

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

АТАЕВ ОВЕЗМЫРАТ ГУРБАНМЫРАДОВИЧ

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ,
НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОВЫШЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ НА
РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

3.2.3 - Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

АВТОРЕФЕРАТ

Диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

г. Москва – 2024

Работы выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, доцент,
заслуженный врач Российской Федерации

Ступак Валерий Семенович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры общественного здоровья
и здравоохранения МБУ ИНО ФГБУ
ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический
центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России

Каримова Дания Исуфовна

Доктор медицинских наук, профессор
кафедры общественного здоровья и
здравоохранения им. Н.А. Семашко ФГАОУ
ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М Сеченова»
Минздрава России

Гараева Амина Султановна

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Защита диссертации состоится «26» февраля 2025 г. в 10:00 часов на заседании Диссертационного Совета 21.1.076.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11 и на сайте института: https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Ataev_text.pdf

Автореферат разослан «___» _____ 202_ г.

Учёный секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Т.П. Сабгайда

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. По данным исследований ученых целого ряда стран, в мире произошел значительный спад количества детей, которых рождает на протяжении своей жизни среднестатистическая женщина. Так, большинство стран - членов Европейского Союза, в XXI веке имеют самую низкую рождаемость в истории своего существования. Для современной демографической ситуации в Европе характерен не только низкий уровень рождаемости, но и увеличение продолжительности жизни, а также общее сокращение численности коренного населения в сравнении с иными регионами мира (Василенков С.С., 2013).

Сокращение населения в России также представляет одну из наиболее острых социальных проблем, стоящих перед российским государством (Мяготина Е.Д., Невежин В.П., 2020). В этих условиях сбережение каждой жизни и сохранение каждой желанной беременности есть главная задача социальной политики и репродуктивной медицины (Стародубов В.И. и др., 2011).

Неблагоприятную демографическую тенденцию подчеркивают как научные исследователи, так и Президент Российской Федерации В.В. Путин: «Сейчас демографическая обстановка в России лишь немногим лучше, чем в годы Великой Отечественной войны». Он отметил, что одна из основных проблем России — демографическая, и ее универсального решения не существует. «Каждый наш шаг, новый закон, государственную программу мы должны оценивать, прежде всего, с точки зрения высшего национального приоритета – сбережения и приумножения народа России» (Путин В.В., 2020).

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи, качественная диспансеризация населения должны стать одной из основных задач органов управления здравоохранением на региональном и федеральном уровнях. Только такой подход может стать резервом повышения рождаемости и снижения репродуктивных потерь (Стародубов В.И., Суханова Л.П., 2013; Сукнёва С.А и др., 2020; Соколовская Т.А., Ступак В.С. 2022).

Обоснованием необходимости модернизации службы родовспоможения является ряд неблагоприятных тенденций репродуктивного здоровья населения

России: рост гинекологической заболеваемости и снижение уровня здоровья беременных женщин, низкий удельный вес нормальных родов и достаточно высокие показатели перинатальных потерь (Соколовская Т.А. и др., 2021; Бадоева Э.А., 2011; Хамошина М.Б. 2011).

Врач общей практики (семейный врач) в вопросе сбережения и приумножения народа России занимает одно из важных мест во всей системе здравоохранения и, возможно, является мало используемым резервом в деле повышения рождаемости и укрепления репродуктивного здоровья.

Степень разработанности темы. Научное обоснование организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста представлены в исследованиях Бушмелевой Н.Н. (2015), Тюминой О.В. (2016), Серова Д.В. (2019), Прокопова А.Ю. (2022), Вахрушева Ю.Н. (2022); Денисова М.С. (2019); медико-организационные подходы к обеспечению доступности первичной акушерско-гинекологической помощи на амбулаторном этапе рассматривались в исследованиях Ванина Е.Ю. (2010), Приступы Е.М. (2015), Манакиной Е.С. (2017), Чучалиной Л.Ю. (2019); Чернова А.В. (2015), Харитоновна А.К. (2019); научное обоснование мероприятий по совершенствованию охраны репродуктивного здоровья женщины-матери в условиях высокой рождаемости представлено в работе Гараевой А.С. (2017). Недостаточная изученность медико-социальных аспектов воспроизводства населения на фоне снижения рождаемости препятствует выработке эффективных мер политики по её стимулированию.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости разработки научно обоснованных медико-социальных мероприятий, направленных на повышение рождаемости на региональном уровне.

Цель исследования: научно обосновать медико-социальные мероприятия, направленные на повышение рождаемости на региональном уровне.

Задачи исследования:

1. Изучить демографические показатели и состояние здоровья женщин Белгородской области за период 2012–2022 гг.

2. Изучить репродуктивное поведение и условия проживания женщин младшего и старшего репродуктивного возраста в районах с различным уровнем рождаемости.

3. Оценить информированность женщин репродуктивного возраста о мерах социальной поддержки семьи, мотивирующих к деторождению.

4. Изучить роль и компетенции врача общей практики (семейного врача) в формировании репродуктивного поведения женщин.

5. Научно обосновать и разработать комплекс мероприятий по совершенствованию оказания медико-социальной помощи женщинам репродуктивного возраста в регионе с низким уровнем рождаемости, внедрить и оценить результативность этих мер.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые:

– получены новые данные по демографической ситуации в Белгородской области, которые демонстрируют снижение рождаемости;

– отмечены медико-социальные факторы, влияющие на репродуктивное поведение женщин младшего и старшего репродуктивного возраста, проживающих в районах с различным уровнем рождаемости;

– показано, что в современных условиях для женщин младшего репродуктивного возраста необходимо повышение мотивации для создания семьи и профилактики отсроченного рождения детей;

– установлено, что в районах с низким уровнем рождаемости женщины чаще имеют среднее или среднее специальное образование;

– определена низкая вовлеченность врача общей практики (семейный врач) в формирование репродуктивного здоровья и поведения женщин;

– показано, что врач общей практики (семейный врач), участвующий в системе непрерывного образования, эффективнее реализует мероприятия по профилактике и ранней диагностике экстрагенитальной патологии и патологии беременности, родов и послеродового периода;

- доказана эффективность деятельности по улучшению здоровья населения при внедрении широкой сети офисов врачей общей практики (семейных врачей);

– научно обоснованы приоритетные направления межведомственного взаимодействия и интеграция врача общей практики (семейный врач) в совместную разработку и реализацию медико-социальных мероприятий.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Разработана научная доказательная база для внедрения новых организационных мероприятий по повышению профессиональных компетенций врачей общей практики, снижению числа прерываний беременности и гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста.

Создана программа мероприятий для улучшения медико-социальной помощи женщинам репродуктивного возраста в регионе с низкими показателями рождаемости.

В системе первичной медико-санитарной помощи организована деятельность офисов врачей общей практики (семейных врачей), которая продемонстрировала свою эффективность в улучшении здоровья как на популяционном, так и на индивидуальном уровне среди женщин репродуктивного возраста.

Реализована «Региональная программа Белгородской области по повышению рождаемости», а также план межведомственного взаимодействия «План мероприятий по повышению рождаемости и поддержке семей с детьми на период 2023–2025 годов», которые включает комплекс мероприятий, направленных на улучшение медико-социальной помощи женщинам репродуктивного возраста в регионе с низким уровнем рождаемости и повлиял на снижение числа прерываний беременности.

В результате внедрения результатов исследования в практику:

– улучшено выявление гинекологических и экстрагенитальных заболеваний в условиях снижения рождаемости, в том числе среди несовершеннолетних;

– сокращено число осложнений, возникающих во время беременности и родов, путем выявления ранее не установленных случаев заболеваний и совершенствования мероприятий по их лечению;

– обеспечена адресная социальная помощь женщинам и семьям в условиях снижения рождаемости путем воздействия на факторы риска малодетности;

– снижено число искусственных прерываний беременности по желанию женщины.

Научно обоснованные меры медико-социальной поддержки семьи стали основой реализации программных мероприятий поддержки семьи на муниципальном и региональном уровнях.

Методология и методы исследования: для выполнения поставленных задач проведен комплексный анализ медико-демографической ситуации в регионе, проанализирована рождаемость и смертность населения, заболеваемость женщин репродуктивного возраста, изучено репродуктивное поведение (РП) женщин, проведен контент-анализ массива отечественных и зарубежных публикаций по проблемам воспроизводства населения в условиях низкой рождаемости. Исследовался уровень компетенций врачей общей (семейной) практики в вопросах репродуктивного здоровья. Статистическая обработка материала проводилась с использованием электронно-вычислительного инструментария MS Office Excel 2016, Statistica 16 и включала: методы описательной статистики; расчеты относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей; аналитических показателей динамических рядов; определение вариабельности количественных данных.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Демографическая ситуация в Белгородской области характеризуется отрицательным естественным приростом и выраженным постарением населения, в то время как женское бесплодие, заболевания мочеполовой системы и артериальная гипертензия создают риски для благополучного исхода беременности.

2. Репродуктивное поведение женщин в современных условиях характеризуется поздним вступлением в брачные отношения, ведущим к отсроченному деторождению, мотивацией иметь одного ребенка, на что влияют материальный достаток, место жительства и количество планируемых детей.

3. Реализация мер социальной поддержки семьи на муниципальном и государственном уровнях по репродуктивным установкам зависит от социального статуса женщин и их информированности о программных мероприятиях.

4. Повышение компетенции врача общей практики (семейного врача) по профилю «акушерство и гинекология» положительно влияет на репродуктивное здоровье женского населения.

5. Реализация разработанного научно обоснованного комплекса медико-социальных мероприятий показала свою результативность в регионе с низким уровнем рождаемости.

Степень достоверности результатов. Научные положения и практические рекомендации, сформулированные автором в диссертации, опираются на изучение достаточного репрезентативного объема данных. В работе использованы современные методы исследования, полностью соответствующие поставленным задачам. Выводы аргументированы и вытекают из проведенного автором исследования.

Внедрение результатов исследования в практику. Основные положения диссертации, представленные в виде учебно-методического (Акушерство и гинекология в общей врачебной практике / Атаев О.Г., Ступак В.С., Пахомов С.П. // Учебно-методическое пособие. – М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, - 2023 г. – 67 стр.), внедрены в образовательный процесс Института дополнительного медицинского и фармацевтического образования ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», на кафедрах акушерства и гинекологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, при обучении аспирантов на базе ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва).

Результаты диссертационной работы внедрены в межведомственный план работы Министерства здравоохранения Белгородской области и

Министерства социальной защиты и труда Белгородской области в части: формирования ответственного родительства, развития родительских компетенций, внедрения эффективных практик поддержки детей и семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации; реализации мероприятий, направленных на охрану репродуктивного здоровья, функционирования сети центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и мониторинга их деятельности; формирования семейно-ориентированной среды, включения повестки многодетности в контекст жизни во всех сферах деятельности и социальных институтах, посредством информационно-просветительской работы, а также проведения онлайн-эфиров для родителей по актуальным психологическим аспектам возрастной и семейной психологии.

Личный вклад диссертанта. Автором самостоятельно проведен анализ доступной литературы по изучаемой проблеме, составлена программа исследования. При непосредственном участии автора сформулированы цель, задачи, положения, выносимые на защиту (95%), разработан дизайн медико-демографической части исследования, проведена статистическая обработка данных (95%). Для сбора данных, автор разработал анкету для женщин, составил анкету для врачей, провел личное интервьюирование пациентов, самостоятельно провел анализ и систематизацию первичной информации, а также изложил полученные результаты (100%). Автор смоделировал изучаемые процессы, провел мониторинг основных характеристик, научно обосновал и обобщил полученные результаты, сформулировал выводы и практические рекомендации (90%).

Апробация результатов исследования

Результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на: VIII Общероссийском конгрессе «Репродуктивный потенциал России»: Казанские чтения (Казань, 2022), VIII Общероссийском конференц-марафоне «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» (Санкт-Петербург, 2022), VII Междисциплинарном форуме с международным участием «Актуальные вопросы совершенствования

медицинской помощи и профессионального медицинского образования» (Белгород, 2022), IX Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные подходы к продвижению здоровья» (Гомель, 2023).

Публикации результатов работы

По результатам исследования опубликовано 6 научных работ, в том числе 4 статьи в рецензированных изданиях, включенных в перечень Всероссийской аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, из них 2 – в издании, входящий в Белый список журнала. По результатам исследования разработано учебно-методическое пособие, утвержденное ученым советом ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация соответствует паспорту специальности 3.2.3 — Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, в частности, пунктам 4, 5, 8, 15.

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 226 страницах печатного текста, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений (на 15 стр.). Работа иллюстрирована 64 таблицами и 25 рисунками. Список литературы включает 167 источников, из них 120 отечественных и 47 зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В главе 1 представлен обзор литературы по вопросам рождаемости, смертности и медико-социальным факторам, влияющих на репродуктивное поведение женщин разных возрастных групп; рассмотрены программы развития репродуктивного потенциала, представлен анализ источников литературы по тенденциям воспроизводства населения. Материалы, изложенные в этой главе, позволили обосновать актуальность диссертации.

В главе 2 «Материалы и методы исследования» представлены: база, этапы исследования, применяемые методы статистического анализа. **Объект** исследования - система оказания медико-социальной помощи женщинам репродуктивного возраста. **Предмет** исследования – медицинские организации (врач общей практики (семейный врач)), оказывающие медицинскую помощь женщинам репродуктивного возраста. **Единица наблюдения** - медико-демографические показатели, женщина репродуктивного возраста, врач общей практики (семейный врач).

Источники информации - формы федерального статистического наблюдения № 13 «Сведения о беременности с абортным исходом», № 30 «Сведения о медицинской организации», № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» Российской Федерации, Центрального федерального округа, медицинских организаций Белгородской области, данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Белгородской области «Демографический ежегодник Белгородской области» с 2010 по 2023 год, «Белгородская область в цифрах» с 2015 по 2022 год.

Проведен социологический опрос 6355 женщин репродуктивного возраста, проживающих в Белгородской области по вопросам репродуктивной установки и факторов, способствующих её формированию. Проведена оценка исходного уровня знаний в сфере акушерства и гинекологии у 185 ВОП, работавших в медицинских организациях области, обучавшихся на циклах повышения квалификации на кафедре акушерства и гинекологии медицинского института НИУ «БелГУ», что составляет генеральную совокупность всех ВОП оказывающих медицинскую помощь в сельской местности. Проведена оценка эффективности процесса обучения у 61 ВОП. Тесты заполнялись анонимно, но анкетированных врачей просили уточнить место работы.

Этапы и методы исследования

1 этап	2 этап	3 этап	4 этап	5 этап	6 этап
Для установления актуальности диссертационного исследования проведен анализ источников литературы. Для реализации поставленной цели диссертационного исследования были сформулированы задачи и определена этапность их выполнения.	Осуществлён статистический и сравнительный анализ динамики показателей рождаемости, смертности в Белгородской области, с оценкой состояния здоровья беременных, рожениц и родильниц	Проведено тестирование медицинских работников с использованием разработанного опросника. Создана база данных полученных результатов. Установлены различия в профессиональных характеристиках врачей в разрезе медицинских организаций. Публикация результатов исследования.	Проведено социологическое исследование репродуктивного поведения женщин репродуктивного возраста и оценка уровня компетенций ВОП в области акушерства и гинекологии. Для оценки репродуктивного поведения и здоровья женщин в современных условиях была разработана анкета для проведения социологических исследований, которые позволили определить медико-социальные характеристики женщин области	Путем тестовых заданий оценивалась эффективность процесса обучения ВОП и их дальнейшая вовлеченность в вопросах охраны репродуктивного здоровья и ведения нормальной беременности.	Проведен анализ результатов диссертационного исследования. Разработаны, научно обоснованы и внедрены мероприятия по совершенствованию медицинской помощи, оказываемой женщинам репродуктивного возраста
Источник информации и объем исследования					
Работы отечественных и зарубежных авторов(n=167).	Форма ФСН № 13, 30, 32 за 2011-2022 гг. по РФ (n=12), ЦФО (n=12), медицинским организациям Белгородской области (n=298).	Данные, полученные в результате проведенного в 2021 году тестирования у 185 ВОП.	Данные, полученные в результате проведенного в 2020 году социологического опроса 6355 женщин РВ, проживающих в Белгородской области: 2633 МРВ и 3722 СРВ.	Данные, полученные в результате проведенного в 2021 году тестирования у 61 ВОП.	Данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Белгородской области «Демографический ежегодник Белгородской области» с 2010 по 2023 год, «Белгородская область в цифрах» с 2015 по 2022 год
					Данные, полученные в результате проведенного диссертационного исследования.
Методы сбора информации					
Выкопировка данных из формы федерального статистического наблюдения, социологический опрос					
Методы исследования					
контент-анализ, статистический, информационно-аналитический, социологический, сравнительного анализа					

В главе 3 «Демографические показатели и состояние здоровья женщин в Белгородской области» проанализированы демографические характеристики населения и здоровье женщины репродуктивного возраста в Белгородской области.

Население Белгородской области в 2022 году составило 1531,9 тыс. человек, занимая 31 место по данному показателю среди всех субъектов Российской Федерации и 4 место среди регионов Центрального федерального округа, уступая лишь г. Москва, Московской и Воронежской областям. Одной из отличительных особенностей Белгородской области является исторически сложившийся значительный удельный вес жителей сельской местности в общей численности населения – в 2022 году - 34,67 %.

В период с 2002–2017 гг. на территории области отмечалось увеличение численности населения на 2,73%, а в последние 5 лет зафиксирована отрицательная динамика показателя (на начало 2022 года в сравнении с 2017 годом численность населения сократилась на 1,8%).

Население области перешагнуло порог старости и находится в диапазоне демографического старения. На начало 2021 года каждый пятый белгородец, т.е. 20% жителей региона, находился в возрасте 65 лет и более.

В 1988-1989 гг. население области увеличивалось за счет рождаемости (1,2-1,1 к 1), однако уже к 1990 году рождаемость сравнялась со смертностью. С этого момента рождаемость отстает от смертности с соотношением от 1,2 до 2,0 к 1. С 2002 по 2013 год, в регионе было выявлено уменьшение естественной убыли населения с -7,6 до -2,2. К 2021 году этот показатель достиг своего пика и составил -10,2. Негативная динамика продолжалась до 2022 года, несмотря на некоторый рост рождаемости с 2012 по 2017 годы.

Среднегодовая рождаемость в Белгородской области за период 2012-2022 составила 7,73 на 1000 жителей. Наибольшей рождаемостью отличались Алексеевский, Белгородский, Корочанский, Краснояружский и Яковлевский районы, где она превысила 8,1 на 1000 жителей (рис. 1). Наименьшая рождаемость наблюдалась в Грайворонском, Красногвардейском и Шебекинском районах - менее 7,0 на 1000. Остальные 11 районов, включая Белгород, показали среднюю рождаемость 7,0-8,1 на 1000 жителей.

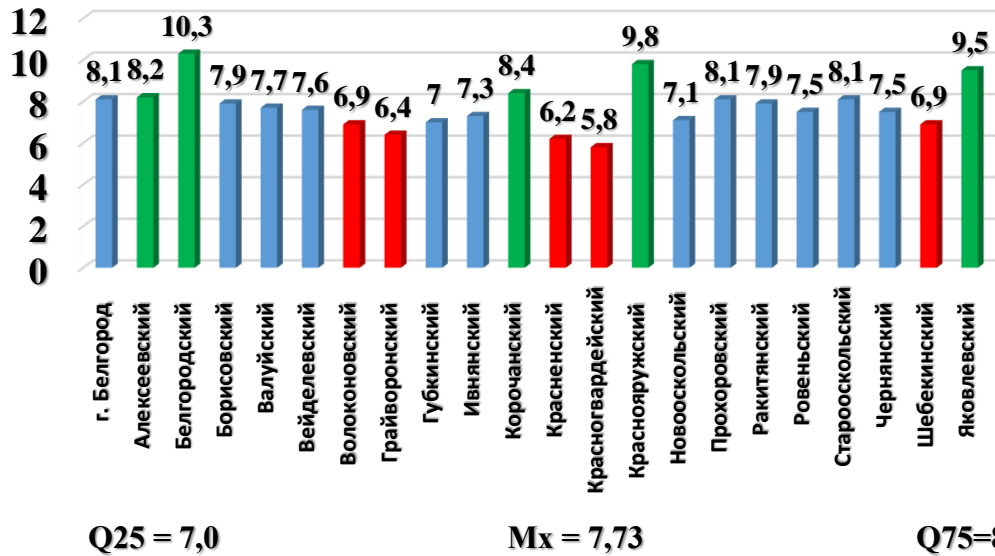


Рисунок 1. – Средняя рождаемость по районам Белгородской области за 10 лет, с 2011 по 2021 год (на 1000 человек населения)

Динамика показателя рождаемости и смертности не предвещает улучшения демографической ситуации в Белгородской области за счет естественного воспроизводства, так как число родившихся с 2017 по 2022 год сократилось на 4284 детей (39,6%), с 15 093 до 10 809. Отрицательный естественный прирост за аналогичный период увеличился на - 9952 (170,8%), с - 5826 до - 15 778. За этот период количество заболевших увеличилось с 161 480,60 до 181 783,70, что свидетельствует о нестабильной ситуации со здоровьем населения. Таким образом, рост заболеваемости за указанный период составляет 12,57%.

В главе 4 «Медико-социальная характеристика женщин старшего и младшего репродуктивного возраста» приведены результаты анализа основных характеристик репродуктивного и социального поведения женщин младшего (20-25 лет) и старшего (40-45 лет) репродуктивного возраста из районов с низким и высоким уровнем рождаемости.

В ходе исследования медико-социальных характеристик женщин младшего репродуктивного возраста были получены следующие результаты. В районах с высоким уровнем рождаемости средний возраст участниц опроса был немного выше, они часто были единственными детьми в семье и проживали с родителями. В этих районах женщины выходят замуж позже - в среднем на 1,21 года.

Планируемое количество детей в районах с высоким уровнем рождаемости оказалось ниже на 1,97 ребенка, чем в районах с низким уровнем рождаемости. С учетом возраста заключения брака, возможно, это является следствием осознанного выбора при планировании рождения детей.

В районах с высоким уровнем рождаемости преобладали городские жители, а в районах с низким уровнем рождаемости - жительницы сельской местности. Женщины из районов с высоким уровнем рождаемости в сравнении с жительницами районов с низким уровнем рождаемости на 20,3% чаще болели гинекологическими заболеваниями и на 37% чаще соматическими в основном протекающие в коморбидном состоянии. У городских женщин, проживающих в районах с высоким уровнем рождаемости, риск возникновения эндометриоза был в два раза выше, а частота заболеваний шейки матки на 40% больше, чем у жительниц сел из районов с низким уровнем рождаемости.

Исследование показало, что жительницы районов с высокой рождаемостью чаще имеют кредиты и ипотеки и чаще стремятся иметь ребенка.

Женщины из районов с низким уровнем рождаемости чаще проживают в частном доме или вовсе не имеют своего жилья; они хорошо осведомлены о федеральных и региональных социальных программах (например, о материнском капитале); они более информированы (на 25%), нежели женщины из районов с высоким уровнем рождаемости. Также для женщин из районов с низким уровнем рождаемости значимость социальных мер на 36,3% выше, а в качестве помощи от государства женщины указанного возраста из этих районов предпочитают бесплатное образование в качестве помощи.

Во всех районах женщины младшего репродуктивного возраста, высказавшие желание не иметь детей или иметь не более одного ребенка, в качестве причин указали отсутствие жилья и тяжелое текущее материальное положение.

В главе 5 «Организация оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста» представлены результаты исследования, проведенного на этапе разработки и внедрения офисов семейных врачей, легли в основу ключевых принципов, на которых строятся взаимоотношения врачей общей практики с пациентами. Эти принципы ориентированы на пациента и помогают создать комфортную и доверительную атмосферу во время приёма.

В их основе лежат партнерские связи в рамках персонифицированного взаимодействия «семейный врач - пациент - члены одной семьи».

Координатором деятельности научно-исследовательской и организационно-методической работы стал созданный Региональный центр семейной медицины на базе ОГБУЗ ОТ «Областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» г. Белгород, а для оказания помощи на местном уровне образованы территориальные центры семейной медицины, наблюдательные советы при администрациях муниципальных районов и городских округов, через которые проводилось внедрение медико-социальных мероприятий воспроизводства населения в условиях снижения рождаемости. Территориальные центры семейной медицины расположены во всех 22 муниципальных образованиях (рис. 2).

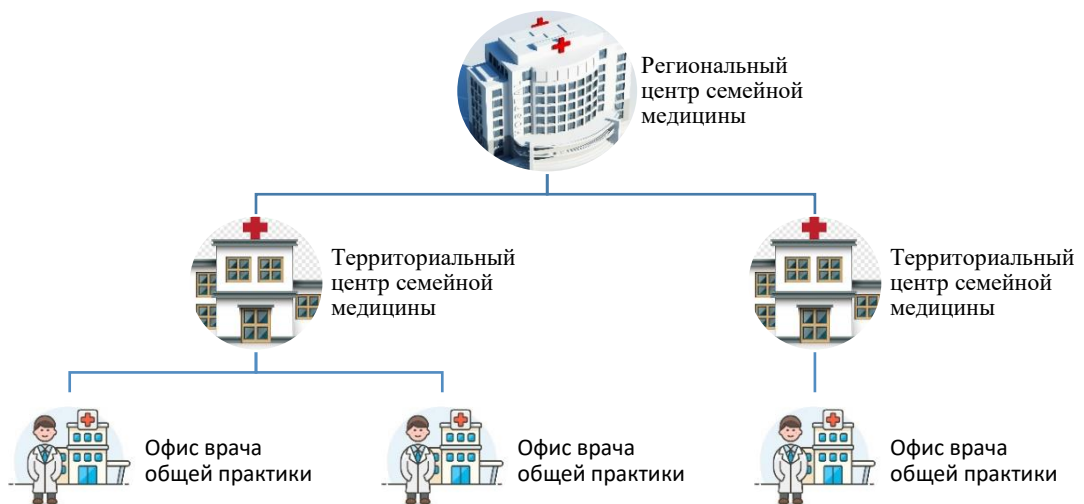


Рисунок 2. – Схема семейной медицины в регионе

В ходе совершенствования первичной медико-санитарной помощи с внедрением в практику деятельности ВОП (семейного врача) в Белгородской области произошло увеличение доли лиц, находящихся под диспансерным наблюдением семейного врача, на 13%, а количество вызовов бригады скорой медицинской помощи снизилось на 3,3%. За три года реорганизаций к 2019 году структура обращений к врачам ПМСП изменилась: число обращений по поводу заболеваний сократилось на 17%. В то же время уровень активного выявления заболеваний увеличился: заболевания системы кровообращения - на 39%, заболевания органов дыхания - на 6,9%, сахарный диабет - на 4,3%,

новообразования - на 9,6%. Кроме того, показатели смертности населения по основным причинам снизились: от заболеваний органов дыхания - на 22,7%, от заболеваний органов пищеварения - на 8,2%, от новообразований (включая злокачественные) - на 3,7%, от заболеваний системы кровообращения - на 4,2%, от внешних причин - на 14,9% (включая ДТП - на 25,8%).

Проведенное в рамках исследования тестирование имело цель более подробно изучить уровень знаний и компетенций наших специалистов в области акушерства и гинекологии: оценить понимание вопросов о здоровье женщин, навыки ведения беременности, и нюансы оказания специализированной медицинской помощи в области гинекологии. Это тестирование помогло выявить сильные стороны специалистов, а также области, где они могут дополнительно усовершенствовать свои знания и навыки (табл. 2).

Таблица 2. – Исходный уровень знаний в сфере акушерства и гинекологии у врачей общей практики (%)

Муниципалитет	Макс %	Мин %	Ср %
ОГБУЗ «Алексеевская ЦРБ»	55	37,5	49,5
ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ»	75	45	57,7
ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода»	92,5	40	79
ОГБУЗ «Борисовская ЦРБ»	55	25	42,8
ОГБУЗ «Валуйская ЦРБ»	70	65	67,5
ОГБУЗ «Вейделевская ЦРБ»	65	30	53,8
ОГБУЗ «Волоконовская ЦРБ»	70	35	47,7
ОГБУЗ «Грайворонская ЦРБ»	50	20	33,3
ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»	65	30	45
ОГБУЗ «Ивнянская ЦРБ»	70	30	51,3
ОГБУЗ «Корочанская ЦРБ»	75	25	52,6
ОГБУЗ «Красненская ЦРБ»	75	45	63,4
ОГБУЗ «Красногвардейская ЦРБ»	70	35	52,5
ОГБУЗ «Краснояржская ЦРБ»	65	35	53,7
ОГБУЗ «Новооскольская ЦРБ»	45	35	40
ОГБУЗ «Прохоровская ЦРБ»	85	35	62,5
ОГБУЗ «Ракитянская ЦРБ»	40	40	40
ОГБУЗ «Ровеньская ЦРБ»	65	15	48,3
ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского»	50	25	39,1
ОГБУЗ «Чернянская ЦРБ им. П.В.Гапотченко»	55	30	47,8
ОГБУЗ «Шебекинская ЦРБ»	50	15	37,8
ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ»	70	35	47,7
Итог области	92,5	15	50,6

Анализ результатов тестов показал, что средний процент успешности составил 50,6%, минимальное значение зафиксировано на уровне 15%, а максимальное 92,5%.

В главе 6 «Научное обоснование комплекса медико-социальных мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста» описан комплекс мер, разработанных на основе полученных результатов исследования.

Был организован курс повышения квалификации под названием «Общая врачебная практика (семейная медицина)». Этот курс включал циклы, проводимые на базе кафедры акушерства и гинекологии медицинского института НИУ «БелГУ» и КГМУ, а также серию лекций на базе ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, охватывающих различные аспекты медицинской практики в контексте семейной медицины. Это позволило ВОП расширить свои знания и практические навыки в области акушерства и гинекологии, что, в свою очередь, способствовало улучшению уровня медицинского обслуживания женщин в рамках семейной медицины.

В рамках обучения ВОП основное внимание обращалось на коммуникативные технологии при ведении диалога с пациентами, чтобы сблизить взаимопонимание врач-пациент. Благодаря этим улучшениям, ВОП и медицинские психологи стали более эффективно помогать женщинам и семьям в планировании и подготовке к рождению ребенка.

После проведения курсов повышения квалификации врачам были предложены тесты по пройденному материалу. Исследование проводилось с целью оценить остаточные знания 61 (из 185 всего участвовавших в исследовании) ВОП. Результаты тестирования представлены в таблице 3. Общее количество верных ответов, предоставленных всеми участвующими врачами, составило 917, что составляет 73,8% от общего числа ответов.

Анализ динамики гинекологической заболеваемости выявил прямую взаимосвязь между уровнем компетенции ВОП и уровнем заболеваемости женщин в различных муниципалитетах. Повышение квалификации в первый год (2021 г.) исследования привело к увеличению уровня выявляемости гинекологической патологии в районах, что отразилось в повышении

заболеваемости на 5,8%. Однако после проведения медико-профилактических мероприятий в течение 2021 года с учетом полученного опыта и знаний, уровень заболеваемости сократился на 14% к 2022 году.

Таблица 3. – Уровень знаний в сфере акушерства и гинекологии у врачей общей практики по итогам цикла повышения квалификации

Медицинская организация	Макс, %	Мин, %	Ср, %
ОГБУЗ «Алексеевская ЦРБ»	80	65	73,3
ОГБУЗ «Белгородская ЦРБ»	90	80	85,0
ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода»	97,5	92,5	94,1
ОГБУЗ «Борисовская ЦРБ»	70	60	66,7
ОГБУЗ «Валуйская ЦРБ»	70	65	67,5
ОГБУЗ «Вейделевская ЦРБ»	75	70	73,3
ОГБУЗ «Волоконовская ЦРБ»	80	75	78,3
ОГБУЗ «Грайворонская ЦРБ»	75	55	63,3
ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»	80	65	71,7
ОГБУЗ «Ивнянская ЦРБ»	75	70	73,3
ОГБУЗ «Корочанская ЦРБ»	80	80	80,0
ОГБУЗ «Красненская ЦРБ»	80	75	78,3
ОГБУЗ «Красногвардейская ЦРБ»	90	70	81,7
ОГБУЗ «Краснояржская ЦРБ»	85	80	83,3
ОГБУЗ «Новооскольская ЦРБ»	75	45	63,3
ОГБУЗ «Прохоровская ЦРБ»	90	85	88,3
ОГБУЗ «Ракитянская ЦРБ»	60	40	53,3
ОГБУЗ «Ровеньская ЦРБ»	75	70	71,7
ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского»	85	60	73,3
ОГБУЗ «Чернянская ЦРБ»	95	60	73,3
ОГБУЗ «Шебекинская ЦРБ»	70	50	56,7
ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ»	80	75	78,3
Итог области	95	40	73,85

В результате исследования было установлено, что уровень посещений ВОП составляет 33,6% от общего числа посещений врачей ПМСП (рис. 3). При этом наблюдается устойчивая динамика снижения посещений по причине заболеваний (на 3,7%) и сокращение посещений пациентов на дому (на 3,8%) (рис. 4). В результате проводимых профилактических мер и увеличения пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, удалось снизить нагрузку на скорую медицинскую помощь региона, добившись уменьшения на 26 686

вызовов с 499 247 до 472 561 и сокращения на 2153 случаев доставки в медицинскую организацию пациента с целью дальнейшего наблюдения.

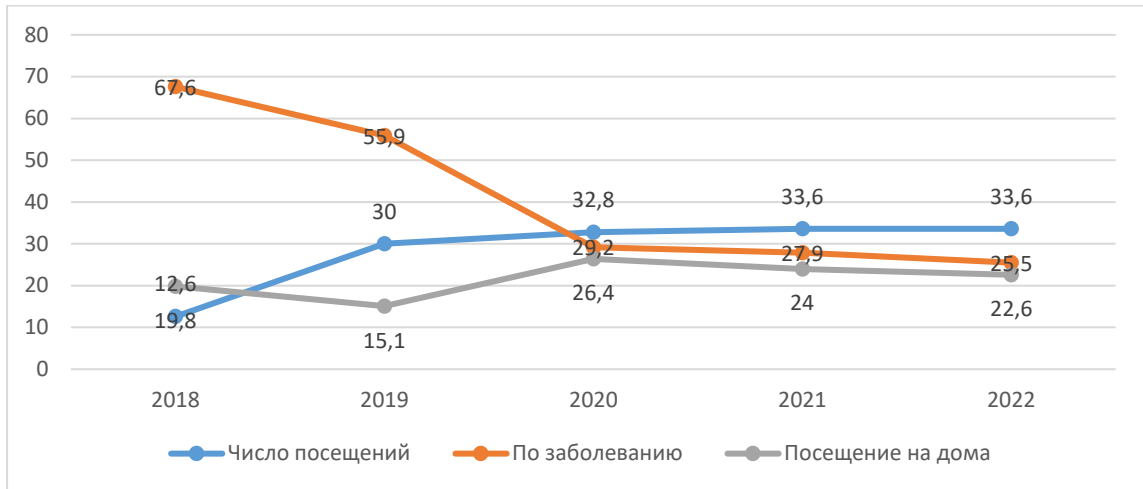


Рисунок 3. Структура обращений к врачу общей практики, %

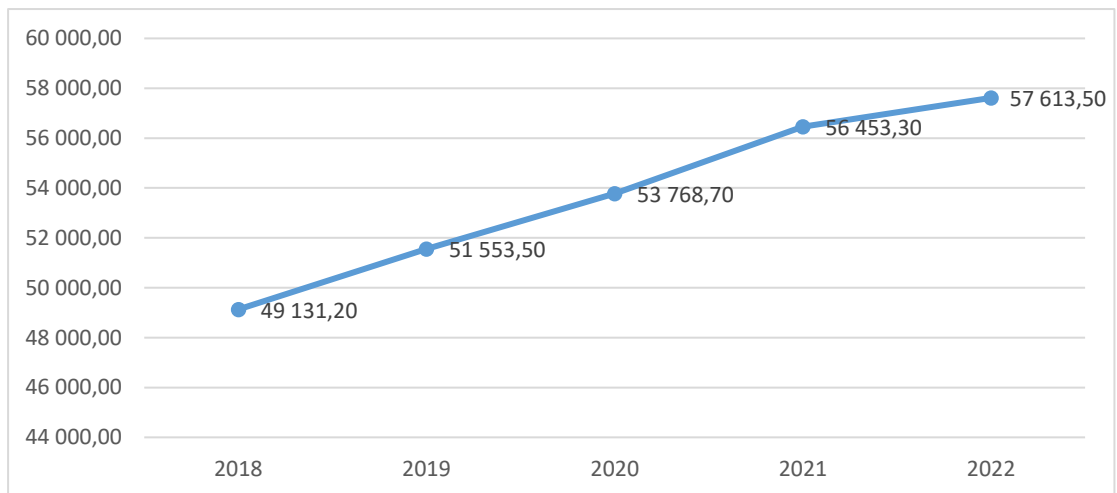


Рисунок 4. Динамика числа пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением (на 100000 человек населения)

Нарушения менструации также имеют положительную динамику с 2018 года, данные тенденции удалось сохранить до 2021 года, но в 2022 году в связи с проведением специальной военной операции, частота расстройств менструации незначительно увеличилась (рис. 5). Тем не менее данный уровень распространённости заболевания находится ниже в 2 раза чем общероссийский.

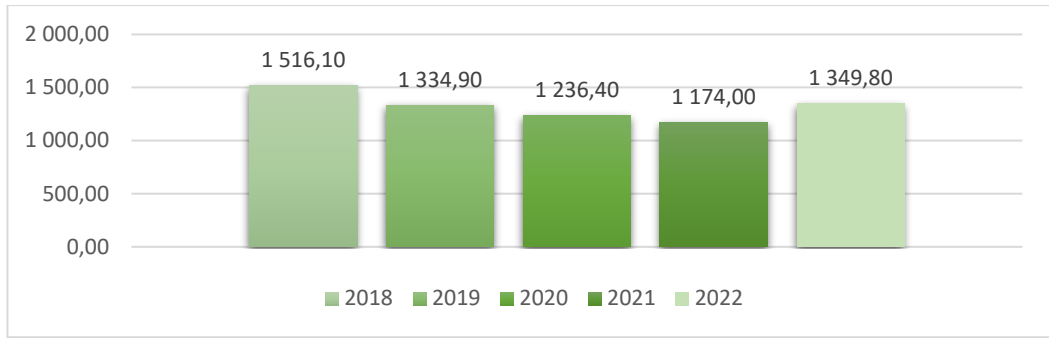


Рисунок 5. Динамика распространенности расстройств менструации (на 100000 женщин)

Частота воспалительных заболеваний маточных труб и яичников также имеет позитивный тренд, снижаясь из года в год на протяжении последних лет (рис. 6). Результатом слаженной работы ВОП в ПМСП и всех заинтересованных структур области является снижение числа абортс на 6,8% в 2023 году в сравнении с 2022 годом (рис. 7).

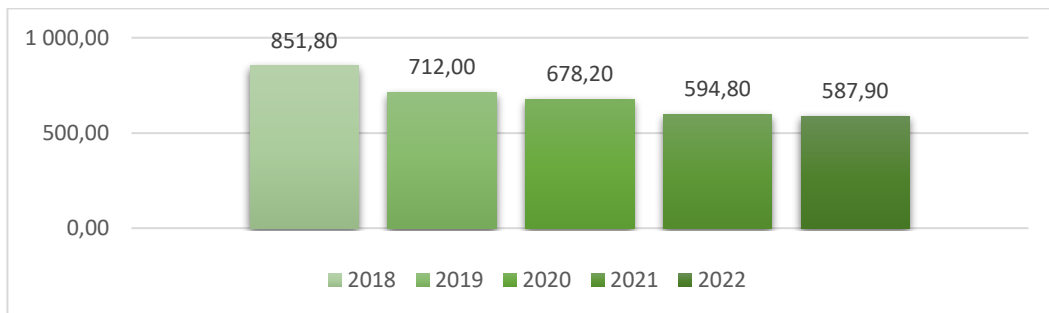


Рисунок 6. Динамика распространенности сальпингита и оофорита (на 100000 женщин)

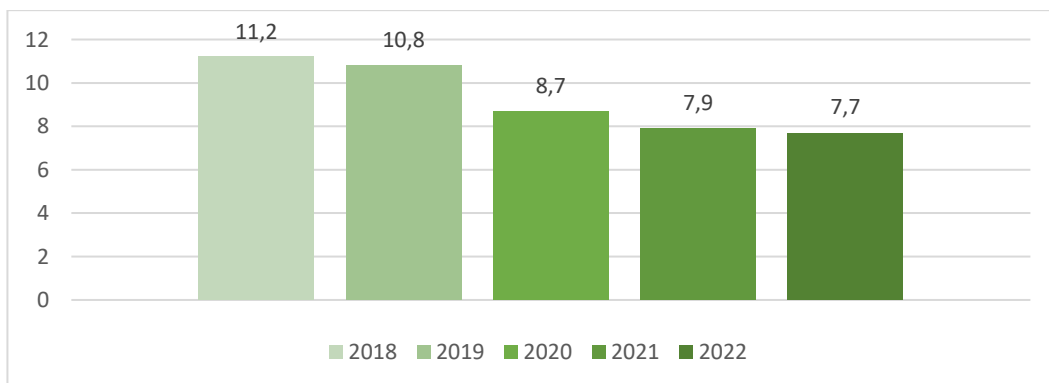


Рисунок 7. Динамика прерываний беременности (на 1000 женщин фертильного возраста)

Выявлено, что по итогу 2022 года в районах с высоким уровнем рождаемости сохранилась средняя динамика деторождений на том же уровне, а в 80% районов с низкой рождаемостью повысить уровень рождаемости.

ВЫВОДЫ

1. Демографическая ситуация в Белгородской области характеризуется отрицательным естественным приростом при выраженном постарении населения: на начало 2021 года 20% жителей находились в возрасте 65 лет и старше, доля женского населения наиболее репродуктивно активного возраста (20–24 года) уменьшилась (с 4,4% в 2020 г. до 4,1% в 2022 г.). При этом выросла доля девушек в возрасте 15–19 лет (с 4,0% в 2020 г. до 4,5% в 2022 г.) и женщин 40–45 лет (с 6,8% в 2020 г. до 7,1% в 2022 г.). Однако рост распространенности женского бесплодия (с 342,30 в 2018 г. до 320,40 в 2022 г.), заболеваний мочеполовой системы (от 10692,90 на 100000 женского населения в 2018 г. до 10137,30 в 2022 г.) и артериальной гипертензии среди беременных (с 59,5 в 2018 до 87,7 в 2022 г.) создаёт риски ухудшения медико-демографической ситуации.

2. Женщины в возрасте 20–25 лет, проживающие в районах с высокой рождаемостью, чаще имеют среднее специальное образование ($45,41 \pm 1,91\%$), являются единственным ребенком в семье ($25,59 \pm 1,68$ против $18,78 \pm 1,59\%$), проживают в городской квартире ($50,89 \pm 1,92$ против $34,76 \pm 1,9\%$), для них характерны более позднее вступление в брак (на срок от 0,28 до 1,21 года в зависимости от района проживания) и отсроченная беременность, среди них многодетность в семье встречается значительно реже ($3,46 \pm 0,74$ против $1,63 \pm 0,49\%$, $p < 0,05$).

Женщины 40–45 лет, проживающие в районах с высокой рождаемостью, чаще имеют высшее образование ($39,93 \pm 1,68\%$), проживают в условиях общежития или городской квартиры (81,4%), имеющаяся квартира в ипотеке ($11,94 \pm 1,11$ против $4,89 \pm 0,75\%$), работают по профилю своей специальности ($53,40\% \pm 1,71$ против $52,22 \pm 1,71\%$, $p < 0,05$), имеют высокий доход (17123,59 \pm 9882,16 руб.), для них характерно вступление в брак (в возрасте $21,76 \pm 3,67$ года) и рождение первенца ($22,95 \pm 3,59$ года) в чуть более старшем возрасте, чем у женщин, проживающих в районах с низкой рождаемостью.

3. Женщины в возрасте 20–25 лет, отметившие положительное влияние мер социальной поддержки семьи, на 36,3% чаще проживали в районах с низкой рождаемостью ($13,01 \pm 1,37$ против $7,25\% \pm 1,00$; $p < 0,05$). В районах с высокой рождаемостью респондентки были лучше информированы о программах получения льготной ипотеки ($1,04 \pm 0,39$ %) или предоставления земельного участка ($0,44 \pm 0,26$ %), в то время как в районах с низкой рождаемостью женщины были лучше осведомлены в вопросах материнского капитала ($33,61 \pm 1,92$ против $26,92 \pm 0,36$ %). Хорошо осведомленных о мерах социальной поддержки при рождении ребенка в два раза больше среди проживающих в районах с низкой рождаемостью ($13,01 \pm 1,37$ против $7,25 \pm 1,00\%$; $p < 0,05$), чем в районах с высокой рождаемостью.

Женщины 20–25 лет, проживающие в районах с низкой рождаемостью, в качестве мер социальной поддержки со стороны государства предпочитают бесплатное образование либо ничего не ожидают ($2,14 \pm 0,19$ и $2,64 \pm 0,65\%$ соответственно; $p < 0,05$), а женщины из районов с высокой рождаемостью желают получить бесплатное жилье или повышение зарплаты ($10,80 \pm 1,19$ и $3,55 \pm 0,71\%$ соответственно; $p < 0,05$).

До 29,0% женщин в возрасте 40–45 лет, проживающих в районах с низкой рождаемостью, хорошо информированы о получении материнского капитала как мере социальной поддержки ($22,37 \pm 1,46$ против $17,33 \pm 1,30\%$), в то время как в районах с высокой рождаемостью лучше информированы о региональных выплатах ($0,59 \pm 0,26$ против $0 \pm 0\%$) и механизмах проведения ЭКО ($2,22 \pm 0,50$ против $0,49 \pm 0,24\%$). Влияние социальных мер оценили как низкое женщины из районов с низким уровнем рождаемости ($59,41 \pm 1,72$ против $51,41 \pm 1,71\%$ в районах с высоким уровнем рождаемости; $p < 0,05$).

4. У женщин 40–45 лет, проживающих в районах с высоким уровнем рождаемости, частота экстрагенитальных заболеваний на 14,8% больше ($48,71 \pm 1,71$ против $42,42 \pm 1,73\%$; $p < 0,05$). Для районов с низким уровнем рождаемости характерно наличие у женщин миомы матки или нескольких заболеваний ($10,76 \pm 1,08$ и $8,56 \pm 0,98$ против $7,96 \pm 0,93$ и $5,04 \pm 0,75\%$; $p < 0,05$), для районов с высоким уровнем рождаемости характерно большее число женщин с гинекологическими заболеваниями ($44,50 \pm 1,70$ против $39,73 \pm 1,71\%$).

5. Повышение компетенции врача общей практики (семейного врача) и координация его деятельности с врачами других специальностей по планированию беременности, проведению прегравидарной подготовки, своевременному выявлению экстрагенитальной патологии и патологии репродуктивной сферы на ранних стадиях, в том числе в неотложной форме, способствовало снижению заболеваемости сальпингитами и оофоритами в 1,2 раза, эндометриозом – в 1,1 раза, эрозией и эктропионом шейки матки – в 1,2 раза, расстройствами менструации – в 1,5 раза; за три года сократилось число прерываний беременности (на 31,25%), абортотворности (с 11,2 до 7,7 на 1000 женщин репродуктивного возраста) и женского бесплодия (на 3,6 %).

6. Благодаря внедрению разработанного комплекса научно обоснованных медико-социальных мероприятий реализован перечень медико-социальных мер в части формирования ответственного родительства, развития родительских компетенций, внедрения эффективных практик поддержки детей и семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации; реализованы мероприятия, направленные на охрану репродуктивного здоровья, функционирование сети центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и мониторинг их деятельности; сформирована семейно-ориентированная среда, повестки многодетности включена в контекст жизни во всех сферах деятельности посредством информационно-просветительской работы; Всё это положительно отразилось на благополучии семей и способствовало улучшению демографической ситуации в регионе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне:

1. Тиражировать опыт разработанного и апробированного комплекса медико-социальных мероприятий для формирования региональных программ по улучшению демографической ситуации в субъектах Российской Федерации.

2. Федеральным университетам, осуществляющим подготовку студентов, ординаторов, организаторов здравоохранения, врачей общей практики (семейный врач), врачей акушеров-гинекологов, врачей неонатологов, внести

дополнение в образовательные программы по подготовке специалистов для профилактической работы с женщинами репродуктивного возраста.

3. Продолжить адаптацию образовательных программ для подготовки специалистов, работающих с женщинами репродуктивного возраста, с целью повышения качества их профессиональной подготовки в области повышения мотивации населения к многодетности и формирования семейно-ориентированной среды.

На уровне субъекта Российской Федерации:

1. Внедрить в деятельность главного внештатного специалиста общей врачебной практики (семейный врач) органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации работу по определению уровня компетенции врачей общей практики в вопросах акушерства и гинекологии.

2. Обеспечить регулярное обучение врачей общей практики на курсах повышения квалификации по профилю акушерства и гинекологии и развивать формы и методы работы врачей общей практики (семейной медицины) при общении с женщинами и семьями, планирующими зачатие ребенка в долгосрочной перспективе, путем использования отчетов главного внештатного специалиста общей врачебной практики (семейный врач) органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Медицинским организациям:

1. Увеличить воздействие и приоритет первичной медицинской помощи, включая функции врача общей практики, при формировании у молодёжи ответственного родительства, развития родительских компетенций.

2. Обеспечить плотное взаимодействие врача общей практики со специалистами женской консультации, профильного отделения, а также с представителями научных учреждений, включая возможность осуществления открытых телемедицинских консультаций с представителями региональных медицинских организаций.

3. Внедрить мотивационное анкетирование всех женщин, обратившихся за медицинской услугой по прерыванию беременности.

4. Сотрудникам медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь беременным, применять речевые модули для создания у женщин положительных установок на рождение детей в ситуации репродуктивного выбора.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

1. Предусмотреть в региональных программах, направленных на увеличение рождаемости, бесплатное улучшение жилищных условий и получение образования перспективным роженицам после второго ребенка.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в изданиях, рекомендуемых ВАК РФ:

1. Атаев, О.Г. Региональные особенности воспроизводства населения в Белгородской области /О.Г. Атаев, В.С. Ступак, С.П. Пахомов //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023; 3: 546-558 (0,812 п.л. – авт. – 0,27 п.л.);
2. Атаев, О.Г. Социально-гигиенические аспекты репродуктивного поведения женщин в возрасте 40—45 лет / О.Г. Атаев, В.С. Ступак, В.И. Стародубов, М.А. Иванова, С.П. Пахомов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024; 32(1): 16-21 (0,375 п.л. – авт. – 0,075 п.л.);
3. Атаев, О.Г. Особенности оказания медицинской помощи женщинам врачами общей практики (семейный врач) в Белгородской области / О.Г. Атаев, В.С. Ступак, В.В. Люцко, С.П. Пахомов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023; 4: 630-646 (1,062 п.л. – авт. – 0,265 п.л.);
4. Атаев, О.Г. Демографическая ситуация в Белгородской области / Атаев О.Г., Журавлева Ю.С., Ступак В.С., Иванова М.А., Пахомов С.П. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024; 32(1): 16-21 (0,375 п.л. – авт. – 0,075 п.л.);
5. Енина Е.Н., Современные тенденции старения населения зарубежных стран: проблемы и перспективы / Е.Н. Енина, В.С. Ступак, О.Г. Атаев, А.В. Попов, Д.В. Ваньков //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2023: 3: 6-9 (0,25 п.л. – авт. – 0,05 п.л.);
6. Енина Е.Н., Нейродегенеративные болезни в условиях глобального старения населения: особенности возраст-ассоциированных заболеваний / Е.Н. Енина, В.С. Ступак, О.Г. Атаев, М.А. Иванова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2023: 4: 12-15 (0,25 п.л. – авт. – 0,062 п.л.);

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОП – врач общей практики (семейный врач)
 МЗ – Министерства здравоохранения
 МО – медицинская организация
 МРВ – младшего репродуктивного возраста
 ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
 РВ – репродуктивный возраст
 РФ – Российская Федерация
 СРВ – старшего репродуктивного возраста
 ЭКО - Экстракорпоральное оплодотворение