спирали, презервативы [99;115;149]. Пропаганда современных способов контраценции и важность их использования среди данной этнической группы должна быть стратегией национального здравоохранения, в то время как в РФ аналогичные исследования не проводились.

1.5. Особенности течения беременности и родов у женщин цыганской национальности

Одним из немногих источников получения информации о состоянии здоровья этой этнической группы может являться ретроспективный анализ историй беременностей и родов у женщин цыганской национальности [22;24;27;35;84;155;157]. За последнее время в странах Центральной и Восточной Европы проведено несколько популяционных исследований с целью выявления особенностей течения беременности и родов у женщин цыганского этноса [24;27;32;35;84;155].

Имеющиеся данные о доступе к охране здоровья матери среди цыганских женщин в Сербии и Македонии, показывают существенные диспропорции по сравнению с не цыганами [87;92;115;139;148]. В Сербии 8% цыганских женщин по сравнению с 1% в общей численности населения, и 21% в Македонии по сравнению с 2% в общей популяции не наблюдались во время беременности [87;92;116;148]. Цыганки даже при посещении врача получают медицинские услуги не в полном объеме это касается измерения артериального давления, анализов мочи и крови [87;111]. В Македонии 5% цыганских женщин, в Сербии 18% не получили квалифицированной помощи при родах, по сравнению с 1% и 2% от общей численности населения, соответственно [56;92;116]. Существуют подобные различия в материнской заболеваемости и смертности: уровень младенческой смертности среди цыган в Сербии примерно в три раза выше среднего по стране [92;139].

В РФ, по данным Плавинского С.Л. и соавт. (2013), для женщин молодого возраста обращение за медицинской помощью среди православных цыган было, в

основном, связано с получением медицинской книжки или с наблюдением во время беременности в женской консультации [22].

Основной причиной частых неблагоприятных исходов родов у них являются медико-социальные факторы и плохое состояние здоровья [35;84;98;149;152;155].

Первая особенность ранние роды среди данной этнической группы [63;65;75;87;124;148;155;157]. Это связано в основном с ранним началом половой жизни, и отсутствием знаний о контрацепции, кроме того важное значение имеют так называемые социальные нормы (патриархальность), присущие данной национальности [52;57;65;118;155]. Изучение сексуального поведения женщин цыган в Болгарии показало, что средний возраст начала половых отношений составляет 13-16 лет, а в половине случаев в этот период происходят и первые роды [56]. Это обусловлено низким уровнем сексуальной культуры и отсутствием знаний о методах контрацепции [8;17;56;58;155].

Почти все роды среди подростков - около 95% - приходятся на страны с низким и средним уровнем дохода [23;75;81;148;155]. Следует отметить, что высокий уровень подростковой беременности регистрируется в странах Европейского союза [20;84;155;165]. Подростковая беременность связана с неблагоприятными последствиями для здоровья матери [27;75;84;155;165]. В странах с низким и средним уровнем дохода, осложнения беременности и родов являются основной причиной смерти среди девушек в возрасте 15-19 лет [63;75;84;148;155]. Частота мертворождения и ранней неонатальной смертности у матерей-подростков на 50% выше, чем среди женщин в возрасте 20-29 лет [4;16;28;41;63;118]. Новорожденные от матерей-подростков чаще имеют низкий вес при рождении [16;40;98;110]. Среди подростков выше частота преждевременных родов (ПР) [1;25;27;63;164].

Традиционное стремление к созданию многодетных семей объясняет то, что в данной этнической группе в два раза чаще встречаются семьи, количество детей в которых колеблется от 3 до 13, при этом большинство браков официально не зарегистрировано [5;10;14;46;87;155]. В РФ, по данным переписи населения

(2010), среднее число детей на 1000 женщин составило среди русских 1405, среди цыган – 2406 [9]. В Венгрии, почти половина (46,0%) цыганских женщин имеют 3-6 детей по сравнению с 19,5% нецыганских женщин [109;160]. Это приводит к высоким темпам прироста населения среди цыган [109]. Отмечена связь между количеством детей в семье (3 и более) и в 29% случаев увеличением вероятности риска рождения ребенка с низким весом (<2500 гр.) [160]. Так же шанс рождения детей с низким весом увеличивался у женщин старше 41 года [41;98;109;118].

Осложнение в течение беременности и родов среди цыган многие авторы объясняют влиянием медико-социальных факторов и, в не меньшей степени, состоянием здоровья [34;83;107;134;158].

Питание также является важной детерминантой здоровья, которая непосредственно влияет на течение беременности и ее исход [31;36;74;88;113;129]. Оптимальное питание во время беременности находит свое отражение не только в здоровье матери, но и в здоровье ребенка [35;74;117]. У женщин цыганской национальности концентрации в крови фолиевой кислоты, ретинола, β-каротина и α-токоферола показали значительно более низкие уровни, чем у женщин контрольной группы [129]. Новорожденные, женщин данной этнической группы имели более низкую концентрацию йода, чем дети других национальностей [129]. По данным опроса, женщины из контрольной группы чаще употребляли рыбу, сыры, фрукты, соки и овощи, в отличие от женщин цыганской национальности [129]. В их рационе преобладали мучные изделия, копченые колбасы, сладкие напитки, масло и сало [129]. Так же исследование показало, что женщины цыганской национальности только в 22,4% случаев употребляли комплексные витамины для беременных, в отличие от женщин контрольной группы (74,7%) [129]. Недостаточное потребление фруктов и молочной продукции также существенно влияют на вес новорожденных у женщин цыганской национальности [31;148].

Неблагоприятный исход родов у женщин цыганской национальности отмечен во многих странах восточной Европы [4;32;33;38;41;56].

Самопроизвольное прерывание беременности является серьезной проблемой для женщин цыганской национальности в целом, особенно среди подростков [8;20;62;118;155].

Проведенный зарубежными учеными ретроспективный анализ исходов родов у цыган выявил серьезные отклонения в сравнении с другими национальностями [56]. К наиболее негативным результатам следует отнести низкий вес при рождении, ПР (ранее 37 недель) рожениц, а задержка роста плода (ЗРП) [17;56;62;110;164].

Исследование причин этнических различий в состоянии здоровья в целом, является важным вопросом, который неоднократно обсуждался в течение последнего времени, а именно, каковы причины таких различий [49;50;99;106;111]. Было показано, что расовые неравенства в отношении здоровья сохраняются даже после поправки на социально-экономическое положение, предполагая, что существуют дополнительные механизмы, посредством которых раса является фундаментальной причиной неравенства в отношении здоровья [45;80;91;147;156;163].

Социально-демографические и факторы образа жизни, такие как уровень образования матерей, бедность, стресс, курение и алкоголь могут влиять на исход родов, за счет низкого качества питания [12;31;48;59;107;134]. Полученные данные нельзя объяснить только результатом образа жизни цыган (курение и употребление алкоголя) [5;19;38;49;61;138]. Курение до и во время беременности значительно чаще встречается у женщин цыганской национальности, но статистически объясняет относительно скромную часть неблагоприятных исходов родов у них [18;86;122;139;157].

Женщины цыганской национальности почти в 2 раза чаще рожают маловесных детей по сравнению с коренным населением [31;35;40;41;62;110;113].

Необходимы программы санитарного просвещения для решения экономических и социальных условий жизни беременных женщин, которые будут адаптированы к специфическим потребностям цыганского населения, с целью обеспечения благополучных исходов родов для матери и для ребенка

[31;40;62;155;164]. Образование матери на сегодняшний день является фактором позволяющим объяснить плохие исходы при беременности у цыганок [16;129;134;139]. Это не удивительно, потому что выявлены огромные различия в уровне образования между цыганами и не цыганами во всех исследованиях [131;132]. Именно уровень образования обозначили как ключевой фактор, определяющий низкий вес при рождении, ПР, задержки роста плода и высокий уровень младенческой смертности у цыганского населения [16;28;98;129;131]. Вполне вероятно, что образование играет существенную роль в различиях между двумя этносами [16;31;40;131]. Семейное положение также в значительной степени связано с исходом родов (например, различия в весе при рождении между замужними и матерями-одиночками составила 232 г), но вклад этнических различий был меньше, чем у образования [131].

Аналогичные результаты получены и в Венгрии, где был проведен ретроспективный анализ 2287 рожениц цыган и 5469 нецыганских матерей [40]. Основной целью данного исследования было выявление возможных факторов риска связанных с низким весом при рождении и ПР, с особым акцентом на сходства и различия среди венгерских цыган и нецыганских женщин [40;41]. Частота случаев низкого веса при рождении была почти в два раза выше среди женщин цыганской национальности (12,2%) по сравнению с (6,5%) женщинами контрольной группы, так же общая частота случаев ПР была выше среди женщин данной этнической группы (9,9%) по сравнению с женщинами другой национальности (7,1%) [40;41].

ПР и синдром ЗРП – это те осложнения беременности, которые определяют уровень перинатальной и младенческой смертности в популяции цыган [25;62;98;113;164]. Изучение показателей перинатальной и младенческой смертности в Словацкой Республике показало четкую взаимосвязь между рядом социально-экономических показателей (уровень образования, безработицы, доходов), национальностью (преимущественно цыганское население, проживающее в обособленных поселениях) и уровнем изучаемых показателей [100;101;102;103;125]. Рассматривая отдельно каждый фактор показано, что

наиболее существенное влияние оказывают уровень образования, безработица, и доля людей цыганской национальности проживающих в данном районе [136;137;138]. В то же время уровень доходов не оказывал существенного влияния на показатели перинатальной и младенческой смертности [136;138]. А применение математического моделирования, показало, что только доля жителей цыганской национальности оказывало существенное влияние на изучаемые показатели [137;138].

В РФ таких исследований крайне мало [2;20;22]. Однако в тех, что проводились выявлено получены аналогичные результаты [2;22]. При изучении зависимости показателя мертворождаемости у женщин-жителей Республики Адыгея, от возраста, этнической принадлежности и мест проживания было установлено, что наиболее высокие показатели относительной частоты мертворождаемости отмечены у женщин цыганской национальности, затем по мере убывания следуют армяне, немцы, адыгейцы и русские [2]. Таким образом, доля цыган, проживающих в населенных пунктах способствует формированию региональных различий в показателях младенческой смертности [2].

Многие осложнения беременности в данной группе, такие как ПР, гипотрофия плода, анемия можно было бы попытаться свести к минимуму при помощи просветительской работы о важности профилактических мер таких как сбалансированное питание, (употребление свежих фруктов и овощей), прием комплексных витаминов для беременных, пропаганда о вреде курения и алкоголя [2;16;22;31;36;85].

Можно выделить несколько гипотез, которые объясняют ухудшение здоровья цыган по отношению к большинству населения [44;46;48;56;60].

Наблюдаемая разница в состоянии здоровья может быть обусловлена различиями в условиях жизни, разным доступом к товарам и услугам, и масштабом бедности, т.е. основной причиной этих различий является не национальность, а различные социально-экономические характеристики [58;80;;103;147;163]. Есть исследования, подтверждающие вклад в социально-

экономических характеристик в объяснении различий здоровья между цыганами и не цыганами [56;91;156;163].

Культурные различия являются причиной низкой медицинской грамотности, что связанно с поведением (привычки в питании, употребление психоактивных веществ, физическая активность, профилактика заболеваний), которые приводят к провалам в области здравоохранения [61;63;70;81;86;90].

Психологическая гипотеза влияния на здоровье последствий стресса из-за дискриминации, социального отчуждения, материальных и финансовых лишений более низкого социально-экономического положения остается недоказанной [95;97;106]. Условия жизни в раннем детстве может стать критическим фактором приводящим к расширению различий в здоровье на протяжении всей жизни, приводя к снижению ее продолжительности [97;106]. Особый интерес представляет доступ к медицинской помощи, а это может быть важным фактором младенческой смертности [68;80;91;103;147].

Резюме: Несмотря на значительный размер этой этнической группы, нами найдено крайне мало данных о состоянии здоровья цыган в доступной отечественной литературе, это обусловлено тем, что цыгане обращаются за медицинской помощью только в экстренных случаях с одной стороны, с другой стороны малым количеством научных исследований посвященных изучению здоровья цыган.

Основываясь на изученных материалах, необходимо отметить, что женщины цыганского этноса требуют пристального внимания со стороны медицинского персонала при оказании до- и послеродовой помощи, в связи с повышенным риском неблагоприятного исхода родов.

Отсутствие данных об особенностях течения беременности и родов у женщин цыганской национальности в РФ диктует необходимость проведения данного исследования.

ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ

В соответствии с поставленными целью и задачами были обследованы 100 беременных цыганской (I группа) и 200 женщин русской национальности, составивших контрольную (II группу).

В результате анализа было установлен диапазон, внутри которого колебался возраст обследованных – от 13 до 37 лет. Наибольшее количество женщин было в возрасте от 18 до 24 лет – 45,7% (137/300) и от 25 до 30 лет – 44,7% (134/300) (рис. 3).

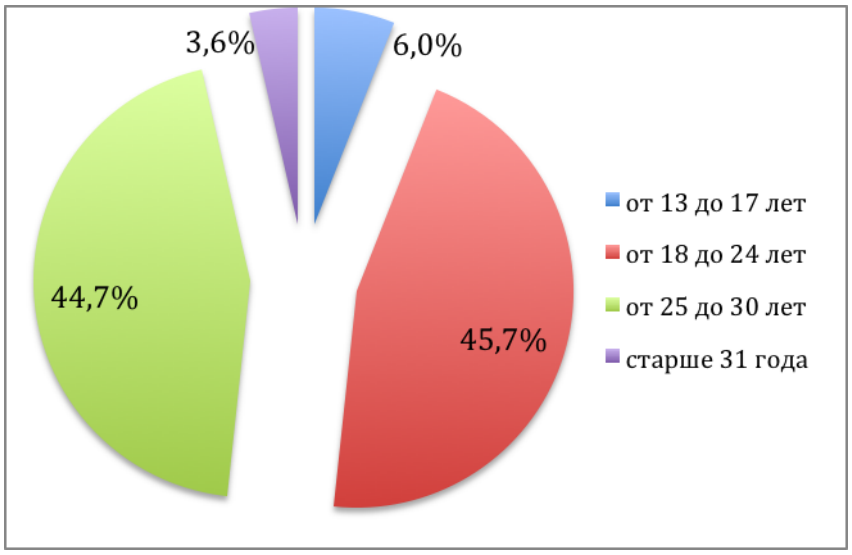


Рисунок 3 – Возрастные характеристики обследованных женщин (n=300).

Средний возраст беременных в группе I (n=100) составил 21,8±0,37 лет, в контрольной группе - 24,9±0,25 лет, причем нами были выявлены достоверные различия по этому показателю (p=0,039), то есть женщины цыганской национальности были значимо моложе беременных II группы.

Установлены достоверные различия по возрасту между группами с уровнем значимости p>0,05 (Таблица 3).

Таблица 3 - Сравнительная клиническая характеристика женщин по возрасту

Возраст	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
От 13 до 17 лет	15	15,0[1]	3	1,5[1]
От 18 до 24 лет	63	63,0[2]	74	37,0[2]
От 25 до 30 лет	15	15,0[3]	119	59,5[3]
Старше 31 года	7	7,0[4]	4	2,0[4]

Примечания: [1,2,3] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000;

[4] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0306.

Особое внимание обращало количество юных беременных среди цыганок (Таблица 4).

Таблица 4 - Сравнительная клиническая характеристика юных беременных

Возраст	I группа (n=15)		II группа (n=3)	
	абс.	%	абс.	%
От 13 до 15 лет	11	73,3[1]	0	0[1]
От 16 до 17 лет	4	26,7[2]	3	100[2]

Примечания: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0303;

[2] - выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,031.

Юные беременные в возрасте от 13 до 15 лет были представлены только женщинами цыганской национальности ($p<0,05$).

Также изучались антрометрические данные обследованных женщин (Таблица 5,6).

Таблица 5 - Характеристика женщин I группы по антрометрическим показателям

Показатели	N	Среднее	Минимум	Максимум	Стандартное распределение	Стандартная ошибка
Рост	100	158,87	140,0	175,0	6,40	0,64
Вес при взятии на учет	100	58,12	41,3	91,2	10,09	1,01
Вес при родах	100	67,44	46,7	105,5	11,09	1,11
Общая прибавка в весе	100	9,46	-1,4	26,0	4,34	0,43

Таблица 6 - Характеристика женщин II (контрольной) группы по антрометрическим показателям

Показатели	N	Среднее	Минимум	Максимум	Стандартное распределение	Стандартная ошибка
Рост	200	163,92	149,0	178,0	5,94	0,42
Вес при взятии на учет	200	62,80	37,4	112,3	12,72	0,9
Вес при родах	200	75,12	48,2	122,2	12,89	0,91
Общая прибавка в весе	200	12,13	-0,80	32,1	4,87	0,35

В I группе были выявлены достоверно более низкие показатели по всем критериям, $p<0,05$ (Таблица 7).

Таблица 7 - Сравнительная характеристика женщин цыганской и русской национальности по средним значениям антрометрических показателей с расчетом уровня значимости p

Показатели	I группа (n=100)	II группа (n=200)	p
Рост	158,87	163,92	0,0000
Вес при взятии на учет	58,12	62,80	0,0015
Вес при родах	67,44	75,12	0,0030
Общая прибавка в весе	9,46	12,13	0,0000

Примечание - $p<0,05$.

Средние значения ИМТ 23,03±0,29 в I группе и 23,81±0,36 во II группе достоверно не отличались, p>0,05 (Таблица 8).

Таблица 8 - Сравнительная характеристика женщин по ИМТ

Возраст	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
ИМТ менее 17,9	4	4,0	8	4,0
ИМТ от 18 до 24,9	72	72,0	141	70,5
ИМТ от 25,0 до 29,9	17	17,0	36	18,0
ИМТ более 30,0	7	7,0	15	7,5

Примечание – p>0,05.

При оценке данных анамнеза жизни установлено, что большинство женщин цыганской национальности являлись курильщицами, в то время как в группе контроля процент курящих женщин был значимо ниже – на 37,0% (Таблица 9).

Таблица 10 - Частота курения среди обследованных женщин

Курение	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Курящие беременные	51	51,0[1]	28	14,0[1]

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000.

В результате анализа социального статуса и ролей обследованных женщин выявлен ряд особенностей, данные приведены в Таблице 10.

Таблица 10 - Социальный статус обследованных беременных

Социальный статус	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	Абс.	%	Абс.	%
Брак не зарегистрирован	88	88,0[1]	34	17,0[1]
Начальное образование	32	32,0[2]	1	0,5[2]
Среднее образование	1	1,0[3]	84	42,0[3]
Высшее образование	0	0,0[4]	113	56,5[4]
Не имеет образования	67	67,0[5]	2	1,0[5]
Не работает	100	100,0[6]	61	30,5[6]

Примечание: [1-6] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000.

Исходя из полученных данных, женщины основной группы исследования достоверно реже были замужем – на 71,0% по сравнению с группой контроля, имели более низкий уровень образования и чаще не имели постоянного места работы – на 69,5% ($p<0,05$).

Преимущественное большинство беременных I группы проживали в сельской местности и пригороде – 99,0% (99/100), в то время как женщины II группы достоверно чаще оказывались городскими жительницами – в 89,0% наблюдений (p=0,000).

Гинекологический анамнез оценивался по следующим позициям (Таблица 11).

Таблица 11 - Гинекологический анамнез обследованных беременных

Гинекологический анамнез	I группа (n=100)	II группа (n=200)
Средний возраст менархе (лет)	12,5±0,2	13,4±0,11
Продолжительность менструального кровотечения (дней)	5,6±0,41	5,9±0,61
Возраст первого полового контакта (лет)	16,5±0,21	17,6±0,16

Примечание – $p>0,05$.

При анализе установлено, что возраст наступления менструаций варьировал от 9 до 19 в I группе и от 11 до 17 лет вот II группе, а продолжительность менструальных выделений – от 2 до 8 дней. Обращало на себя внимание более раннее начало половых отношений в I группе по сравнению с группой контроля, однако достоверных различий установлено не было (p>0,05). Возраст сексуального дебюта среди женщин исследования варьировал от 11 до 34 лет – в I группе и от 13 до 25 лет – в группе контроля.

Таблица 12 - Частота и виды контрацепции среди обследованных

Контрацепция	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Не применяли средств контрацепции	95	95,0[1]	60	30,0[1]
Оральные контрацептивы	0	0[2]	32	16,0[2]
Барьерные методы	1	1,0[3]	93	46,5[3]
Другие	4	4,0	15	7,5

Примечание: [1-3] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000.

Женщины цыганской национальности до наступления настоящей беременности достоверно реже использовали методы контрацепции – 5,0% против 70,0% в группе контроля (p<0,05). Как видно из таблицы различные методы контрацепции применяли только 5 женщин из 1 группы, в том числе – барьерные методы (презерватив) – 1, остальные использовали прерванный половой акт.

Гинекологический анамнез представлен в таблице 13.

Таблица 13 - Данные о перенесенных и сопутствующих гинекологических заболеваниях и анатомических особенностях беременных

Гинекологические заболевания и анатомические особенности	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Эктопия шейки матки	27	27,0[1]	95	47,5[1]
Заболевания яичников (синдром поликистозных яичников, новообразования яичников)	2	2,0	8	4,0
Хронический сальпингоофорит	9	9,0	26	13,0
Эндометриоз	0	0	3	3,5
Нарушение менструальной функции	1	1,0	0	0
Миома матки	4	4,0	3	1,5
Анатомически узкий таз	38	38,0[2]	35	17,5[2]
Бесплодие	4	4,0	2	1,0
Анатомические особенности строения половых органов (двурогая матка, седловидная форма матки)	0	0	2	1,0

Примечание: [1] - выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0007;
[2] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0001.

Эктопия шейки матки достоверно чаще встречалась в контрольной группе, что, вероятно, связано с регулярностью диспансерного наблюдения у гинеколога ($p<0,05$). Анатомически узкий таз был характерной чертой беременных I группы обследования ($p<0,05$).

Различия частоты заболеваний матки и яичников, нарушения менструальной функции и бесплодия в анамнезе в сравнимых группах не достигли уровня значимости ($p>0,05$).

Средний возраст наступления первой беременности в I группе составил 18,2±0,24 лет, во II – 22,6±0,3 года, p<0,05. Достоверных различий также достигли значения по среднему возрасту первых родов – 18,4±0,23 года и 23,4±0,28 года соответственно (p<0,05).

Нами были изучены возрастные характеристики беременных в аспекте наступления первой беременности и первых родов (Таблица 14).

Таблица 14 - Возраст наступления первой беременности и родов среди обследованных беременных

Возраст первой беременности и первых родов	Первая беременность				Первые роды			
	I группа (n=100)		II группа (n=200)		I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Менее 12 лет	3	3,0[1]	0	0[1]	1	1,0	0	0
От 13 до 15 лет	16	16,0[2]	4	2,0[2]	16	16,0[3]	1	0,5[3]
От 16 до 17 лет	25	25,0[4]	12	6,0[4]	24	24,0[5]	7	3,5[5]
От 18 до 19 лет	29	29,0[6]	29	14,5[6]	28	28,0[7]	15	7,5[7]
От 20 до 24 лет	22	22,0[8]	91	45,5[8]	26	26,0[9]	93	46,5[9]
Старше 25 лет	5	5,0[10]	64	32,0[10]	5	5,0[11]	84	42,0[11]

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0144;
[2-5] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0000;
[6] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0029;
[7] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0000;
[8] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0001;
[9] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0007;
[10,11] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0000.

Выявлены значимые различия внутри групп по наступлению первой беременности и родов (p<0,05). Первая беременность наступила до 17 лет достоверно чаще в I группе по сравнению с группой контроля – 44,0% против 8,0%, а первые роды – в 41,0% против 4,0% соответственно (p=0,000).

Отмечено, что в I группе отмечается сдвиг в сторону более юного возраста, в то время как в группе контроля – к позднему наступлению первых беременности и родов, что наглядно представлено на рис. 3.

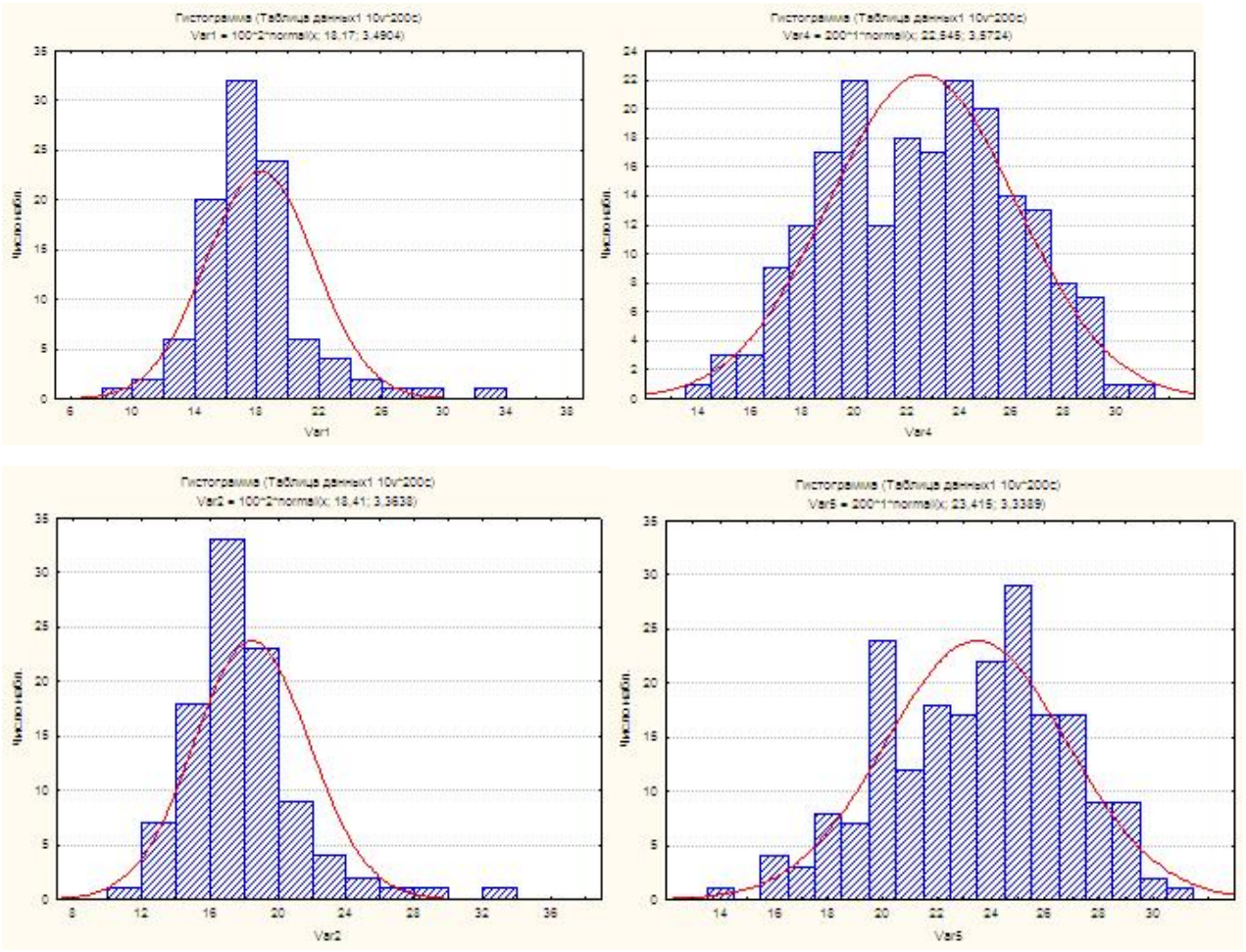


Рисунок 3 – Распределение женщин по возрасту наступления первых беременности (сверху) и родов (снизу) в I и II группах.

Паритет обследованных пациенток представлен в Таблице 15.

Таблица 15 – Паритет и анамнез обследованных беременных

Паритет и анамнез	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Первобеременные	24	24,0[1]	109	54,5[1]
Повторнобеременные	76	76,02	91	45,52
Аборты	29	29,0	63	31,5
Неразвивающаяся беременность	2	2,0	11	5,5
Первородящие	29	29,03	147	73,53
Повторнородящие	71	71,04	53	26,54
Кесарево сечение	8	8,0	9	4,5

Примечание: [1-4] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0000.

Установлены достоверные различия по количеству повторнобеременных и повторнородящих внутри групп исследования, паритет цыганок был значимо выше, чем в группе контроля ($p<0,05$). Различия частоты абортов и неразвивающейся беременности в анамнезе в сравниваемых группах не достигли уровня значимости, $p>0,05$.

Обращало на себя внимание то, что процент прерывания первой беременности среди повторнобеременных в группе цыганок был достоверно ниже, чем в группе контроля, и составил 10,5% (8/76) против 57,1% (52/91) ($p=0,000$).

Несмотря на то, что по наличию абортов в анамнезе различия не достигли критериев значимости ($p>0,05$). Однако на рис. 4 показано, что у цыганок частота абортов колебалась от 0 до 7 и достигала больших значений, чем в группе контроля – распределение находилось в пределах от 0 до 5.

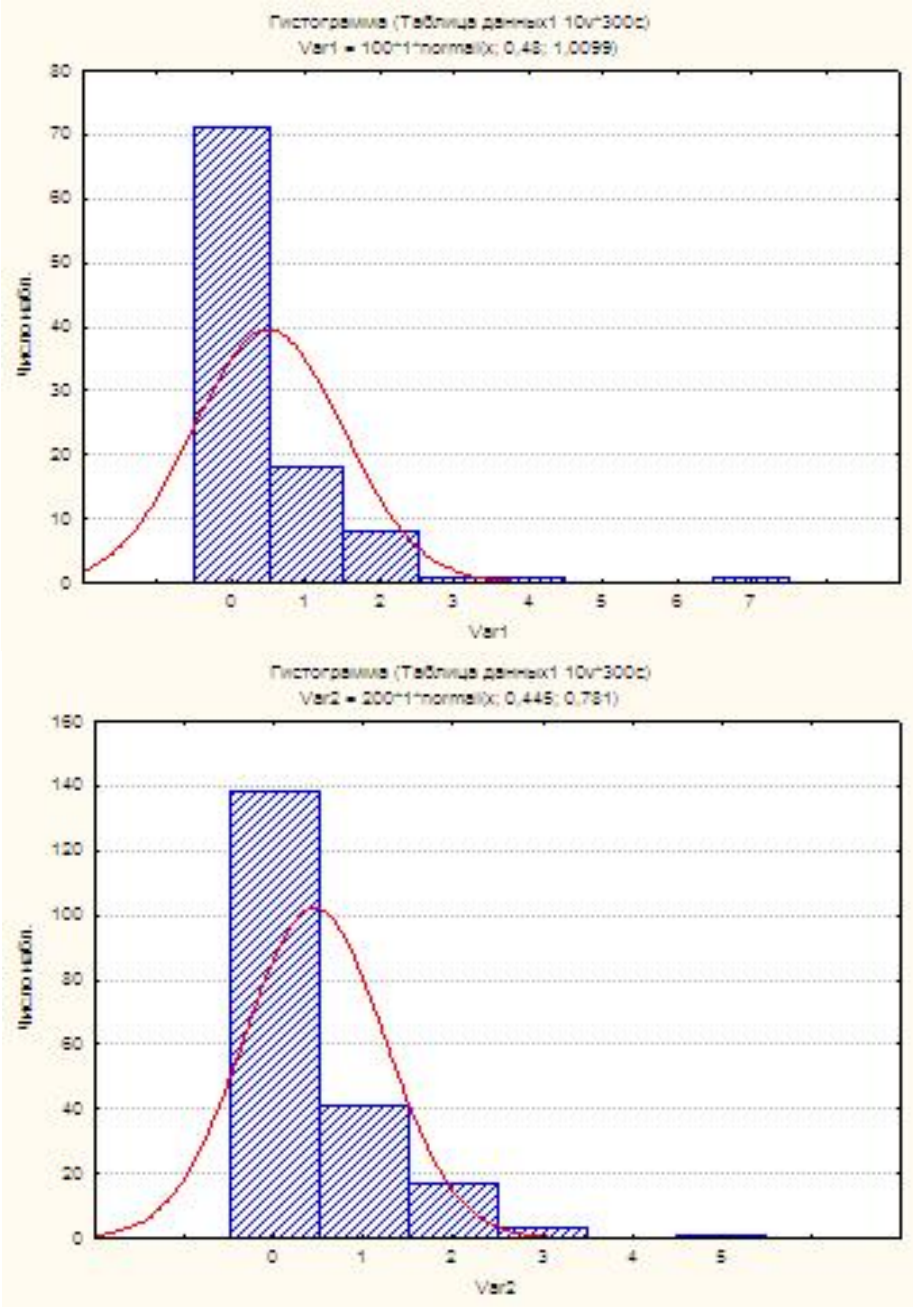


Рисунок 4 – Распределение числа абортов в I и II группах.

Сходная картина наблюдалась по количеству родов в анамнезе: среднее число родов в I группе составило 2,28±0,09, и их число распределялось от 1 до 7, в то время как в группе контроля показатели составили 1,3±0,04 и от 1 до 4 соответственно ($p<0,05$) (рис. 5).

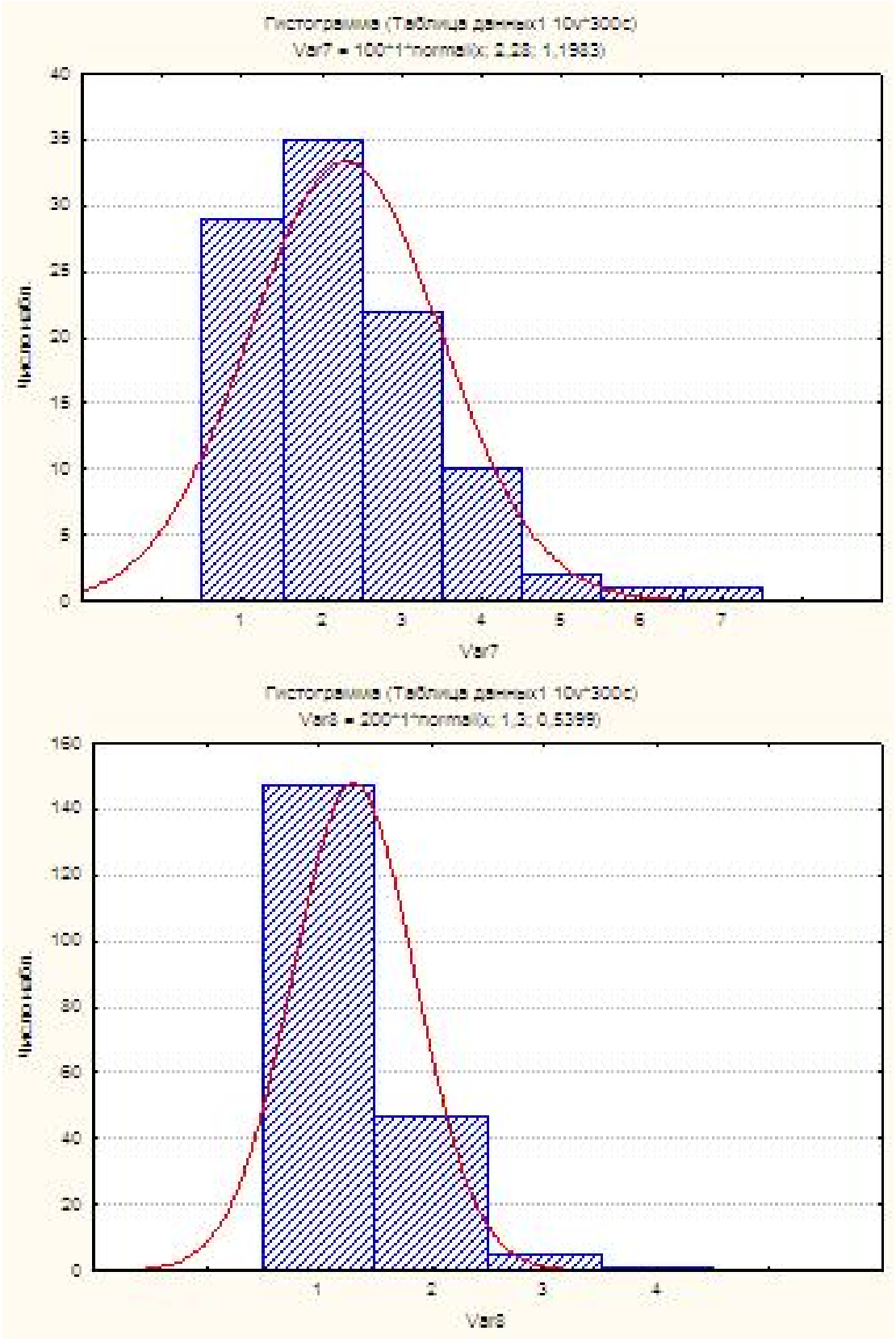


Рисунок 5 – Распределение числа родов в I и II группах.

В ходе рутинного наблюдения женщин в условиях женской консультации проводился забор биологического материала на предмет возбудителей

заболеваний нижнего отдела генитального тракта. Процент женщин, сдавших анализ, составил 34,0% (34/100) в I и 93,0% (186/200) во II группе. У женщин были обнаружены неспецифические бактериальные, грибковые заболевания влагалища и ИППП, представленные в Таблице 16.

Таблица 16 - Частота и структура возбудителей заболеваний нижнего отдела генитального тракта у обследованных женщин (n=220)

Возбудители возбудителей заболеваний нижнего отдела генитального тракта	I группа (n=34)		II группа (n=186)	
	абс.	%	абс.	%
Chlamydia trachomatis	0	0	3	1,6
Cytomegalovirus	3	8,8	9	4,8
Human Papillomavirus	0	0	9	4,8
Trichomonas vaginalis	1	2,9	1	0,5
Toxoplasma gondii	0	0	1	0,5
Candida albicans	1	2,9	0	0
Gardnerella vaginalis	9	26,5	29	15,6

Примечание – $p>0,05$.

Общая частота выявления инфекций нижнего отдела генитального тракта в I группе (41,2%) выше, чем в группе контроля (28,0%), однако достоверный уровень значимости достигнут не был ($p=0,13$).

Достоверных различий в анализах венозной крови на сифилис, ВИЧ, гепатит В, гепатит С установлено не было ($p>0,05$, Таблица 17).

Таблица 17 - Частота заболевания женщин групп сравнения сифилисом, ВИЧ, гепатитом С и В

Данные обследования на сифилис, ВИЧ и гепатит С и В	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Сифилис	1	1,0	8	4,0
- выявленный во время текущей беременности	1	1,0	6	3,0
- в анамнезе	0	0	2	1,0
ВИЧ	0	0	2	1,0
Гепатит С	2	2,0	2	1,0
Гепатит В	2	2,0	1	0,5

Примечание – p>0,05.

Структура экстрагенитальных заболеваний обследованных представлена в Таблице 18.

Таблица 18 - Частота и структура экстрагенитальных заболеваний у обследованных женщин

Экстрагенитальные заболевания	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	16	16,0[1]	1	0,5[1]
Ожирение и метаболический синдром	7	7,0	15	7,5
Болезни щитовидной железы	1	1,0	2	1,0
Болезни пищеварительной системы	3	3,0	8	4,0
Болезни дыхательной системы	2	2,0	2	1,0

продолжение таблицы 18

Хронический пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность	9	9,0	18	9,0
Артериальная гипертензия	1	1,0	0	0
Врожденные пороки и малые структурные аномалии сердца	1	1,0	6	3,0
Нейроциркуляторная дистония по	22	22,0	33	16,5
- гипотоническому типу	9	9,0	13	6,5
- гипертоническому типу	2	2,0	9	4,5
- кардиальному типу	1	1,0	2	1,0
- смешанному типу	6	6,0	9	4,5
Миопия средней и высокой степени тяжести	0	0^{2}	12	$6,0^{2}$

Примечание: ^{1} – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000;
^{2} - выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,013.

Нами выявлено, что более высокая частота варикозного расширения вен нижних конечностей встретилась у женщин I группы по сравнению с группой контроля – на 15,5% чаще ($p<0,05$), в то время как миопия средней и высокой степени на 6,0% чаще наблюдалась во II группе ($p<0,05$). По остальным нозологическим формам группы были идентичны ($p>0,05$).

Итак, в ходе изучения анамнестических данных установлены факторы, характеризующие беременных цыганской народности:

1. юный возраст;
2. сравнительно низкий рост;
3. более низкий вес при взятии на учет и при родах;
4. более низкая общая прибавка в весе;
5. большая приверженность к табакокурению;
6. отсутствие зарегистрированного брака;
7. низкий уровень образования или его отсутствие;

8. отсутствие постоянного или временного места работы;
9. проживание в сельской местности;
10. отказ от контрацепции или использование ненадежных средств контрацепции;
11. анатомически узкий таз;
12. юный возраст первой беременности и первых родов;
13. низкое количество прерываний первой беременности;
14. высокий паритет;
15. варикозная болезнь вен нижних конечностей;
16. недостаточный охват по обследованию на ИППП.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Характеристика течения беременности, родов и состояния новорожденных у обследованных женщин.

3.1.1. Особенности течения беременности у обследованных беременных.

Преимущественное число беременных I группы 68,0% (68/100) встали на учет в женскую консультацию на ранних сроках до 12 недель беременности, однако это показатель остается низким среди женщин цыганской народности по сравнению с группой контроля. Обращает на себя внимание тот факт, что (96,0% (96/100) большинство женщин основной группы исследования наблюдались в женской консультации и имели более 3 явок.

Средний срок постановки на учет составил 11,6±0,4 недель. Количество явок в женскую консультацию составило от 1 до 15 за всю беременность, в среднем – 7,8±0,6 посещений.

Все беременные женщины контрольной группы встали на диспансерный учет до 12 недель беременности, средний срок постановки на учет составлял 9,2±0,3 недель, что почти на 2,5 недели раньше, чем в основной группе, а среднее количество явок достоверно выше на 3,5 посещения и составляет 11,3±0,8 ($p<0,05$).

В I группе 43,0% (43/100) женщин прошли первое скрининговое наблюдение, включающее УЗИ и биохимический анализ крови, УЗИ и допплерометрию во втором триместре беременности – 67,0% (67/100), в третьем – 52,0% (52/100). Больше четверти беременных цыганок не прошли ни одного скрининга – 26,0% (26/100), в то время как в группе контроля этот показатель составил всего 2,0% (4/200), а суммарное прохождение регламентированных обследований за беременность во II группе не было ниже 93,0% ($p<0,05$).

Были проанализированы осложнения, возникшие в течение беременности со стороны матери (Таблица 19).

Таблица 19 - Частота и структура осложнений беременности у обследованных женщин

Осложнения течения беременности	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Угроза прерывания в I триместре	14	14,0[1]	50	25,0[1]
Угроза прерывания во II триместре	27	27,0	38	19,0
Угроза преждевременных родов	16	16,0	20	10,0
Анемия беременных	57	57,0[2]	82	41,0[2]
Отеки беременных	34	34,0[3]	121	60,5[3]
Преэклампсия умеренной или тяжелой степени	8	8,0	10	5,0
Гестационный пиелонефрит	13	13,0	27	13,5
Гестационный сахарный диабет	0	0,0	1	0,5
Плацентарная недостаточность 1а степени	30	30,0[4]	28	14,0[4]
Плацентарная недостаточность 1б степени	4	4,0[5]	1	0,5[5]
Плацентарная недостаточность 2 степени	1	1,0	0	0
Задержка роста плода 1 степени	40	40,0[6]	7	3,5[6]
Задержка роста плода 2 степени	4	4,0[7]	1	0,5[7]
Многоводие	8	8,0	16	8,0
Маловодие	6	6,0	6	3,0
Крупный плод	1	1,0[8]	24	12,0[8]
Предлежание плаценты	3	3,0[9]	0	0[9]

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,029;
[2] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,009;
[3] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000;
[4] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,011;
[5] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,026;
[6] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000;
[7] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,026;
[8] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0013;
[9] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0014.

Среди осложнений беременности в I группе на первом месте оказалась анемия беременных, на втором – отеки, на третьем – угрожающие ПР, в то время как в контрольной группе лидировали отеки беременных, анемия и угроза прерывания беременности в I триместре.

Выявлены достоверные различия внутри групп ($p<0,05$): частота явлений угрозы прерывания беременности в I триместре была выше в контрольной группе, что, вероятно, объясняется более поздней постановкой на учет женщин I группы.

Установлено, что в первой группе наиболее часто встречались плацентарная недостаточность (ПН) 1а-1б степени и ЗРП 1-2 степени – почти на 20,0% и 40,0% чаще по сравнению с группой контроля соответственно ($p<0,05$). В ходе анализа нами были установлены значимые различия внутри групп по признаку «крупный плод», который наблюдался чаще во II группе на 11,0% по сравнению с группой исследования ($p<0,05$).

Предлежание плаценты наблюдалось в 1,0% случаев среди всех наблюдений (3/300), достоверно чаще в I группе исследования – на 3,0% ($p<0,05$).

Количество околоплодных вод достоверных различий между I и II группами не имело ($p>0,05$).

Анемия беременных достоверно чаще встречалась у беременных цыганской национальности – на 16,0% ($p<0,05$), в то время как отеки были выявлены почти на 27,0% чаще в группе контроля ($p<0,05$). Структура степеней тяжести анемии беременных представлена в Таблице 20.

Таблица 20 - Частота и структура степени тяжести анемии беременных у обследованных

Анемия беременных	I группа (n=57)		II группа (n=82)	
	абс.	%	абс.	%
Анемия легкой степени тяжести	39	68,4[1]	70	85,4[1]
Анемия средней степени тяжести	18	31,6[2]	11	13,4[2]
Анемия тяжелого течения	0	0	1	1,2

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0165;
[2] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0094.

Установлено, что в основной группе анемия средней степени тяжести встречается на 18,2% чаще, чем в группе контроля ($p<0,05$), и не наблюдалось ни одного случая анемии тяжелого течения.

Анализ особенностей течения беременности у обследованных женщин выявил следующие различия:

1. Для беременных цыганской национальности характерны более поздняя постановка на учет и меньшее число явок в женскую консультацию;
2. По нашим данным, 96,0% беременных цыганской национальности наблюдались в женской консультации и имели более 3 явок;
3. Четверть беременных цыганской этнической группы не прошла ни одного скринингового обследования в течение беременности;
4. Анемия беременных достоверно чаще встречалась у женщин цыганской национальности;
5. Плацентарная недостаточность 1а и 1б степени и задержка роста плода 1 и 2 степени характерны для беременных цыганской национальности;
6. Предлежание плаценты значимо чаще встречалось у беременных цыганского этноса.

3.1.2. Особенности течения родов у обследованных женщин

Перед родами женщинам обеих групп определяли состояние плода методами УЗИ и кардиотокографии (КТГ), результаты представлены в Таблице 21.

Таблица 21 - Состояние плода перед родами среди обследованных женщин

Показатели состояния плода	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Головное предлежание	95	95,0	194	97,0
Тазовое предлежание	4	4,0	6	3,0
Поперечное и косое предлежание	1	1,0	0	0
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	11	11,0[1]	3	1,5[1]
Обвитие пуповиной	11	11,0[2]	46	23,0[2]

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0003;
[2] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,013.

У представительниц цыганской народности хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВУГ) встречалась на 10% чаще, чем в группе контроля, а обвитие пуповиной – реже на 11% ($p<0,05$).

Роды в I группе произошли в срок от 31 до 41 недель беременности, в то время как во II группе – от 35 до 43 недель.

Характеристика родов и околоплодных вод представлена в Таблице 22.

Таблица 22 - Характеристика течения родов и состояния околоплодных вод у обследованных женщин

Характеристика родов и околоплодных вод	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Срочные роды	82	82,0	191	95,5
Преждевременные роды	18	18,0[1]	8	4,0[1]
Запоздалые роды	0	0	1	0,5
Роды через естественные родовые пути	75	75,0	154	77,0

продолжение таблицы 22

Кесарево сечение	25	25,0	46	23,0
Преждевременное излитие околоплодных вод	27	27,0	48	24,0
Раннее излитие околоплодных вод	4	4,0[2]	33	16,5[2]
Своевременное излитие околоплодных вод	69	69,0	119	59,5

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0001;

[2] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0021.

В I группе было проведено 76,0% (19/25) оперативных родоразрешений по экстренным показаниям (рис. 6), в группе контроля этот показатель составил 63,1% (29/46) при p>0,05.

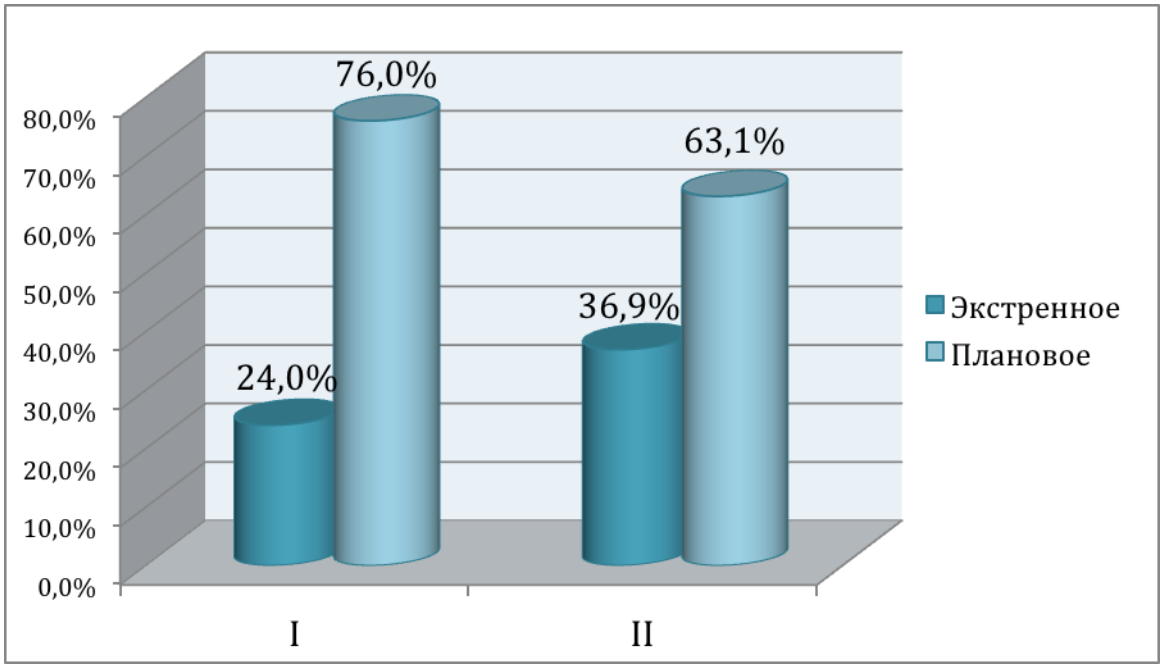


Рисунок 6 – Структура кесарева сечения в группах исследования

Показания к кесареву сечению представлены в Таблице 23.

Таблица 23 - Показания к кесареву сечению среди обследованных женщин

Показания к кесареву сечению	I группа (n=25)		II группа (n=46)	
	абс.	%	абс.	%
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1	4,0	3	6,5
Острая интранатальная гипоксия плода	6	24,0	10	21,7
Клинически узкий таз	3	12,0	6	13,0
Слабость родовой деятельности без эффекта от индукции	4	16,0[1]	12	26,1[1]
Предлежание плаценты	3	3,0[2]	0	0[2]
Врожденные пороки сердца	1	4,0	1	2,2
Сочетанные показания	7	28,0	14	30,5

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0044;
[2] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0014.

Нами установлено, что предлежание плаценты как показание к плановому кесареву сечению встречалось достоверно чаще в I группе – в 3,0% и не наблюдалось в группе контроля ($p<0,05$), в то время как выбор экстренного кесарева сечения при слабости родовой деятельности без эффекта от стимуляции окситоцином наблюдалось достоверно чаще в группе контроля – 26,0% против 16,0% в I группе ($p<0,05$).

В ходе анализа выявлено, что продолжительность родов колебалась от 210 до 975 минут, от 240 до 850 минут в I группе и от 210 до 975 минут в группе контроля, объем кровопотери – от 100 до 600 мл, причем в I группе – от 100 до 600 мл, во II – от 70 до 600 мл. Длительность операции кесарева сечения в обеих группах составляла от 25 до 65 минут, объем кровопотери – от 200 до 950 мл, 200-950 мл в первой группе и 400 до 800 мл во II группе.

Средняя продолжительность родов и средний объем кровопотери были приблизительно равными по группам и при сравнении достоверных различий не выявлено (p>0,05, Таблица 24).

Таблица 24 - Средние показатели по течению родовой деятельности у обследованных женщин, M±m

Показатели течения родовой деятельности	I группа	II группа
Средняя длительность безводного промежутка, мин	287,24±18,5[1]	384,94±19,3[1]
Средняя длительность естественных родов, мин	432,58±9,5	457,23±10,3
Средний объем кровопотери во время естественных родов, мл	207,6±6,7	185,3±3,7
Средняя длительность кесарева сечения, мин	42,4±0,8	41,7±0,4
Средний объем кровопотери во время кесарева сечения, мл	589,4±5,3	571,6±4,4

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000.

Средняя длительность безводного промежутка была достоверно короче в I группе (p<0,05), что возможно, связано с большим паритетом женщин цыганской национальности.

Нами были проанализированы осложнения, произошедшие или выявленные во время родов и в раннем послеоперационном периоде (Таблица 25).

Таблица 25 - Осложнения родов и раннего послеродового периода у обследованных женщин

Осложнения родов и раннего послеродового периода	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Разрывы половых путей в родах	10	10,0	10	5,0
Плотное прикрепление плаценты	1	1,0	0	0
Дефекты последа	3	3,0	10	5,0
Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение	4	4,0	2	1,0

Примечание – p>0,05.

Плотное прикрепление плаценты и дефекты последа потребовали дополнительных манипуляций во время третьего периода родов: инструментальное снятие оболочек и ручного обследования полости матки.

Патоморфологическое исследование последа выявило следующие особенности (Таблица 26):

Таблица 26 - Результаты патогистологического исследования последа обследованных женщин

Патологические изменения в плацентах	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Базальный децидуит	4	4,0	9	4,5
Хориоамнионит	3	3,0	4	2,0
Сосудистый фуникулит	4	4,0	2	1,0

продолжение таблицы 26

Мелкие фибриноидные некрозы, микрокальцинаты, кровоизлияния, стазы	48	48,0	102	51,0
Инфаркты децидуальной ткани в центральных отделах	8	8,0[1]	5	2,5[1]
Очаговые инфаркты в краевых отделах	16	16,0	23	11,5
Гистологическая структура последа без особенностей	17	17,0[2]	55	27,5[2]

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0282;
[2] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,0456.

В группе родильниц цыганской национальности на 5,5% чаще встречалась патология последа по типу инфарктов децидуальной ткани в центральных отделах по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Во II группе достоверно чаще не обнаруживалось нарушений гистологической структуры последа – почти на 11% по сравнению с I группой ($p<0,05$).

Обращало внимание, что роженицы I группы после родов через естественные родовые пути досрочно и самовольно покидали родильный дом в 36,0% (27/75) случаев, в то время как во II группе этот показатель не превысил 2,0% (3/154), p=0,000.

Характерными осложнениями и особенностями течения родов у женщин I группы явились:

1. высокая частота преждевременных родов;
2. хроническая внутриутробная гипоксия плода;
3. предлежание плаценты;
4. меньшая длительность безводного промежутка;
5. большее количество нарушений патоморфологической структуры последа;
6. самовольный уход из стационара после родов через естественные родовые пути.

3.1.3. Сравнительный анализ состояния новорожденных

Сравнительная характеристика результатов оценки новорожденных по шкале Апгар приведена в Таблице 27.

Таблица 27 - Результаты оценки состояния новорожденных по шкале Апгар

Баллы по шкале Апгар	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	Абс.	%	Абс.	%
7-10 баллов	93	93,0[1]	196	98,0[1]
Менее 6 баллов	7	7,0[2]	4	2,0[2]

Примечание: [1-2] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,031.

У новорожденных I группы сумма баллов по шкале Апгар была достоверно чаще ниже нормы – на 5,0%, чем в группе контроля (p<0,05).

Масса детей от матерей I группы колебалась от 1160 до 4100 г, что в среднем было ниже нормальных значений для новорожденных (Таблица 28). В группе контроля средний показатель по группе соответствовал норме, от 2200 до 4950 г.

Таблица 28 - Результаты оценки массы новорожденных

Группа	Среднее	N	Стандартное распределение
I группа	2917,3[1]	100	510,45
II группа	3465,8[1]	200	450,76
Все группы	3282,9	300	537,19

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия между I и II группой с уровнем значимости p=0,000.

Установлено, что в основной группе чаще рождались дети с массой тела менее 2500 г (p=0,000, рис. 7).

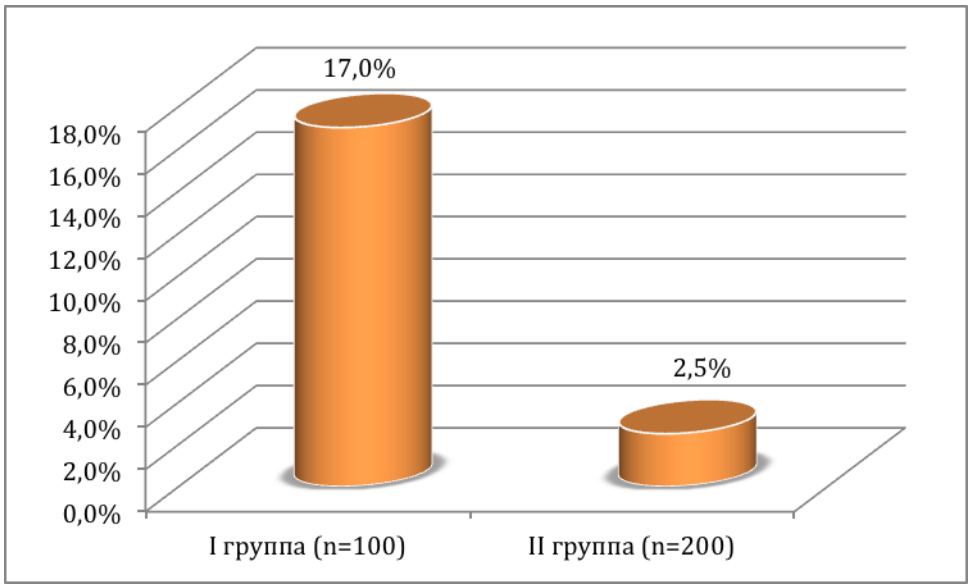


Рисунок 7 – Сравнительная оценка массы новорожденных менее 2500 г

Проведенный анализ показал (Таблица 29), что средняя масса тела новорожденного в основной группе достоверно ниже, чем в группе контроля, как с учетом, так и без учета срока родов.

Таблица 29 - Результаты оценки массы новорожденных с учетом срока родов.

Группы		Среднее	N	Стандартное распределение
Срочные роды	I группа	3052,1[1]	82	316,6
Срочные роды	II группа	3497,01	192	343,8
Преждевременные роды	I группа	2303,32	18	382,0
	II группа	2778,82	8	316,3

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия между I и II группами с уровнем значимости p=0,000;

[2] - выявлены достоверные различия между I и II группами с уровнем значимости p=0,0052.

Было установлено, что в течение раннего неонатального периода у новорожденных I группы наиболее часто встречались ЗРП по гипотрофическому типу – в 40,0% и признаки недоношенности – в 10,0% наблюдений. В 1 случае из 100 наблюдался аспирационный синдром и в 1 - респираторный дистресс-синдром.

В группе женщин II группы в раннем периоде новорожденности все дети были в удовлетворительном состоянии. Признаков аспирации и асфиксии, респираторного дистресс-синдрома новорожденных не наблюдалось (Таблица 30).

Таблица 30 - Выявленные заболевания периода новорожденности среди новорожденных.

Патология периода новорожденности	I группа (n=100)		II группа (n=200)	
	абс.	%	абс.	%
Гипотрофия новорожденного	41	41,0[1]	7	3,5[1]
Недоношенность	10	10,0[2]	3	1,5[2]
Церебральная ишемия	5	5,0[3]	2	1,0[3]
Желтуха новорожденных	3	3,0	1	0,5
Респираторный дистресс-синдром новорожденных	1	1,0	0	0
Аспирационный синдром	1	1,0	0	0

Примечание: [1] – выявлены достоверные различия с уровнем значимости p=0,000;
[2] - выявлены достоверные различия с уровнем значимости p =0,0007;
[2] - выявлены достоверные различия с уровнем значимости p =0,0313.

Значимые различия внутри групп наблюдались по гипотрофии, недоношенности и церебральной ишемии новорожденных, причем в I группе эти заболевания встречались достоверно чаще ($p<0,05$). Несоответствие числа ПР (14% и 8% внутри групп) и недоношенности новорожденных (10% и 1,5%,

соответственно) проявляется за счет детей, рожденных преждевременно, с массой тела более 2500 г.

Было установлено, что в 28,0% (23/82) наблюдений имело место наличие гипотрофии новорожденного при срочных и запоздалых родах в I группе и в 0,5% (1/192) случаев – в группе контроля ($p<0,05$). Таким образом, наличие задержки роста новорожденного среди женщин цыганской национальности встречается не только при ПР, но и относится к характеристикам популяции.

При анализе состояния новорожденных групп сравнения было установлено следующее:

1. оценка по шкале Апгар менее 6 баллов достоверно чаще встречалась в I группе;
2. средний вес новорожденных от женщин цыганской национальности был достоверно ниже, чем в группе контроля;
3. такие виды перинатальных заболеваний, как гипотрофии новорожденного, недоношенность и признаки церебральной ишемии, были характерны для новорожденных цыганской этнической группы.

3.2. Анализ взаимосвязи национальных особенностей и развития осложнений беременности и родов.

3.2.1. Логистический анализ.

В ходе ретроспективного исследования нами были выявлены некоторые особенности, характерные для женщин цыганской народности.

Был проведен логистический анализ, отражающий вероятности наличия той или иной особенности к ее отсутствию в группе сравнения и контроля (Таблица 31).

Таблица 31 - Оценка медико-социальных факторов рисков среди женщин цыганской этнической группы

Медико-социальные риски	Отношение шансов	Верхняя граница ДИ	Нижняя граница ДИ	Уровень значимости p
Курение	6,39	3,61	10,98	0,000
Брак официально не зарегистрирован	35,80	17,03	68,57	0,000
Не имели образования	201,00	42,98	595,52	0,000
Не применяли средств контрацепции	44,33	16,22	100,25	0,000
Юный возраст наступления беременности (13-17 лет)	11,59	3,27	41,08	0,000
Наступление первой беременности до 17 лет	9,04	4,65	16,68	0,000
Наступление первых родов до 17 лет	16,68	7,15	34,91	0,000
Повторная беременность	3,79	2,19	6,37	0,000
Повторные роды	6,79	3,93	11,36	0,000
Анатомически узкий таз	2,89	1,67	4,93	0,000
Варикозное расширение вен нижних конечностей	37,90	4,79	140,85	0,000
Анемия беременных	1,91	1,17	3,08	0,013
Плацентарная недостаточность 1а и 1б степени	3,04	1,71	5,31	0,000
Задержка роста плода 1а и 1б степени	18,86	8,08	139,35	0,000

продолжение таблицы 31

Хроническая внутриутробная гипоксия плода	8,12	2,14	24,62	0,001
Преждевременные роды	5,27	2,17	11,91	0,000
Гипотрофия новорожденого	19,16	7,85	41,28	0,000
Недоношенность	7,30	1,90	22,51	0,002

Примечание – $p<0,05$.

При постановке на учет женщины цыганской национальности следует обращать особое внимание на возраст беременной, наличие вредных привычек, в частности, курения, социальный статус (семейный, рабочий), анатомические особенности строения таза, возраст первой беременности и первых родов, паритет и наличие экстрагенитальных заболеваний, особенно варикозного расширения вен нижних конечностей, поскольку в ходе проведенного анализа был установлен достоверный высокий риск обнаружения этих параметров.

Кроме того, беременность женщин цыганской национальности сопровождается значимыми и высокими рисками таких осложнений, как анемия, ПН 1а и 1б степени, ЗРП 1 и 2 степени, ХВУГ плода, ПР, гипотрофией и недоношенностью новорожденного.

3.2.2. Корреляционный анализ

Мы проанализировали взаимосвязь национальности и антрометрических характеристик (Таблица 32).

Таблица 32 - Результаты корреляционного анализа связи цыганской народности и антропометрических показателей

Цыганская народность	Рост	Вес при взятии на учет	Вес при родах	Общая прибавка в весе
Коэффициент корреляции	-0,3647	-0,1829	-0,2826	-0,2596
Уровень значимости p	0,000	0,001	0,000	0,000

Примечание – $p<0,05$.

Оказалось, что у женщин имеется отрицательная корреляционная связь слабой и средней силы между принадлежностью к цыганской этнической группе и данными антропометрии. Таким образом, у беременных цыганской этнической группы будет наблюдаться сравнительно меньший рост (связь средней силы $0,30<K<0,70$), меньший вес при взятии на учет и при родах, а также меньшая прибавка в весе (связь слабой силы $K<0,30$).

Кроме того, нами был проведен корреляционный анализ, направленный на установление особенностей цыганской народности путем выявления взаимосвязи принадлежности женщин к той или иной народности и исследуемых признаков (Таблица 33).

Таблица 33 - Результаты корреляционного анализа связи цыганской народности с исследованными признаками

Показатели*	Коэффициент корреляции Спирмена R	Уровень достовер-ности t (N-2)	Уровень значимость p
Низкий уровень образования	0,970257	69,1901	0,000000

продолжение таблицы 33

Задержка роста плода 1-2 степени (по данным УЗИ)	0,498135	9,91715	0,000000
Масса новорожденного	-0,490159	9,70760	0,000000
Высокий паритет	0,425998	8,12830	0,000000
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	0,316031	5,75024	0,000000
Плацентарная недостаточность 1а-1б степени	0,225686	3,99913	0,000080
Анатомически узкий таз	0,225214	3,99030	0,000083
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	0,212320	3,75073	0,000212
Недоношенность новорожденного	0,212320	3,75073	0,000212
Преждевременные роды	0,207880	3,66872	0,000289
Анемия беременных	0,151257	2,641491	0,008690
Церебральная ишемия новорожденного	0,146301	2,553021	0,011177
Сумма по шкале Апгар менее 6 баллов	0,125412	2,182181	0,029877

Примечание: * - показатели указаны в порядке убывания силы корреляционной связи, $p<0,05$;
^{1} – уровень достоверности $t\leq3$.

Была выявлена положительная сильная корреляционная связь между принадлежностью к цыганской народности и низким уровнем образования при R=0,97, связь средней силы – ЗРП 1-2 степени при R=0,5, высоким паритетом при R=0,43 и варикозной болезнью вен нижних конечностей при R=0,32, причем коэффициент корреляции достиг уровней достоверности и значимости, $t\geq3$ и $p<0,05$. Таким образом, если женщина относится к цыганской народности, то вероятность наличия у нее одного из выше перечисленных признаков выше, чем у

женщины другой народности.

Отрицательная корреляционная взаимосвязь была установлена между цыганской национальностью и массой тела новорожденного при R=0,5, t≥3 и p<0,05, что свидетельствует о том факте, что у цыганок выше вероятность рождения ребенка с более низким весом, чем у женщин контрольной группы.

В ходе анализа были выявлены также и положительные корреляционные связи слабой силы, отражающие достоверную и значимую прямо пропорциональную зависимость таких осложнений как, ПН 1а-1б степени, анатомически узкого таза, ХВУГ плода, недоношенности новорожденного и ПР с цыганской народностью (R от 0,21 до 0,23 при t≥3 и p<0,05).

Корреляция оказалась значимой, но не достигла уровня достоверности по таким признакам, как анемия беременных, сумма по шкале Апгар менее 6 баллов, церебральной ишемии у новорожденного, при уровне достоверности значимых параметров t≤3. Вероятно, чтобы изменить степень достоверности, необходимо увеличить выборку данных.

3.2.3. Множественный регрессионный анализ

В ходе исследования мы предположили, что на развитие ПР может влиять не только принадлежность беременной к цыганской народности, но и наличие других факторов риска, как курение, возраст менее 17 лет и более 35 лет, патологическая прибавка в весе и преэклампсия умеренной или тяжелой степени (Таблица 34).

Таблица 34 - Итоги множественного регрессионного анализа взаимосвязи преждевременных родов и исследуемых факторов риска

	БЕТА	Стд.Ош. БЕТА	B	Стд.Ош. B	t(293)	Уровень значимости p
Св.член			0,080947	0,033792	2,39545	0,017228
Цыганская народность	0,224242	0,073735	0,118658	0,039017	3,04119	0,002570[1]
Курение	-0,023340	0,061751	-0,013273	0,035116	-0,37798	0,705720

продолжение таблицы 34

Возраст менее 17 и более 35 лет	0,018108	0,060326	0,018545	0,061783	0,30017	0,764261
Патологическая прибавка в весе	-0,093303	0,060431	-0,047321	0,030649	-1,54395	0,123679
Преэклампсия умеренной или тяжелой степени	0,105714	0,058098	0,111037	0,061023	1,81958	0,069843
Паритет	-0,089775	0,066782	-0,023863	0,017752	-1,34429	0,179893

Примечание: [1] – уровень значимости p<0,05.

Множественный регрессионный анализ показал, что изо всех факторов только цыганская национальность оказывает значимое влияние на развитие ПР (Таблица 35).

Таблица 35 – Результаты регрессии для зависимой переменной (преждевременные роды)

Зав.перем.:ПР Множест. R = ,25545770 F = 3,409282
R2= ,06525864 cc = 6,293
Число набл.: 300 скоррект.R2= ,04611718 p = ,002877
Стандартная ошибка оценки: ,244031172
Своб.член: ,080947500 Ст.ошибка: ,0337922 t(293) = 2,3954 p = ,0172

Народность бета=,224 Курение бета=-,02 Возраст менее бета=,018
Патологическа бета=-,09 Преэклам 2- бета=,106 Паритет бета=-,09

Уравнение множественной регрессии можно представить в виде:

$$Y=0,224*X1+0,081 \text{ при } p=0,028.$$

График функции Y(X) представлен на рис. 8.

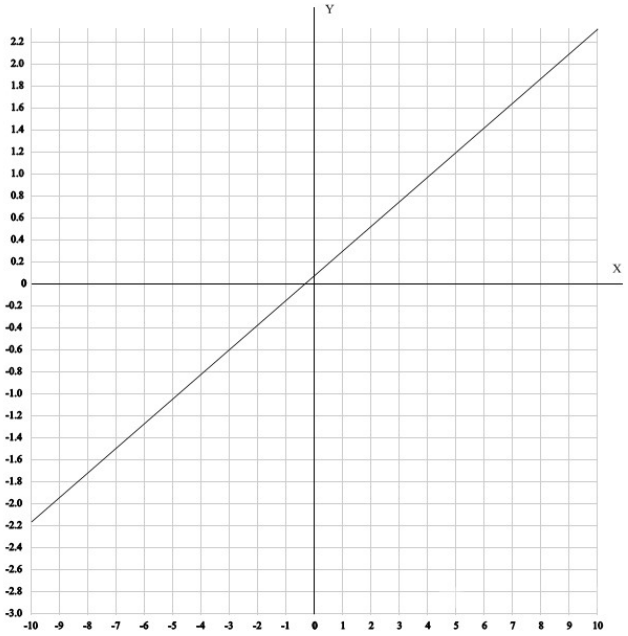


Рисунок 8 - Линейная зависимость развития преждевременных родов (Y) от принадлежности к цыганской народности (X).

Таким образом, в ходе нашего анализа установлено, что ни один из перечисленных факторов, кроме принадлежности к цыганской народности, не влияет на развитие ПР.

Нами было проанализировано влияние 8 факторов риска на развитие ПН 1а и 1 б степени (Таблица 36).

Таблица 36 - Итоги множественного регрессионного анализа взаимосвязи плацентарной недостаточности и исследуемых факторов риска

	БЕТА	Стд.Ош. БЕТА	B	Стд.Ош. B	t(293)	Уровень значимости p
Св.член			0,218518	0,045346	4,81888	0,000002
Народность	0,246158	0,073511	0,212689	0,063516	3,34860	0,000919[7]
Курение	-0,037528	0,061318	-0,034848	0,056939	-0,61203	0,540998
Возраст менее 17 и более 35 лет	0,096201	0,061173	0,160876	0,102299	1,57261	0,116896
Преэклампсия умеренной или тяжелой степени	0,031668	0,056799	0,054312	0,097414	0,55754	0,577588

продолжение таблицы 36

Гинекологи-ческие заболевания	-0,073245	0,058463	-0,059668	0,047626	-1,25285	0,211265
Миома	-0,048238	0,057331	-0,130153	0,154687	-0,84140	0,400816
Анемия	-0,060460	0,056867	-0,049385	0,046450	-1,06319	0,288577
Паритет	-0,081459	0,064978	-0,067378	0,053746	-1,25363	0,210982

Примечание: ^{1} – уровень значимости p<0,05.

Множественный регрессионный анализ показал, что изо всех обозначенных факторов риска только цыганская национальность оказывает значимое влияние на развитие ПН (Таблица 37).

Таблица 37 – Результаты регрессии для зависимой переменной (плацентарная недостаточность)

Зав.перем.:ПН 1а-1б ст Множест. R = ,28801590 F = 3,290368
R2= ,08295316 сс = 8,291
Число набл.: 300 скоррект.R2= ,05774225 p = ,001300
Стандартная ошибка оценки: ,396034559
Своб.член: ,218517649 Ст.ошибка: ,0453462 t(291) = 4,8189 p = ,0000

Народность бета=,246 Курение бета=-,04 Возраст менее бета=,096
Прэклампсия - бета=,032 Гинекологичес бета=-,07 Миома бета=-,05
Анемия бета=-,06 Паритет бета=-,08

Уравнение множественной регрессии можно представить в виде:

$$Y=0,246*X+0,219 \text{ при } p=0,0000.$$

График функции Y(X) представлен на рис. 9.

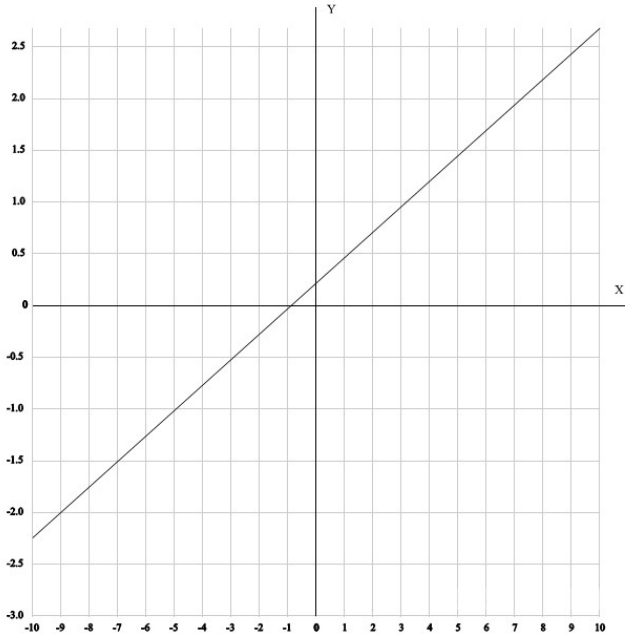


Рисунок 9 - Линейная зависимость развития плацентарной недостаточности (Y) от принадлежности к цыганской народности (X).

Таким образом, в ходе анализа установлено, что ни один из перечисленных факторов, кроме принадлежности к цыганской народности, не влияет на развитие ПН.

Для уточнения полученных ранее данных по развитию ЗРП в течение беременности мы ввели в анализ дополнительные факторы риска (Таблица 38).

Таблица 38 – Итоги множественного регрессионного анализа взаимосвязи задержки роста плода и исследуемых факторов риска

	БЕТА	Стд.Ош. БЕТА	B	Стд.Ош. B	t(293)	Уровень значимости p
Св.член			0,047314	0,041906	1,12904	0,259819
Народность	0,474637	0,065736	0,381130	0,052785	7,22039	0,000000[1]
Курение	0,027410	0,053499	0,023655	0,046169	0,51235	0,608799
Возраст менее 17 и более 35 лет	0,155083	0,053338	0,241026	0,082896	2,90757	0,003925[1]
Патологичес-кая прибавка	0,021500	0,053061	0,016547	0,040838	0,40520	0,685633

продолжение таблицы 38

Преэклампсия умеренной или тяжелой степени	-0,009222	0,050345	-0,014699	0,080247	-0,18317	0,854790
Гинекологи-ческие заболевания	0,015564	0,051564	0,011783	0,039038	0,30184	0,762988
Миома	-0,007074	0,049910	-0,017738	0,125150	-0,14174	0,887387
Анемия	-0,090964	0,049506	-0,069052	0,037581	-1,83745	0,067170
Паритет	-0,085780	0,056639	-0,065939	0,043539	-1,51450	0,130993
ПН 1а-1б степени	0,130097	0,051124	0,120907	0,047512	2,54476	0,011455[1]

Примечание: [1] – уровень значимости p<0,05.

Действительно, множественный регрессионный анализ показал, что, кроме ПН 1а-1б степени, на развитие ЗРП оказывает влияние цыганская народность и возраст менее 17 и более 35 лет (Таблица 39).

Таблица 39 - Результаты регрессии для зависимой переменной (задержка роста плода)

Зав.перем.:ЗРП 1-2 ст Множест. R = ,55986005 F = 13,19412
R2= ,31344328 cc = 10,289
Число набл.: 300 скоррект.R2= ,28968699 p = ,000000
Стандартная ошибка оценки: ,319562769
Своб.член: ,047313788 Ст.ошибка: ,0419063 t(289) = 1,1290 p = ,2598

Народность бета=,475 Курение бета=,027 Возраст менее бета=,155

Патологическа бета=,022 Прэкламп бета=-,01 Гинекологичес бета=,016
Миома бета=-,01 Анемия бета=-,09 Паритет бета=-,09
ПН 1а-1б ст бета=,130

Уравнение множественной регрессии можно представить в виде:

Y=0,475*X1+0,155*X2+0,130*X3+0,047 при p=0,0000, где

X1- цыганская народность,

X2 – возраст менее 17 и более 35 лет,

X3 – ПН 1а и 1б степени.

График функции Y(X1,X2,X3) представлен на рис. 10.

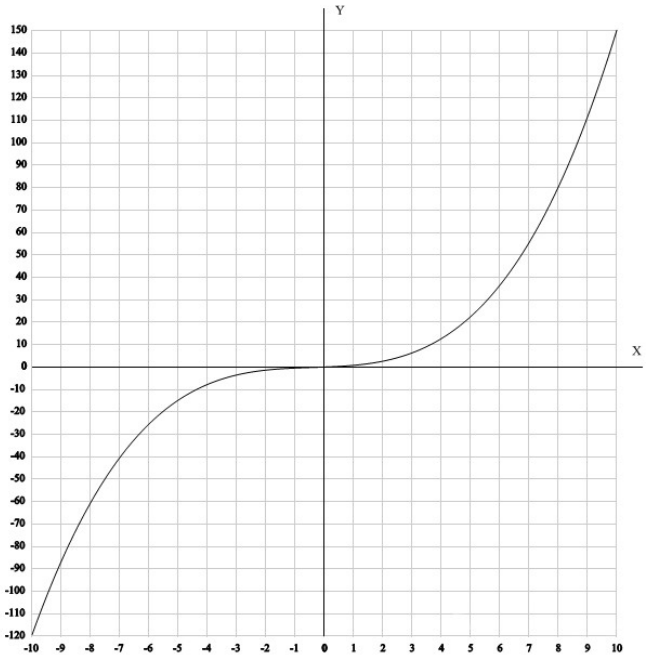


Рисунок 10 - Зависимость развития задержки роста плода (Y) от значимых факторов риска (X1-3).

В ходе анализа установлено, 3 фактора риска, значимо влияющих на возникновение ЗРП, – принадлежность к цыганской народности, возраст менее 17 и более 35 лет, а также ПН 1а-1б степени.

Были проанализированы факторы риска низкой массы новорожденного (Таблица 40).

Таблица 40 - Итоги множественного регрессионного анализа взаимосвязи массы тела новорожденного и исследуемых факторов риска

	БЕТА	Стд.Ош. БЕТА	B	Стд.Ош. B	t(293)	Уровень значимости p
Св.член			3487,566	45,37149	76,86690	0,000000
Народность	-0,192021	0,059551	-218,409	67,73431	-3,22450	0,001407[1]
Курение	-0,121265	0,044732	-148,234	54,68036	-2,71091	0,007111[1]
Возраст менее 17 и более 35 лет	-0,051022	0,045009	-112,321	99,08567	-1,13357	0,257913

продолжение таблицы 40

Преэклампсия умеренной или тяжелой степени	-0,001726	0,041540	-3,896	93,78588	-0,04154	0,966891
Гинекологи-ческие заболевания	0,012746	0,042480	13,669	45,55528	0,30005	0,764357
Анемия	0,085999	0,041757	92,472	44,89975	2,05953	0,040339[1]
Паритет	0,041774	0,047671	45,486	51,90725	0,87630	0,381596
ПН 1а-1б степени	-0,072186	0,043322	-95,027	57,02951	-1,66628	0,096742
ЗРП 1-2 степени	-0,356437	0,049778	-504,885	70,50905	-7,16058	0,000000[1]
Преждевре-менные роды	-0,316336	0,042713	-679,974	91,81233	-7,40612	0,000000[1]

Примечание: [1] – уровень значимости p<0,05.

Множественный регрессионный анализ показал, что на развитие низкой массы тела новорожденного отрицательно влияет цыганская народность, курение, анемия беременных, ЗРП 1-2 степени и ПР (Таблица 41).

Таблица 41 - Результаты регрессии для зависимой переменной (масса новорожденного)

Зав.перем.:Масса новорожд Множест. R = ,71846234 F = 30,83396
R2= ,51618813 cc = 10,289
Число набл.: 300 скоррект.R2= ,49944724 p = 0,000000
Стандартная ошибка оценки:379,98427205
Своб.член: 3487,5655655 Ст.ошибка: 45,37149 t(289) = 76,867 p = 0,0000

Народность бета=-,19 Курение бета=-,12 Возраст менее бета=-,05
Прэклампсия бета=-,00 Гинекологичес бета=,013 Анемия бета=,086
Паритет бета=,042 ПН 1а-1б ст бета=-,07 ЗРП 1-2 ст бета=-,36
ПР бета=-,32

Уравнение множественной регрессии можно представить в виде:

Y=-0,19*X1-0,12*X2-0,086*X3-0,36*X4-0,32*X5+3487,57 при p=0,0000, где

X1- цыганская народность,

X2 – курение,

X3 – анемия беременных,

X4 – ЗРП 1-2 степени,

X5 – преждевременные роды.

График функции Y(X1-5) представлен на рис. 11.

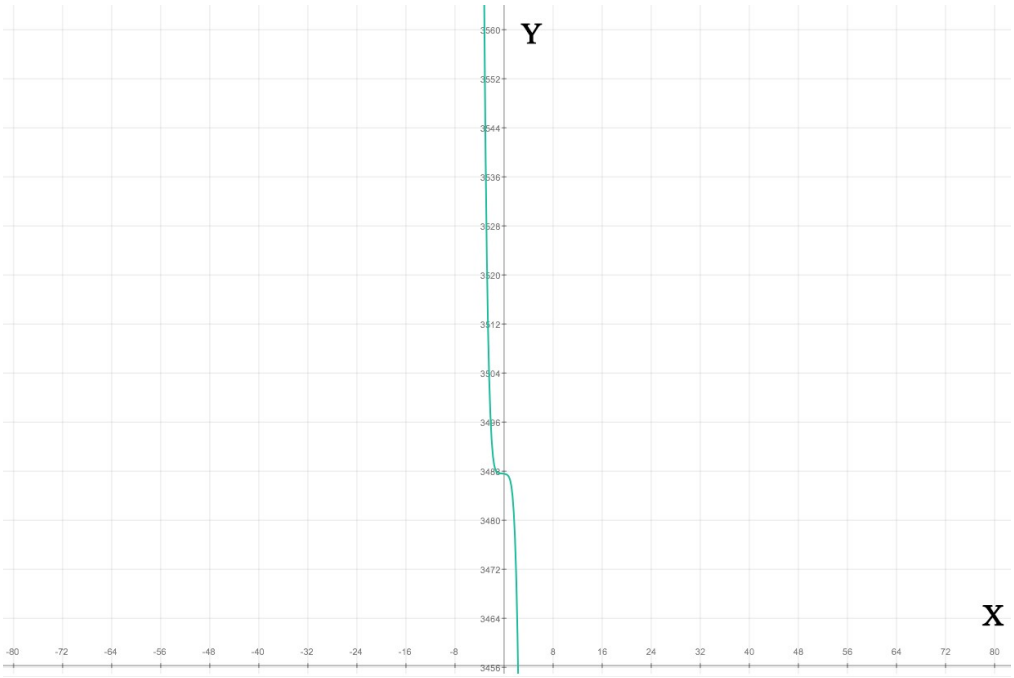


Рисунок 11 - Зависимость развития низкой массы тела новорожденных (Y) от значимых факторов риска (X1-5).

По результатам множественной регрессии чем больше влияние этих факторов, тем ниже ожидается масса новорожденного.

Было проанализировано влияние антропометрических показателей цыганок на массу тела новорожденных с учетом фактора ПР и без него (Таблица 42,43,44).

Таблица 42 - Итоги множественного регрессионного анализа взаимосвязи массы тела новорожденного и исследуемых факторов риска без учета преждевременных родов

	БЕТА	Стд.Ош. БЕТА	B	Стд.Ош. B	t(293)	Уровень значимости p
Св.член			-507,751	307,6461	-1,65044	0,099925
Народность	0,090732	0,063611	37,530	26,3117	1,42635	0,154833

продолжение таблицы 42

Общая прибавка в весе	0,017407	0,176214	0,699	7,0745	0,09878	0,921379
Вес при родах	0,117230	0,440502	1,780	6,6873	0,26613	0,790328
Вес при постановке на учет	-0,033404	0,412573	-0,542	6,6951	-0,08097	0,935525
Рост	0,112865	0,067101	3,369	2,0030	1,68203	0,093629

Примечание – p>0,05.

Таблица 43 - Итоги множественного регрессионного анализа взаимосвязи массы тела новорожденного и исследуемых факторов риска с учетом преждевременных родов

	БЕТА	Стд.Ош. БЕТА	B	Стд.Ош. B	t(293)	Уровень значимости p
Св.член			3422,344	41,60147	82,265	0,000000
Народность	-0,062578	0,006948	-25,884	2,87384	-9,007	0,000000[1]
Общая прибавка в весе	0,004399	0,019057	0,177	0,76508	0,231	0,817621
Вес при родах	0,006751	0,047643	0,102	0,72327	0,142	0,887409
Вес при постановке на учет	0,002730	0,044618	0,044	0,72405	0,061	0,951251
Рост	0,016127	0,007283	0,481	0,21739	2,214	0,027569[1]
Преждевре-менные роды	-0,994933	0,006323	-32,962	0,20948	-157,357	0,000000[1]

Примечание: [1] – уровень значимости p<0,05.

Таблица 44 - Результаты регрессии для зависимой переменной (масса новорожденного)

```
Dependent: Масса новорожд Multiple R = ,99431448 F = 4243,409
R?= ,98866128 df = 6,292
No. of cases: 299 adjusted R?= ,98842829 p = 0,000000
Standard error of estimate:21,027825054
Intercept: 3422,3437561 Std.Error: 41,60147 t( 292) = 82,265 p = 0,0000

Народность b*=-,06 ПР b*=-,99 ОПБ b*=,004
Вес при Р b*=,007 Вес при ВУ b*=,003 Рост b*=,016

                (significant b* are highlighted in red)
```

Уравнение множественной регрессии можно представить в виде:

$$Y=-0,06*X1-0,99*X2+0,016*X3+3422,34 \text{ при } p=0,0000$$

где

X1- цыганская народность,

X2 – преждевременные роды,

X3 – рост.

Самое сильное влияние на массу новорожденного оказывает наличие ПР, самое слабое – рост беременных. Принадлежность к цыганской народности имеет промежуточное значение и значимо снижает массу тела новорожденного.

График функции Y(X1-3) представлен на рис. 12.

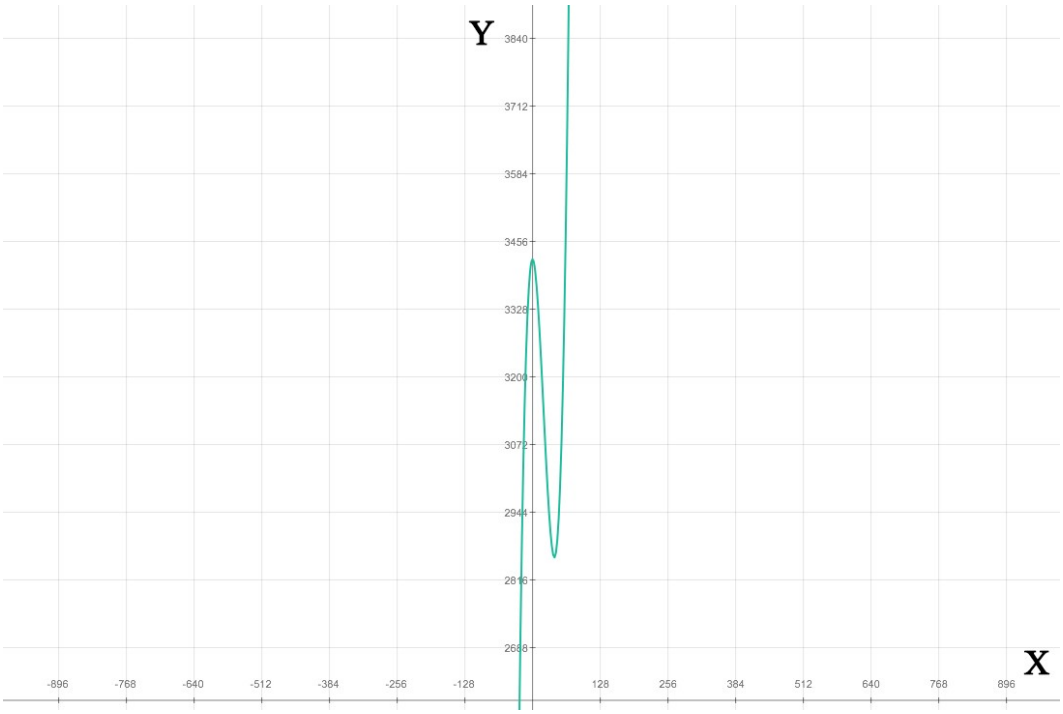


Рисунок 12 - Зависимость развития низкой массы тела новорожденных (Y) от значимых факторов риска (X1-3).

Таким образом, цыганская народность является предрасполагающим фактором к развитию ПР и ПН 1а-1б степени. Наличие у цыганок в возрасте менее 17 и более 35 лет ПН 1а-1б степени существенно повлияет на развитие ЗРП 1-2 степени. Также принадлежность к цыганской этнической группе в сочетании с другими факторами риска такими, как курение, анемия беременных, ЗРП 1-2 степени и ПР, оказывает существенное негативное влияние на массу новорожденного.

Глава 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время состояние здоровья людей цыганской этнической группы представляет собой актуальнейшею проблему для исследования в области здравоохранения [11;13;19;71;154;165]. Согласно статистическим данным, опубликованных в европейских источниках, в Российской Федерации суммарный процент цыган в общей популяции составляет 0,59% - 825 тыс. чел. [2;61;78;107;134]. Однако согласно переписи населения, проведенной на территории Российской Федерации в 2010 году, этот показатель составил порядка 200000 человек, что также является весьма значимым уровнем [9].

Известно, что цыгане относятся к группе риска по социальным и медицинским показателям [107;134;139;149]. По данным исследований последних десятилетий, цыгане повсеместно сталкиваются с серьезными барьерами в доступе к медицинской помощи, явлениями дискриминации, предвзятого отношения и ущемления прав [68;103;147;160;161;163]. На данный момент, неравенства в отношении здоровья не отражаются в надежных статистических данных, что в дальнейшем мешает планированию целенаправленных вмешательств, предназначенных для снижения и ликвидации неравенства [48;50; 119;132;138].

Цыгане с крайним недоверием относятся к намерениям местных властей изменить их образ жизни и не хотят принимать меры, направленные на их интеграцию в общество [5;10;14;38;79;91;103]. Этот факт, в свою очередь, привел к относительной малочисленности публикаций в научной литературе, что затрудняет исследования по проблеме здоровья цыган.

Однако исследователи соглашаются во мнении, что цыгане обладают более слабым здоровьем и не здоровыми условиями жизни по сравнению с большинством населения; что необходимы более точные данные, чтобы объяснить причину такого неравенства и разработать более совершенные меры по

снижению имеющегося разрыва; что плохое состояние здоровья чаще всего обусловлено социальными особенностями [22;37;43;58;115;123;130;159].

Следует отметить, что в Российской Федерации, по данным переписи населения 2010 года, доля женщин составляет 105,6 на каждые 100 мужчин [9]. Для цыганской общины характерны высокие темпы воспроизводства и преждевременная смертность среднего возраста, а следовательно, и высокая плотность детского населения и низкая плотность пожилого населения [67;68;69;71;128;135;141].

В связи с этим особое внимание привлекает изучение репродуктивного здоровья цыганских женщин, оценка факторов риска, течения беременности и родов, состояния новорожденных.

Для решения поставленных в работе целей и задач с 2011 по 2014 гг. нами было изучено 300 историй беременности и родов женщин и 300 карт новорожденных.

В зависимости от принадлежности к определенной этнической группе и национальности мы сочли целесообразным распределить обследованных женщин на группы:

- I группа (n=100): женщины цыганской этнической группы;
- II (контрольная) группа (n=200): пациентки русской национальности.

В ходе исследования применялись следующие методы: общеклиническое и акушерское обследование в течение беременности; лабораторные и инструментальные методы исследования; оценка течения родов и послеродового периода; патологоанатомическое исследование последов; оценка состояния новорожденного; статистические методы обработки полученных данных.

При анализе данных анамнеза было установлено, что исследуемый срез популяции женщин цыганской национальности был значимо моложе беременных контрольной группы, в среднем на 3 года ($p=0,039$). Обращало внимание значительное количество юных беременных среди цыганок: женщины в возрасте от 13 до 15 лет были представлены только женщинами цыганской национальной группы ($p<0,05$).

Многие авторы отмечают юный возраст матерей цыганской народности – моложе 19 лет (p<0,001) [84;96;134;155]. Группа исследователей P. Balazs et al. (2014) отмечает сходную тенденцию: в Венгрии женщины моложе 18 лет в группе цыганок составили 10% против 1% в группе контроля (p<0,001) [40;41]. Кроме того, существует мнение о том, что представители популяции цыган по совокупности моложе, чем остальное население [23;32;42;109;142]. Этот факт, вероятнее всего, обуславливает и ранний сексуальный дебют цыган [42;109;143]. Юный возраст вступления в половые отношения среди женщин цыганской этнической группы обуславливает ранний возраст наступления беременности [23;40;41;144].

Нами были определены конституциональные особенности цыганских женщин: установлен более низкий рост – на 5 см и меньший вес – почти на 5 на кг по сравнению с группой контроля. Причем, для цыганок характерен сравнительно меньший рост: определялась корреляционная связь средней силы (K=-0,36 при p<0,05).

Кроме того, группа исследователей отметила подобную тенденцию и по отношению к ИМТ [41;42;140;146]. Однако в нашем исследовании подобных данных получено не было, несмотря на достоверно более низкую массу тела цыганок на этапе взятия на учет и при родах, что согласуется с данными других исследований [31;88;129;140]. Нами было установлено, что у беременных группы исследования наблюдалась более низкая общая прибавка в весе, на 2,7 кг по сравнению с группой контроля. В доступных литературных источниках сообщений об оценке прибавки в весе на протяжении беременности у цыганок обнаружено не было.

В ходе проведенного нами анализа, установлено, что большинство женщин цыганской народности являлись курильщицами – 51,0%, что в 6 раз чаще, чем в группе контроля (ОШ=6,39 ДИ=[3,61;10,98] при p=0,000).

К такому же заключению пришло множество ученых, исследующих здоровье и поведение женщин цыганской народности [3;12;18;51;86;110;157;162]. Однако существует иная точка зрения, обоснованная испанскими учеными [52].

Они утверждали, что цыганки в Испании чаще страдают от алкоголизма, но значимо реже курят по сравнению с женщинами контрольной группы [52]. Как заявляли C.I.Meghea et al. (2012), более 80% цыганок являются курильщицами, 43,0% имеют никотиновую зависимость от средней степени тяжести до тяжелой [110]. Janevic T. et al. (2012) установили, что в Сербии ситуация по курению среди цыганок обстоит следующим образом: 43,0% никогда не курили, 5,0% выкуривают менее 20 сигарет в день и 52,0% - более 20 сигарет в день [91].

Мы изучили семейный статус цыган и установили, что 88,0% женщин I группы оказались официально не замужем, что на 71,0% превышает показатель группы контроля, (ОШ=35,8 ДИ=[17,03;68,57] при p=0,000).

В других исследованиях приводятся сходные данные: официально брак был зарегистрирован лишь у каждой третьей женщины цыганской национальности, что значительно меньше по сравнению с беременными контрольной группы, p<0,001 [44].

В ходе анализа нами был выявлен низкий уровень образования – в 32,0% или его отсутствие – в 67,0% наблюдений среди цыганок по сравнению с 0,5% и 1,0% в группе контроля, ОШ=201,0 ДИ=[42,98;595,52] при p=0,000.

Сходные данные были получены многими исследователями [22;26;48;52;90;91]. По результатам исследования P. Carrasco-Garrido et al. (2011), 72,0% цыганок, проживающих на территории Испании, не имели образования, в то время как среди женщин нецыганской национальности этот показатель составил всего 6,0% [52]. Как сообщала группа ученых Janevic T. et al. (2012) проводивших исследование на территории Сербии, только 37,0% цыган закончили начальную школу, а среднюю – всего 14,0% [91].

Мы определили, что все женщины цыганской национальности не имели ни постоянного, ни временного места работы, что на 70,0% превышает показатели группы контроля (p<0,05).

Согласно выводу P. Carrasco-Garrido et al. (2011), женщины цыганской народности в Испании также значимо чаще были не трудоустроены по сравнению

с группой контроля [52]. По данным P. Balazs et al. (2014), только 5,0% цыганок имели постоянное место работы, а 38,0% - не были трудоустроены ни постоянно, ни временно [40;41;42]. По данным Janevic T. et al. (2012), больше половины опрошенных цыган, проживающих в Сербии, (53,0%) были не трудоустроены [91].

На территории Тульской области цыгане представлены несколькими крупными семьями, проживающими в сельской местности и пригороде в 99,0% наблюдений, в то время как женщины группы контроля на 88,0% чаще являлись жительницами города.

По сообщению La Parra Casado D., на территории Испании беременные цыганки проживали преимущественно в трущобах и пригороде и были значимо чаще моложе ($p<0,001$), причем за счет подростков ($p<0,001$), и чаще одиноки ($p<0,001$) [106].

В литературе приведены противоречивые данные об использовании средств контрацепции среди цыганок [8;115;123;139;149]. Мы получили противоположные данные, согласно которым 95,0% цыганок не применяли средств контрацепции против 30,0% в группе контроля ($p<0,05$), что подтверждается сообщениями других ученых [56;109;115;127]. По сообщению группы авторов из Болгарии, 78,0% представителей цыганской популяции не используют средства контрацепции, а еще почти 4% - применяют опасные «защитные» методы [56;109;127]. Сходные данные были получены Nicolic Z. (2015), процент цыганок, отказывающихся от контрацептивов, составил 80,0% [115].

В связи с сомнительным использованием средств контрацепции или его отсутствием среди цыганок мы считаем закономерным раннее наступление беременности и родов, большое количество абортов и высокий паритет у этой категории женщин, что нашло подтверждение в нашем исследовании.

Мы пришли к выводу, что первая беременность и среди женщин цыганской этнической группы наступали в юном возрасте (до 17 лет) достоверно чаще в среднем на 35,0% по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). Несмотря на то, что,

по данным нашего исследования, количество абортов в группах сравнения достоверно не различалось, частота их остается высокой и составляет около 30% в обеих группах. Мы установили, что процент прерывания первой беременности среди повторнобеременных в группе цыганок был на 46,0% ниже, чем в группе контроля и составил 10,5% ($p<0,05$).

Проведенный анализ показал, что паритет у женщин цыганской этнической группы был значимо выше по сравнению с группой контроля. Также по этому признаку была выявлена значимая корреляционная связь средней силы К=0,43 ($p<0,05$), что указывает на то, что высокий паритет – характерная особенность репродуктивного статуса цыганок.

Полученные нами данные не противоречат докладам, опубликованным независимыми группами ученых из разных стран [8;27;35;41;149;155]. Исследования показывают, что число беременностей в группе цыганок было более 3 в 51,0% случаев [149]. По сообщению P. Balazs et al. (2014), количество детей в группе цыганок от 3 до 13 наблюдалось в 52,0% случаев, что на 32,0% выше, чем в контрольной группе [40;41;42].

Мы анализировали конституциональные особенности и структуру экстрагенитальных заболеваний обследованных женщин. Было выявлено, что для цыганок отличительными особенностями явились анатомически узкий таз (К=0,2 при $p<0,05$) и варикозное расширение вен нижних конечностей (К=0,3 при $p<0,05$). Отношение шансов анатомически узкого таза у беременных I группы составило 2,89 (ДИ=[1,67;4,93] при $p=0,000$). Риск варикозного расширения вен нижних конечностей у женщин цыганской народности в 38 раз выше, чем в группе контроля (ОШ=37,9 ДИ=[4,79;140,85] при $p=0,000$). В литературе не обнаружили подобных сообщений, поскольку преимущественное большинство авторов акцентируют внимание на группах заболеваний органов и систем, не анализируя конкретные нозологические единицы [34;39;43;64;74;77;88;96].

Также в структере экстрагенитальной патологии обращал на себя тот факт, что среди цыганок миопия встречается реже, чем у женщин группы контроля ($p<0,05$). В литературе мы обнаружили единичные сообщения о поражениях

зрительного анализатора и придаточного аппарата глаза, в которых обозначена генетическая склонность цыган к врожденной глаукоме, обусловленной мутацией гена CYP1B1 [159].

По нашим данным, только 34,0% цыганок прошли обследование на ИППП, достоверных различий в наличии инфекций нижних отделов генитального тракта внутри групп получено не было. Кроме того, в анализах венозной крови на сифилис, ВИЧ, гепатит В, гепатит С значимых различий также получено не было ($p>0,05$). Однако в исследовании I.Petraki (2016) приводятся данные о том, что в популяции цыган распространенность инфицированности вирусом гепатита В составила 27,0%, а сифилисом – 2,0%, при этом не было зарегистрировано ни одного положительного анализа на ВИЧ [123]. Ученые из Центральной и Юго-Восточной Европы сообщают о недостаточной вакцинации среди цыганского населения и призывают к разработке национальных программ, которые могли бы улучшить эту ситуацию [34;45;52;71;78]. Обращает на себя внимание тот факт, что практически во всех публикациях существует указание на то, что цыгане избегают посещения лечебно-профилактических учреждений или посещают их нерегулярно [78;93;95]. В исследовании P. Carrasco-Garrido et al. (2011), авторы заявляли о том, что цыганки значимо реже посещали гинеколога в течение последних 12 месяцев, однако чаще посещают врачей других специальностей [52]. По сообщениям группы испанских ученых, частота наблюдений за цыганскими женщинами в течение беременности по программе «Pregnancy Programme» составила 74,0% [89]. Согласно данным исследования, проведенного E.Stativa et al. (2014), 78,0% цыганок нерегулярно и в недостаточном объеме пользовались услугами перинатальных центров по наблюдению за течением беременности, именно среди этих женщин большинство было молодого возраста и имело низкий уровень образования [149]. I.Petraki (2012) установила, что только 44,0% женщин регулярно наблюдались у гинеколога, причем 1 из 4 цыганок не проходила обследование во время беременности [72].

Полученные нами данные демонстрируют противоположную тенденцию, вероятно, характерную для Тульской области, а возможно и для РФ в целом. В

ходе нашего исследования мы определили, что 96,0% беременных цыганской этнической группы наблюдались в женской консультации. Однако по сравнению с группой контроля цыганки в более позднее время становились на учет, имели меньшее число явок в женскую консультацию. Кроме того, четверть беременных цыганской этнической группы не прошла ни одного скринингового обследования в течение беременности. Эти факты косвенно говорят о том, что объем наблюдения за этой группой женщин, так или иначе, остается недостаточным.

Анализ данных о течении беременности показал, что наиболее часто у женщин цыганской этнической группы, беременность осложнялась угрозой прерывания и анемией. Как известно, анемия может быть обусловлена алиментарным фактором и рассматривается как проявление неблагоприятного влияния среды обитания населения (а именно социально-экономического неблагополучия) [129;131;147].

Кроме того, мы определили, что для женщин I группы характерной чертой были нарушения фетоплацентарного комплекса – ПН 1а и 1б степени и ЗРП 1 и 2 степени. У цыганок риск развития ПН в 3 раза и ЗРП в 19 раз выше, чем в группе контроля (p=0,000). Кроме того, установлена достоверная значимая положительная корреляционная связь по этим показателям (К=0,2 и К=0,5 при p<0,05 соответственно), что согласуется с данными P. Balazs et al. (2014), согласно которым ЗРП среди цыганок наблюдалось в 6,0% случаев и было чаще на 3,5% при p<0,001, чем в группе контроля [41]. В ходе регрессионного анализа было доказано, что на развитие ПН влияет только принадлежность женщины к цыганской этнической группе, а на развитие ЗРП – кроме цыганской народности, ПН 1 степени и возраст менее 17 и более 35 лет. Помимо того, мы определили, что предлежание плаценты значимо чаще встречается у беременных I группы (p<0,05), однако коэффициент корреляции не достиг значимого уровня. Риск ХВУГ плода среди цыганок в 8 раз выше, чем у русских женщин (ОШ=8,12 ДИ=[2,14;24,62] при p=0,0001).

В данной работе мы изучали особенности родов и послеродового периода, а также состояние новорожденных в группе обследованных цыганок.

Было установлено, что для женщин цыганской народности была характерна меньшая длительность безводного промежутка, причем продолжительность родов через естественные родовые пути достоверно не различалась.

Для цыганок было характерно преждевременное начало родовой деятельности. Так, коэффициент корреляции составил 0,2 при $p<0,05$, причем риск развития ПР в группе рожениц цыганской этнической группы в 5,3 выше, чем в группе контроля (ОШ=5,3 ДИ=[2,17;11,91] при $p=0,000$).

Этой же точки зрения придерживаются независимые группы исследователей [1;35;42;62;110;164]. По данным P. Balazs et al. (2013), частота ПР у женщин цыганской народности составила 10% против 7% в контрольной группе [42]. Об этом также свидетельствуют выводы C.I.Meghea et al. (2014): риск развития ПР среди курящих цыганок был значимо выше, чем у некурящих [110].

В ходе регрессионного анализа мы пришли к выводу, что лишь принадлежность женщины к цыганской этнической группе увеличивает вероятность возникновения ПР. По данным многофакторного анализа, такие факторы, как курение, возраст, патологическая прибавка в весе, преэклампсия и паритет, не оказывают влияние на преждевременное начало родовой деятельности.

Мы проанализировали данные патоморфологического исследования состояния последа и пришли к выводу, что у цыганок отмечалось большее количество нарушений патоморфологической структуры плацент ($p=0,0456$). Значимо чаще в группе исследования встречались инфаркты децидуальной ткани в центральных отделах последа ($p=0,0282$). В литературе сообщений об исследовании патоморфологической структуры плацент у цыганок нами обнаружено не было.

Одним из самых значимых изученных нами критериев явилось состояние новорожденных. Мы установили, что для новорожденных женщин цыганской народности характерна более низкая оценка по шкале Апгар. Так, в группе

исследования менее 6 баллов получили 7,0% детей по сравнению с 2,0% во II группе (p=0,031). Также была выявлена значимая взаимосвязь между отношением к цыганской этнической группе и этим показателем, однако она не достигла уровня достоверности t<3 (t=2,18).

В ходе проведенного анализа мы пришли к выводу, что средний вес новорожденных от женщин-цыганок был значимо ниже, чем в группе контроля (p=0,000), причем вес менее 2500 грамм в I группе был зафиксирован в 17,0% наблюдений по сравнению с 2,5% в группе контроля (p=0,000). Полученные нами данные не противоречат выводам, сделанным многими зарубежными учеными [4;16;28;40;41;63;98;110;113;118]. P. Balazs et al. (2014) установили, что в группе цыганок количество детей с весом менее 2500 г составило 12,0% против 6,5% в группе контроля (p<0,001) [40;41].

По сообщениям венгерских ученых, средний вес новорожденного от женщин цыганской народности был на 372 грамм меньше, чем в группе контроля, и составил 2970 грамм [42]. J.Rambouskova et al. поддерживали эту точку зрения: вес детей, рожденных цыганками, был в среднем ниже на 289 грамм (p<0,001) [129]. Результаты, полученные нами, согласуются с выводами и данными других авторов: P. Balazs et al. (2014) установили средний вес новорожденных, составивший 3002 грамм в группе исследования против 3300 грамм в контрольной группе, p<0,001 [40;41]. Об этом также сообщила группа ученых C.I.Meghea et al. (2014): вес новорожденных от курящих матерей был ниже на 165 грамм по сравнению с детьми от некурящих цыганок [110]. По данным проведенного нами анализа, на массу тела новорожденного отрицательно влияет принадлежность женщины к цыганской этнической группе, курение, анемия во время беременности, ЗРП 1-2 степени и ПР. Мы анализировали влияние отдельно антропометрических показателей и факта наличия ПР у цыганок на развитие низкой массы тела новорожденного посредством комплексного регрессионного анализа и пришли к выводу, что самое сильное влияние оказывают ПР, цыганская народность занимает промежуточное значение, а рост оказывает наименьшее влияние на вес ребенка.

Было установлено, что в течение раннего неонатального периода у новорожденных I группы наиболее часто встречались гипотрофия и признаки недоношенности новорожденного – на 37,0% и 8,0% чаще, чем в группе контроля соответственно. Риск возникновения этих осложнений у цыганок в 19 и почти в 7,5 раз выше, чем во II группе (p=0,000 и p=0,002). Также выявлена значимая достоверная положительная корреляционная связь средней силы между наличием этих осложнений у новорожденного и цыганской народностью, К=0,48 и К=0,21 (p=0,000). Установленные нами закономерности не противоречат данным литературы [16;22;35;42;44].

По сообщению Bartosovic I. (2016), дети цыганской народности чаще имели различные виды перинатальных заболеваний и были значимо чаще госпитализированы в медицинские центры [44]. Среди цыганских детей более высокая частота инфекционных заболеваний, травм, интоксикаций и ожогов и высокий уровень детской смертности [44;47]. К похожим выводам пришли и авторы, проводившие исследование в Испании [44;47;63;65;168]. В исследовании D.Djurovic et al. (2014), посвященном состоянию здоровья цыганских детей, авторы сообщили о том, что отставание в росте у них наблюдалось в 30% случаев, дети также имели сопутствующие заболевания, причем значимо чаще, чем в контрольной группе, p=0007 [63].

Таким образом, мы можем утверждать, что медико-социальный портрет женщин цыганской этнической группы, проживающих на территории Тульской области, выглядит следующим образом: перед нами юная курящая женщина невысокого роста, с низким уровнем образования, безработная, незамужняя, проживающая в сельской местности, не использующая средств контрацепции и имеющая в анамнезе беременность и роды, с варикозным расширением вен нижних конечностей и анатомически узким тазом.

У цыганок, становящихся на учет в женскую консультацию, в течение беременности мы ожидаем увидеть анемию и явления угрозы прерывания беременности в I и II триместре беременности, ПН 1 степени и ЗРП 1-2 степени, а также ХВУГ плода.

При поступлении в родильный дом врачи стационара должны отнести женщин цыганской народности в группу риска по развитию ПР, а также по наличию нарушений развития новорожденного таких, как низкий вес ребенка, ЗРП по гипотрофическому типу и недоношенность. Также врач должен быть готов, что после естественных родов цыганка, вероятнее всего, самовольно покинет стационар досрочно (p=0,000).

Проанализировав данные об исходах беременности и перинатальных осложнениях у цыганок, мы пришли к выводу о необходимости использовать в практической работе алгоритма оказания помощи этой категории женщин на этапе женской консультации в соответствии с выявленными факторами риска (рис. 13).

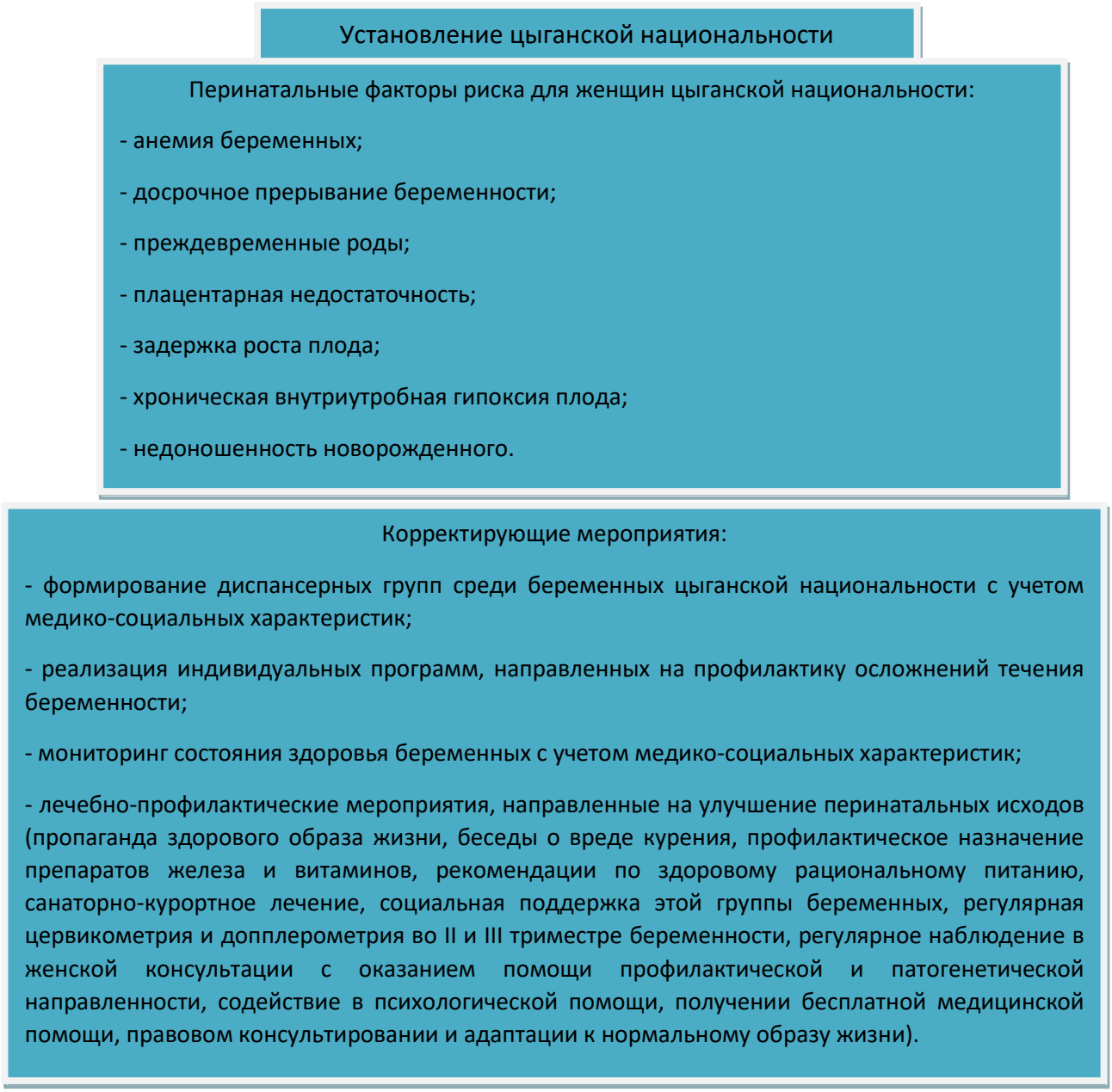


Рисунок 13 – Алгоритм оказания помощи беременным цыганской национальности в соответствии с выявленными факторами

ВЫВОДЫ

1. Для беременных цыганской национальности характерными особенностями являются юный возраст (21,8±0,37 лет и 24,9±0,25 лет в группе контроля, p=0,039), низкий рост (К=-0.36, p=0.00) и вес (К=-0.26, p=0.00), анатомически узкий таз (К=0.23, p=0,00), юный возраст первой беременности и первых родов (p=0.00), низкое количество прерываний первой беременности (p=0.00) и высокий паритет (К=0.43, p=0.00).
2. Особенностями социальных показателей у женщин цыганской национальности являются низкий уровень образования (ОШ=201,0 ДИ=[42,98;595,52], p=0.00), отсутствие работы (в 100%, p=0.00), проживание в сельской местности (в 99%, p=0.00), незарегистрированный брак (ОШ=35,8 ДИ=[17,03;68,57], p=0.00), курение (ОШ=6,39 ДИ=[3,61;10,98], p=0.00), отрицание контрацепции (в 95%, p=0.00).
3. У женщин цыганской национальности течение беременности и родов осложняется анемией в 57,0% случаев (p=0.00); плацентарной недостаточностью 35,0% беременностей в группе цыганок, риски этого осложнения в 3 раза выше, чем в группе контроля (ОШ=3,04 ДИ=[1,71;5,31], p=0.00); преждевременными родами в 18,0% наблюдений (p=0.00), что в 5 раз выше, чем среди русских женщин контроля (ОШ=5,27 ДИ=[2,17;11,91], p=0.00).
4. Для плодов и новорожденных от женщин цыганской национальности характерна задержка роста плода (44,0%) с достоверным преобладанием 1 степени (40%, К=0,50, p=0.00), причем риск этого осложнения практически в 19 раз выше, чем в группе контроля (ОШ=18,86 ДИ=[8,08;139,35], p=0.00), хронической внутриутробной гипоксией плода (11%, К=0,21, p=0.00) и низкой массой новорожденных (17%, К=-0,49, p=0.00), а также гипотрофией (41%, ОШ=19,61 ДИ=[7,85;41,28], p=0.0) и недоношенностью (10%, К=0,21, p=0.00).

5. Предложенный алгоритм ведения беременности у женщин цыганской национальности позволит улучшить перинатальные исходы за счет оптимизации работы на диспансерном этапе наблюдения в данной группе риска.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Оценка факторов риска и прогностических значимых аспектов их социальной жизни у беременных цыганской национальности на этапе диспансерного наблюдения беременности позволяет отнести их в группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.
2. Рациональный подход к выбору тактики ведения беременности у женщин цыганской национальности позволит обеспечить преемственность работы между амбулаторным и стационарным звеньями, что минимизирует риски осложнений у матери и плода.
3. Для обеспечения улучшения перинатальных исходов необходимо не только оптимизировать медицинскую помощь, но и модернизировать меры социальной поддержки этой группы населения для адаптации их к окружающей социальной среде.

СПИСОК СОКРАЩЕНИИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ГУЗ – городское управление здравоохранения

ДИ – доверительные интервалы

ИМТ – индекс массы тела

ИППП – инфекции передаваемые половым путем

КТГ – кардиотокография

ОБСЕ – организация по безопасности и сотрудничеству в Европе

ОШ – отношение шансов

ПН – плацентарная недостаточность

ПР – преждевременные роды

ЗРП – задержка роста плода

СД – сахарный диабет

СПИД - синдром приобретённого иммунодефицита

ТО – Тульская область

УЗИ –ультразвуковое исследование

ХВУГ – хроническая внутриутробная гипоксия плода

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян, Э. К. Дискуссионные вопросы преждевременных родов / Э. К. Айламазян, Т. У. Кузьминых // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – № 62 (4). – С. 97-105.
2. Александрова, А. А. Этнические особенности показателя мертворождаемости у женщин, проживающих в республике Адыгея / А. А. Александрова, Р. Ш. Ожева // Новые технологии. – 2011. – №2. – С. 160–163.
3. Алексеева, С. Н. Влияние курения беременных на антропометрические показатели новорожденных / С. Н. Алексеева, О. Н. Иванова // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2013. – Т. 117. – № 2. – С. 81-84.
4. Артымук, Н. В. Перинатальные исходы и отдаленные последствия при задержке роста плода / Н. В. Артымук, А. Г. Тришкин, Е. С. Бикметова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, № 6. – С. 68–75.
5. Бессонов, Н. В. Цыганская трагедия 1941—1945. Факты, документы, воспоминания / Н. В. Бессонов // Вооруженный отпор. Санкт-Петербург: Шатра. – 2010. – С. 2.
6. Бессонов, Н.В. Фиксация и осмысление цыганской истории (на примере исследования о этногруппе российских цыган-кишиневцев) [Электронный ресурс] / Н. В. Бессонов. – Режим доступа: http:// www.liloro.ru/bessonov6/htm.
7. Бугай Н.Ф. Принудительные переселения – механизм осуществления национальной политики в государстве. 1930–1950-е годы. Былые годы./ Н.Ф. Бугай // Российский исторический журнал. – 2012.– № 26. – С. 31–41.
8. Волгина, В.Ф. Аборты у подростков. Статистика, Динамика, Структура / В. Ф. Волгина, О. Г. Фролова, А. А. Куземин, Т. В. Письменская // Гинекология. – 2012. – № 2. – С. 36–38.

9. Всероссийская перепись населения 2010. Том 4: Национальный состав, владение языками, гражданство [Электронный ресурс] / Всероссийская перепись населения 2010 // Федеральная служба государственной статистики. - 2010. - Т. 4. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_ itogi1612.htm (дата обращения: 15.11.13).
10. Горбунов, С.Н. Этносоциальный статус цыган в России (история и современность) / С. Н. Горбунов, Ж. Б. Иванова, Б. А. Молчанов // Актуальные вопросы образования и науки. – 2012. – С. 36–41.
11. Гуцалов, А. Культурные и межрелигиозные отношения народов Юга России: технологии укрепления единства: Сборник научных статей по материалам Всероссийской научной конференции с международным участием. отв. ред. Т. В. Коваленко / А. Гуцалов. – Краснодар, 2015. – С. 204–213.
12. Давидян, О. В. Курение во время беременности как медико-социальная проблема / О. В. Давидян, К. В. Давидян // Молодой ученый. – 2011. – № 1. – С. 251 – 253.
13. Деметер Н.Г. Цыгане Европы: Проблемы» этнокультурной истории X –XX вв. Дис… док. ист. наук: 07.00.07. / Деметер Надежда Григорьевна. - М., 2000. - 399 с.
14. Деметер, Н. Г. Цыгане на постсоветском пространтве и в Европе: исторические, социальные и культурные перспективы / Н. Г. Деметер // Этнографическое обозрение. – 2011. – № 3. – С. 120–130.
15. Ланг, Т. А. Как описывать статистику в медицине / Т. А. Ланг, М. Сесик ; пер. С англ. под ред. В. П. Леонова. М: Практическая медицина, 2016. – 480 с.
16. Ларина, Е. Б. Синдром задержки роста плода: клинико-морфологические аспекты / Е. Б. Ларина, Н. Н. Мамедов, Н. А. Нефедова, Л. В. Москвина, А. И. Андреев, О. Б. Панина, П. Г. Мальков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – Т. 12, № 1. – С. 22–27.

17. Ларюшева, Т. М. Особенности течения беременности и родов у юных женщин / Т. М. Ларюшева, Т. Б. Лебедева, А. Н. Баранов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – № 1. – С. 106–112.
18. Левченко, Л. А., Курение и беременность (обзор литературы) / Л. А. Левченко, Я. Е. Устинова, Г. Л. Линчевский, Д. В. Подоляка, С. М. Максимова, В. Л. Подоляка, Н. И. Мухина, Е. Б. Самойленко // Здоровье ребенка. – 2009 – № 3. – С. 90 – 2.
19. Махотина, И. Ю. Цыгане и русская культура, литература и фольклор : дис… канд. филол. наук : 10.01.01 / Махотина Илона Юрьевна. – Тверь, 2012.
20. Можейко, Л. Ф. Клинические аспекты течения беременности и родов в подростковом возрасте // Л. Ф. Можейко, Е. Г. Карпова // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2012. – № 5. – С. 395–398.
21. Перти , А. Наглядная медицинская статистика / А. Петри, К. Сэбин ; пер. С англ. под ред. В. П. Леонова. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-медиа, 2015. – 168 с.: ил.
22. Плавинский, С.Л. Цыгане, ВИЧ-инфекция и поведение высокого риска. Краткий обзор литературы и результаты быстрой оценки ситуации в двух Российских регионах / С. Л. Плавинский, К. М. Ерошина, А. В. Бобрик // Медицина. – 2013. – №2(2). – С. 52–61. (46)
23. Сибирская, Е.В. Течение беременности и родов у юных первородящих / Е. В. Сибирская, Е. А. Богданова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2012. – № 2. – С. 52. (158)
24. Смирнова – Сеславинская, М. В. Антропология социокультурного развития цыганского населения России / М. В. Смирнова –Сеславинская, Г. Н. Цветков: монография. – М.: // Федеральный институт развития образования, 2011. – 128 с., табл., приложения.
25. Токова, З. З. Материнская смертность при преждевременных родах / З. З. Токова, Н. К. Тетруашвили, А. В. Ан //Акушерство и гинекология. – 2010. – N 6. – С. 95 –101.

26. Торопов, В. Г., Калинин В. К. Феномен обычного права цыган России [Электронный ресурс] / В. Г. Торопов, В. К. Калинин. – Режим доступа: http://liga-ivanovo. narod.ru/fenomen.htm.
27. Филиппов, О. С. Ювенильное акушерство: проблемы материнской смертности / О. С. Филиппов, Е. В. Гусева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009 – № 4. – С. 62–68.
28. Фомина, М.П. Синдром задержки роста плода у беременных / М. П. Фомина, Т. С. Дивакова // Здравоохранение. – Минск, 2012. – № 10. – С. 4-8.
29. Цветков, Г. Н. Цыганский язык (романи) и его исследование в интегральном междисциплинарном поле «язык - человек, культура, общество» : дис… канд. филол. наук : 10.02.20 / Цветков Георгий Николаевич. – М., 2011.
30. Цыгане: годы ссылок и побегов [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://cigane.clan.su/publ/2-1-0-19
31. Abu-Saad, K. Maternal nutrition and birth outcomes / K. Abu-Saad, D. Fraser // Epidemiol Rev. – 2010. – N 32. – P. 5–25.
32. Ádány, R. Roma health is global ill health / R. Ádány // Eur J Public Health. – 2014. – N 24(5). – P. 702–703.
33. Ainhoa, Flecha. Healthier Lives for European Minority Groups: School and Health Care, Lessons from the Roma / Flecha Ainhoa // Int J Environ Res Public Health. – 2013. – N 10(8). – P. 3089–3111.
34. Alexiev, I. High Rate of Hepatitis B and C Coinfections Among People Living with HIV-1 in Bulgaria: 2010-2014 / I. Alexiev, M. Alexandrova, E. Golkocheva-Markova, P. Teoharov, A. Gancheva, A. Kostadinova, R. Dimitrova, I. Elenkov, T. Chervenjakova, M. Stoycheva, D. Nikolova, T. Varleva, M. Nikolova // Epub. – 2017. – N 33(3). – P. 228-229.
35. Alwan, N. The relationship between dietary supplement use in late pregnancy and birth outcomes: a cohort study in British women / N. Alwan, D. Greenwood, N. Simson, H. McArdle, J. Cade // BJOG. – 2010. – N 117. – P. 821–829.
36. Annamraju, H. Anaemia in pregnancy / H. Annamraju, S. Pavord // Br J Hosp Med (Lond). – 2016. – N 77(10). – P. 584-588.

37. Antolová, D. Seroprevalence of human Toxocara infections in the Roma and non-Roma populations of Eastern Slovakia: a cross-sectional study / D. Antolová, P. Jarčuška, M. Janičko, A. Madarasová Gecková, M. Halánová, L. Čisláková, Z. Kalinová, K. Reiterová, M. Škutová, D. Pella, M. Mareková // Epidemiol. Infect. – 2015. – N 143. – P. 2249–2258.
38. Babinská, I. Does the population living in Roma settlements differ in physical activity, smoking and alcohol consumption from the majority population in Slovakia? / I. Babinská, AM. Gecková, P. Jarcuska, D. Pella, M. Mareková, G. Stefková, ZD. Veselská // Cent Eur J Public Health. – 2014. – N 22. – P. 7-22.
39. Babinska, I. Is the cardiovascular risk profile of people living in Roma settlements worse in comparison with the majority population in Slovakia? / I. Babinska, Z. D. Veselska, D. Bobakova, D. Pella, S. Panico, S. A. Reijneveld, H. M. Team // International Journal of Public Health. – 2013. – N 58(3). – P. 417–425.
40. Balázs, P. Birth weight of Roma neonates: effect of biomedical and socioeconomic factors in Hungary / P. Balázs, A. Fogarasi-Grenczer, I. Rákóczi, KL. Foley // Orv Hetil. – 2014. – N 155(24). – P. 954–962.
41. Balázs, P. Birth-weight differences of Roma and non-Roma neonates-public health implications from a population-based study in Hungary / P. Balázs, I. Rákóczi, A. Grenczer, KL. Foley // Cent Eur J Public Health. – 2014. – N 22(1). – P. 24–28.
42. Balázs, P. Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study / P. Balázs, I. Rákóczi, A. Grenczer, KL. Foley // Eur J Public Health. – 2013. – N 23(3). – P. 480–485.
43. Bartos, D. Prevalence of arterial hypertension and other cardiovascular risk factors in an adult gypsy population from Romania / D. Bartos, E. Badila // Romanian Journal of Cardiology. – 2011. - N 21. – P. 45-49.
44. Bartosovic, I. Some aspects of health status of the Gypsy population in Slovakia / I. Bartosovic // Bratisl Lek Listy. – 2016. – N 117(1). – P. 26-30.
45. Bastos, J. L. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with focus on their psychometric properties / J. L. Bastos, R. K. Celeste, E. Faerstein,

AJD. Barros // Soc Sci Med. – 2010. – N 70. – P. 1091–1099.

46. Behanova, M. Health-risk behaviours in deprived urban neighbourhoods: A comparison between slovak and dutch cities / M. Behanova, I. Nagyova, Z. Katreniakova, E. J. C. van Ameijden, J. P. van Dijk, S. A. Reijneveld, S. A. // International Journal of Public Health. – 2014. – N 59(2). – P. 405–414.
47. Behanova, M. The effect of urban-area unemployment on the mental health of citizens differs between Slovak and Dutch cities / M. Behanova, I. Nagyova, Z. Katreniakova, E. J. C. van Ameijden, J. P. van Dijk, S. A. Reijneveld // Health & Place. – 2013. –N 24. – P. 210–215.
48. Bobakova, D. Differences between Roma and non-Roma in how social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems / D. Bobakova, Z. Dankulincova Veselska, I. Babinska, D. Klein, A. Madarasova Geckova, L. Cislakova // International Journal for Equity in Health. – 2015. – P.1–9.
49. Bobakova, D. Does the influence of peers and parents on adolescents' drunkenness differ between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? / D. Bobakova, P. Kolarcik, A. M. Geckova, D. Klein, S. A. Reijneveld, J. P. van Dijk // Ethnicity & Health. – 2012. – N 17(5). – P. 531–541.
50. Brcanski, J. Social determinants of malnutrition among Serbian children aged <5 years: ethnic and regional disparities / J. Brcanski, A. Jović-Vraneš, J. Marinković, D. Favre // Int J Public Health. – 2014. – N 59(5). – P. 697–706. doi:10.1007/s00038-014-0591-5.
51. Bruin, J. E. Long-term consequences of fetal and neonatal nicotine exposure: a critical review / J. E. Bruin, H. C. Gerstein, A. C. Holloway // Toxicol Sci. – 2010. – N 116. P. – 364–374.
52. Carrasco-Garrido, P. Health status of Roma women in Spain / P. Carrasco-Garrido, A. López de Andrés, V. Hernández Barrera, I. Jiménez-Trujillo, R. Jiménez-García // Eur J Public Health. – 2011/ – N 21(6). – P.793-798.
53. Chamberlain, C. Psychosocial interventions for supporting women to stop

smoking in pregnancy / C. Chamberlain, A. O'Mara-Eves, S. Oliver, J. R. Caird, S. M. Perlen, S. J. Eades, J. Thomas // Cochrane Database of Systematic Reviews. –2013. – N 10, Issue 10.

54. Chelchowska, M. The effect of tobacco smoking during pregnancy on plasma oxidant and antioxidant status in mother and newborn / M. Chelchowska, J. Ambroszkiewicz, J. Gajewska, T. Laskowska-Klita, J. Leibschang // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2011. – N 155(2). – P. 132–136.
55. Coleman, T. I. Efficacy and safety of nicotine replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: systematic review and meta-analysis / T. I. Coleman, C. Chamberlain, S. Cooper, J. Leonardi-Bee // Addiction. – 2011. – N 106(1). – P. 52-61.
56. Colombini, M. Access of Roma to sexual and reproductive health services: qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia / M. Colombini, B. Rechel, SH. Mayhew // Glob Public Health. – 2012. – N 7(5). – P.522–534.
57. Condon, L. J. 'You likes your way, we got our own way': Gypsies and Travellers' views on infant feeding and health professional support / L. J. Condon, D. Salmon // Health Expect. – 2015. – N 18(5). – P. 784–795.
58. Cook, B. Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: A systematic review 2003–2012 / B. Cook, G. E. Wayne, A. Valentine, A. Lessios, E. Yeh // Int. J. Public Health. – 2013. – N 58. – P. 885–911.
59. Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease in Adults and Pregnant Women , Topic Page. - 2013. U.S. Preventive Services Task Force. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstbac2.htm
60. Dar, O. Mapping the Gypsy Traveller community in England: what we know about their health service provision and childhood immunization uptake / O. Dar, M. Gobin, S. Hogarth, C. Lane, M. Ramsay // J Public Health. – 2013. – N 35(3). – P. 404–412.
61. Dawson, D. A. Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: Likelihood, expression and

course / D. A. Dawson, R. B. Goldstein, H. B. Moss, T. K. Li, B. F. Grant // Drug and Alcohol Dependence. – 2010. – N 112. – P. 9–17.

62. Delnord, M. What contributes to disparities in the preterm birth rate in European countries? / M. Delnord, B. Blondel, J. Zeitlin // Curr Opin Obstet Gynecol. – 2015. – N 27(2). – P. 133–142.
63. Djurovic, D. The health status of Roma children – a medical or social issue? / D. Djurovic, S. Prcic, M. Milojkovic, G. Konstantinidis, G. Tamburlini // Eur Rev Med Pharmacol Sci. – 2014. – N 18(8). – P.1218–23. (31)
64. Dobranici, M. The cardiovascular risk factors of the Roma (gypsies) people in Central-Eastern Europe: a review of the published literature / M. Dobranici, A. Buzea, R. Popescu // J Med Life. - 2012. – N 5(4). – P.382-389.
65. Dostal, M. Comparison of the health of Roma and non-Roma children living in the district of Teplice / M. Dostal, J. Topinka, R. J. Sram // Int J Public Health. – 2010. – N 55. – P. 435–441.
66. Duval, L. The Roma vaccination gap: Evidence from twelve countries in Central and South-East Europe / L. Duval, F. C. Wolff, M. McKee, B. Roberts // Vaccine. – 2016. – N 34(46). P. 5524-5530.
67. European Centre for Disease Prevention and Control. Health inequalities, the financial crisis, and infectious disease in Europe. – Stockholm, 2013. ECDC.
68. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020. – Brussels, 2011.
69. European Commission. Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe: Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. – Madrid, 2009.
70. European Commission. Roma integration by EU country. http://ec.europa.eu/justice/discrimination/roma-integration/index_en.htm
71. European Commission. Roma health report: health status of the Roma population: data collection in the Member States of the European Union. – Madrid, 2014.

72. European Commission. What Works for Roma Inclusion: Policies and Model Approaches. Publications Office of the European Union [(accessed on 30 March 2013)] / European Commission. – Luxembourg, 2012.
73. European Union Agency for Fundamental Rights. The situation of Roma in 11 EU Member States: survey results at a glance, 2012. Available March 30, 2016 from: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf.
74. Fedacko, J. Prevalence of cardiovascular risk factors in relation to metabolic syndrome in the roma population compared with the non-roma population in the eastern part of Slovakia / J. Fedacko, D. Pella, P. Jarcuska, L. Siegfried, M. Janicko, E. Veseliny, T. HepaMeta // Central European Journal of Public Health. – 2014. – N 22. – P. 69–74.
75. Földes, M. E. Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges / M. E. Földes, A. Covaci // Int J Public Health. – 2012. – N 57(1). – P. 37–39.
76. Fotaki, M. Informal Payments: A Side Effect of Transition or a Mechanism for Sustaining the Illusion of 'Free'Health Care? The Experience of Four Regions in the Russian Federation / M. Fotaki // J Soc Policy. – 2009. – N 38. – P.649–670.
77. Gabrikova, D. Founder mutations in NDRG1 and HK1 genes are common causes of inherited neuropathies among Roma/Gypsies in Slovakia / D. Gabrikova, M. Mistrik, J. Bernasovska, A. Bozikova, R. Behulova, I. Tothova, S. Macekova // J Appl Genet. – 2013. – N 54(4). – P. 455–60. (96)
78. Geckova, A. M. Hepameta - prevalence of hepatitis b/c and metabolic syndrome in population living in separated and segregated roma settlements: A methodology for a cross-sectional population-based study using community-based approach / A. M. Geckova, P. Jarcuska, M. Marekova, D. Pella, L. Siegfried, P. Jarcuska, T. HepaMeta // Central European Journal of Public Health. – 2014. – N 22. – P. 6–11.
79. Gecková, A. M. Socioeconomic characteristics of the population living in Roma settlements and their association with health and health-related behavior / A. M.

Gecková, I. Babinská, D. Bobáková, Z. D. Veselská, L. Bosáková, P. Kolarcik, P. Jarcuska, D. Pella, M. Halánová // Cent Eur J Public Health. – 2014. – N 22. – P. 57-64.

80. Gee, G. Structural racism and health inequities: old issues, new directions / G. Gee, C. Ford // Du Bois Review. – 2011. – N 8. – P. 115.
81. Gerevich, J. Substance Use in Roma and Non-Roma Adolescents / J. Gerevich, E. Bácskai, P. Czobor // Journal of Nervous & Mental Disease. –2010. – N 198. – P. 432–436.
82. Goonewardene, M. Anaemia in pregnancy / M. Goonewardene, M. Shehata, A. Hamad // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2012. – N 26(1). – P. 3-24.(69)
83. Halanova, M. The prevalence of chlamydia trachomatis in the population living in roma settlements: A comparison with the majority population / M. Halanova, P. Jaracuska, Z. Kalinova, K. Carikova, J. Oravcova, P. Jarcuska // Central European Journal of Public Health. – 2014. – N 22. – P. 32–36.
84. Harden, A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies / A. Harden, G. Brunton, A. Fletcher, A. Oakley // BMJ. – 2009. – N 339. – P. 12-16.
85. Hijova, E. Do eating habits of the population living in roma settlements differ from those of the majority population in Slovakia? / E. Hijova, A. M. Geckova, I. Babinska, T. HepaMeta // Central European Journal of Public Health. – 2014. – N 22. – P.65–68.
86. Horta, B. L. Maternal smoking during pregnancy and risk factors for cardiovascular disease in adulthood / B. L. Horta, D. P. Gigante, A. Nazmi, V. M. Silveira, I. Oliveira, C. G. Victora // Atherosclerosis. – 2011. – N 219(2). – P. 815–820.
87. Hotchkiss, D. R. Risk factors associated with the practice of child marriage among Roma girls in Serbia / D. R. Hotchkiss, D. Godha, A. J. Gage, C. Cappa // BMC Int Health Hum Rights. – 2016. – N 1(16). – P. 6.
88. Hrvojka, M. Z. E2 allele of the Apolipoprotein E gene polymorphism is predictive for obesity status in Roma minority population of Croatia / M. Z. Hrvojka, T.

Škarić-Jurić, N. Smolej Narančić, T. Željka, A. Barešić, M. Peričić Salihović, B. Starčević, B. Janićijević // Lipids in Health and Disease. – 2011. – N 10. – P. 9.

89. Jackson, C. Understanding uptake of Immunisations in Travelling and Gypsycommunities (UNITING): protocol for an exploratory, qualitative study / C. Jackson, H. Bedford, L. Condon, A. Crocker, C. Emslie, L. Dyson, B. Gallagher, S. Kerr, HJ. Lewis, J. Mytton, SA. Redsell, F. Schicker, C. Shepherd, L. Smith, L. Vousden, FM. Cheater // BMJ Open. – 2015. - N 5(6). – P. 418-427.
90. Jackson, Y. Populations Roms et santé / Y. Jackson, J. P. Tabin, G. Hourton, P. Bodenmann // Rev Med Suisse. – 2015. – N 11(467). – P. 735–739.
91. Janevic, T. "There's no kind of respect here" A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans / T. Janevic, P. Sripad, E. Bradley, V. Dimitrievska // Int J Equity Health. – 2011. – N 17. – P. 10–53.
92. Janevic, T. Socioeconomic position, gender and inequalities in self-rated health between Roma and non-Roma in Serbia / T. Janevic, J. Jankovic, E. Brabley // Int. J. Public Health. – 2012. – N 57. – P. 49–55.
93. Janicko, M. Association between metabolic syndrome and hepatitis b virus infection in the roma population in eastern slovakia: A population-based study / M. Janicko, G. Senajova, S. Drazilova, E. Veseliny, J. Fedacko, L. Siegfried // Central European Journal of Public Health. – 2014. – N 22. – P. 37–42.
94. Jankovic, J. Predictors of prenatal smoking and attempted smoking cessation during pregnancy: a community-based study of Romani women in Southeastern Europe / J. Jankovic, Z. Stamenkovic, K. Stojanovski, R. D. Goodwin, T. Janevic // J Public Health. – 2016. – N 29. – P. 88-93.
95. Jarcuska, P. Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma? / P. Jarcuska, D. Bobakova, J. Uhrin, L. Bobak, I. Babinska, P. Kolarcik, Z. Veselska, A. Madarasova-Geckova // Int. J. Public Health. – 2013. – N 58. – P. 427–437.
96. Jarcuska, P. Gamma-glutamyl transpeptidase level associated with metabolic syndrome and proinflammatory parameters in the young roma population in

eastern slovakia: A population-based study / P. Jarcuska, M. Janidko, S. Drazilova, G. Senajova, E. Vesellnyi, J. Fedadkol, T. HepaMeta // Central European Journal of Public Health. – 2014. – N 22. – P. 43–50.

97. Kamberi, E. Life satisfaction and happiness among the Roma in central and southeastern Europe / E. Kamberi, B. Martinovic, M. Verkuyten // Social Indicators Research. – 2015. – N 124. – P. 199–220.
98. Kawakita, T. Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy / T. Kawakita, K. Wilson, K. L. Grantz, H. J. Landy, C. C. Huang, V. Gomez-Lobo // J Pediatr Adolesc Gynecol. – 2016. – N 29(2). – P. 130-136.
99. Kohler, I. V. Ethnic and religious differentials in Bulgarian mortality, 1993-98 / I. V. Kohler, S. H. Preston // Popul Stud. – 2011. – N 65. – P. 91-113.
100. Kolarcik, P. Delinquent and aggressive behaviour and social desirability among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia: a cross-sectional study / P. Kolarcik, A. M. Geckova, A. S. Reijneveld, J. P. van Dijk // Journal of Interpersonal Violence. – 2014. – N 6. – P. 126-129.
101. Kolarcik, P. Predictors of health-endangering behaviour among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia by gender / P. Kolarcik, A. M. Geckova, O. Orosova // J Epidemiol Community Health. – 2010. – N 64. – P. 1043–1048.
102. Kolarcik, P. Social support, hopelessness and life satisfaction among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia / P. Kolarcik, A. M. Geckova, S. A. Reijneveld, J. P. van Dijk // International Journal of Public Health. – 2012. – N 57(6). – P. 905–913.
103. Kolarčík, P. The mediating effect of discrimination, social support and hopelessness on self-rated health of Roma adolescents in Slovakia // P. Kolarčík, A. M. Geckova, A. S. Reijneveld, P. Jitse, J. P. van Dijk // International journal for equity in health. International Journal of Public Health. – 2015. – N 62(5). – P. 1011–1013.
104. Kolvek, G. End-stage renal disease among Roma and non-Roma: Roma are at risk / G. Kolvek, K. Rosicova, J. Rosenberger, L. Podracka, R. E. Stewart, I. Nagyova, J. P. van Dijk // International Journal of Public Health. – 2012. – N 57(4). – P.

751–754.

105. Kühlbrandt, C. An examination of Roma health insurance status in Central and Eastern Europe / C. Kühlbrandt, K. Footman, B. Rechel, M. McKee // Eur J Public Health. – 2014. – N 24. – P. 707–712.
106. La Parra Casado, D. The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma / D. La Parra Casado, D. Gil González, M. de la Torre Esteve // Ethn Health. – 2016. – N 21(5). – P. 468-479.
107. Logar, M. Standpoints of Roma women regarding reproductive health / M. Logar, DR. Pavlič, A. Maksuti // BMC Womens Health. – 2015. – N 28. – P. 15–38. (32)
108. Martín-Pérez, M. Predictors of medication use in the Roma population in Spain: a population-based national study / M. Martín-Pérez, V. Hernández Barrera, A. López de Andrés, I. Jiménez-Trujillo, R. Jiménez-García, P. Carrasco-Garrido // Public Health. – 2015. – N 129(5). – P. 453–459.
109. Masseria, C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania / C. Masseria, P. Mladovsky, C. Hernandez-Quevedo // Eur J Public Health. – 2010. – N 20(5). – P.549–554.
110. Meghea, C. I. Maternal smoking during pregnancy and birth outcomes in a sample of Romanian women / C. I. Meghea, I. A. Rus, R. M. Chereches, N. Costin // Cent Eur J Public Health. – 2014. – N 22. – P. 153–158.
111. Milevska-Kostova, N. Access to health services for Roma: legal, institutional and policy challenges in Macedonia. Paper presented at the third conference on migrant and ethnic minority health in Europe / N. Milevska-Kostova // Pe´cs. – 2010. – N 28. – P. 72–76.
112. Monasta, L. Review of the scientific literature on the health of the Roma and Sinti in Italy / L. Monasta, A. Erenbourg, S. Restaino, V. Lutje, L. Ronfani // Ethn Dis. – 2012. – N 22(3). – P. 367–371.
113. Murphy, M. M. Associations of consumption of fruits and vegetables during pregnancy with infant birth weight or small for gestational age births: a systematic

review of the literature / M. M. Murphy, N. Stettler, K. M. Smith, R. Reiss // International Journal of Women's Health. – 2014. – N 6. – P. 899–912.

114. Nielsen, S. S. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review / S. S. Nielsen, A. Krasnik // Int J Public Health. – 2010. – N 55. – P. 357-371.
115. Nikolic, Z. Differences in the use of contraception between Roma and non-Roma women in Serbia / Z. Nikolic, B. Djikanovic // J Public Health. – 2015. – N 37(4). – P. 581-589.
116. Nikovska, D. G. Social determinants of smoking in the population of the Republic of Macedonia – results from a nested case-control study / D. G. Nikovska, M. Spasovski, D. Gjorgjev, J. K. Bislimovska, R. Isjanovska, F. Tozija // Global Journal of Medicine and Public Health. – 2014. – N 3(4). – P. 2277–2304.
117. Ostrihonova, T. Vy.skyt metabolicke.ho syndro.mu a jeho rizikovy.ch faktorov u vybranej skupiny ro.mskeho obyvatel ˇstva (Occurrence of metabolic syndrome and its risk factors amongst selected group of Roma inhabitants) / T. Ostrihonova, J. Beresova // Bratisl Med J. – 2010. – N 55. – P. 7–14.
118. Papamichail, D. Low vaccination coverage of Greek Roma children amid economic crisis: national survey using stratified cluster sampling / D. Papamichail, I. Petraki, C. Arkoudis, A. Terzidis, E. Smyrnakis, A. Benos, T. Panagiotopoulos // Eur J Public Health. – 2016. – N 2. – P. 13-19.
119. Pappa, E. Health-Related Quality of Life of the Roma in Greece: The Role of Socio-Economic Characteristics and Housing Conditions / E. Pappa, S. Chatzikonstantinidou, G. Chalkiopoulos, A. Papadopoulos, D. Niakas // Int J Environ Res Public Health. – 2015. – N 12(6). – P. 6669–6681.
120. Parek, N. Health inequalities of the Roma in Europe: a literature review / N. Parek, T. Rose // Cent Eur J Public Health. – 2011. – N 19(3). – P. 139–42.
121. Parker, O. Free Movement for Whom, Where, When? Roma EU Citizens in France and Spain / O. Parker, O. López Catalán // International Political Sociology. – 2014. – N 8(1). – P. 379–395.

122. Paulik, E. Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non-Roma population towards tobacco control policies / E. Paulik, L. Nagymajte´nyi, D. Easterling, T. Rogers // Int J Public Health. – 2011. – N 56. – P. 485–491.
123. Petraki, I. Health status of Roma / I. Petrarki // Eur J Public Health. – 2012. – N 9(4). – P. 45–55.
124. Pinkney, K. The practice and attitudes of gypsy and traveller women towards early infant feeding / K. Pinkney // Community Pract. – 2012. – N 85(7). P. 26- 9. (26)
125. Popper, M. Ro.mska popula.cia a zdravie: Analy.za situa.cie na Slovensku (Roma population and health. An analyses of the situation in Slovakia) / M. Popper, P. Szegy, S. Sarkozy // Partners for Democratic Change. – 2009. – N 34. – P. 668–671.
126. Power, C. Maternal smoking in pregnancy, adult adiposity and other risk factors for cardiovascular disease / C. Power, K. Atherton, C. Thomas // Atherosclerosis. – 2010. – N 211(2). – P. 643–648.
127. Preoteasa, A. M. Roma women and precarious work: evidence from Romania, Bulgaria, Italy and Spain / A.M. Preoteasa // Revista de cercetare si interventie sociala. – 2013 – Vol. 43. – P. 155-216.
128. Radin, D. Too Ill to Find the Cure? / D. Radin // East European Politics & Societies. – 2009. – N 23. – P. 105.
129. Rambousková, J. Health behaviors, nutritional status, and anthropometric parameters of Roma and non-Roma mothers and their infants in the Czech Republic / J. Rambousková, P. Dlouhý, E. Krízová, B. Procházka, D. Hrncírová, M. Andel // J Nutr Educ Behav. – 2009. – N 41(1). – P. 58–64.
130. Ravnbol, C. I. The Human Rights of Minority Women: Romani Women's Rights from a Perspective on International Human Rights Law and Politics / C. I. Ravnbol // International Journal on Minority and Group Rights. – 2010. – N 17. – P. 1–45.
131. Reijneveld, S. A. Ethnic differences in health and use of health care: the questions to be answered / S. A. Reijneveld // Int J Public Health. – 2010. – N 55. – P. 353–

355.

132. Ricardo-Rodrigues, I. Social disparities in access to breast and cervical cancer screening by women living in Spain / I. Ricardo-Rodrigues, R. Jiménez-García, V. Hernández-Barrera, P. Carrasco-Garrido, I. Jiménez-Trujillo, A. López de Andrés // Public Health. – 2015. – N 129(7). – P. 881-888.
133. Roman, G. I. Ethical issues in communication of diagnosis and end-of-life decision-makingprocess in some of the Romanian Roma communities / G.I. Roman, A. Enache, A. Pârvu, R. Gramma, S. M. Moisa, S. Dumitraş, B. Ioan // Med Health Care Philos. – 2013. – N 16(3). – P. 483-497.
134. Rosenberger, J. Higher prevalence of nephropathy in young roma females compared with non-roma females / J. Rosenberger, M. Majernikova, P. Jarcuska, D. Pella, M. Marekova, A. M. Geckova, T. HepaMeta // Central European Journal of Public Health. – 2014. – N 22. – P. 28–31.
135. Rošer, J. Roma people and health. Collection of articles of national conferences / J. Rošer, B. Davidovič, D. Jagodic // Ljubljana: Ministry of health. – 2010. – P. 107–108.
136. Rosicova, K. Inequalities in mortality by socioeconomic factors and Roma ethnicity in the two biggest cities in Slovakia: a multilevel analysis / K. Rosicova, S. A. Reijneveld, A. Madarasova Geckova, R. E. Stewart, M. Rosic, J. W. Groothoff, J. P. van Dijk // Int J Equity Health. – 2015. – N 5. – P. 14-123.
137. Rosicova, K. Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia / K. Rosicova, A. M. Geckova, J. P van Dijk, J. Kollarova, M. Rosic, J. W. Groothoff // Int J Public Health. – 2011. – N 56. – P.523–531.
138. Rosicova, K. Socioeconomic factors, ethnicity and alcohol-related mortality in regions in Slovakia. What might a tree analysis add to our understanding? / K. Rosicova, A. Geckova, M. Rosic, N. Speybroeck, J. W. Groothoff, J. P. van Dijk // Health and Place. – 2011 – N 17. – P. 701–709.
139. Sedlecky, K. Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who

live in settlements in Serbia / K. Sedlecky, M. Rašević // Eur J Contracept Reprod Health Care. – 2015. – N 20(2). – P. 101–109.

140. Šedová, L. Evaluation of selected indicators of overweight and obesity of Roma minority in the region of South Bohemia / L. Šedová, V. Tóthová, V. Olišarová, V. Adámkova, S. Bártlová, F. Dolák // Neuro Endocrinol Lett. – 2015. – N 36. – P. 35– 42.
141. Sevilla, T. Genetics of the Charcot-Marie-Tooth disease in the Spanish Gypsy population: the hereditary motor and sensory neuropathy-Russe in depth / T. Sevilla, D. Martínez-Rubio, C. Márquez, C. Paradas, J. Colomer, T. Jaijo, J. M. Millán, F. Palau, C. Espinós // Clin Genet. – 2013. – N 83(6). – P. 565–570.
142. Silarova, B. Anxiety and sense of coherence in roma and non-roma coronary heart disease patients / B. Silarova, I. Nagyova, J. P. Van Dijk, J. Rosenberger, S. A. Reijneveld // Ethnicity & Health. – 2014. – N 19(5). – P. 500–511.
143. Silarova, B. Differences in health-related quality of life between Roma and non Roma coronary heart disease patients: The role of hostility / B. Silarova, J. P. van Dijk, I. Nagyova, J. Rosenberger, S. A. Reijneveled // Int. J. Public Health. – 2014. – N 59. – P. 271–277.
144. Simko, V. Short life expectancy and metabolic syndrome in Romanies (Gypsies) in Slovakia / V. Simko, E. Ginter // Cent Eur J Public Health. – 2010. – N 18. – P. 16-18.
145. Sivic, S. Social exclusion as a determining health factor of the Roma population / S. Sivic, A. Huremovic, H. Djerzic // Med Arch. – 2013. – N 67(1). – P. 60-62.
146. Skodova, Z. Phsychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: A study matched by socioeconomic position / Z. Skodova, J. P. van Dijk, I. Nagyova, J. Rosenberger, D. Ondusova, M. Studencan, S. A. Reijneveled // Int. J. Public Health. – 2010. – N 55. – P. 373–380.
147. Sorkin, D. H. Racial/ethnic discrimination in health care: impact on perceived quality of care / D. H. Sorkin, Q. Ngo-Metzger, I. De Alba // J Gen Intern Med. – 2010. – N 25. – P. 390–396.

148. Spiroski, I. Nutritional status and growth parameters of school-age Roma children in the Republic of Macedonia / I. Spiroski, Z. Dimitrovska, D. Gjorgjev, V. Mikik, V. Efremova-Stefanoska, D. Naunova-Spiroska, V. Kendrovski // Cent Eur J Public Health. – 2011. – N 19(2). – P. 102-107.

149. Stativa, E. Characteristics and prenatal care utilisation of Romanian pregnant women / E. Stativa, A .V. Rus, N. Suciu, J. S. Pennings, M. E. Butterfield, R. Wenyika, R. Webster // Eur J Contracept Reprod Health Care. - 2014. – N 19(3). – P. 220-226.

150. Sudzinova, A. Roma coronary heart disease patients have more medical risk factors and greater severity of coronary heart disease than non-Roma / A. Sudzinova, I. Nagyova, M. Studencan, J. Rosenberger, Z. Skodova, H. Vargova, J. P. van Dijk // International Journal of Public Health. – 2013. – N 58(3). – P. 409–415.

151. Sven, H. Sense of coherence and self-reported health among Roma people in Sweden – a pilot study / H. Sven, L. Eklund // Int J Circumpolar Health. – 2012. – N 71. – P. 82–87.

152. Torvie, A. J. Labor and delivery outcomes among young adolescents / A. J. Torvie, L. S. Callegari, M. A. Schiff, K. E. Debiec // Am J Obstet Gynecol. – 2015. – N 213(1). – P. 95.

153. Trajkov, D. Distribution of 22 Cytokine Gene Polymorphisms in Roma from the Republic of Macedonia / D. Trajkov, A. Petlichkovski, O. Efinska-mladenovska, S. Hristomanova, E. Djulejic, M. Kirijas, A. Senev, M. Spiroski // Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology. – 2012. – N 11. – P. 13-16.

154. Turley, R. Slum upgrading strategies involving physical environment and infrastructure interventions and their effects on health and socio-economic outcomes / R. Turley, R. Saith, N. Bhan, E. Rehfuess, B. Carter // Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – N 31. – P. 1.

155. Tyrberg, R. B. Deliveries among teenage women - withemphasis on incidence and mode of delivery: a Swedish national survey from 1973 to 2010 / R. B. Tyrberg, M. Blomberg, P. Kjølhede // BMC Pregnancy Childbirth. – 2013. – N 9. – P. 13–

204.

156. van Ryn, M. The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making / M. van Ryn, D. Burgess, J. Dovidio, S. Phelan, S. Saha, J. Malat, J. Griffin, S. Fu, S. Perry // Du Bois Review. – 2011. – N 8. – P. 199.
157. Vaz, LR. Factors associated with smoking cessation in early and late pregnancy in the smoking, nicotine, and pregnancy trial: a trial of nicotine replacement therapy / LR. Vaz, J. Leonardi-Bee, P. Aveyard, S. Cooper, M. Grainge, T. Coleman // Nicotine Tob Res. –2014. – N 16(4). –P. 381–389.
158. Veselíny, E. High hepatitis B and low hepatitis C prevalence in Roma population in eastern Slovakia / E. Veselíny, M. Janicko, S. Drazilová, L. Siegfried, L. Pastvová, I. Schréter, P. Kristian, L. Viág, P. Jarcuska, I. Valková, K. Cáriková, G. Senajová, J. Fedacko, D. Pella, M. Mareková, A. M. Gecková, P. Jarcuska // Cent Eur J Public Health. – 2014. – N 22. – P. 51–56.
159. Vogt, G. Homozygous E387K (1159G>A) mutation of the CYP1B1 gene in a Roma boy affected with primary congenital glaucoma / G. Vogt, L. Kádasi, E. Czeizel // Orv Hetil. - 2014. – N 155(33). – P.1325-1328.
160. Voko, Z. Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? / Z. Voko, P. Csepe, R. Nemeth, K. Kosa, Z. Kosa, G. Szeles, R. Adany // J. Epidemiol. Commun. Health. – 2009. – N 63. – P. 455–460.
161. Vorvolakos, T. Sociodemographic and clinical characteristics of Roma and non-Roma psychiatric outpatients in Greece / T. Vorvolakos, M. Samakouri, G. Tsipsianis, E. Tsaltampasidou, A. Arvaniti, A. Terzoudi, M. Livaditis // Ethn. Health. – 2012. – N 17. – P.161–169.
162. Walfisch, A. Fetal growth restriction and maternal smoking in the Macedonian Roma population: a causality dilemma / A. Walfisch, S. Nikolovski, B. Talevska, M. Hallak // Arch Gynecol Obstet. – 2013. – N 287(6). – P. 1131–1136.
163. Williams, D. R. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research / D. R. Williams, S. A. Mohammed // J Behav Med. – 2009. – N

32. – P. 20–47.

164. Witt, W. P. Preterm Birth in the United States: The Impact of Stressful Life Events Prior to Conception and Maternal Age / W. P. Witt, E. R. Cheng, L. E. Wisk , K. Litzelman, D. Chatterjee, K. Mandell, F. Wakeel // Am J Public Health. – 2013. – N 43. – P. 299-312.
165. World Health Organization, Regional Office for Europe. Roma health. Available March 30, 2016 from: www.euro.who.int/en/ health-topics/health-determinants/roma-health.
166. Zeljko, H. M. Age trends in prevalence of cardiovascular risk factors in Roma minority population of Croatia / H. M. Zeljko, T. Skarić-Jurić, N. S. Narančić, A. Barešić, Z. Tomas, M. Z. Petranović, J. Miličić, M. P. Salihović, B. Janićijević // Econ Hum Biol. – 2013. – N 11(3). – P. 326-336.
167. Zelko, E. Attitudes of the Prekmurje Roma towards health and healthcare / E. Zelko, I. Švab, A. Maksuti, Z. Klemenc-Ketiš // Wien Klin Wochenschr. – 2015. – N 127(5). – P. 220–227.
168. Zolnierek, K. B. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis / K. B. Zolnierek, M. R. Dimatteo // Med Care. – 2009. – N 47. – P. 826–834.