

На правах рукописи

Алешкина Оксана Сергеевна

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ
ПОЭТАПНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАННЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПОТЕРИ**

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

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Научный руководитель:

Коновалов Олег Евгеньевич - Заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Мингазова Эльмира Нурислановна – доктор медицинских наук, профессор, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» Минобрнауки РФ, отдел изучения образа жизни и охраны здоровья населения, главный научный сотрудник

Саввина Надежда Валерьевна - доктор медицинских наук, профессор, ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» Минобрнауки РФ, медицинский институт, кафедра организации здравоохранения и профилактической медицины, заведующая

Шарафутдинова Назира Хамзиновна - доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, медико-профилактический факультет, кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения, заведующая

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета ПДС 0300.023 при Российском университете дружбы народов имени Патриса Лумумбы (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

Объявление о защите размещено на сайтах ВАК и РУДН: <https://vak.minobrnauki.gov.ru>, <https://www.rudn.ru/science/dissovet>

Автореферат разослан «___» _____ 2024 года.

Учёный секретарь диссертационного совета
ПДС 0300.023, д.фарм.н, профессор

А.В. Фомина

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования. В 2007 г. была разработана и утверждена Указом Президента Российской Федерации Концепция демографической политики России на период до 2025 года, согласно которой, первоочередными задачами являются сокращение уровня репродуктивных потерь, укрепление репродуктивного здоровья населения и изыскание резервов повышения рождаемости. Репродуктивные потери имеют медицинский и социальный аспекты, касаются не только здоровья женщины, но и благополучия института семьи, а также демографической ситуации как в отдельных регионах, так и стране в целом [Мингазова Э.Н. и соавт., 2019; Шарафутдинова Н.Х. и соавт., 2021; Павлов Я.Н., Саввина Н.В., 2023].

В условиях снижения рождаемости и отрицательных значений естественного прироста населения проблема сохранения репродуктивного потенциала населения является одной из наиболее важных и требует разработки принципиально новых подходов и организационных решений [Бушмелева Н.Н., Ю.Н. Вахрушевой Ю.Н., 2020; Шарапова О.В. и соавт., 2020].

Принято выделять ранние репродуктивные потери до 12 недель беременности. Как показывает практика, необходимо разрабатывать принципиально новую концепцию взаимодействия «врач-пациент» в случае ранней потери беременности, т. к. данная группа женщин требует персонифицированного подхода к наблюдению за их состоянием в течение определенного времени и после выписки из стационара [Радзинский В.Е., 2014].

Система мониторинга состояния здоровья женщин после ранней репродуктивной потери позволяет непрерывно, в режиме «реального времени», оценивать их физическое и психоэмоциональное состояние, степень восстановления репродуктивной системы, своевременно проводить необходимое обследование и лечение, помочь реализовать в последующем репродуктивный потенциал [Адамян Л.В. и соавт., 2016; Савельева Г.М. и соавт., 2017].

ВОЗ в понятии реабилитации после ранней репродуктивной потери предлагает выделять 3 фазы: стационарную, выздоровления и поддерживающую. Общей чертой всех ранних репродуктивных потерь является необходимость обязательного восстановительного лечения, высокая эффективность физиотерапевтических методов, а также необходимость решения медико-социальных проблем [Батрак Н.В. и соавт., 2020].

С учетом сказанного, особую актуальность приобретает проблема активного динамического наблюдения за состоянием здоровья женщины, перенесшей раннюю репродуктивную потерю, а также поиск новых форм взаимодействия с пациенткой, направленных на полноценное восстановление репродуктивной системы и реализацию репродуктивного потенциала.

Все вышеперечисленное определило цель и задачи настоящего исследования.

Степень разработанности проблемы

Причины и факторы риска привычной потери беременности анализируются в публикациях М.Ю. Скворцовой и С.Г. Прилуцкой (2017), В.Г.

Волкова и З.С. Ахильговой (2020). Возможностям прогнозирования привычного выкидыша в предгравидарном периоде посвящено исследование М.В. Утробина и С.Ю. Юрьева (2020).

Результаты анализа медико-социальных факторов риска ранней потери беременности у женщин с привычным невынашиванием в анамнезе представлены в статье Н.В. Батрак и соавт. (2020). В работе Д.В. Байбуз и соавт. (2021) рассмотрено влияние экзогенных факторов (ртуть, свинец) на потери беременности ранних сроков.

Разработке структурно-функциональной модели мониторинга состояния репродуктивного здоровья женщин с диагнозом привычное невынашивание посвящен труд Э.А. Вартаняна с соавт. (2018). Алгоритм обследования и лечения женщин с разными формами ранних потерь беременности представлен в статье И.Б. Вовк с соавт. (2013).

Проблема совершенствования организации медицинской помощи женщинам при ранних репродуктивных потерях рассматривается в аналитическом обзоре Н.Н. Бушмелевой и Ю.Н. Вахрушевой (2020). Вопросам стратегии и тактики предупреждения репродуктивных потерь посвящена работа В.Е. Радзинского (2014).

Вопросы реабилитации репродуктивной функции у пациенток с самопроизвольным абортom в анамнезе анализируются в работах Л.А. Озолия с соавт. (2019), Е.А. Мицкевич и Т.С. Диваковой (2022). Вопросы восстановления репродуктивного здоровья пациенток с ранними гестационными потерями в условиях санатория рассматриваются в работе С.Д. Яворской с соавт. (2022).

Особенности психоэмоционального состояния беременных с репродуктивными потерями в анамнезе анализируются в статье М.И. Саидова (2021). Личностные детерминанты переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности анализируются также в исследовании И.Н. Земзюлиной с соавт. (2018).

Цель исследования: научно обосновать и разработать систему медико-организационных мероприятий по поэтапной комплексной реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери.

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Проанализировать динамику и тенденции показателей заболеваемости беременных и ранних репродуктивных потерь на территории Рязанской области.

2. Изучить медико-социальную характеристику и удовлетворенность полученной медицинской помощью женщин с ранней репродуктивной потерей в анамнезе.

3. Получить оценку акушерами-гинекологами медицинской помощи женщинам при ранней репродуктивной потере.

4. Разработать научно-обоснованные предложения, направленные на совершенствование организации поэтапной реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери с целью реализации их репродуктивного потенциала в дальнейшем.

Научная новизна данного исследования состоит в том, что:

- получена новая информация о динамике и тенденциях заболеваемости беременных и ранних репродуктивных потерь на территории Рязанской области;
- дана оценка состояния здоровья женщин с ранними репродуктивными потерями;
- проанализирована удовлетворенность женщин оказанной им медицинской помощью при ранней репродуктивной потере и ее доступностью на региональном уровне;
- изучено мнение акушеров-гинекологов о получаемой женщинами при ранней репродуктивной потере медицинской помощи;
- показаны реабилитационные возможности регионального центра медико-психологической помощи женщинам, оказавшимся в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности;
- разработаны и внедрены предложения по трехэтапной комплексной реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей, направленные на полноценное восстановление у них репродуктивной функции и психоэмоциональной сферы.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Полученная информация о динамике и структуре ранних репродуктивных потерь позволяет обоснованно планировать и анализировать эффективность мероприятий по их профилактике. Оценка акушерами-гинекологами медицинской помощи женщинам при ранней репродуктивной потере способствует выявлению недостатков в оказании соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий и разработке мер по их устранению.

В итоге разработаны научно-обоснованные предложения по организации поэтапной комплексной реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери. Применение полученных результатов дает возможность обоснованно проводить полноценное восстановление репродуктивной системы и реализацию репродуктивного потенциала женщин с ранними репродуктивными потерями в анамнезе.

Содержащиеся в диссертации материалы нашли следующее практическое применение:

- Разработанные предложения по реабилитации женщин после ранних репродуктивных потерь используется в практической работе ГБУ РО «Городская клиническая больница №8» (справка о внедрении от 15.02.2024 г.) и ООО «Медицинский центр «Надежда»» г. Рязани (справка о внедрении от 10.04.2024 г.).
- Алгоритм ведения женщин после ранних репродуктивных потерь в условиях сельской местности внедрен в практику работы ГБУ РО «Рязанская межрайонная больница» (справка о внедрении от 12.03.2024 г.).
- Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Программа для дистанционного взаимодействия «врач-пациентка» при реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери» (номер свидетельства 2023615746 от 17.03.2023 г.) и свидетельство о государственной регистрации базы данных «Медико-социальный портрет пациентки

гинекологического стационара с ранней репродуктивной потерей» (номер свидетельства 2023620995 от 27.03.2023 г.).

Материалы диссертации применяются в процессе обучения на до- и последипломном уровне в ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Минобрнауки РФ, ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава РФ.

Методология и методы исследования

Методологической основой проведения исследования явился комплексный подход к его выполнению с использованием адекватных поставленной цели и задачам методов: социологического, аналитического, экспертных оценок, математико-статистического.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В условиях имеющейся тенденции к росту заболеваемости беременных в Рязанской области наблюдается стагнация показателей ранних репродуктивных потерь, уровни которых превышают соответствующие федеральные значения, что подтверждает актуальность настоящего исследования.

2. Согласно оценке акушеров-гинекологов, ранние репродуктивные потери у женщин являются условно предотвратимыми, а данная группа пациенток нуждается в комплексной реабилитации и дополнительном мониторинге состояния здоровья.

3. На фоне высокой в целом удовлетворенности женщин с репродуктивными потерями в анамнезе оказанной им медицинской помощью отмечаются недостатки, чаще связанные с условиями пребывания в стационаре, отношением персонала, недостатком информации о диагнозе, прогнозе и лечении, а также с доступностью качественной диагностики.

4. Внедрение трехэтапной схемы реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей способствует оказанию в полном объеме специализированной медицинской помощи по восстановлению их репродуктивного здоровья и психоэмоциональной сферы.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов определяется научно обоснованной программой исследования, репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования и статистической обработки.

Основные положения диссертации представлены, доложены и обсуждены на:

- XXVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2022);

- конференции «Инновационные медицинские технологии» в рамках XIV региональной специализированной выставки «Молодой изобретатель и рационализатор - 2023» (Тверь, 2023);

- XV Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора «Современные проблемы эпидемиологии, микробиологии и гигиены» (Нижний Новгород, 2023);
- Международном научном форуме «Наука и инновации - современные концепции» (Москва 2023);
- XXIV Всероссийском научно-образовательном форуме «Мать и дитя. VII Съезд акушеров-гинекологов России» (Москва, 2023)
- XXVII Международной конференции «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2023);
- межкафедральной конференции медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (Москва, 2024).

Личный вклад автора. Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора, который лично проводил сбор и обработку первичных материалов, а также анализ и обобщение полученных результатов. Проведен критический обзор научной литературы по теме исследования и разработана его программа. Диссертантом проведен анкетный опрос женщин с ранними репродуктивными потерями и акушеров-гинекологов. Научно обоснованы основные направления совершенствования реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями на основе разработки и внедрения трехэтапной ее системы.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, пункты 6, 9, 20.

Публикации

По материалам проведенного исследования опубликовано 11 работ, в том числе всего 4 ВАК/ РУДН/ МБЦ. Получены свидетельства о государственной регистрации программы для ЭВМ и базы данных.

Объем и структура диссертации

Текст диссертационной работы изложен на 161 странице машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Диссертация содержит 34 рисунка и 27 таблиц. Список используемой литературы включает 205 источников, из которых 131 публикации отечественных авторов и 74 – зарубежных.

Характеристика материалов и методов исследования

Программа исследования была сформирована в соответствии с поставленной целью и комплексом подлежащих решению задач. Работа выполнена с учетом требований, предъявляемых к социально-гигиеническим исследованиям.

Предмет исследования: организация реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями в анамнезе.

Объекты исследования:

- женщины с ранними репродуктивными потерями в анамнезе;
- акушеры-гинекологи, работающие в гинекологическом отделении больницы, родильных домах и женских консультациях г. Рязани.

Единицы наблюдения:

- женщина, перенесшая раннюю репродуктивную потерю;
- врач акушер-гинеколог.

База исследования. Настоящее исследование проводилось в период 2017-2023 годов. Территория исследования Рязанская область – субъект Российской Федерации, расположенный в Центральном Федеральном округе. Численность населения Рязанской области по данным Росстата на 01.01.2022 г. составляла 1085,1 тыс. человек. В городах проживает 783,5 тыс. человек, в сельской местности - 301,6 тыс. человек. Областной центр город Рязань с численностью населения 523,2 тыс. человек.

Основной базой исследования являлась Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Городская клиническая больница № 8» (ГБУ РО «ГКБ №8») - монопрофильная медицинская организация, оказывающая экстренную и плановую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями, патологией беременности в сроке до 22 недель, в послеродовом периоде, после самопроизвольного или искусственного прерывания беременности. Больница является клинической базой кафедр акушерства и гинекологии, а также клинической психологии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

В связи с профицитом в Рязанской области коечного фонда по профилю «акушерство и гинекология», а также открытием в 2020 году новой больницы скорой медицинской помощи с гинекологическим отделением на 40 коек, постепенно происходило сокращение коек в ГБУ РО «ГКБ №8» до 190 (145 круглосуточных и 45 дневных).

В 2023 году коечный фонд круглосуточного стационара был сокращен до 100 коек. При этом структура коечного фонда представлена:

II гинекологическое отделение – 50 коек круглосуточного стационара;

III гинекологическое отделение – 30 коек круглосуточного стационара;

IV гинекологическое отделение – 20 коек круглосуточного стационара и 15 дневного.

В больнице трудятся 36 акушеров-гинекологов, 7 анестезиологов-реаниматологов, 2 врача-лаборанта и рентгенолог. В больнице 105 ставок медицинских сестер, из которых 86 физическими лицами занято 99,25 из них.

Программа исследования включала в себя несколько последовательных этапов.

Задача *первого этапа* заключалась в критическом анализе отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Изучено 131 отечественный и 74 зарубежных источника. Проводилась оценка степени разработанности изучаемой проблемы.

На *втором этапе* были проанализированы демографическая ситуация,

состояние здоровья беременных, динамика уровня и структуры репродуктивных потерь в Рязанской области.

На *третьем этапе* дана оценка ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической службы Рязанской области.

Задачей *четвертого этапа* было изучение медико-социальной характеристики и удовлетворенности полученной медицинской помощью женщин с потерей беременности в анамнезе по данным социологического опроса 454 пациенток.

На *пятом этапе* была получена оценка 128 акушерами-гинекологами, работающими в гинекологической больнице, гинекологических отделениях многопрофильных больниц, и женских консультациях г. Рязани, качества медицинской помощи женщинам при ранней репродуктивной потере в области.

Кроме того, проводилась экспертная оценка эффективности предложенной модели комплексной реабилитации женщин с репродуктивными потерями. В качестве экспертов (в количестве 21 человека) выступили заведующие отделениями женских консультаций, гинекологических отделений стационаров, отделений поликлиник г. Рязани, в составе которых имеются кабинеты акушеров-гинекологов.

На *шестом этапе* были разработаны научно обоснованные мероприятия и алгоритм трехэтапной комплексной реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери.

В работе использовались следующие методы исследования: социологический, аналитический, экспертных оценок, математико-статистический.

Был применен выборочный метод наблюдения. Обоснование объема выборки статистического наблюдения. Репрезентативность выборки установлена с помощью таблицы В.И. Паниотто (Паниотто В.И., Максименко В.С., 2004).

Выборки с нормальным распределением признака представляли в таблицах в виде средних величин, их сравнивали между собой, используя t-критерий Стьюдента. Для математического анализа результатов применяли методы вариационной статистики и корреляционного анализа. Доверительный интервал для средних значений признаков определяли с уровнем достоверности 0,95.

Применялся метод аппроксимации, который является одним из вариантов выявления генеральной тенденции и позволяет сделать обобщение для используемых эмпирических результатов. Решение задач аппроксимации проводилось с использованием метода наименьших квадратов. Коэффициент аппроксимации считается статистически значимым при значении около 0,4 и выше.

Анализ заболеваемости осуществлялся в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-10).

Полученные в ходе исследования данные обобщали в программе Microsoft Excel 2010 и анализировали, применяя статистические методы приложения

Statistica 10 (StatSoft. Inc.), с соблюдением международных рекомендаций по ведению медицинских исследований.

Результаты исследования

Как показал сравнительный анализ, уровень рождаемости в Рязанской области в 2017-2021 гг. повторял тенденции, происходившие в Российской Федерации (РФ) в целом и в Центральном федеральном округе (ЦФО), и был постоянно ниже, чем в сравниваемых территориях. Особенно большим разрыв зарегистрирован в 2021 г. – 9,6, 9,0 и 7,2 на 1000 населения соответственно. За анализируемый период снижение рождаемости в РФ произошло на 16,5%, в ЦФО – на 13,5% и в РО- на 26,5%. Среди субъектов ЦФО Рязанская область по рождаемости в 2021 г. занимала 14-е место из 18-ти.

До определенного времени заболеваемость беременных в Рязанской области была существенно ниже, чем в РФ и ЦФО. Однако, если в РФ ее показатели за период 2017-2021 гг. существенно снизились (на 12,5%), то в Рязанской области имели тенденцию к росту (на 10,2%), что приблизило их к российскому уровню (5320,0 и 5522,5 на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста) (рис. 1).

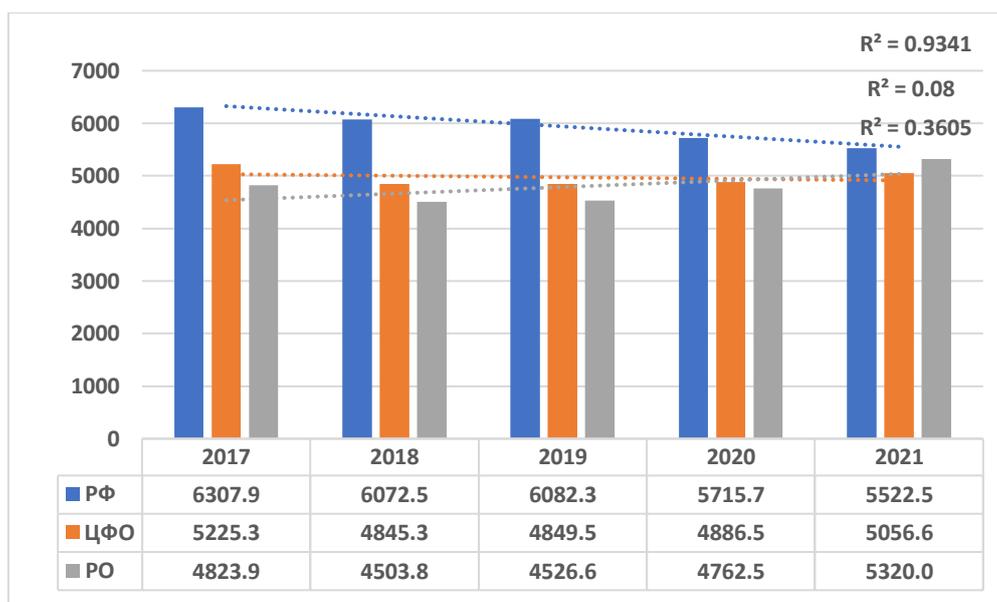


Рисунок 1. - Динамика заболеваемости беременных женщин в РФ, ЦФО и Рязанской области за период 2017-2021 гг. (на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста)

Частота угрозы прерывания беременности на протяжении всего анализируемого периода была несколько выше среди женщин Рязанской области, чем в РФ и меньше, чем в ЦФО (рис. 2).

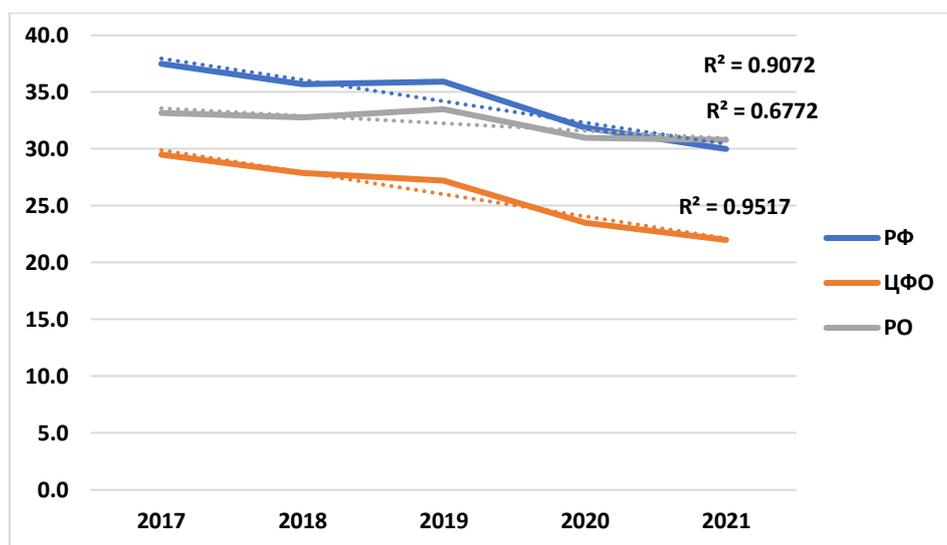


Рисунок 2. - Частота прерывания беременности по различным причинам на сроках до 22 недель в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (на 100 родившихся живыми и мертвыми)

Данная ситуация сохранилась в 2021 г., несмотря на более интенсивное снижение показателя в области – на 28,3% против 19,1% и 21,3% соответственно. Имеющиеся различия в 2021 г. не носили статистически значимый характер: в РФ - 14,6, ЦФО – 15,5 и в РО - 15,2 на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста

Частота прерывания беременности по различным причинам на сроках до 22 недель в сравниваемых территориях за период 2017-2021 гг. имела статистически значимую тенденцию к снижению, о чем свидетельствовали высокие коэффициенты аппроксимации (0,9072, 0,9517 и 0,6772,0 соответственно). В Рязанской области данный показатель был ниже российского уровня, но в связи с различными темпами снижения к 2021 г. он приблизился к последнему.

Подавляющее большинство (в среднем 89,6%) случаев прерывания беременности у женщин в Рязанской области регистрируется в сроке до 12 недель. На долю прерываний беременности в сроки 12-21 неделя включительно приходилось 10,4%. В структуре всех прерываний беременности одну треть составляли аномальные продукты зачатия, одну десятую – внематочная беременность. В единичных случаях диагностировался пузырный занос.

За период 2017-2021 гг. в области зарегистрировано существенное снижение (на 34,9%) всех случаев прерывания беременности, которое произошло от всех причин, но в основном за счет прерываний в сроке до 12 недель (на 37,7%).

Положительная динамика в частоте прерывания беременности в сроке до 12 недель произошла за счет сокращения в 2 раза числа искусственных аборт (легальных), а затем самопроизвольных абортов (на 30,7%). В результате этого к 2021 г. доля медицинских абортов существенно сократилась (с 42,1% до 32%), а самопроизвольных абортов несколько увеличилась (с 27% до 30,1%).

Сравнительный анализ показал, что доля самопроизвольных абортов среди общего числа абортов в Рязанской области в 2017-2021 гг. была несколько выше,

чем в РФ в целом, однако различия не были статистически значимыми ($p > 0,05$).

Частота самопроизвольных аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста в Рязанской области находится практически на одном уровне – 3,8-3,9. Как видно из таблицы 1, распространенность данного вида прерывания беременности в области статистически значимо выше российских – в 2021 г. 3,9 против 2,4 на 1000 женщин репродуктивного возраста соответственно ($p < 0,05$).

Таблица 1. – Частота самопроизвольных аборт в РФ и РО за 2017-2021 гг.
(на 1000 женщин репродуктивного возраста)

Территории	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
РФ	3,2	2,6	2,8	2,5	2,4
РО	3,8	3,8*	3,9*	3,8*	3,9*

* статистически значимые показателя по сравнению с РФ, $p < 0,05$

В 2017-2019 гг. отмечалась относительно достаточная обеспеченность женского населения репродуктивного возраста акушерскими койками в основном за счет коек патологии беременности, которые превышали российские и окружные показатели. Однако в последующие годы произошло существенное их сокращение. Так, в 2021 г. данные показатели в области были статистически значимо ниже, чем таковые в России в целом: акушерские койки - 12,9 против 14,5 на 10 тыс. женщин фертильного возраста соответственно ($p < 0,05$), койки патологии беременности – 5,7 против 6,8 ($p < 0,05$).

Доля коек патологии беременности в общем числе акушерских коек в Рязанской области в основном стабильный показатель и в среднем составлял 41,8%, что также меньше, чем в РФ и ЦФО – 46,2% и 45% соответственно. Обеспеченность женского населения области гинекологическими койками, уровень которой был стабильно выше российских и окружных показателей, также существенно снизилась в последние два года. В 2021 г. на 10 тыс. женского населения Рязанской области пришлось в среднем 5 гинекологических коек, в РФ и ЦФО – 4 койки ($p < 0,05$).

Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в 2021 г. в Рязанской области составила 4,84 на 10 тыс. женского населения, в РФ – 4,35, в ЦФО – 4,19. Число врачей-генетиков, имеющих большое значение в диагностике соответствующих причин ранних репродуктивных потерь, в области остается стабильным, а обеспеченность врачами данного профиля соответствует российским показателям – 0,02 на 10 тыс. населения.

Показатели, характеризующие деятельность женских консультаций в Рязанской области в основном лучше, чем в РФ и ЦФО. Однако имеющиеся различия не являются статистически значимыми. В 2021 г. в области выше доля беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности (92,3% против 88,8% и 87,6% соответственно), осмотренных терапевтом в срок до 12 недель беременности (91,7% против 88,2% и 89,0%). Доли беременных от числа родивших в стационаре, не состоявших под наблюдением в женской консультации, имела колебания по годам и к 2021 г. соответствовала российскому уровню и была меньше, чем в ЦФО (1,29% против 1,28% и 1,85% соответственно).

Охват беременных пренатальной диагностикой в Рязанской области соответствует российским показателям. Так, среди женщин, закончивших беременность, проведено УЗИ плода (всего) в области у 94,2% из них, взята проба на биохимический скрининг (всего) – у 91,5%, а в РФ – у 91,4% и 90,8% соответственно. Следует отметить, что в Рязанской области по сравнению с РФ и ЦФО статистически значимо реже выявляются врожденные пороки развития при УЗИ-диагностике (2,6% против 4,2% и 6,01% соответственно, $p < 0,05$) и чаще при биохимическом скрининге (1,2% против 0,9% и 0,7%, $p < 0,05$).

Для обоснованного распределения средств, направляемых на охрану здоровья беременных женщин, необходимы сведения не только об уровне ранних репродуктивных потерь и отдельных их причин в субъектах Российской Федерации, но и о ведущих медико-организационных показателях. Имеется в виду обеспеченность врачебными кадрами, специализированными койками, а также качество и доступность медицинской помощи. В связи с этим был проведен корреляционный анализ между частотой ранних репродуктивных потерь у женщин Рязанской области и основными показателями медико-организационного характера.

Установлена обратная статистически значимая ($p < 0,05$) связь средней силы между частотой ранних репродуктивных потерь (на 1000 женщин репродуктивного возраста) и обеспеченностью врачами акушерами-гинекологами ($r = - 0,49$), а также долей беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности ($r = - 0,39$). Кроме того, имела место обратная статистически значимая слабая связь между частотой ранних репродуктивных потерь и обеспеченностью койками патологии беременности ($r = - 0,24$) и гинекологическими койками ($r = - 0,21$).

Прямая статистически значимая корреляционная связь средней силы установлена при сопоставлении частоты ранних репродуктивных потерь с частотой угрозы прерывания беременности ($r = + 0,54$) и заболеваемостью беременных ($r = + 0,38$).

Важность проведения реабилитационных мероприятий после ранней репродуктивной потери, а также оценки состояния здоровья женщин, в том числе с точки зрения психоэмоционального статуса, подтверждается результатами проведенного социологического опроса среди акушеров-гинекологов. На вопрос: «Как Вы считаете, нуждаются ли женщины с ранней репродуктивной потерей в дополнительном мониторинге состояния здоровья и реабилитации?» дали утвердительный ответ 92,1% опрошенных акушеров-гинекологов. При этом 44,8% респондентов считали, что реабилитацию женщин после ранней репродуктивной потери целесообразно проводить в условиях дневного стационара, 23,9% - в стационаре круглосуточного пребывания, а 21,6% - амбулаторно. Еще 9,7% врачей затруднились с ответом. Следует отметить, что общая оценка уровня преемственности между амбулаторным и стационарным звеном оказания медицинской помощи женщинам с ранней репродуктивной потерей по 5-балльной шкале составила всего 3,3 балла.

На вопрос: «Используете ли Вы какой-либо алгоритм реабилитации женщин при ранней репродуктивной потере?» 36,7% опрошенных акушеров-

гинекологов ответили «да» и 28,1% - «скорее да, чем нет». Остальные респонденты дали отрицательный ответ. Согласно полученным данным, назначали консультацию психолога женщинам с ранней репродуктивной потерей всегда или часто 53,5% акушеров-гинекологов, редко или никогда – 46,5%. При этом необходимость дополнительного обучения по вопросам реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей отметили 81,9% опрошенных акушеров-гинекологов.

В исследование были также включены 454 женщины с ранними репродуктивными потерями (средний возраст $33,4 \pm 8,7$ лет). Наиболее многочисленной (70,4%) была группа респонденток в возрасте от 20 лет до 39 лет. По семейному положению опрошенные женщины распределялись следующим образом: состояли в официальном браке - 57,4%, в гражданском браке 16%, никогда не состояли в браке – 13,2%, были разведены – 12,3%, вдовы -1,1%.

Согласно полученным данным, 45,1% опрошенных женщин имели высшее образование. Анализ показал, что большинство женщин (75,1%) на момент опроса работали (63% - официально, 12,1% - не официально), 18,% были домашними хозяйками, остальные – студентками. У работающих женщин 69,9% являлись служащими, 30,1% - рабочими. Обращает на себя внимание большой удельный вес среди служащих (54,3%) медицинских работников и педагогов (30,1%).

Среди осложнений после выкидыша, которые регистрировались в 17,8% случаев, наблюдались осложнения воспалительного характера (37,5%), повторные операции и кровотечения (по 25%).

Результаты опроса показали, что 61,9% беременностей были запланированными. Ранее по поводу бесплодия лечение получали 13,8% опрошенных женщин, по поводу невынашивания беременности – 10,5%.

Менструации у женщин начинались в возрасте от 10 до 16 лет (в среднем в 13,5 лет). Значительная часть опрошенных сообщили об отсутствии у них нарушений менструального цикла (45,8%). У остальных имели место болезненные (32,2%), обильные (17,8%) и с задержками (18,4%) менструации.

Большинство женщин (88,1%) сообщили о наличии предыдущих беременностей в анамнезе, число которых колебалось от 1 до 8 случаев. В основном они имели одну беременность (41,5%), реже две (18,5%) и три (14,9%) беременности. Анализ показал, что в структуре исходов беременности около половины (48,7%) составляли роды, второе место занимали искусственные аборт (24,1%), третье – самопроизвольные аборт (14,8%). Довольно часто имела место неразвивающаяся беременность – у 7,9% пациентов. В единичных случаях регистрировалась внематочная беременность – 1,2%.

При сопоставлении структуры исходов беременности в зависимости от ее порядкового номера было установлено, что в основном указанное выше распределение сохранялось. Вместе с этим, начиная с 3-й беременности доля абортов стала выше родов. Стала отмечаться тенденция к росту случаев неразвивающейся беременности. При моделировании трендов была подтверждена статистическая значимость указанных тенденций. Так,

коэффициент аппроксимации (R^2) роста доли абортот составил 0,4239, неразвивающейся беременности – $R^2=0,5213$, снижение числа случаев внематочной беременности – $R^2=0,3366$. В связи со значительными колебаниями доли выкидышей общая тенденция характеризовалась стагнацией – $R^2=0,0036$

Установлена взаимосвязь частоты исходов беременности от возраста женщин. Так, с возрастом увеличивалась доля родов, даже в возрасте 50 лет и старше она выше, чем в других возрастных группах. Следует обратить внимание на значительную долю абортот в возрасте до 20 лет (53,8%). Далее их частота снижается почти в 2 раза, однако остается практически на одном уровне. С возрастом уменьшается удельный вес выкидышей и неразвивающейся беременности и рост случаев внематочной беременности.

Следует отметить, что 12,6% опрошенных пациенток сообщили о тяжелом физическом труде, 21% - о нервных и психических нагрузках, 10,8% - о профессиональных вредностях. Среди профессиональных вредностей респондентки чаще (в 38,5% случаев) называли работу с различными химическими агентами (лаки, краски, окислители, дезинфицирующие средства, химикаты, бытовая химия и др.) и воздействие различных видов облучения (высокочастотное и рентгеновское облучение) (в 25,6%). Ряд женщин работали в условиях действия высоких температур (12,8%) и контактировали с биологическими материалами (кровь) (12,1%). Редко среди неблагоприятных условий труда имели место шум и пыль. Стаж работы в перечисленных условиях колебался от 1 года до 9 лет и в среднем составлял $5,4 \pm 3,0$ года.

Средний доход на одного члена семьи колебался от 8 до 70 тыс. рублей и в среднем составил 27,2 тыс. рублей.

При опросе было установлено, что 22,9% женщин курит, 9,9% - бросили курить. Употребляет алкоголь 48,2% (1-2 раза в месяц - 44,7% и несколько раз в неделю – 3,5%).

При анализе частоты исходов беременности в зависимости от различных медико-социальных и медико-биологических факторов было установлено статистически значимое различие распространенности самопроизвольных абортот у опрошенных пациенток при нарушениях менструального цикла (60,2 на 100 ответивших, $p < 0,05$) и работающих женщин (61,3 на 100 ответивших, $p < 0,05$). Вместе с этим, довольно часто (но статистически не значимо) самопроизвольные абортот отмечались в группах женщин, употреблявших алкоголь (51,6 на 100 ответивших, $p > 0,05$) и имевших среднедушевые денежные доходы ниже установленных в регионе (50,5 на 100 ответивших, $p > 0,05$).

Следует отметить, что подавляющее большинство респонденток (91,7%) были удовлетворены лечением, которое им проводилось в стационаре. На вопрос о причинах неудовлетворенности ответили только 13,8% женщин. При этом были названы неудовлетворительные условия пребывания, недостаточное внимание со стороны персонала, нехватка кадров и их недостаточная квалификация. Чувствовали участие со стороны персонала 75,2% пациенток. В среднем оценка комфорта пребывания в стационаре по 5-ти балльной шкале составила только 2,9 балла.

Об участии и эмоциональной поддержке со стороны близких сообщили

79,1% женщин, принявших участие в исследовании. Анализ показал, что 60,7 на 100 ответивших нуждаются в поддержке мужа, 22,3 – друзей и 29,5 – медицинских работников. Консультация психолога назначалась 39,6% женщинам, при этом одна треть из них (37,3%) от нее отказались.

На вопрос «В какой информации вы нуждаетесь?» большинство респонденток ответили, что в подготовке к следующей беременности (39,6 на 100 ответивших) и о видах контрацепции (26,1). Респонденток также интересовали вопросы профилактики онкологической заболеваемости, предупреждения нежелательной беременности и гармоничности в интимных отношениях. Следует отметить, что о психологической помощи женщины упоминали довольно редко – 9,8 на 100 ответивших.

Как видно из таблицы 2, после выписки из стационара только 89,6% женщин планировали обратиться в различные медицинские организации – большинство из них в женскую консультацию по месту жительства (43,8%) и к врачу стационара (31,5%).

Таблица 2. – Виды медицинских организаций, в которые женщины планируют обратиться после выписки из стационара (на 100 ответивших)

Виды медицинских организаций	На 100 ответивших
Женская консультация по месту жительства	43,8
К врачу гинекологу в своей поликлинике	13,6
Коммерческий медицинский центр	11,1
К врачу стационара	31,5

На вопрос о дальнейших планах респондентки ответили следующим образом: выполнять все назначения врача – 55,7%, прекратить попытки родить ребенка – 9,2%, пока нет решения – 11,0%, использовать экстракорпоральное оплодотворение – 3%, отпустить ситуацию - 21,1%.

Более половины респонденток (59,4%) считали, что женщина после потери беременности нуждается в дополнительном медицинском наблюдении, 21% - ответили, что не нуждается. Значительная часть респонденток (19,6%) затруднились с ответом на данный вопрос.

Разработка алгоритма реабилитации женщин после ранних репродуктивных потерь проводилась на основании анализа результатов исследований и опыта ведущих научных центров. В частности, это концепция реабилитации и алгоритм ведения женщин после хирургического аборта, разработанные НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России (Аполихина, И.А. и соавт., 2015).

Изучался протокол МАРС «Неразвивающаяся беременность» (Радзинский В.Е. и соавт., 2015), которым введены в практику алгоритмы обследования, ведения и реабилитации женщин с несостоявшимся выкидышем. Данная патология является самой распространенной среди всех ранних репродуктивных потерь, поэтому принципы реабилитации после неразвивающейся беременности стали основополагающими при разработке схемы 3-х этапной комплексной реабилитации, которая была разработана и внедрена в практику работы ГБУ РО «ГКБ №8» г. Рязани.

Согласно существовавшим до этого рекомендациям, реабилитация женщины после ранней репродуктивной потери ограничивалась, как правило, только стационарным этапом. При этом проводилось физиотерапевтическое лечение, противовоспалительная и антибактериальная терапия. Психологическое консультирование не предусматривалось. После выписки из стационара пациентка направлялась к гинекологу по месту жительства. Единого четкого алгоритма реабилитации после ранней репродуктивной потери не было.

Нами предложена трехэтапная схема реабилитации, включающая в себя профилактику ранних осложнений, клиничко-лабораторное обследование, психологическое консультирование не только непосредственно сразу после ранней репродуктивной потери, но и в отдаленном периоде. Такой подход позволяет помимо восстановления репродуктивного здоровья формировать в каждом конкретном случае дальнейший репродуктивный план (проведение прегравидарной подготовки или назначение контрацепции).

По нашим данным, 1-й этап реабилитации проводится в 100% случаев, 2-й этап проходят около 60% пациенток, а 3-й этап – 45-50 % от всех женщин с ранней репродуктивной потерей.

Первый (стационарный) этап реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

Концепция первого этапа реабилитации формируется непосредственно при поступлении пациентки в стационар. Возможные пути госпитализации: по направлению врача женской консультации или поликлиники (в случае наличия клинических проявлений аборта доставляется исключительно бригадой скорой медицинской помощи, при отсутствии жалоб и клинических проявлений может быть отправлена самостоятельно с учетом времени и расстояния до стационара), бригадой скорой медицинской помощи из дома, либо женщина может обратиться самостоятельно в приемное отделение медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

При госпитализации (в экстренном или плановом порядке) проводятся осмотр, сбор анамнеза, клиничко-лабораторное обследование, установка клинического диагноза, удаление содержимого полости матки медикаментозным либо хирургическим способом, антибиотикопрофилактика, раннее начало реабилитации, направленное на профилактику хронического эндометрита. Содержание первого этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери представлено на рисунке 3.

План лечения формируется с учетом медицинских показаний и противопоказаний в каждом конкретном случае. Данные о пациентке вносятся в систему мониторинга. В смартфоне пациентки можно установить приложение, сопряженное с программой мониторинга, в котором она может фиксировать характеристики своего состояния: боли, характер выделений, общее самочувствие.

В случае ранней репродуктивной потери лечащий врач (акушер-гинеколог) направляет пациентку к психологу регионального центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности, который функционирует на базе ГБУ РО «ГКБ №8».

Психологическое консультирование проводится исключительно по желанию женщин, при этом они дают информированное добровольное согласие на его проведение.

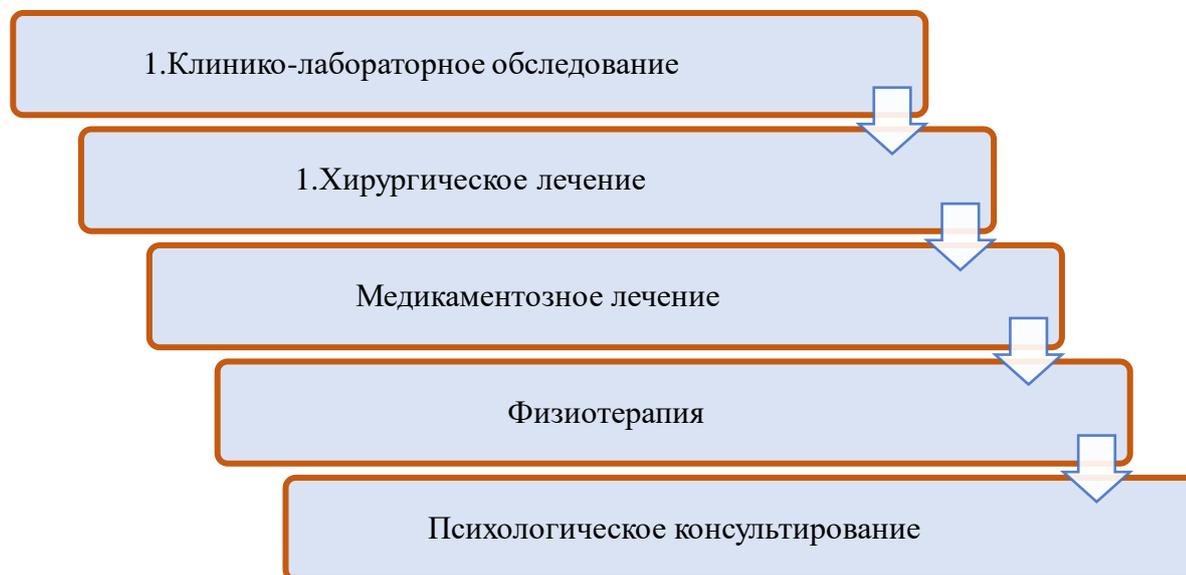


Рисунок 3. - Содержание первого этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

Данный региональный центр оказывает также помощь пациенткам с репродуктивными потерями, проводит психологическое консультирование, диагностику «постабортного синдрома», дает направление на психотерапевтическое лечение, организует обучающие мероприятия для врачей акушеров-гинекологов и медицинских психологов по вопросам работы с женщинами после репродуктивной потери.

В конце каждого этапа врач акушер-гинеколог информирует пациентку о дате явки на последующий этап реабилитации, который в зависимости от клинической ситуации и показаний может проводиться амбулаторно, в дневном стационаре или стационаре ГБУ РО «ГКБ №8». Информация о пациентках находится в программе дистанционного взаимодействия «врач-пациентка». Женщин для проведения последующих этапов реабилитации активно вызывает уже специалист (врач акушер-гинеколог) Регионального центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности.

Второй (восстановительный) этап реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

Сроки проведения 2 этапа реабилитации – 5-6 день после начала очередной менструации после потери беременности. Данный этап может осуществляться как в амбулаторных условиях, так и в условиях дневного стационара, а при необходимости в условиях круглосуточного стационара. Абсолютным показанием к госпитализации для проведения второго этапа является наличие

хронического эндометрита. В круглосуточный стационар целесообразно госпитализировать также пациенток из отдаленных районов, где нет возможности проведения полноценного проведения второго этапа реабилитации.

Осмotra и сбора анамнеза в целом уже не требуется, т.к. имеются данные в системе мониторинга, что сокращает временные затраты врача. На данном этапе проводится оценка состояния эндометрия и яичников на основании УЗИ, оценка состояния вагинальной микрофлоры. При наличии показаний назначается антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, проводится санация влагалища и восстановление вагинальной микрофлоры. 2-й этап реабилитации включает в себя также эфферентную терапию.

Проводится повторная консультация психолога. Желательно проводить ее совместно с мужем. На данном этапе анализируется прошедший период, определяются ключевые проблемы, «болевыe точки», при необходимости назначается консультация психотерапевта.

Содержание второго этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери представлено на рисунке 4.

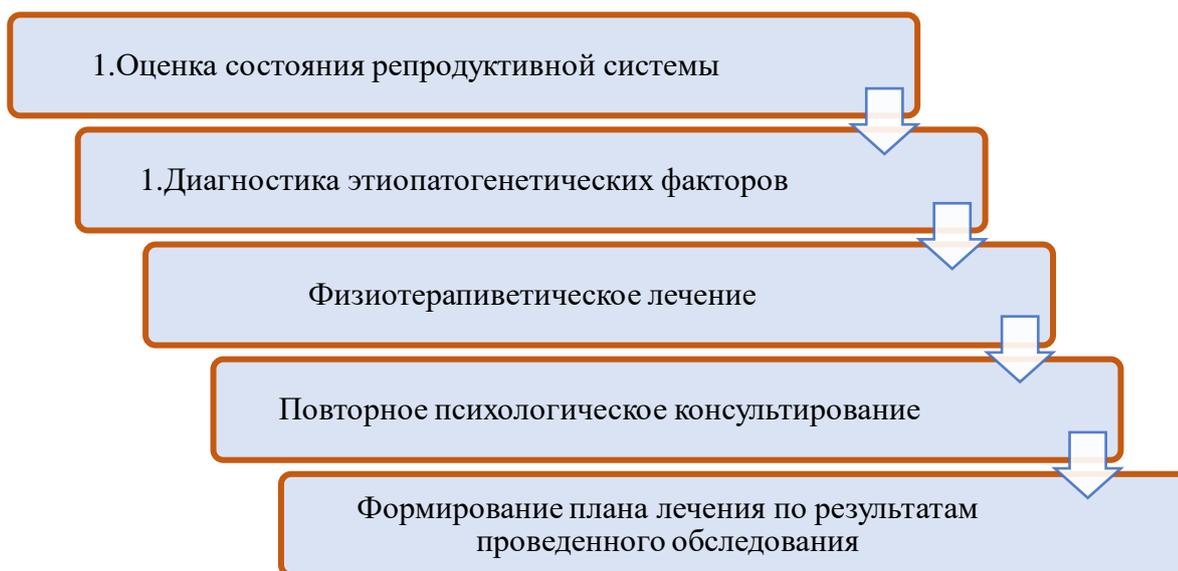


Рисунок 4. - Содержание второго этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

В систему мониторинга вносятся следующие данные: дата начала очередной менструации после потери беременности, УЗ – характеристика состояния эндометрия и яичников, состояние вагинальной микрофлоры, состояние психоэмоционального статуса по результатам консультации психолога, вид контрацепции, комплаентность к данному виду контрацепции. Фиксируется дата следующей госпитализации, данная информация указывается в выписке.

Третий (поддерживающий) этап реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

Третий этап реабилитации среди прошедших второй этап женщин осуществляется в плановом порядке через 3 месяца после потери беременности.

На данном этапе проводится оценка состояния эндометрия и яичников на основании УЗИ, оценка состояния эндометрия на основе пайпель-биопсии, оценка состояния вагинальной микрофлоры. Данный этап реабилитации включает в себя также следующую эфферентную терапию: лазеротерапию, гирудотерапию, грязелечение.

Содержание третьего этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери представлено на рисунке 5.

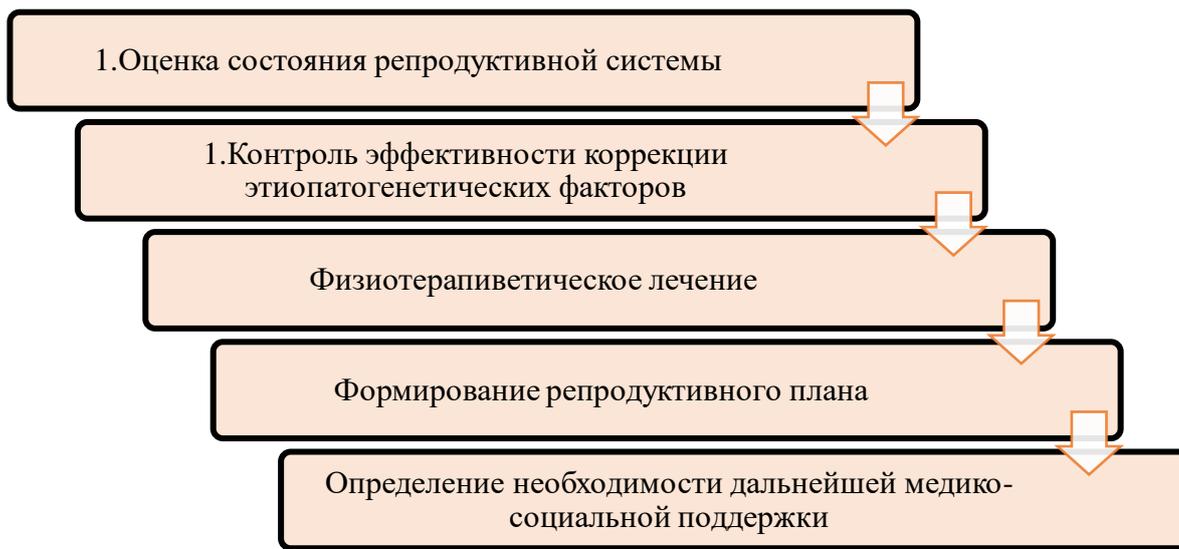


Рисунок 5. - Содержание третьего этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

Данный этап является заключительным, т.к. проведена профилактика хронического эндометрита и полный курс эфферентной терапии, оценено психоэмоциональное состояние пациентки, в том числе в отдаленном периоде. По итогам проведения данного этапа врач может дать комплексную оценку репродуктивного здоровья женщины после потери беременности, совместно с пациенткой определить её дальнейший репродуктивный план: либо назначить надежную контрацепцию, либо прегравидарную подготовку.

Все данные вносятся в систему мониторинга: характеристика состояния эндометрия и яичников, состояние вагинальной микрофлоры, состояние психоэмоционального статуса по результатам консультации психолога, вид контрацепции, комплаентность к данному виду контрацепции. Результат комплексной оценки репродуктивного здоровья, дальнейший репродуктивный план (в случае контрацепции – ее вид), а также наименование медицинской организации, в которую направляется пациентка.

Система мониторинга и оказания целенаправленной специализированной помощи женщинам после потери беременности позволяет оказать комплексную медицинскую услугу по восстановлению репродуктивного здоровья, включающую в себя полноценную оценку статуса репродуктивной системы в течение длительного периода, коррекцию ее физиологических нарушений,

психоэмоциональную поддержку, дать полноценную оценку состояния репродуктивного здоровья, определиться с дальнейшими репродуктивными планами.

Персонализированный подход (возможно создание приложения для смартфона на базе системы мониторинга, благодаря которому пациентка будет понимать свой репродуктивный статус) позволяет дополнительно мотивировать пациенток на прохождение реабилитационного лечения, направленного как на профилактику хронического эндометрита, так и на восстановление здоровья в целом.

Мониторинг позволяет оценить следующие данные:

1. Качество оказанной медицинской услуги: способ удаления содержимого полости матки (хирургический или медикаментозный), наличие осложнений (остатки хориальной ткани, воспалительные осложнения, кровотечение).

2. Удовлетворенность пациентки оказанной медицинской услугой.

3. Длительность пребывания в стационаре.

4. Эффективность эфферентной терапии на различных этапах реабилитации после потери беременности.

5. Сроки восстановления менструальной функции.

6. Сроки восстановления эндометрия.

7. Функциональное состояние эндометрия в отдаленном периоде.

8. Психоэмоциональное состояние в раннем и отдаленном периодах после потери беременности.

9. Период восстановления репродуктивной системы и психоэмоциональной сферы женщины после потери беременности в контексте персонализированного подхода.

10. Влияние эпизода потери беременности на последующие репродуктивные планы женщины.

Ведение женщин после репродуктивных потерь в условиях сельской местности имеет ряд особенностей, что обусловлено удаленностью от крупных профильных стационаров, ограниченными возможностями обследования и физиотерапии, малой доступностью проведения полного курса реабилитации, связанной, в том числе, с ограниченной информированностью о возможностях восстановления репродуктивного здоровья. В этих условиях необходимо было внести определенные коррективы в алгоритм ведения женщин с ранней репродуктивной потерей.

После выписки из стационара ГБУ РО «ГКБ №8» информация о пациентке из системы мониторинга передается врачу акушеру-гинекологу межрайонного медицинского центра, который фиксирует в медицинской документации сроки стационарного лечения, дату потери беременности, а также проведенные лечебные мероприятия. На основании полученных данных планируется проведение 2-го и 3-го этапов, исходя из клинической ситуации и лечебно-диагностических возможностей медицинской организации (объем клинико-лабораторных обследований, консультация психолога, физиотерапевтическое

лечение). В зависимости от этого пациентка либо проходит реабилитацию в межрайонном медицинском центре, либо на базе ГБУ РО «ГКБ №8».

Для получения более полной информации об анализируемых объектах исследования был использован метод SWOT-анализа, который основывается на принципе стратегического соответствия внутренних возможностей системы (ее сильных и слабых сторон) и внешней среды (находящей отражение в возможностях и угрозах). В нашем исследовании метод SWOT-анализа включал в себя оценку сильных и слабых сторон организации акушерско-гинекологической помощи женщинам репродуктивного возраста, перенесших раннюю репродуктивную потерю, а также возможностей и угроз, влияющих на данный процесс в регионе.

Применение указанного метода дало возможность провести совокупный анализ внутренней и внешней среды организации акушерско-гинекологической помощи, в частности, установить пересечения факторов сильных и слабых сторон, характерных для конкретного региона, а также внешних факторов угроз и возможностей, что в дальнейшем помогло выявить цепочки связей между ними. В свою очередь, это позволило обосновать медико-организационные подходы к совершенствованию комплексной реабилитации женщин, перенесших раннюю репродуктивную потерю.

При экспертной оценке были названы следующие наиболее существенные показатели результативности и эффективности внедренной инновации:

1. Высокая эффективность использования единого унифицированного алгоритма ведения женщин с ранними репродуктивными потерями, основанного на принципах доказательной медицины, порядках, клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи.

2. Улучшение взаимодействия между врачами акушерами-гинекологами первичного звена и врачами акушерско-гинекологических стационаров путем налаживания обратной связи.

3. Снижение нагрузки на врачей акушеров-гинекологов первичного звена благодаря централизованному проведению реабилитации женщин после ранних репродуктивных потерь.

4. Уменьшение периода нормализации психоэмоционального статуса женщин после ранних репродуктивных потерь благодаря медико-психологической поддержке.

5. Формирование у женщин осознанного репродуктивного поведения после потери – формирование репродуктивного плана либо в сторону деторождения, либо выбора надежной контрацепции для профилактики нежелательной беременности.

6. Повышение приверженности к проведению прегравидарной подготовки вследствие лучшей информированности пациенток.

7. Снижение числа повторных репродуктивных потерь у женщин, прошедших все этапы реабилитации

8. Снижение осложнений при последующей беременности.

9. Своевременное выявление и коррекция патологических состояний, обуславливающих ранние репродуктивные потери.

10. Высокая эффективность комплексной оценки репродуктивного здоровья женщины при профилактике ранних репродуктивных потерь.

В *заключении* в обобщенном виде представлены результаты проведенного диссертационного исследования.

ВЫВОДЫ:

1. Данные официальной статистики свидетельствуют о неблагоприятных тенденциях в демографической ситуации Рязанской области. В 2017-2021 гг. показатель рождаемости в области повторял тенденции, происходившие в РФ в целом и в ЦФО, но был постоянно ниже, чем на сравниваемых территориях. Среди территорий ЦФО Рязанская область по показателю естественного прироста населения в 2021 г. занимала последнее 18-е место.

В 2017-2021 гг. показатели заболеваемости беременных в Рязанской области были ниже, чем в РФ и ЦФО. Однако, если в РФ ее показатели за указанный период существенно снизились (на 12,5%), то в Рязанской области имели тенденцию к росту (на 10,2%). На фоне постоянного уменьшения абсолютного числа родов в области отмечалось существенное снижение числа прерываний беременности, что является значимым резервом для повышения рождаемости.

2. Подавляющее большинство (в среднем 89,6% за анализируемый период) случаев самопроизвольного прерывания беременности у женщин в Рязанской области регистрируется в сроке до 12 недель. На долю прерываний беременности в сроки 12-21 неделя включительно приходилось 10,4%. В структуре всех прерываний беременности одну треть составляли аномальные продукты зачатия, одну десятую – внематочная беременность.

При этом в 2017-2021 гг. частота самопроизвольных аборт в Рязанской области находилась практически на одном уровне – 3,8-3,9 на 1000 женщин репродуктивного возраста. Следует отметить, что в 2021 г распространенность данного вида прерывания беременности в области статистически значимо ($p < 0,05$) выше российских – 3,9 против 2,4 на 1000 женщин репродуктивного возраста соответственно.

3. Среди опрошенных акушеров-гинекологов 44,8% считали, что реабилитацию женщин после ранней репродуктивной потери целесообразно проводить в условиях дневного стационара, 23,9% - в стационаре круглосуточного пребывания, а 21,6% - амбулаторно. Еще 9,7% врачей затруднились с ответом. По мнению респондентов, общая оценка уровня преемственности между амбулаторным и стационарным звеном оказания медицинской помощи женщинам с ранней репродуктивной потерей по 5-балльной шкале составила всего 3,3 балла. Согласно полученным данным, 92,1% акушеров-гинекологов утверждали, что женщины с ранней репродуктивной потерей нуждаются в реабилитации и дополнительном мониторинге состояния здоровья. Необходимость дополнительного обучения по вопросам реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей отметили 81,9% опрошенных врачей.

4. Согласно полученным данным, 12,6% женщин сообщили о тяжелом физическом труде у них, 21% - о нервных и психических нагрузках, 10,8% - о

других вредных факторах, среди которых чаще других назывались работа с различными химическими агентами, а также воздействие высокочастотного и рентгеновского облучения. Стаж работы в таких условиях составлял в среднем $5,4 \pm 3,0$ года.

Установлена взаимосвязь частоты различных исходов беременности в анамнезе у женщин, перенесших потерю беременности, от возраста, ряда медико-социальных и медико-биологических факторов (числа и порядкового номера беременности, нарушений менструального цикла, уровня образования, характера трудовой деятельности, среднедушевого денежного дохода).

5. Большинство опрошенных пациенток были удовлетворены лечением, которое им проводилось в стационаре, а также акушерско-гинекологической помощью в целом. Вместе с этим, неудовлетворенность женщин, оказываемой им специализированной медицинской помощью, связана с условиями пребывания в медицинских организациях, отношением медицинского персонала и его квалификацией, доступностью информации о диагнозе, прогнозе и лечении, доступностью и качеством диагностики.

6. Внедрение трехэтапной схемы реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей способствовало оказанию в полном объеме специализированную медицинскую помощь по восстановлению их репродуктивного здоровья и психоэмоциональной сферы. Кроме того, помогает сформировать их дальнейшие репродуктивные планы (с учетом чего провести индивидуальный подбор метода контрацепции или назначить прегравидарную подготовку), а также дать рекомендации по дальнейшему наблюдению в амбулаторных условиях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Акушерско-гинекологической службе региона:

1) Рекомендовать к широкому внедрению в практическую деятельность акушеров-гинекологов разработанную и апробированную схему 3-х этапной комплексной реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери.

2) Использовать в сельской местности предложенный алгоритм ведения женщин после ранних репродуктивных потерь, учитывающий местные особенности и состояние здравоохранения.

3) Организовать дополнительный мониторинг состояния здоровья и результатов каждого этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери.

4) Принять меры к повышению информированности женщин по вопросу необходимости прохождения полноценной комплексной реабилитации после ранней репродуктивной потери.

5) Использовать для дополнительного мотивирования пациенток персонализированный подход при работе с ними (в частности, возможно создание приложения для смартфона на базе системы мониторинга).

Региональным центрам медико-психологической помощи женщинам:

6) Проводить двухэтапное доабортное консультирование с целью повышения его эффективности. Предусмотреть при этом не только работу с

женщинами, но и с их родственниками, а также привлекать к принятию решения о судьбе беременности партнеров.

Медицинским высшим учебным заведениям:

7) В программах НМО акушеров-гинекологов предусмотреть дополнительное обучение по вопросам реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Результаты диссертационной работы могут быть использованы для проведения научных исследований по дальнейшему совершенствованию организации оказания медицинской и клинико-психологической помощи пациенткам с репродуктивными потерями.

Список публикаций по теме диссертации

Научные статьи, опубликованные в журналах, индексируемых в международных базах научного цитирования:

1. Алешкина О.С., Коновалов О.Е., Шулаев А.В., Приступа Е.М., Бреусов А.В. Этапы реабилитации женщин после ранних репродуктивных потерь // **Вестник современной клинической медицины.** – 2023. – Т. 16, вып. 4. – С. 124-131 (Scopus).

2. Алешкина О.С., Коновалов О.Е. Мнение акушеров-гинекологов о проблемах реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями // **Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.** – 2024. – Т. 32, № 1. – С. 17-24 (Scopus).

Научные статьи, опубликованные в журналах ВАК/перечень РУДН:

3. Алешкина О.С., Коновалов О.Е. Динамика ранних репродуктивных потерь в Рязанской области // **Наука молодых (Eruditio Juvenium).** – 2023. – Т. 11, № 3. - С. 319-326.

4. Алешкина О.С., Коновалов О.Е., Саурина О.С. Опыт работы Регионального центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.** – 2023. - № 3-4. – С. 41-47.

Свидетельства о государственной регистрации:

5. Алешкина О.С., Коновалов О.Е. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Программа для дистанционного взаимодействия «врач-пациентка» при реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери» (номер свидетельства 2023615746 от 17.03.2023 г.)

6. Алешкина О.С., Коновалов О.Е. Свидетельство о государственной регистрации базы данных «Медико-социальный портрет пациентки гинекологического стационара с ранней репродуктивной потерей» (номер свидетельства 2023620995 от 27.03.2023 г.).

Тезисы, опубликованные в материалах научных конференций:

7. Алешкина О.С., Коновалов О.Е. Медико-организационные и социально-экономические факторы, влияющие на частоту ранних потерь беременности // Организация медицинской помощи и здоровье населения в современных условиях: сборник научных трудов. – Тверь: ТРОД "АМУ ТО", 2022. – С. 3-7.

8. Алешкина О.С. О распространенности ранних репродуктивных потерь // Организация медицинской помощи и здоровье населения в современных условиях: сборник научных трудов. – Тверь: ТРОД "АМУ ТО", 2022. – С. 8-12.

9. Алешкина О.С., Коновалов О.Е. Характеристика ресурсной базы акушерско-гинекологической службы региона (на примере Рязанской области) // Материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции с международным участием «Проблемы гигиенической безопасности и профилактики нарушения трудоспособности у работающих». Н. Новгород, 2023.- С. 217-221.

10. Алешкина О.С., Коновалов О.Е., Шулаев А.В., Приступа Е.М., Бреусов А.В. Этапы проведения реабилитации женщин после ранних репродуктивных потерь // Материалы XXIV Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и дитя». – М., 2023. – С. 159-160.

11. Алешкина О.С., Коновалов О.Е. Эффективность двухуровневой системы медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора // Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума «Наука и инновации – современные концепции» (сентябрь, 2023). – М., 2023. – Т. 1. – С. 152-15

Алешкина Оксана Сергеевна (Россия)
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ
ПОЭТАПНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН
ПОСЛЕ РАННЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПОТЕРИ

Проанализирована динамика и тенденции ранних репродуктивных потерь на территории Рязанской области. Изучена медико-социальная характеристика и удовлетворенность полученной медицинской помощью женщин с ранней репродуктивной потерей в анамнезе. Получена оценка акушерами-гинекологами медицинской помощи женщинам при ранней репродуктивной потере. Показаны реабилитационные возможности регионального центра медико-психологической помощи женщинам, оказавшимся в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности. Разработаны и внедрены предложения по трехэтапной комплексной реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей, направленные на полноценное восстановление репродуктивной функции.

Aleshkina Oksana Sergeevna (Russia)
MEDICAL, SOCIAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS STAGED COMPLEX
REHABILITATION OF WOMEN AFTER EARLY REPRODUCTIVE LOSS

The dynamics and trends of early reproductive losses in the Ryazan region are analyzed. The medical and social characteristics and satisfaction with the medical care received by women with a history of early reproductive loss were studied. An assessment by obstetricians and gynecologists of medical care for women with early reproductive loss was obtained. The rehabilitation capabilities of the regional center for medical and psychological assistance to women who find themselves in situations of reproductive choice and crisis pregnancy are shown. Proposals for a three-stage comprehensive rehabilitation of women with early reproductive loss, aimed at the full restoration of reproductive function, have been developed and implemented.