

На правах рукописи

**Вахрушева
Юлия Николаевна**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С РАННЕЙ СПОНТАННОЙ
ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Бушмелева Наталия Николаевна

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник отдела
стратегического анализа здравоохранения
ФГБНУ «Национальный научно-
исследовательский
институт общественного здоровья имени
Н.А. Семашко»

Мингазова Эльмира Нурисламовна

Доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии
с курсом перинатологии ФГАОУ ВО
«Российский университет дружбы
народов» Министерства науки и высшего
образования Российской Федерации

Костин Игорь Николаевич

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «20» мая 2022 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 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/Vakhrusheva_text.pdf

Автореферат разослан « _____ » _____ 2022 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. С каждым годом демографическая обстановка в России становится все более неблагоприятной. В Послании Федеральному Собранию 15 января 2020 года Президент России Владимир Путин отметил, что страна проходит «сложный, очень сложный демографический период». По словам президента, «демография – это сфера, где нет какого-то универсального, тем более узковедомственного решения. Каждый наш шаг, новый закон, государственную программу мы должны оценивать, прежде всего, с точки зрения высшего национального приоритета – сбережения и приумножения народа России». Важной особенностью процессов воспроизводства населения страны в настоящее время является сохраняющийся высокий уровень репродуктивных потерь, которые представляют собой невосполнимую утрату жизненного потенциала всей популяции. Невыношенные беременности, а значит, нерожденные дети, наряду с умершими младенцами являются безвозвратной потерей человеческого капитала, что делает проблему разработки комплексных мероприятий по их снижению особенно актуальной на данном этапе (Стародубов В.И., Суханова Л.П., 2012; Цыбульская И.С., 2013; Сухих Г.Т., 2014; Бушмелева Н.Н., 2015).

Степень разработанности темы исследования. Важность и необходимость разрешения вопроса самопроизвольных аборт обусловлены неудовлетворительными медико-демографическими показателями и описаны учеными разных специальностей (Величковский Б.Т., 2009, Демидович И.А., 2018, Рыбаковский Л.Л., Хасаев Г.Р., 2015, Халтурина Д.А., 2012).

Оценивая невынашивание беременности как основную причину репродуктивных потерь и главный резерв повышения рождаемости сегодня (Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г., 2012), надо отметить, что благоприятная динамика общего числа аборт – снижение их (в том числе из-за неполной регистрации искусственных коммерческих аборт) скрывает неблагополучие с самопроизвольными прерываниями беременности, выявляемое лишь при дифференцированном анализе аборт. Рост показателя ранних самопроизвольных аборт за последние годы требует исследования данной проблемы организаторами здравоохранения (Ведищев С.И. и соавт., 2013, Радзинский В.Е., 2014, Сидельникова В.М., 2002, Тетруашвили Н.К., Агаджанова А.А., 2012, Check J.H., 2010, Zeisel, S.H., 2013).

Несмотря на активное изучение этиологии и патогенеза репродуктивных потерь, диагностики и лечения самопроизвольных прерываний беременности, их распространенность не имеет тенденции к снижению (Thorstensen К.А., 2000, Баранов А.А. и соавт., 2010, Сидельникова В.М., Сухих Г.Т., 2010, Тетруашвили Н.К. и соавт., 2015, Волков А.Н. и соавт., 2017, Лапштаева А.В. и соавт., 2018, Львова А.В., 2018, Захаров А.А. и соавт., 2019).

Ряд авторов занимаются изучением конкретной формы невынашивания беременности (эктопической беременности, несостоявшегося, неуточненного или самопроизвольного выкидышей). Некоторые из них предлагают пути совершенствования организации отдельных элементов системы охраны материнства и детства в стране и регионах (Баранов А.А. и соавт., 2010, Дьяченко Т.С. и соавт., 2017, Стародубов В.И. и соавт., 2009, Сухих Г.Т., Адамян Л.В., 2012, Вартамян Э.А. и соавт., 2018, Коротченко О.Е., 2019, Проданчук Е.Г., 2010).

Учитывая вышесказанное, поиск причин недостаточной результативности управления профилактикой потерь беременности в раннем сроке, разработка эффективных мер, предлагаемых в целях совершенствования управления ими, являются важнейшей проблемой в здравоохранении, что подчеркивает актуальность выбранной темы данного диссертационного исследования.

Цель – научное обоснование мероприятий по снижению ранних спонтанных потерь беременности на основании комплексного социально-гигиенического исследования.

Для достижения цели исследования поставлен ряд **задач**:

1. Изучить тенденции и особенности демографической ситуации, здоровья населения и распространенности ранних спонтанных потерь беременности в Удмуртской Республике в сопоставлении с Россией и Приволжским федеральным округом за период 2012-2018 гг.

2. Оценить медико-социальные характеристики женщин с ранними спонтанными потерями беременности, причины и факторы, приводящие к ее прерыванию.

3. Провести анализ организации, качества и безопасности медицинской помощи женщинам с ранней спонтанной потерей беременности.

4. Разработать и внедрить модель оптимизации организационных мероприятий по снижению ранних спонтанных потерь беременности на уровне региона.

Научная новизна. В результате исследования впервые применительно к региональному здравоохранению:

— установлен характер и определены особенности демографической ситуации и здоровья населения в Удмуртской Республике в сопоставлении с Россией и Приволжским федеральным округом за период 2012-2018 гг.;

— показаны особенности состояния соматического и репродуктивного здоровья женщин Удмуртской Республики, а также основные тенденции показателей ранних спонтанных репродуктивных потерь в регионе в сравнении с Россией и Приволжским федеральным округом за период 2012-2018 гг.;

— дана оценка медико-социальной характеристике женщин с ранней спонтанной потерей беременности;

— выявлены медико-социальные факторы риска самопроизвольных прерываний беременности на ранних сроках;

- проведен причинно-факторный анализ ранних спонтанных репродуктивных потерь на уровне региона;
- научно обоснован комплекс мероприятий, направленных на предупреждение ранних репродуктивных потерь;
- разработана модель оптимизации организационных мероприятий по снижению ранних спонтанных потерь беременности на уровне региона.

Научно-практическая значимость исследования заключается в том, что на основе полученных результатов разработана модель организационных мероприятий по оптимизации медицинской помощи женщинам с ранними самопроизвольными потерями беременности, включающая: введение в практическое здравоохранение разработанных на основании результатов проведенного исследования распоряжений Минздрава Удмуртской Республики по организации медицинской помощи женщинам и детям, направленных на снижение репродуктивных потерь; разработку и внедрение оптимальной системы документооборота всех уровней, оптимизацию механизма внутренней и внешней экспертизы качества оказания медицинской помощи при ранней спонтанной потере беременности с использованием разработанных карт экспертной оценки; подготовку медицинских кадров по разработанной и апробированной дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья детского и подросткового возраста» для специалистов с высшим профессиональным образованием по специальностям «акушерство и гинекология», «педиатрия», «урология», «терапия», «хирургия», «врач общей практики».

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования использованы при подготовке Распоряжений Минздрава Удмуртской Республики:

- от 26.10.2018 г. №1301 о проведении экспертизы качества оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология без вспомогательных репродуктивных технологий» и диспансерного наблюдения женщин фертильного возраста;
- от 21.01.2021 г. №23, от 22.01.2021 г. №42, которое направлено на повышение качества оказания медицинской помощи женщинам и диспансерного наблюдения женщин фертильного возраста.

Модель оптимизации медицинской помощи женщинам с ранней спонтанной потерей беременности внедрена в Удмуртской Республике (акт внедрения от 30.03.2021 г.).

Результаты исследования используются в учебном процессе на кафедрах акушерства и гинекологии, детских болезней, терапии, общественного здоровья и здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, что подтверждено актом внедрения. На основании материалов диссертации было подготовлено 2 информационных письма.

Личный вклад автора. Автором поставлены цель и задачи, составлена программа и проработан подробный план проведения научного исследования (90%), проведены аналитический обзор доступной литературы по изучаемой теме (100%), проведено социологическое исследование и экспертная оценка качества медицинской помощи, а также статистическая обработка собранного материала (90%), анализ и интерпретация полученных результатов (90%), подготовлены материалы к их публикации (90%). Анализ и обобщение полученных данных, их теоретическое осмысление, формулировка выводов и практических рекомендаций также проведены с непосредственным участием автора (90%).

Апробация. Основные положения исследования доложены, обсуждены и одобрены на межрегиональной межвузовской НПК молодых ученых и студентов «Современные аспекты медицины и биологии» (Ижевск, 2017, 2018 гг.); межрегиональной НПК «Здоровье женщины – здоровье будущего поколения» (Ижевск, 2017-2020 гг.); межрегиональном научно-практическом форуме «Здоровье семьи – будущее России» (Ижевск, 2019 г.); на республиканских конференциях ассоциации акушеров-гинекологов Удмуртской Республики (Ижевск, 2017-2020 гг.); на заседаниях координационных советов акушеров-гинекологов Удмуртской Республики (Ижевск, 2017-2020 гг.); на Международном конгрессе с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» (Москва, 2018г.); на XIII Международном конгрессе по репродуктивной медицине» (Москва, 2019 г.); на Всероссийской НПК «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее», посвященной 30-летию создания ЦНИИ ОИЗ, с международным участием (Москва, 2019 г.); на Международной НПК «Актуальные вопросы современного медицинского образования» (Ижевск, 2020 г.); на межрегиональной НПК акушеров-гинекологов ПФО «Нижегородские чтения» (Нижний Новгород, 2020 г.); на совместном заседании кафедр общественного здоровья и здравоохранения, общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП и кафедр акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (Ижевск, 2020 г., 2021 г.).

Положения, выносимые на защиту:

1. Распространенность ранних спонтанных потерь беременности на фоне ухудшения соматического и репродуктивного здоровья жителей Удмуртской Республики, как и в Приволжском федеральном округе и России в целом, усугубляет демографический кризис, наряду со снижением численности населения за счет не только ежегодного миграционного оттока, но и естественной убыли населения.

2. Медико-социальная характеристика женщин с ранней спонтанной потерей беременности, выявленные причины и факторы, приводящие к ее прерыванию, подтверждают необходимость оптимизации медицинской помощи женщинам по снижению самопроизвольных потерь беременности на ранних сроках.

3. Разработанная методика выявления основных групп проблем ранних репродуктивных потерь на региональном, территориальном и персональном уровнях направлена на повышение эффективности управления профилактикой ранних спонтанных потерь беременности.

4. Научно обоснованная модель оптимизации организации медицинской помощи женщинам с ранней спонтанной потерей беременности через воздействие на управляемые факторы обеспечивает снижение уровня репродуктивных потерь на ранних сроках на всех иерархических уровнях в регионе.

Публикации. По теме диссертационной работы опубликовано 11 научных работ, в том числе 3 – в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации.

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 209 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы (включает 251 источник, среди которых 200 отечественных, 51 иностранный) и приложений. Работа иллюстрирована 26 таблицами, 17 рисунками, 1 схемой.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность исследования, сформулированы цель, задачи, научная новизна, практическая значимость, основные положения, выносимые на защиту, данные об апробации результатов исследования и личном вкладе автора.

В **первой главе** по данным обзора отечественных и зарубежных литературных источников изложены современные представления о значимости ранних спонтанных потерь беременности в разрезе демографической ситуации, этиопатогенетическом аспекте потерь беременности на раннем сроке, отражены особенности организации медицинской помощи женщинам с ранней спонтанной потерей беременности на современном этапе. Сделан вывод о недостаточном изучении проблемы ранних репродуктивных потерь и необходимости рассматривать их в качестве безусловного резерва повышения рождаемости, а также о недостаточном освещении вопросов оценки эффективности управления службой родовспоможения по их снижению.

Во **второй главе** представлены методика, программа, организация и база исследования. Базой исследования явилась Удмуртская Республика – государственные медицинские организации (МО), подведомственные Минздраву Удмуртской Республики (УР). Исследование проводилось с 2012 по 2020 гг. в четыре этапа.

Программа исследования представлена в таблице 1.

Предмет исследования – ранние репродуктивные потери и организация деятельности службы охраны материнства и детства по их профилактике.

Таблица 1 – Этапы, методы и объемы исследования, источники информации

№	Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации и их объем
1.	Анализ данных литературы отечественных и зарубежных авторов, нормативно-правовых документов	Аналитический Библиографический	— 251 источник, в том числе 200 отечественных и 51 иностранный; — 6 нормативно-правовых документов
2.	Анализ особенностей демографической ситуации, здоровья населения и распространенности ранних спонтанных потерь беременности в Удмуртской Республике в сопоставлении с Россией и Приволжским федеральным округом за период 2012-2018 гг.	Статистический	— формы ФГСН №12, №13; №14, №16-ВН, №32 в РФ, ПФО и УР 2012-2018 гг.; — дополнительные схемы информационного обеспечения (по специально разработанной форме отчета, утвержденной МЗ УР (210); — статистические карты вышедшего из стационара (15201 ед.)
3.	3.1. Анкетирование женщин с ранними спонтанными репродуктивными потерями (основная группа) и с благоприятным исходом беременности (контрольная группа)	Социологический Аналитический Статистический	— анонимные анкеты медико-социальной характеристики женщин, обратившихся в лечебное учреждение по поводу ранней потери беременности (1195 единиц), и женщин с благоприятным исходом беременности и отсутствием ранних репродуктивных потерь в анамнезе (477 единиц)
	3.2. Оценка системы организации медицинской помощи женщинам с ранней спонтанной потерей беременности в Удмуртской Республике на этапах оказания амбулаторной и стационарной помощи	Статистический Аналитический Экспертных оценок	— формы Федерального государственного статистического наблюдения №14, №30, №32, №47 в РФ, ПФО и УР 2012-2018 гг.; — медицинская карта больного, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма №025/у — 200 единиц); — статистические карты вышедшего из стационара (с кодом диагноза в системе МКБ-10 О00-О06) (форма 066/у-02) за 2012-2018 гг.
	3.3. Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи женщине и выявление дефектов в случае ранней спонтанной потери беременности	Статистический Аналитический Экспертных оценок	— карта экспертной оценки качества медицинской помощи женщине в случае ранней спонтанной потерей беременности (560 единиц)
4.	Разработка модели оптимизации организационных мероприятий по снижению ранних спонтанных потерь беременности на уровне региона	Организационный эксперимент Моделирование	Методические материалы и информационные письма

Объект исследования – женщины с ранней спонтанной потерей беременности, проживающие на территории Удмуртской Республики в период проведения исследования; специалисты здравоохранения на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях, работающие по профилю «акушерство и гинекология».

Методы исследования – теоретические (библиографический как метод анализа, синтеза, обобщения, сравнения доступных литературных данных, метод постановки проблем и построения гипотез, метод статистического анализа) и эмпирические (анкетный опрос как метод социологического исследования, экспертная оценка, системный анализ и моделирование).

Для выявления факторов риска ранних самопроизвольных прерываний беременности проводился анкетный опрос женщин репродуктивного возраста, имеющих в анамнезе самопроизвольные потери беременности на сроках до 12 недель (основная группа), и женщин с благополучным течением и исходом беременности и родов в анамнезе (контрольная группа).

Связь между вероятными факторами риска и результативными признаками изучалась с использованием методов корреляционного анализа (Закс Л., 1976). Полученные в результате исследования данные были подвергнуты статистической обработке с использованием 13 версии программы STATISTICA от StatSoft (серийный номер JPZ807I452917ARCN20ACD-9), установленной на персональном компьютере с операционной системой Microsoft Windows 10.

Для оценки ситуации и результативности проведенных мер использованы:

— формы Федерального государственного статистического наблюдения (ФГСН) №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», №14 «Сведения о деятельности стационара», №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», №13 «Сведения о прерывании беременности», №16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности», №30 «Сведения о медицинских организациях», №47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» по Удмуртской Республике, Российской Федерации (РФ) и Приволжскому федеральному округу (ПФО) за 2012-2018 гг.;

— форма 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара» (с кодом диагноза по МКБ-10 O00-O06) за 2012-2018 гг.;

— анонимные анкеты медико-социальной характеристики женщин, закончивших беременность потерей её в раннем сроке;

— карты экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщине в случае ранней спонтанной потери беременности.

Медико-демографические показатели и их нозологическая структура изучены по статистическим справочникам за периоды 2012-2018 гг.:

— «Медико-демографические показатели» по Удмуртской Республике, Российской Федерации, Приволжскому федеральному округу за 2012-2018 гг.;

— Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации за 2012-2018 гг.

В третьей главе представлены динамика воспроизводства населения, состояние соматического и репродуктивного здоровья женщин и уровни ранних спонтанных репродуктивных потерь в Удмуртской Республике, Российской Федерации и Приволжском федеральном округе.

За годы исследования установлено снижение численности населения УР за счет естественной убыли населения (выраженное падение естественного прироста с 2,4 на 1000 человек в 2012 г. до -1,1 на 1000 человек в 2018 г., при снижении в РФ с 0,0 до -1,6 и в ПФО – с -0,7 до -2,7) и ежегодного миграционного оттока (2012 г. – 27 на 10 000 человек, 2018 г. – 26,47), что, наряду со снижением общего коэффициента рождаемости, усугубляет демографический кризис. Наблюдается снижение рождаемости в молодом и активном репродуктивном возрасте: до 19 лет – на 56,4%, среди женщин 20-24 лет – на 29,9% (при снижении в РФ на 14,1%), 25-29 лет – на 12,8%, 30-34 лет – на 6,2% (при увеличении данного показателя в России на 2,4%) и увеличение рождаемости среди женщин 40 лет и старше (в группах 40-44 лет – на 8,1%, 45-49 лет – на 66,6%). В течение жизни происходит накопление соматической и экстрагенитальной патологии, степени их тяжести, что ухудшает благоприятный исход каждой беременности, особенно у женщин старших возрастных групп. Динамика повозрастной рождаемости и структуры кратности родов далеки от норм воспроизводства населения. Суммарный коэффициент рождаемости в УР снизился более выражено – на 17,7% (с 1,98 в 2012 г. до 1,63 в 2018 г.), чем в РФ (-6,5%) и ПФО (-9,3%). Количество внебрачных рождений несколько сократилось, однако данный показатель к 2018 г. оставался на уровне 22,1% от общего числа родившихся в республике детей, что превышает аналогичный показатель по РФ и ПФО.

Население республики относится к демографически «старому» (доля лиц старше трудоспособного возраста составляет 24,8%), что обостряет проблему воспроизводства и усугубляет неблагоприятный прогноз демографической ситуации на ближайшую и отдаленную перспективу. Общее число беременностей на 1000 женщин фертильного возраста снизилось почти на 40,0% – с 95,3 в 2012 г. до 68,6 в 2018 г. Доля прерываний беременности в структуре всех зарегистрированных беременностей в УР стабильно составляет одну треть, что также оказывает негативное влияние на прогноз воспроизводства населения.

Отрицательная динамика показателей воспроизводства населения УР в течение исследования соответствует росту на 5,0% общей заболеваемости населения всех возрастных группах, высокому уровню показателей общей заболеваемости детей до 14 лет (в УР они превышают средние по стране практически на 20,0%, по ПФО – на 10,0%).

В республике зарегистрировано также снижение репродуктивного потенциала населения. Так, частота нарушений менструальной функции у девочек в возрасте 15-17 лет на момент исследования в Удмуртии встречается на 34,2% чаще, чем по России, заболеваемость подростков сальпингитом и оофоритом – на 71,6%, чем в РФ, и на 47,3% – по ПФО, что предопределяет более высокий уровень репродуктивной патологии в последующие годы. Как следствие более высокой заболеваемости детей 15-17 лет, особенно девочек, в период подростковой беременности в УР в 2 раза чаще развиваются осложнения по сравнению с РФ и ПФО.

Несмотря на то, что заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, всего населения в УР имеет стойкую тенденцию к снижению, показатель все еще выше среднероссийского и по ПФО. По данным ФГСН в 2018 г. заболеваемость этими нозологиями в УР была выше, чем в РФ и ПФО в 1,5-2,9 раза, особенно у детей 15-17 лет (заболеваемость сифилисом выше в 7,8 раза). Заболеваемость хламидийной инфекцией в 2018 г. у женщин Удмуртской Республики зарегистрировалась на уровне 98,5 на 100 тыс. женщин, что в 3,3 раза выше российского значения и в 2,6 выше показателя по ПФО (29,8 и 37,2 соответственно).

Регистрируется превышение в 2,1 раза заболеваемости женщин УР при беременности, родах и послеродовом периоде по сравнению с РФ (заболеваемость болезнями мочеполовой системы в УР превысила среднероссийские показатели в 2,7 раза, болезнями системы кровообращения – в 2,5 раза). Высокий уровень соматических заболеваний у беременных располагает к развитию различных осложнений беременности и родов, приводя к неблагоприятным перинатальным исходам, что подтверждается стабильно высокой частотой угрозы прерывания беременности в УР по сравнению с показателями в РФ и ПФО (выше в 1,6 раза).

Важной репродуктивной проблемой как в России в целом, так и в Удмуртской Республике являются аборт, количество которых на 1000 женщин фертильного возраста в динамике с 2012 по 2018 годы хотя и уменьшилось, однако остается выше такового по ПФО и Российской Федерации. Выявлено значительное снижение доли медицинских (легальных) абортов за 2012-2018 гг.: с 78,% до 63,3% по УР и с 68,9% до 51,9% по РФ (на 20,7% и 24,7%, соответственно).

В общей структуре абортов по УР доли самопроизвольных прерываний в период с 2012 по 2014 гг. возросла на 26,9%. Затем, в 2015 г., доля снизилась до 8,6% от всех абортов, в 2016 – до 4,5%, в 2018 г. – до 3,8%. За 2014-2018 гг. показатель уменьшился на 67,8% (рисунок 1). Аналогичная ситуация складывается и по РФ, однако показатель самопроизвольных прерываний в структуре абортов в целом выше такового по УР.

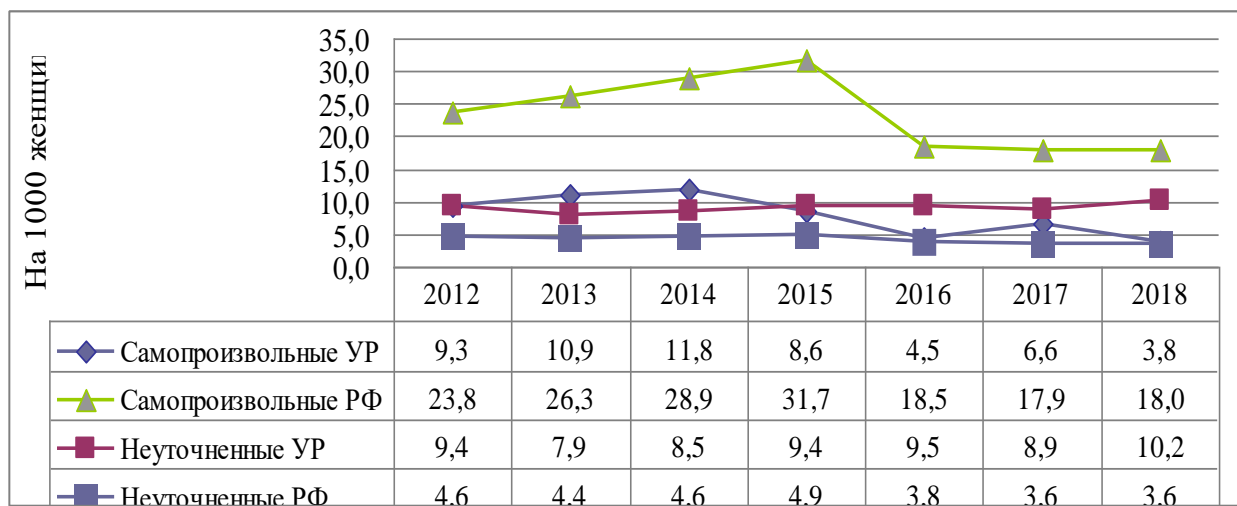


Рисунок 1. Динамика доли самопроизвольных и неуточненных аборт в общей структуре абортов УР и РФ за 2012-2018 гг. (%)

Доля неуточненных абортов в общей структуре абортов за это время начинает расти (на 29,1%), достигая максимального значения в 2018 году. Данный показатель по УР превышает аналогичный по РФ, где за период исследования произошло уменьшение показателя на 21,7%: в 2,0 и 2,8 раза в 2012 и 2018 гг., соответственно (рисунок 1). Неоднозначная динамика частоты самопроизвольных и неуточненных абортов за время исследования может объясняться погрешностями в регистрации данных показателей в виде неполных отчетов коммерческих медицинских организаций, а также благодаря неверной формулировке диагноза и шифра МКБ-10.

Результаты исследования подтвердили, что доля ранних спонтанных потерь беременности в общей структуре гинекологической патологии, явившейся показанием для стационарного лечения в гинекологических отделениях, составляет более четверти от всей генитальной патологии.

Четвертая глава посвящена оценке медико-социальных факторов и причинно-факторному анализу потерь беременности на раннем сроке, определению информативной значимости показателей здоровья населения и их роли в формировании уровня ранних спонтанных потерь беременности.

В результате исследования были выявлены основные медико-социальные факторы, определяющие ранние спонтанные репродуктивные потери в УР, которые при разработке плана мероприятий по оптимизации медицинской помощи распределены согласно трем общепризнанным группам факторов риска. В первую группу вошли социально-экономические факторы риска ранних репродуктивных потерь: образование, социальный статус, место работы, профессиональные вредности, место проживания, семейное положение, уровень ежемесячного дохода. Вторая группа представлена медико-биологическими факторами: возраст, индекс массы тела, наличие вредных привычек, соматической патологии и заболеваний репродуктивной системы, возраст начала половой жизни, метод используемой

контрацепции, степень реализации репродуктивной функции, наличие ранних спонтанных репродуктивных потерь.

В третью группу вошли медико-организационные факторы риска: своевременность и объем медицинской помощи женщинам при обращении их по поводу беременности на амбулаторном и стационарных этапах.

Установлено, что низкий уровень ежемесячного дохода в семье был одним из самых сильных факторов риска ранних спонтанных репродуктивных потерь ($r=0,96$; $t=5,94$; $\chi^2=10,14$; $p<0,05$). Установлена прямая корреляционная связь с наличием средне-специального образования ($r=0,78$; $t=5,22$; $\chi^2=10,12$; $p<0,05$), с другими формами образования статистически значимой связи не выявлено. Повторный (второй) брак также оказывал влияние средней силы на уровень репродуктивных потерь ($r=0,52$; $t=4,72$; $\chi^2=14,36$; $p<0,05$). Наличие профессиональных вредностей и социальный статус не имели значимой корреляционной связи с ранними спонтанными потерями беременности.

Вторая и третья группы факторов риска представляют особый интерес, так как именно их модификация играет основную роль в регулировании репродуктивных потерь. Среди медико-биологических факторов наибольшее влияние на возникновение ранних спонтанных репродуктивных потерь имели: возраст женщин ($r=0,92$; $t=4,66$; $\chi^2=14,24$; $p<0,05$), наличие болезней сердечно-сосудистой системы ($r=0,89$; $t=4,44$; $\chi^2=8,42$; $p<0,05$), а также искусственные аборты в анамнезе ($r=0,86$; $t=6,40$; $\chi^2=8,22$; $p<0,05$). У женщин старшего репродуктивного возраста (старше 35 лет) существенно увеличивается вероятность невынашивания беременности.

Меньшее влияние оказывают раннее начало половой жизни в возрасте с 14 до 17 лет ($r=0,74$; $t=4,36$; $\chi^2=4,58$; $p<0,05$), наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем, ($r=0,67$; $t=3,28$; $\chi^2=20,20$; $p<0,05$), заболевания мочевыделительной системы ($r=0,64$; $t=4,22$; $\chi^2=14,12$; $p<0,05$). Однако, несмотря на небольшую корреляционную связь вредных привычек у самой женщины ($r=0,36$; $t=7,82$; $\chi^2=22,14$; $p<0,05$) и ее партнера ($r=0,18$; $t=2,51$; $\chi^2=12,12$; $p<0,05$), на данный факт необходимо обращать внимание при организации профилактической работы, так как наличие вредных привычек приводит к развитию хронических болезней системы кровообращения и дыхательной системы, снижая индекс здоровья семейной пары.

Избыточная масса тела имеет корреляционную связь с репродуктивными потерями средней степени значимости ($r=0,64$; $t=5,82$; $\chi^2=24,22$; $p<0,05$). Наличие в анамнезе различных заболеваний репродуктивной системы слабо коррелирует с невынашиванием ($r=0,14$; $t=3,82$; $\chi^2=16,44$; $p<0,05$), что может быть обусловлено неправильной интерпретацией женщинами своего гинекологического статуса.

В группе медико-организационных факторов выявлено наиболее сильное влияние недостаточного информирования женщин о прегравидарной подготовке со стороны медицинских работников ($r=0,96$; $t=4,82$; $\chi^2=2,42$; $p<0,05$), отсутствия дополнительных обследований для выяснения возможных причин невынашивания

($r=0,85$; $t=2,98$; $\chi^2=2,46$; $p<0,05$) и реабилитационных мероприятий после потерь беременности ($r=0,82$; $t=3,74$; $\chi^2=5,94$; $p<0,05$). Отсутствие подготовки к беременности и родам имело связь с невынашиванием средней степени ($r=0,46$; $t=2,75$; $\chi^2=12,41$; $p<0,05$). Наличие у опрошенных эпизодов обращений в медицинскую организацию по поводу симптомов угрозы прерывания беременности выявило их зависимость с репродуктивными потерями средней силы ($r=0,42$; $t=3,78$; $\chi^2=12,94$; $p<0,05$). Информированность пациентки о необходимости обследования после случая невынашивания ее самой ($r=0,14$; $t=2,87$; $\chi^2=2,12$; $p<0,05$) или ее супруга/партнера ($r=0,18$; $t=3,15$; $\chi^2=2,36$; $p<0,05$) имели слабую корреляционную связь с репродуктивными потерями, хотя данный аспект на практике имеет огромное значение для предупреждения повторных случаев невынашивания беременности.

Таким образом, организационные меры практически не влияют на социально-экономические факторы, в то время как на большинство выявленных факторов второй и третьей групп влияние на снижение ранних спонтанных репродуктивных потерь путем проведения комплекса организационных мероприятий возможно.

Для определения направлений оптимизации медицинской помощи женщинам с ранней спонтанной потерей беременности сформирована группа экспертов из числа высококвалифицированных специалистов акушерско-гинекологической службы республики, разработан перечень показателей здоровья, определены коэффициенты корреляции и оценена сила влияния индикаторов на показатели ранних репродуктивных потерь.

Так, среди общих показателей здоровья детей 0-14 лет наибольшее влияние имели врожденные аномалии системы кровообращения ($r=0,913$; $t=4,25$, $p<0,05$) и анемия ($r=0,892$; $t=3,83$, $p<0,05$), нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния ($r=0,816$; $t=3,00$, $p<0,05$) (таблица 2).

Установлена корреляционная зависимость состояния здоровья подростков 15-17 лет и установлена прямая связь средней силы с анемией этого возраста ($r=0,792$; $t=2,84$, $p<0,05$), нарушениями свертываемости крови, пурпурой и другими геморрагическими состояниями ($r=0,679$; $t=2,36$, $p<0,05$), болезнями системы кровообращения ($r=0,516$; $t=2,02$, $p<0,05$), эссенциальной гипертензией ($r=0,695$; $t=2,41$, $p<0,05$). В репродуктивном здоровье девочек возраста 15-17 лет средней степени сила определена между сальпингитом и самопроизвольным прерыванием беременности на раннем сроке ($r=0,780$; $t=2,77$, $p<0,05$) (таблица 2).

Установлено, что общая заболеваемость всего населения имеет прямую сильную корреляционную связь с уровнем ранних спонтанных потерь беременности ($r=0,913$; $t=4,25$, $p<0,01$), болезнями системы кровообращения лиц старше 18 лет ($r=0,952$; $t=5,66$, $p<0,05$), анемиями ($r=0,819$; $t=3,02$, $p<0,05$), болезнями мочеполовой системы ($r=0,946$; $t=5,34$, $p<0,05$), болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением ($r=0,959$; $t=6,11$, $p<0,05$), эссенциальной гипертензией ($r=0,940$; $t=5,08$, $p<0,05$) (таблица 3).

Таблица 2 – Информативная значимость показателей здоровья детского населения в формировании ранних спонтанных потерь беременности

Показатель здоровья детского населения	Корреляционная связь, ее сила
Врожденные аномалии системы кровообращения у детей 0-14 л.	$r=0,913$; $t=4,25$, $p<0,05$
Анемия у детей 0-14 лет	$r=0,892$; $t=3,83$, $p<0,05$
Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния у детей 0-14 лет	$r=0,816$; $t=3,00$, $p<0,05$
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, у детей до 14 лет	$r=0,712$; $t=2,47$, $p<0,05$
Эссенциальная гипертензия у детей 0-14 лет	$r=0,705$; $t=2,44$, $p<0,05$
Сахарный диабет 2 типа у детей 0-14 лет	$r=0,780$; $t=2,77$, $p<0,05$
Ожирение детей 0-14 лет	$r=0,755$; $t=2,63$, $p<0,05$
Системные поражения соединительной ткани у детей 0-14 лет	$r=0,866$; $t=3,46$, $p<0,05$
Расстройство менструальной функции у девочек 0-14 лет	$r=0,522$; $t=2,03$, $p<0,05$
Заболеваемость сальпингитом среди девочек 15-17 лет	$r=0,780$; $t=2,77$, $p<0,05$
Анемия у детей 15-17 лет	$r=0,792$; $t=2,84$, $p<0,05$
Эссенциальная гипертензия у детей 15-17 лет	$r=0,695$; $t=2,41$, $p<0,05$
Нарушениями свертываемости крови, пурпурой и другими геморрагическими состояниями у детей 15-17 лет	$r=0,679$; $t=2,36$, $p<0,05$
Болезни системы кровообращения у детей 15-17 лет	$r=0,516$; $t=2,02$, $p<0,05$

Между показателями здоровья женщин репродуктивного возраста в период беременности и ранними спонтанными потерями беременности прямая сильная связь выявлена с воспалительными болезнями тазовых органов ($r=0,985$; $t=10,04$, $p<0,01$), расстройствами менструальной функции ($r=0,831$; $t=3,11$, $p<0,05$) (таблица 3). Установлена обратная сильная связь потерь беременности на ранних сроках с эндометриозом ($r=0,916$; $t=4,32$, $p<0,05$), что логично, так как эта патология чаще бывает причиной бесплодия. Ранние спонтанные потери беременности имеют прямую тесную связь с частотой заболеваний беременных (на 100 закончивших беременность) ($r=0,853$; $t=3,32$, $p<0,05$), средней степени с частотой венозных заболеваний во время беременности ($r=0,669$; $t=2,22$, $p<0,05$), частотой заболеваний беременных болезнями системы кровообращения ($r=0,626$; $t=2,22$, $p<0,05$), заболеваниями мочеполовой системы ($r=0,500$; $t=2,00$, $p<0,05$) и анемией беременных ($r=0,458$; $t=1,95$, $p<0,05$).

Наибольшую силу среди показателей репродуктивных потерь, как индикатор, оказывает влияние уровень абортa (на 1000 женщин фертильного возраста) ($r=0,904$; $t=4,05$, $p<0,01$), а также влияние доли абортa у первобеременных среди всех прерываний беременности ($r=0,849$; $t=3,28$, $p<0,01$).

Таблица 3 – Информативная значимость показателей соматического здоровья взрослого населения в формировании ранних спонтанных потерь беременности

Показатель здоровья взрослого населения	Корреляционная связь и ее сила
Общая заболеваемость всего населения	$r=0,913$; $t=4,25$, $p<0,01$
Общая заболеваемость взрослого населения старше 18 лет	$r=0,893$; $t=3,85$, $p<0,05$
Заболеваемость болезнями системы кровообращения населения старше 18 лет	$r=0,952$; $t=5,66$, $p<0,05$
Анемии у взрослого населения	$r=0,819$; $t=3,02$, $p<0,05$
Заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением	$r=0,959$; $t=6,11$, $p<0,05$
Заболеваемость эссенциальной гипертензией	$r=0,940$; $t=5,08$, $p<0,05$
Заболеваемость сахарным диабетом 2 типа	$r=0,781$; $t=2,77$, $p<0,05$
Ожирение взрослого населения	$r=0,763$; $t=2,68$, $p<0,05$
Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния	$r=0,757$; $t=2,65$, $p<0,05$
Врожденные аномалии системы кровообращения	$r=0,520$; $t=2,03$, $p<0,05$

Обратная сильная связь выявлена между обеспеченностью акушерами-гинекологами и ранними спонтанными потерями беременности ($r=-0,976$; $t=7,95$, $p<0,01$) (таблица 4).

Таблица 4 – Информативная значимость показателей репродуктивного здоровья взрослого населения в формировании ранних спонтанных потерь беременности

Показатель здоровья взрослого населения	Корреляционная связь и ее сила
Воспалительные болезни тазовых органов у женщин 15-49 лет	$r=0,985$; $t=10,04$, $p<0,01$
Расстройства менструальной функции у женщин 15-49 лет	$r=0,831$; $t=3,11$, $p<0,05$
Заболеваемость эндометриозом женщин 15-49 лет	$r= - 0,916$; $t=4,32$, $p<0,05$
Общая заболеваемость беременных	$r=0,853$; $t=3,32$, $p<0,05$
Частота венозных заболеваний во время беременности	$r=0,669$; $t=2,22$, $p<0,05$
Болезни системы кровообращения у беременных	$r=0,626$; $t=2,22$, $p<0,05$
Болезни мочеполовой системы у беременных	$r=0,500$; $t=2,00$, $p<0,05$
Анемия у беременных	$r=0,458$; $t=1,95$, $p<0,05$
Обеспеченность акушерами-гинекологами	$r=-0,976$; $t=7,95$, $p<0,01$

Полученные результаты подтверждают необходимость системной оптимизации мер по профилактике снижения ранних спонтанных потерь беременности.

В пятой главе обосновываются основные направления оптимизации медицинской помощи женщинам, снижающие уровень ранней спонтанной потери беременности с учетом выявленных дефектов оказания медицинской помощи при спонтанном прерывании беременности в сроке до 12 недель.

Во исполнение плана Минздрава Удмуртской Республики и Комплексного плана мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации в Удмуртской Республике (Распоряжения №1301) и в целях снижения уровня ранних спонтанных потерь беременности, были выделены восемь медицинских организаций с выраженными проблемами по репродуктивным потерям и проведена экспертная оценка качества работы по профилактике и снижению ранних спонтанных потерь беременности. Было проанализировано 560 экспертных карт оценки качества обследования, диагностики, консультативной помощи, ведения документации, проведения лечебных мероприятий в случаях, закончившихся потерей беременности на раннем сроке в 4 городских (278 карт) и 4 районных больницах (282 карты).

Анализ оформления документации выявил, что в 50,0% беременность прерывалась на сроке 9-12 недель; в 30,0% (у 168 из 560 женщин) – прерывание происходило в 7-8 недель гестации; 17,5% – 5-6 недель и 2,5% – на 3-4 неделе беременности. В общей сложности выявлено 898 замечаний по ведению документов. Некачественное ведение документации отмечено в 478 картах из 560 исследуемых, что составляет 85,4% (таблица 5).

Таблица 5 – Дефекты оформления медицинской документации пациенток с ранней спонтанной потерей беременности (абс.ч., на 100 случаев)

Виды некачественного ведения документов	Всего	
	абс.ч	на 100
Отсутствие данных об анамнезе	75	13,4
Неполный анамнез	151	27,0
Неполное описание состояния	62	11,1
Недостаточный или неполный диагноз	13	2,3
Отсутствие оценки динамики периода после опорожнения полости матки	81	14,5
Небрежность в ведении карты	27	4,8
Отсутствие какого-либо указания о реабилитационных мероприятиях	245	43,8
Отсутствие рекомендаций наблюдения после выписки	105	18,8
Отсутствие отметки о консультации по предохранению от нежелательной беременности после потери беременности	139	24,8
Итого замечаний	898	160,4

Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи по профилактике потери беременности на раннем сроке выявила следующие нарушения: отсутствие консультаций специалистов по соматическому заболеванию в 53,2% случаях (298

карт), консультаций акушера-гинеколога после выписки из стационара (после выскабливания) в 57,5% (322 карт), отсутствие упоминания о профилактических беседах по предохранению от нежелательной беременности в 79,25%. Выявленные дефекты зарегистрированы на всех этапах ведения женщин с ранней спонтанной потерей беременности: ФАП, женская консультация и гинекологическое отделение. Только в 3 из 8 МО имеется отдельный утвержденный план по проведению плановых профилактических мероприятий по снижению ранних спонтанных репродуктивных потерь с привлечением фельдшеров и акушеров ФАП, специалистов МВД, РОНО, отдела социальной защиты, отдела семьи.

Среди женщин, состоящих на учете по беременности в МО, прегравидарную подготовку прошли лишь от 2,5 до 14,5%. Имеющие по заключению врачей-специалистов абсолютные противопоказания к вынашиванию беременности не охвачены на 100% высокоэффективной контрацепцией, что создает угрозу материнской смертности. Анализ обеспечения преемственности между женской консультацией и гинекологическим отделением стационара выявил, что в представленных амбулаторных картах имеется информация о реабилитационных мероприятиях только в 17,5% случаев (из 200 карт формы 25/у). Полноценная медицинская, социальная, психологическая реабилитация женщин, обратившихся после ранних спонтанных потерь беременности, не проводится нигде (таблица 6).

Таблица 6 – Дефекты оказания медицинской помощи для профилактики ранних спонтанных потерь беременности

Дефекты оказания медицинской помощи для профилактики ранних спонтанных потерь беременности
Отсутствие проведения прегравидарной подготовки (от 85,5 до 97,5% случаев)
Отсутствие консультаций специалистов по соматическому заболеванию (в 53,2 из 100 случ.)
Отсутствие консультации акушера-гинеколога после выписки из стационара (после выскабливания полости матки) (в 57,5% случаев)
Отсутствие профилактических бесед по предохранению от нежелательной беременности в МО или регистрации их в Журнале учета работы МО по профилактике (в 79,3% случаев)
Отсутствие 100%-го охвата эффективными методами контрацепции женщин с абсолютными противопоказаниями к беременности
Отсутствие отдельно утвержденного плана по проведению плановых профилактических мероприятий по снижению ранних спонтанных репродуктивных потерь (в 5 из 8 МО)
Оформление формы 30/у на женщин, нуждающихся в диспансерном наблюдении (6 из 8 МО)
Отсутствие в документации информации о реабилитационных мероприятиях в случаях репродуктивных потерь (82,5% случаев)
Отсутствие оформления Журнала учета работы МО по профилактике (7 из 8 МО)
Отсутствие проведения работы в рамках АТПК (в 4 из 8 МО)

Разработка обоснованного воздействия на все группы факторов риска затрудняется их подразделением на управляемые, на которые могут оказать влияние

медицинские работники в системе здравоохранения, и неуправляемые, не устраняемые медицинскими специалистами. Управляемые факторы занимают значимое место (62,0%), воздействие на медико-организационные и социально-когнитивные (в значительной степени обуславливающие медико-биологические) и вошло в модель оптимизации медицинской помощи женщинам с целью профилактики и снижения ранних спонтанных потерь беременности (схема 1).

Совершенствование научно-методического обеспечения здравоохранения

Подготовка медицинских кадров по разработанной и апробированной дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья детского и подросткового возраста» для специалистов с высшим профессиональным образованием по специальностям «акушерство и гинекология», «педиатрия», «урология», «терапия», «хирургия», «врач общей практики»

Совершенствование информационно-аналитического обеспечения здравоохранения

- Разработка и внедрение оптимальной системы документооборота всех уровней
- Оптимизация механизма внутренней и внешней экспертизы качества оказания медицинской помощи при ранней спонтанной потере беременности с использованием карт экспертной оценки

Совершенствование организационного обеспечения здравоохранения

- Внедрение мер в соответствии с Распоряжением Минздрава УР от 21.01.2021 г. №23 «О повышении качества оказания медицинской помощи женщинам Удмуртской Республики, диспансерного наблюдения женщин фертильного возраста, мерах по сохранению репродуктивного здоровья женщин, снижению и профилактике репродуктивных потерь»
 - 1) алгоритма обследования женского населения на уровне ПМСП;
 - 2) алгоритма ведения женского населения участковыми педиатрами и терапевтами, ВОП;
 - 3) алгоритма ведения женщин репродуктивного возраста врачом акушером-гинекологом;
 - 4) анкеты для женщин с целью выявления репродуктивных планов и выбора наиболее оптимального алгоритма обследования;
 - 5) схемы ведения групп динамического наблюдения женщин фертильного возраста;
 Обеспечение отлаженной работы АТПК, направленной в первую очередь на профилактику репродуктивных потерь
 Обеспечение диспансерного наблюдения женщин репродуктивного периода

Схема 1. Модель оптимизации медицинской помощи женщинам с целью профилактики и снижения ранних спонтанных потерь беременности в Удмуртской Республике

Анализ здоровья женщин и состояния службы охраны материнства и детства выявил резервы дальнейшего повышения эффективности мероприятий и определил направления поиска для улучшения демографической ситуации в регионе.

В заключении обобщены и обсуждены итоги исследования. Основной акцент сделан на обсуждении репродуктивно-демографической ситуации, соматического и репродуктивного здоровья женщин и деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в УР в сравнении с Россией и Приволжским ФО.

ВЫВОДЫ

1. Демографическая ситуация в Удмуртской Республике и России продолжает оставаться напряженной: прогрессивно снижается численность населения республики (на 10,7 тыс. человек), «постарение» населения (24,8% населения составляют лица старше 60 лет), тип населения регрессивный (доля детей 0-14 лет меньше доли населения старше 50 лет), уменьшение суммарного коэффициента рождаемости (до 1,63) и нетто-коэффициента (до 0,787).

За период исследования наблюдается рост общей заболеваемости населения республики (на 4,9%), преобладание показателей общей заболеваемости подростков 15-17 лет УР по сравнению с РФ (на 9,0%), первичной заболеваемости детей 0-14 лет УР по сравнению с РФ (в 1,2-4,75 раз по разным классам болезней) и ПФО (в 1,2-3,55 раз). Происходит прогрессивное увеличение показателей заболеваемости женщин УР и преобладание их над таковыми по РФ и ПФО (в 1,1-2,7 раза и в 1,1-2,9 раз по разным классам заболеваний, соответственно). Это приводит к развитию различных акушерских осложнений, таких как септических осложнений (рост за период исследования в 3 раза) и снижению числа нормальных родов (показатель по УР в 1,8 раз меньше такового по РФ и ПФО), что доказывает необходимость использования в сфере демографического развития междисциплинарного подхода.

2. При наблюдающейся положительной тенденции снижения общего числа абортов в УР (на 17,9%) уменьшается количество беременностей среди женщин фертильного возраста (на 20,7%). Однако показатели абортов в УР остаются выше таковых по РФ (на 20,4%) и ПФО (на 14,0%). На фоне снижения прерываний по желанию женщины в общей структуре абортов происходит увеличение доли ранних спонтанных потерь беременности: неуточненных абортов (на 12,6%), эктопической беременности (на 53,5%), неразвивающейся беременности (на 58,2%).

3. Доминирующими факторами риска потери беременности в раннем сроке установлены социально-экономические, т.е. неуправляемые медицинскими специалистами: низкий уровень дохода в семье ($r=0,96$), средне-специальное образование ($r=0,78$), а также повторный (второй) брак ($r=0,52$). К управляемым факторам риска относятся медико-организационные (недостаточное информирование врачами акушерами-гинекологами женщин о необходимости прегравидарной подготовки ($r=0,96$), отсутствие дополнительных обследований ($r=0,85$) и реабилитационных мероприятий ($r=0,82$) после потерь беременности на ранних сроках), социально-когнитивные (в значительной степени обуславливающие медико-биологические: наличие в анамнезе искусственных абортов ($r=0,86$), начало половой жизни в возрасте 14-17 лет ($r=0,74$), наличие в анамнезе ИППП ($r=0,67$)), воздействие на которые легло в основу модели оптимизации медицинской помощи женщинам с целью профилактики и снижения ранних спонтанных потерь беременности.

4. При экспертной оценке качества помощи женщинам с потерями беременности в анамнезе выявлены дефекты организации медицинской помощи (всего 898 дефектов) на всех уровнях в женских консультациях, ФАПах, гинекологических отделениях. Качественная профилактическая работа, направленная на предупреждение репродуктивных потерь, проводится лишь в 14,7% проанализированных случаев. Ни в одной из проанализированных медицинской организации после ранней спонтанной потери беременности не проводилось полноценной медицинской, социальной, психологической реабилитации женщин.

5. В результате исследования разработана, научно обоснована и внедрена в практическое здравоохранение региона модель организации медицинской помощи женщинам с ранней спонтанной потерей беременности для снижения уровня ранних самопроизвольных репродуктивных потерь и улучшения демографической обстановки в республике.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

I. *Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», рекомендуется:*

1.1. Обеспечить проведение мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья женщин, снижению и профилактике репродуктивных потерь и личный контроль за их исполнением.

1.2. Назначить ответственных лиц по сохранению репродуктивного здоровья и снижению и профилактике репродуктивных потерь на всех этапах сопровождения женщин репродуктивного возраста.

1.3. Реализовать внедрение алгоритмов обследования женщин фертильного возраста с целью выявления соматических заболеваний, их лечения и стабилизации до планирования беременности или на этапе прегравидарной подготовки, а также алгоритмов ведения женщин фертильного возраста врачом акушером-гинекологом на уровне медицинской организации. При этом в каждом случае обращения на прием к гинекологу или участковому терапевту женщин детородного возраста необходимо выяснять её репродуктивные планы с целью выбора дальнейшей своевременной тактики ее ведения.

1.4. Проводить внедрение алгоритмов ведения женщин с репродуктивными потерями в анамнезе на уровне медицинской организации.

1.5. Повысить качество профилактической работы акушеров-гинекологов женских консультаций и центров репродуктивного здоровья. С этой целью необходимо совершенствование консультативных приемов для информирования женщин репродуктивного возраста о необходимости и методах прегравидарной подготовки к беременности и родам, эффективных методах контрацепции.

Подростковые и детские гинекологи должны вести обсуждение принципов полового воспитания как с девочками, так и их родителями.

1.6. Наладить работу акушерско-терапевтичеcко-педиатрического комплекса (АТПК).

1.7. Осуществлять ежеквартальный анализ работы АТПК.

II. *Заведующим структурных подразделений медицинских организаций*, подведомственных Министерству здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь:

2.1. Организовать проведение прогнозирования факторов риска невынашивания у каждой женщины, планирующей беременность, с последующим построением алгоритма ведения для их устранения или минимизации.

2.2. Обеспечить динамическое наблюдение женщин фертильного возраста врачами акушерами-гинекологами с разделением пациенток на группы и разработкой последующих алгоритмов их ведения с регистрацией результатов наблюдения в учетной документации.

2.3. Наладить учет и динамическое наблюдение женщин с абсолютными или относительными противопоказаниями к беременности и родам, обратившихся в медицинскую организацию по поводу уже наступившей беременности и отказывающихся от ее прерывания – с привлечением всех необходимых узких специалистов.

2.4. Обязать врачей акушеров-гинекологов учитывать женщин фертильного возраста группы социального риска, так как данная группа тоже является угрожаемой по невынашиванию.

2.5. Проводить учет женщин фертильного возраста и девочек с абсолютными противопоказаниями к беременности и родам гинекологами совместно с участковыми терапевтами и педиатрами (преемственность обязательна).

2.6. Обеспечить учет женщин фертильного возраста с репродуктивными потерями беременности.

III. *Акушерско-терапевтичеcко-педиатрическим комплексам*:

3.1. Организовать регулярное получение от участковых педиатров детских поликлиник сведений о социально-неблагополучных семьях, информации о подростках с соматической и гинекологической патологией, переходящих при достижении ими совершеннолетия под наблюдение взрослой поликлиники.

3.2. Обеспечить динамическое наблюдение участковыми терапевтами пациенток с абсолютными противопоказаниями к беременности в связи с экстрагенитальной патологией и передачу данных о них акушерам-гинекологам для назначения эффективных методов контрацепции.

3.3. Наладить передачу акушерами-гинекологами информации участковым терапевтам о выявленных женщинах фертильного возраста, беременных, и родильницах с соматическими заболеваниями для назначения обследования, лечения и диспансерного наблюдения.

3.4. Ввести ежеквартальную проверку учетной документации по каждому из перечисленных мероприятий.

3.5. Реализовать контроль качества медицинской помощи в рамках сохранения репродуктивного здоровья женщин детородного возраста и снижения и профилактики репродуктивных потерь.

IV. Управлению медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава Удмуртской Республики и главному специалисту Минздрава Удмуртской Республики по акушерству и гинекологии совместно с ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России и Автономным профессиональным образовательным учреждением Удмуртской Республики «Республиканский медицинский колледж имени Героя Советского Союза Ф.А. Пушиной Минздрава Удмуртской Республики»:

4.1. Организовать тематическое усовершенствование специалистов ПМСП, средних медицинских работников ФАПов по вопросам проведения мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья женщин, снижению и профилактике репродуктивных потерь.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Бушмелева, Н.Н. Медико-социальные и организационные аспекты ранней спонтанной потери беременности / Н.Н. Бушмелева, Ю.Н. Вахрушева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – №5. – С. 27-28, (0,13 п.л., авт. – 0,07 п.л.).
2. Бушмелева, Н.Н. Этиопатогенетический аспект ранних репродуктивных потерь при совершенствовании организации медицинской помощи женщинам (аналитический обзор) / Н.Н. Бушмелева, Ю.Н. Вахрушева // «Социальные аспекты здоровья населения» электронный научный журнал. – 2020. – №5 (66). – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1199/30/lang,en_US.ISO8859-1/, (1,81 п.л., авт. – 0,91 п.л.).
3. Бушмелева, Н.Н. Медико-демографическая ситуация в Удмуртской Республике: репродуктивный потенциал / Н.Н. Бушмелева, Ю.Н. Вахрушева // «Социальные аспекты здоровья населения» электронный научный журнал. – 2021. – № 2 (67). – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1199/30/lang,en_US.ISO8859-1/, (1,69 п.л., авт. – 0,85 п.л.).

Публикации в других изданиях

1. Зарубина, Ю.Н. Эффективность гестагенной терапии при угрожающем выкидыше / Ю.Н. Зарубина // Материалы VI межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Современные аспекты медицины и биологии» к 75-летию студенческого научного общества. – Ижевск, 2017. – С. 138, (0,13 п.л., авт. – 0,13 п.л.).
2. Бушмелева, Н.Н. Медико-социальные аспекты ранней спонтанной потери беременности на современном этапе / Н.Н. Бушмелева, Ю.Н. Зарубина, С.В. Субботина // Материалы XXXI Международного конгресса с курсом

эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М., 2018. – С. 5-6, (0,13 п.л., авт. – 0,04 п.л.).

3. Бушмелева, Н.Н. Анализ эффективности лечения невынашивания беременности препаратами прогестерона / Н.Н. Бушмелева, Ю.Н. Зарубина, С.Ю. Чайникова //Труды Ижевской государственной медицинской академии. Сборник научных статей. – Ижевск, 2018. – С. 46-47, (0,31 п.л., авт. – 0,10 п.л.).

4. Бушмелева, Н.Н. Тенденции и особенности распространенности ранних спонтанных потерь беременности в Удмуртской Республике / Н.Н. Бушмелева, Ю.Н. Вахрушева //Материалы конгресса «XIII Международный конгресс по репродуктивной медицине». – М., 2019. – С. 8-10, (0,25 п.л., авт. – 0,13 п.л.).

5. Бушмелева, Н.Н. Значение медико-социального аспекта для разработки профилактических и реабилитационных мероприятий у женщин с ранними спонтанными потерями беременности / Н.Н. Бушмелева, Ю.Н. Вахрушева //Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Здоровье семьи – будущее России», посвященной 85-летию кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. – Консилиум.– Ижевск, 2019. – №2.– С. 9-11, (0,25 п.л., авт. – 0,13 п.л.).

6. Бушмелева, Н.Н. Оценка факторов риска самопроизвольных прерываний беременности на ранних сроках / Н.Н. Бушмелева, Ю.Н. Вахрушева, С.Р. Рагимова //Материалы конгресса «XV Международный конгресс по репродуктивной медицине». – М., 2021. – С. 7-8. – Режим доступа: https://www.mediexpo.ru/fileadmin/user_upload/content/pdf/thesis/rzs_tez_21.pdf, (0,19 п.л., авт. – 0,06 п.л.).

7. Бушмелева, Н.Н. Выявление факторов риска выкидыша на раннем сроке беременности / Н.Н. Бушмелева, А.В. Иванова, Ю.Н. Вахрушева, С.Р. Рагимова //Материалы XXXIV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М., 2021. – С. 4-5, (0,13 п.л., авт. – 0,03 п.л.).

8. Бушмелева, Н.Н. Вынашивание беременности, течение гестации у женщин с ожирением различной степени / Н.Н. Бушмелева, Г.Ф. Гасымова, Ю.Н. Вахрушева, С.Р. Рагимова // Материалы XXXIV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М., 2021. – С. 60-61, (0,19 п.л., авт. – 0,05 п.л.).

Список сокращений

АТПК – акушерско-терапевтически-педиатрический комплекс

ВАК – Высшая аттестационная комиссия

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МО – медицинская организация

НПК – научно-практическая конференция

ПФО – Приволжский федеральный округ

РФ – Российская Федерация

УР – Удмуртская Республика

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ФГБОУ ВО – Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования

ФГСН – Федеральное государственное статистическое наблюдение

ФПК и ПП – Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки