

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

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***

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Коновалов Олег Евгеньевич

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ..... | 4 |
| ВВЕДЕНИЕ..... | 5 |
| ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ | 12 |
| 1.1. Распространенность и медико-социальное значение ранних репродуктивных потерь | 12 |
| 1.2. Причины ранней репродуктивной потери..... | 17 |
| 1.3. Прогнозирование и профилактика невынашивания беременности на ранних сроках | 25 |
| 1.4. Вопросы реабилитации женщин при повторных ранних репродуктивных потерях | 30 |
| ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, БАЗА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | 38 |
| 2.1. База и этапы исследования | 38 |
| 2.2. Материалы и методы исследования | 44 |
| ГЛАВА 3. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 48 |
| 3.1. Демографическая ситуация в Рязанской области..... | 48 |
| 3.2. Состояние здоровья беременных и репродуктивные потери в Рязанской области..... | 53 |
| 3.3. Ресурсное обеспечение акушерско-гинекологической службы в Рязанской области..... | 60 |
| ГЛАВА 4. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ РАННЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПОТЕРЕ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 70 |
| 4.1. Медико-социальная характеристика женщин с ранней репродуктивной потерей в анамнезе..... | 70 |

| | |
|---|-----|
| 4.2. Характеристика репродуктивного поведения и акушерского анамнеза..... | 73 |
| 4.3. Мнение врачей акушер-гинекологов о состоянии специализированной гинекологической помощи женщинам при ранней репродуктивной потере..... | 79 |
| ГЛАВА 5. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАННЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПОТЕРИ..... | 90 |
| 5.1. Этапы реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей с применением системы мониторинга..... | 90 |
| 5.2. Опыт работы Центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности..... | 103 |
| 5.3. Сильные и слабые стороны, возможности и угрозы при реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери..... | 111 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 115 |
| ВЫВОДЫ | 125 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ..... | 128 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 129 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 154 |

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

АМГФ - альфа-2-микроглобулин фертильности

ГБУ РО «ГКБ №8» - Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Городская клиническая больница № 8»;

ИДС – информированное добровольное согласие;

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем;

ИЦН – истмико-цервикальная недостаточность;

МАРС - Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины;

МЗ – Министерство здравоохранения;

НЦАГиП - Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии;

РО - Рязанская область;

РФ – Российская Федерация;

ХГЧ – хорионический гонадотропин человека;

ЦФО – Центральный федеральный округ;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

ВВЕДЕНИЕ

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 персонализированного 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. Вартамяна 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, математико-статистического и экспертных оценок.

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 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.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

1.1. Распространенность и медико-социальное значение ранних репродуктивных потерь

Под ранними спонтанными репродуктивными потерями понимают все самопроизвольные прерывания беременности, случившиеся ранее двенадцати недель. В их числе внематочная беременность (код по МКБ X – O00), иные продукты зачатия, отличные от нормы, в том числе погибшее плодное яйцо (код по МКБ X - O02), самопроизвольный (код по МКБ X – O0) и неуточненный (код по МКБ X – O06) аборт, произошедшие ранее 12 недель беременности [25; 28].

При этом в литературе используется множество терминов, также характеризующих данную ситуацию – самопроизвольный аборт, выкидыш, привычные, повторные, предотвратимые, непредотвратимые, спонтанные потери беременности, синдромы привычной и спонтанной потери беременности и др.

Самопроизвольный аборт - это естественная потеря беременности до двадцати недель беременности. В разговорной речи самопроизвольный аборт называют «выкидышем», чтобы избежать ассоциации с искусственным абортом. Ранняя репродуктивная потеря относится только к самопроизвольному аборту в первом триместре. Тем не менее, в первом триместре происходит большинство самопроизвольных абортов. Поэтому эти три термина предлагается использовать как взаимозаменяемые [134; 173].

Ранняя репродуктивная потеря принимает множество различных форм. При замершей беременности происходит бессимптомная или "пропущенная" гибель эмбриона или плода без достаточных сокращений матки для выталкивания продуктов зачатия. Напротив, угрожаемый аборт характеризуется симптоматическим, "угрожаемым" изгнанием продуктов зачатия, при этом шейка матки остается закрытой, а эмбрион или плод остаются жизнеспособными. Неизбежный аборт отличается от угрожаемого

аборта наличием открытого зева шейки матки, что указывает на «неизбежное» прохождение продуктов зачатия. При неполном аборте происходит «неполное» прохождение продуктов зачатия через шейку матки. Полный аборт определяется как «полное» выведение всех продуктов зачатия, повторный аборт - как три или более последовательных потери беременности [134].

Анэмбриональная беременность характеризуется тем, что гестационный мешок формируется и растет, в то время как эмбрион не развивается. Хотя термины "анэмбриональная беременность" и "поврежденная яйцеклетка" являются синонимами, последнее теряет популярность из-за более описательного первого термина. Анэмбриональная беременность составляет значительную, но неизвестную долю выкидышей. По оценкам Американской ассоциации беременных, анэмбриональная беременность составляет половину всех выкидышей в первом триместре [142].

В первом триместре термины ранняя репродуктивная потеря, выкидыш или самопроизвольный аборт часто используются как взаимозаменяемые. Ранняя репродуктивная потеря определяется как самопроизвольная потеря беременности до 13 недель беременности. Всемирная организация здравоохранения и Центры по контролю и профилактике заболеваний определяют выкидыш как прерывание беременности до 20 недель беременности или выброс или удаление эмбриона или плода весом 500 г или менее. Это определение используется в Соединенных Штатах; однако оно может варьироваться в зависимости от законов штата.

Клинический выкидыш — это когда ультразвуковое исследование или гистологические данные подтверждают наличие внутриутробной беременности. Клинический выкидыш классифицируется как ранний (до 12 недель беременности) и поздний (от 12 недель до 20 недель) [142; 175].

Привычный выкидыш определяется как потеря двух или более беременностей, а привычный выкидыш раннего срока - это потеря двух беременностей или более до 10 недель. По данным шотландского регистра,

частота встречаемости указанной патологии составляет 5%. Другие исследования свидетельствуют о более высокой ее распространенности – от 10% до 20% [110; 161; 169].

Примерно 15% всех клинически подтвержденных беременностей заканчиваются потерей плода в первом триместре, при этом живорождение происходит только в 30% всех беременностей. Практически около 50% всех беременностей прерывается в сроке 2-4 недель. На период имплантации и 6-ю неделю приходится 30% потерь беременности, а на 1 триместр – до 65%. Значительная часть пациенток с потерей беременности на ранних сроках (включая анэмбриональную беременность) не знают о своем самопроизвольном аборте, особенно когда ранняя потеря беременности происходит на ранних стадиях беременности [25; 142].

Есть данные о количественном уменьшении репродуктивных потерь прямо пропорционально величине срока беременности. По данным современных исследований большая часть спонтанных абортов (до 80% от общего числа) происходит на протяжении первых двенадцати недель беременности. Патология беременности и нарушения регуляции в течение первого триместра рассматриваются в качестве отправной точки последующих неблагоприятных событий. По данной причине беременность в период ранних сроков находится сейчас в центре внимания мировой науки [25].

На основе данных Национальной службы медицинского страхования была подсчитана ежегодная распространенность потери беременности и ее зависимость от возраста и уровня дохода. В среднем ежегодная потеря беременности составляла 15%, которая постепенно увеличивалась с повышением возраста и уровнем дохода, за исключением группы с самым высоким доходом [170].

В руководствах Всемирной Организации Здравоохранения есть рекомендации об определении выкидыша как привычного при потере 3 и более беременностей подряд [174].

Однако дискуссии на эту тему продолжают до настоящего времени. Существует значительное количество экспертных мнений о необходимости отнесения к категории «привычного» всех наблюдений двух и более выкидышей подряд. Основанием к тому послужило количественное значение рисков повторной самопроизвольной потери беременности после впервые случившейся, которое составило 20%, и после второго аборта – 40%. Каждый последующий аборт увеличивает риск неблагоприятного исхода на 5–10% [143].

В 2011 году было опубликовано мнение Королевского колледжа акушеров и гинекологов, согласно которому привычной следует считать потерю трех и более беременностей, следующих одна за другой [187]. Через два года Общество репродуктивной медицины США в своем определении снизило количество необходимых для привычной произошедших подряд неудач беременности до двух [181]. Профессора Сидельникова В.М. и Сухих Г.Т. в 2010 году в своей монографии согласились с последней позицией по данному вопросу [191]. Однако в Клинических рекомендациях 2016 года, опубликованных Министерством здравоохранения Российской Федерации, вновь находится определение привычного выкидыша как трехкратной самопроизвольной потери беременности у одной женщины подряд. В том же году мнением консенсуса экспертов России различных специальностей в области репродуктивного здоровья на основании сопоставимых уровней риска повторного аборта (примерно 30%) после двух и трех потерь беременности цифра была пересмотрена. В последних клинических рекомендациях, датированных 2022 годом, утверждается, что для трактовки ситуации как «привычный выкидыш» достаточно двух и более клинических потерь беременности ранее 22 недель [3].

Клинический протокол прегравидарной подготовки рекомендует включить в группу риска женщин с двумя самопроизвольными потерями беременности подряд и более в случае вновь клинически, лабораторно и инструментально диагностированной беременности [184].

Современное состояние демографической обстановки в Российской Федерации определяют как долговременный кризис, имеющий истоки на последнем рубеже столетий и не проявляющий признаков завершения [9; 75; 81; 91]. Быстрый спад рождаемости, длительная естественная убыль населения делают проблему улучшения репродуктивных и демографических показателей высоко актуальной [46].

Потеря беременности в ранние сроки имеет место в 10-25% наблюдений среди клинически подтвержденных беременностей [3; 20; 30; 38; 135; 180].

По данным официальной статистики, в 2020 г. в Российской Федерации зарегистрировано 86,4 тыс. самопроизвольных аборт, что составило 19,3% от общего числа аборт и 2,5 на 1000 женщин репродуктивного возраста. Абсолютное число самопроизвольных аборт уменьшилось – по сравнению с 2005 г. в 2 раза (168,1 тыс. случаев). Сокращается их частота на 1000 женщин фертильного возраста – в 2005 г. 4,5. Но процент самопроизвольных потерь беременности среди всех аборт за указанный период увеличилась с 11,2% до 19,3% соответственно [88].

Женщины с привычным невынашиванием беременности – это особая группа пациенток с недостаточной реализацией репродуктивного потенциала. Повторные аборт ухудшают гинекологическое и соматическое здоровье, провоцируют вторичное бесплодие, что еще сильнее уменьшает возможности наступления материнства [191; 194].

Применение вспомогательных репродуктивных технологий у таких пациенток не приводит к решению проблемы, потому что этиологические факторы патологического состояния остаются. Человеческие и материальные ресурсы, используемые при этом, характеризуются низкой экономической эффективностью [168; 178; 198].

Тенденция депопуляции, которая существует в наши дни, может иметь в будущем негативные последствия для общества как в масштабах каждой семьи, так и целого государства [16; 38; 89; 147].

При оценке влияния потери беременности на ранних сроках на

последующие затраты в здравоохранении было установлено увеличение использования определенных видов медицинской помощи. Хотя абсолютные затраты, связанные с уходом, относительно невелики, наблюдаемые объемы услуг являлись информативными для поставщиков услуг и политиков, стремящихся поддержать женщин после потери [193].

Многокомпонентность и высокая актуальность проблемы потерь беременности на ранних сроках может быть объяснена полиэтиологичным характером обсуждаемой патологии [25; 30; 38].

1.2. Причины ранней репродуктивной потери

Современное понимание этиологии репродуктивных потерь в ранние сроки рассматривает среди основных предрасполагающих факторов: геномные нарушения, экстрагенитальные (аутоиммунные и эндокринные нарушения, тромбофилии) и гинекологические заболевания матери (болезни матки, хронические воспалительные и инфекционные процессы в органах репродуктивной системы и другие), влияние внешних факторов. Зачастую потери беременности – это следствия комплекса причин, которые действуют последовательно либо синхронно [7; 55; 94; 106; 137; 158].

Отдельные редко происходящие потери беременности на малых сроках многие авторы трактуют как реализацию технологии естественного отбора, в более половины случаев (до 60%) вызванную *аномалиями кариотипа эмбриона*. Но в случаях привычного невынашивания подобные проблемы встречаются намного реже – лишь в 3–5% наблюдений. Это значит, что в 95–97% случаев привычного невынашивания беременности на ее потерю можно повлиять, если своевременно ее диагностировать. По разным данным, имеет место прямая зависимость между числом аномалий кариотипа плода и возрастом матери. В возрасте 45 лет и более риск самопроизвольного аборта в 5 раз выше, чем до 30 лет. Происходящие подряд репродуктивные потери повышают возраст материнства и вместе с тем риск эмбриональных нарушений еще на этапе зачатия [191; 194].

Самая распространенная причина самопроизвольных абортов в наиболее ранние сроки – это *аномалии генома эмбриона*, часто наследственного характера. Нарушения структуры хромосом могут лежать в основе прерывания беременности на протяжении первого триместра, по различным данным, в 50-85% наблюдений [3; 5; 66; 157]. Большую роль может играть наличие у родителей генных и хромосомных проблем. Но большая часть эмбриональных аномалий – это результат мутаций родительских гамет или зиготы на этапе первых делений, при развитии и дифференцировке эмбриобласта, после структурных нарушений генетической программы построения трофобласта [29; 104; 105; 196; 202].

При условии отсутствия аномалий кариотипа большая часть прерываний беременности обусловлена неадекватной *имплантацией* зиготы в эндометрий. Причин этому известно большое количество. Воспалительный процесс в органах малого таза, наличие в анамнезе инвазивных вмешательств, инфекционные болезни сами по себе или опосредованно оказывают влияние на морфофункциональный статус эндометрия. Это нарушает nidацию плодного яйца, развитие хориональных тканей и эмбриона [48; 117; 119]. Другая причина – это полиморфизм части генов, имеющих возможность повлиять на ключевые биохимические реакции и нарушить процесс имплантации плодного яйца [132].

При неразвивающейся беременности наблюдается нарушение дифференцировки ворсин хориона с нарушением их васкуляризации, что явилось морфологическим подтверждением возможной хромосомной патологии [18].

Одной из многих причин ранних потерь беременности является *ретрохориальная гематома*, которая часто выявляется при рутинном ультразвуковом исследовании и считается следствием отслойки хориальной пластинки от подлежащей децидуальной оболочки матки [107].

По данным исследований, изучающих проблемы экстракорпорального оплодотворения и невынашивания беременности, есть самые разные

структурно-функциональные изменения в эндометрии, находящиеся вне распространенных нозологий, которые могут самостоятельно нарушать репродуктивную функцию: снижение субэндометриальной перфузии, структурное несоответствие эндометрия фазе менструального цикла, иммунологические и склеротические изменения в эндометрии [25; 146; 165].

Большую группу причин ранних репродуктивных потерь составляют *инфекционные заболевания половых органов* матери в острой и хронической форме, даже в стадии ремиссии. Роль хронического эндометрита разной степени выраженности в развитии предпосылок для самопроизвольного аборта имеет множество доказательств. Имеющий морфологическое подтверждение воспалительный процесс эндометрия имеет частоту, по одним данным литературы, 40–79,6%, по другим – более 90% при невынашивании беременности. Всемирный конгресс FIGO в Куала-Лумпуре 2006 года принял решение считать каждую неразвивающуюся беременность следствием хронического эндометрита. При этом многие исследователи подтвердили участие персистирующих бактериальных и вирусных инфекций в происхождении потерь беременности на ранних сроках [33; 40; 42; 53; 95; 156].

Как свидетельствуют данные литературы, хронический эндометрит с морфологической точки зрения – это присутствие субклинического воспаления и инфильтрации плазматических клеток в строму эндометрия. Заболеваемость имеет широкие пределы вариации. Несбалансированные процессы дифференцировки и клеточной пролиферации, нарушение активности иммунного ответа в тканях эндометрия, измененная экспрессия биологически активных веществ стоят у истоков проблем репродуктивных возможностей женщин [59; 85].

Эндокринно-метаболические нарушения – немаловажная причина невынашивания беременности. На их долю приходится, по данным различных литературных источников, от 30,0% до 78,2% [25; 155; 167; 186; 199; 204].

Самыми значимыми в развитии репродуктивных потерь являются недостаточность второй фазы овариально-менструального цикла, повышенное

содержание лютеинизирующего гормона в сыворотке крови, сахарный диабет, нарушенная функция щитовидной железы, ожирение, гиперандрогения [6; 70; 104; 164; 172]. В первом триместре к потере беременности наиболее часто приводит гиперандрогения различного происхождения и овариальная дисфункция [195].

Одним из базисных причинных факторов ранних самопроизвольных абортс считают недостаточность выработки прогестерона. Отечественные и зарубежные исследования свидетельствуют, что среди причин гормонального плана она имеет удельный вес 64–89%, что вызывает высокий интерес к поиску решения проблемы, разработке методов ранней диагностики и своевременной коррекции. Ведутся работы, пытающиеся найти связь эндокринных нарушений с геномными факторами, определяющими гормональный гомеостаз [36; 176; 197].

В последние годы всё чаще стали появляться исследования роли *иммунных нарушений* в патогенезе репродуктивных потерь. Многие авторы в наши дни склонны присваивать лидирующее место среди причин самопроизвольных абортс иммунологическим нарушениям при условии нормального плодного кариотипа. Частота повторных потерь беременности, имеющих связь с аутоиммунными реакциями, доходит до 80% [2; 49; 122].

Установлено, что немалую роль в происхождении неразвивающейся беременности играют аллоиммунные реакции, где очень важна гистосовместимость родителей. Она определяется наличием достаточного количества общих HLA-антигенов. По результатам различных исследований, 15-30% неразвивающихся беременностей, которые обусловлены совместимостью супругов по антигенам системы HLA, анэмбриональны [13; 14; 15].

Антифосфолипидный синдром – это одна из наиболее распространенных в настоящее время аутоиммунных патологий, которая в изолированном состоянии или совместно с другими нарушениями обуславливает 40-60% репродуктивных потерь [58; 64; 138].

Большое внимание уделяется сейчас *нарушениям системы гемостаза* как результат тромбофилий с генетической детерминацией, которые приводят к осложнениям и потере беременности на любом из этапов, в том числе и в ранние сроки. Проблема тромбофилий, передающихся по наследству, до сих пор недостаточно изучена, но для части вариантов генетического полиморфизма доказана этиологическая роль в отношении потери беременности. Собранные факты дают исследователям возможность сформировать из генетических тромбофилий особую группу причин невынашивания беременности [11; 43; 68; 70; 102].

Тромбоциты и продукты их активации играют важную роль в создании условий, необходимых для наступления беременности и успешного ее пролонгирования. Функциональное состояние тромбоцитов определяет успех плацентации как непосредственно (через контроль гемодинамических показателей в сосудах плаценты, усиление инвазивности вневорсинчатого трофобласта, влияние на эндокринный фон), так и опосредованно (путем модулирования функций иммунокомпетентных клеток децидуальной оболочки), что подчеркивает их значимость в реализации идиопатического привычного выкидыша [43; 190].

Представлены современные взгляды на проблему потерь беременности на фоне генетических и приобретенных тромбофилий и нарушений фолатного обмена. Получены данные о том, что нехватка соединений фолиевой кислоты и полиморфизм генов энзимов фолатного цикла ведут к гипергомоцистеинемии, которая является одним из факторов развития гиперкоагуляции. Каждый из представленных патологических процессов, а чаще их сочетание, приводят к потере беременности на различных сроках гестации [4; 103; 145].

При обследовании женщин в первом триместре беременности с привычным невынашиванием в 10 недель гестации было отмечено повышение гиперкоагуляционного потенциала [108].

После имплантации эмбриона слизистая оболочка матки - эндометрий -

превращается в прочный децидуальный матрикс, который вмещает плаценту плода на протяжении всей беременности. Этот переход обусловлен дифференцировкой фибробластов эндометрия в специализированные децидуальные клетки. Синхронизированный приток циркулирующих естественных киллеров (NK) и мезенхимальных стволовых / прогениторных клеток костного мозга (BM-MSC) имеет решающее значение для децидуального гомеостаза и расширения на ранних сроках беременности. Предполагается, что патологические сигналы, препятствующие набору или активности внематочных клеток на границе раздела матери и плода, связывают самопроизвольный аборт с последующими неблагоприятными исходами беременности. NK-клетки и BM-MSC являются ключевыми регуляторами гомеостаза во многих тканях, указывая на общую этиологию между повторным выкидышем и возрастными нарушениями, включая кардиометаболические заболевания. Авторами предлагается термин "синдром невынашивания беременности", чтобы отразить риски для здоровья и ускорить разработку профилактических стратегий [136].

Существует тенденция к ослаблению *соматического и репродуктивного здоровья женщин*, находящихся в фертильном возрасте. Наличие у пациентки иммунной, эндокринной, сердечно-сосудистой и другой патологии, в том числе сочетанной, а также репродуктивных потерь в анамнезе позволяет отнести ее к группе высокого риска с особой тактикой ведения беременности [12; 51; 87; 88; 141; 163; 171].

Ряд авторов актуализируют в своих работах *значение нарушений психологической сферы* для невынашивания беременности. Наиболее часто ими оказались отмечены особенности личности, нарушения взаимоотношений матери и ребенка, патологические реакции на стресс и повышенное напряжение психики. Результаты исследования свидетельствует так же о дезадаптации психоэмоционального состояния беременных с репродуктивными потерями в анамнезе. Гормоны стресса, которые выделяются при этом в женском организме, могут местно воздействовать на

эндометрий, вызывая нарушение процессов его подготовки к имплантации плодного яйца [47; 102; 152; 177; 188].

Контекст жизненного пути личности у женщин с привычным невынашиванием беременности имеет специфические особенности. Она подсознательно проектирует боязнь неудачи в будущее, формируя тревожную доминанту, которая становится основополагающей в ее стремлении стать матерью. Особенности переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции как правило представлены смысловым, эмоциональным, когнитивным и временным компонентами [47].

Учащению самопроизвольных репродуктивных потерь в ранние сроки способствуют также *медико-социальные причины*, например, низкий социально-экономический статус (условия работы, наличие профессиональных вредностей, уровень заработной платы); низкий семейно-бытовой статус (наличие вредных привычек, нарушения режима и рациона питания, нездоровые условия проживания), преждевременное начало половой жизни, промискуитет, отсутствие контрацепции, риск распространения венерических заболеваний, поздний репродуктивный возраст одного супруга или обоих сразу [18; 26; 89; 99; 166].

Здоровье женщин в сфере репродукции из числа жителей промышленных районов находится в центре внимания исследователей во всем мире, в основном в аспекте невынашивания беременности. Есть доказательство участия токсичных химических веществ в пагубном влиянии на репродуктивное здоровье пациенток, которое может проявиться еще до начала периода внутриутробного развития. Они оказывают пролонгированное воздействие на женское здоровье, в том числе в период беременности. При неблагоприятных исходах беременности особая роль среди упомянутых вредных факторов принадлежит повышению концентрации соединений свинца и ртути в сыворотке крови [10; 150].

Однако схематичную причинно-следственную связь в патогенезе репродуктивной беременности в большинстве случаев установить все-таки

возможно, несмотря на разнообразие причин. Она может выглядеть как сочетание факторов риска индивидуального плана (данные акушерско-гинекологического анамнеза, соматический и репродуктивный статус, факторы социально-гигиенической сферы и др.), усиленных ошибками диагностики и лечения, начавшихся на этапе планирования беременности, а также организационными проблемами [26].

Важной стороной проблемы невынашивания беременности стоит считать стремительно ухудшающееся состояние *здоровья мужского населения*. Обзор литературы подробно рассматривает мужской фактор бесплодия в аспекте невынашивания беременности. Представлены публикации, отражающие влияние старшего отцовского возраста, фрагментации ДНК сперматозоидов, хромосомных аномалий на исходы самостоятельно развившихся беременностей и случаев использования вспомогательных мероприятий в сфере репродукции [31; 32; 41; 55].

Ранняя потеря беременности является распространенным осложнением лечения вспомогательными репродуктивными технологиями; однако точные факторы, связанные с ней, до конца не изучены [200].

Ряд исследователей склонны считать, что около половины случаев невынашивания беременности остаются без установленной причины [30; 183; 205].

Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) повлекла за собой внезапные и весьма значительные изменения условий, образа жизни и состояния здоровья абсолютного большинства населения. Сформировались глобальные предпосылки к существенному снижению репродуктивного потенциала и качества жизни женщин фертильного возраста, прежде всего за счет роста гинекологических заболеваний, в патогенезе которых играют роль хронический стресс, лекарственная нагрузка на организм и расстройства коагуляции, а также вследствие повышения частоты беременности, не приводящей к деторождению, как непланируемой, так и желанной. Данные отечественных и зарубежных исследований последних лет по проблеме

ранних репродуктивных потерь свидетельствуют, что инфекция SARS-CoV-2 и ее последствия могут служить патогенетическим конфаундером, способствующим увеличению популяционного риска самопроизвольного аборта и неразвивающейся беременности [125; 128; 133].

1.3. Прогнозирование и профилактика невынашивания беременности на ранних сроках

Концепция "группы риска", широко внедренная в практику акушеров, дала возможность прогнозировать и осуществлять профилактику неблагоприятных исходов. С целью отбора пациенток в группу высокого риска необходимо выполнить у них поиск факторов, которые ассоциированы с повышением частоты ранних потерь беременности.

С целью определения факторов риска потерь беременности и оценки возможности их прогнозирования ретроспективно выполнено исследование социального (состоящего из 3 факторов), соматического (из 28 факторов) и репродуктивного статуса (из 15 факторов) женщин с потерей беременности. Выявлены основные предикторы неблагоприятных событий: социальные (жизнь вне брака и без постоянного трудоустройства, низкий образовательный уровень), соматические (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, артериальная гипертензия и гипертоническая болезнь, хронические инфекции гемоконтактной разновидности) и репродуктивные (поздний вариант менархе, раннее начало половой жизни, перенесенные инфекции половых органов, ранние роды и др.) [19; 50].

Определены факторы риска медико-социального плана в отношении самопроизвольной потери беременности на ранних сроках - возраст женщины и возраст партнера старше 35 лет, курение партнера, неразвивающаяся беременность в анамнезе и перенесенные гинекологические заболевания [30; 188].

Множество научных работ посвящено решающим факторам, способным определить ранние репродуктивные потери. Выполнена оценка влияния

аутоиммунных нарушений на процесс имплантации и беременность. Исследована роль патологии системы свертывания крови в развитии раннего невынашивания беременности. Произведен анализ распространенности наследственных тромбофилий, выработки антител антифосфолипидной направленности, повышенного содержания в крови гомоцистеина. Изучены данные агрегатограммы и коагулограммы в случае выявленной патологии системы свертывания крови [52; 123].

Установлены объем и эффективность диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление репродуктивной функции и грамотное планирование беременности у пациенток с риском самопроизвольного аборта в условиях истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). Факторы риска самопроизвольного аборта немодифицируемой группы при ИЦН следующие: наличие ИЦН в анамнезе, анамнестические данные о самопроизвольном аборте на позднем сроке, наличие преждевременных родов в анамнезе; высокий родовой паритет; имевшие место повторные медицинские аборт и вакуумные аспирации; операции с расширением цервикального канала. Факторы риска, подлежащие первичной и вторичной профилактике невынашивания у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью, или модифицируемые факторы - это наличие интергенетического интервала менее 1 года; врожденные аномалии развития матки; повышенная секреция пролактина; нарушения овариально-менструального цикла; курение; наличие дисплазии шейки матки в период беременности; скрытая бактериурия в период текущей беременности [1; 78].

Рассчитывался риск самопроизвольного аборта у женщин с жизнеспособной одноплодной беременностью в первом триместре и была создана модель для стратифицированной оценки риска потери беременности на основе значимых факторов риска. Общий риск потери беременности до 20 недель после подтверждения сердечной деятельности плода составляет 5,4%, но может быть стратифицирован для каждой женщины и составляет от 0,8% до 33,7% в зависимости от срока беременности и количества предыдущих

потерь беременности [175].

Одним из факторов, тесно связанных с исходами беременности, считают циркулирующий в крови беременной модифицированный ишемией альбумин [149].

Основная стратегия профилактики потерь беременности подразумевает своевременное установление ее причин [104; 111; 158]

По мнению ряда современных авторов, самопроизвольный аборт на ранних сроках является эволюционным механизмом истребления генетического материала, являющегося неполноценным. Это стало причиной появления точки зрения об отсутствии необходимости обследования и реабилитации супругов после репродуктивной потери. Есть мнение об актуальности только реабилитационных мероприятий без видимого смысла поиска причины первой потери беременности. Его приверженцы советуют обследовать супружескую пару только при привычном невынашивании [96].

Однако давно известно о том, что угроза повторения потери беременности после произошедшего первого спонтанного события равна 13-17%, после двух – уже вдвое больше, после трех – достигает 30%, а после четырех – равновероятна благоприятному исходу. Принимая во внимание этот факт, обследование и реабилитация женщин с самопроизвольным абортом в анамнезе должны проводиться каждый раз в полном объеме, но избегая бессмысленных затрат на методы исследования и лечения, эффективность которых не является подтвержденной. Требуется установление причины невынашивания, базирующееся на результатах обследования по наследственной, иммунной, эндокринной и инфекционной патологии [25; 116; 124].

Для диагностики нарушений структуры хромосом целесообразно внедрение алгоритма прекоцепционного обследования для семейных пар с привычным невынашиванием беременности, включая дополнительные методы: кариотипирование эмбриона, медико-генетические консультации, исследование цитогенетического профиля [104; 182].

В настоящее время для диагностики аномалий половых хромосом в образцах крови женщин с привычным выкидышем используется довольно информативный неинвазивный пренатальный ДНК-скрининг методом высокопроизводительного секвенирования. Данный метод позволяет с чувствительностью 92% и специфичностью 99% выявлять наиболее часто встречающиеся хромосомные аномалии. Это особенно важно у пациенток с привычным выкидышем, так как позволяет избежать инвазивных диагностических процедур и предотвратить ятрогенные осложнения [17; 109].

Выявление в предгравидарном периоде комбинаций генетических (мутации генов PAI-1, FV, FII, MTHFR) и аутоиммунных (повышение уровня антител к Fc-фрагменту иммуноглобулина и/или тироглобулину) факторов у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом позволяет сформировать группу риска по развитию привычного выкидыша [121].

Оптимальной моделью риска потери беременности с точки зрения статистики считается модель из четырех компонентов, в том числе генов PGR (T1/T2) / ESR1 (T397C) / ESR1 (A351G) / MDR1 (C3435T). Она имеет стопроцентную воспроизводимость и прогностическую ценность, равную 65,69% и включает взаимодействие перечисленных генов [36].

Особенности экспрессии генов ICAM1, VCAM1 и HIF1 у женщин при синдроме потери плода изучались Е.Ю. Юпатовым (2017). Генетический анализ абортивного материала – важный компонент обследования для выбора дальнейшей тактики ведения пациенток [65; 144].

Разработан способ прогнозирования неразвивающейся беременности в I триместре, ассоциированной с хромосомными аномалиями эмбриона, сущность которого заключается в определении прогностического индекса с учетом возраста пациентки и ее партнёра, наличия у пациентки хронических заболеваний мочеполовой системы, злоупотребления алкоголем партнёром, тератозооспермии у партнёра. Чувствительность метода составила 67,74%, специфичность 74,6%, эффективность 71,17% [92; 93].

На процесс вынашивания беременности оказывают влияние нарушения

процессов микроциркуляции в микрососудах тазового дна, что предлагается определять с помощью методики лазерной доплеровской флоуметрии [131].

Склероз сосудов матки, уменьшение перфузии по спиральным и радиальным артериям, снижение уровня АМГФ в менструальной крови, гетерогенность кровяных пластинок в периферическом кровотоке, являются характеристиками структурных и функциональных особенностей эндометрия, демонстрируя его неполноценный характер и недостаточную готовность к процессу имплантации. Измеряемые при витальной компьютерной фазовой морфометрии тромбоцитов периферической крови величины и особенности строения и функции эндометрия могут быть рассмотрены как критерии прогноза повторных потерь беременности и объяснить низкую эффективность подготовки к ней [34].

Уровень прогестерона на ранних сроках беременности указывает на возможный ее исход, является индикатором прогнозируемого риска спонтанного аборта [71].

Отмечается, что в основе профилактики потерь беременности лежит своевременное установление урогенитальной инфекции до того, как инфекционный и/или воспалительный процесс приведет к необратимым изменениям шейки матки, миометрия, плаценты, плодных оболочек и плода [95].

Иммуногистохимическое исследование как метод выявления плазматических клеток в структуре эндометрия - это золотой стандарт обследования. Гистероскопия с гистологическим исследованием - благоприятное сочетание для обнаружения хронического эндометриоза. При большом количестве набранной информации, остаются необходимыми качественные исследования клинико-морфологической группы с мощной доказательной базой для устранения белых пятен в этиологии, механизме развития, диагностике и коррекции уменьшенного потенциала фертильности пациенток с хроническим эндометритом [85].

Предложены новые критерии прогнозирования исхода беременности у

женщин с привычным выкидышем на основании особенностей дифференцировки наивных клеток и Т-клеток памяти в популяциях Т-хелперов (CD4+) и цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+). Таким образом, новые дополнительные критерии позволят своевременно выявить группу риска и назначить адекватное лечение, направленное на пролонгирование желанной беременности [21; 44; 45; 72; 73; 74].

Определение уровня провоспалительных факторов митохондриального происхождения в микровезикулах плазмы периферической крови в динамике у женщин с угрожающим самопроизвольным абортom, привычным выкидышем показало резкое их повышение в конце I триместра беременности на фоне снижения эффективности системы элиминации поврежденных митохондрий при экзогенном окислительном стрессе, ассоциированном с воспалением [22; 23; 154].

В состав подготовительных мероприятий к беременности женщин с ранними спонтанными репродуктивными потерями в анамнезе, особенно с при привычном невынашивании, нужно включить исследование функционирования системы гемостаза, определение наличия генов, ответственных за развитие наследственных тромбофилий [104].

Выявлено, что у женщин с ретрохориальной гематомой встречались генетические и приобретенные дефекты системы гемостаза и нарушение флороценоза урогенитального тракта. Авторы считают показанным всем пациенткам с данной патологией проводить соответствующие исследования [107].

1.4. Вопросы реабилитации женщин при повторных ранних репродуктивных потерях

Этиология ранних потерь беременности очень разнообразна, и единой современной классификации причин патологии не существует. Список последних с накоплением тематических публикаций дополняется и расширяется. При всем этом каждая разновидность факторов риска потери

беременности должна быть отображена в организации медицинской помощи на одном из уровней. Например, профилактика хронических заболеваний женской половой сферы, полный охват подготовкой к беременности пар в репродуктивном периоде, полноценное содержание преемственных мероприятий, качественная и рациональная реабилитация после прерванных беременностей в комплексе могут привести к уменьшению частоты спонтанных репродуктивных потерь в ранние сроки, что находит подтверждение в большинстве изученных публикаций.

Одним из основных способов преодоления потерь беременности в условиях демографического кризиса является медицинская помощь для эффективного наступления, сохранения беременности и родоразрешения. Решение о включении в план медикаментозного лечения должно быть обосновано результатами комплексного анализа научных доказательств, ее эффективностью и безопасностью, конкретными особенностями клинической ситуации и доступностью лекарственного средства для применения в данной стране [159; 179; 185].

Хромосомные аберрации как источник потери беременности меньше всего зависит от оптимизации здравоохранения и в этой сфере почти неуправляем. Но есть мнение, что качественная преемственная подготовка и достаточный охват ей мужчин и женщин в репродуктивном возрасте может повлиять на снижение частоты прерываний беременности из-за генетических нарушений [38, 86].

На современном этапе причины неудовлетворительных результатов и недостаточной эффективности способов управления профилактикой потерь беременности остаются мало изученными. Дефекты оказания специализированной помощи пациенткам в репродуктивном возрасте, недостаточный акцент на профилактику в работе лечебных учреждений первичного звена, проблема обеспечения техникой и материалами акушерско-гинекологических подразделений больниц диктуют необходимость создания комплекса мер их совершенствования, имеющих научное обоснование [25].

Показано, что наблюдение в динамике этой категории пациентов специалистами различного профиля, профилактика, своевременная диагностика и элиминация экстрагенитальной патологии в течение прегравидарной подготовки, может улучшить исход наступающей вслед за этим беременности. Значение диспансеризации женщин и их наблюдения для того, чтобы предотвратить ранние самопроизвольные потери беременности, по мнению авторов современных публикаций, трудно переоценить [38].

Добавление в программу прегравидарной подготовки и реабилитации после потери беременности мужчин, модернизация содержания и организации помощи андрологического профиля нужны для того, чтобы оптимизировать специализированную помощь при спонтанных репродуктивных потерях на раннем сроке [56].

Значение заболеваний желез внутренней секреции в механизме развития ранних спонтанных прерываний беременности дополнительно утверждает необходимость их выявления и коррекции на этапе планирования последней [104].

Изучалось влияние стратегии лечения «Оптимизация функции щитовидной железы тромбофилии, иммунных нарушений и состояния матки» (OPTIMUM), разработанной для лечения повторных неудач имплантации, улучшению исходов беременности у пациенток с привычным выкидышем в анамнезе. Лечение хронического эндометрита проводили антибиотиками, а коррекцию высокого соотношения клеток Th1/Th2 - витамином D и/или такролимусом, явного/субклинического гипотиреоза - левотироксином и тромбофилии - низкими дозами аспирина. Показано, что применение стратегии лечения OPTIMUM приводило к улучшению исходов беременности у различных пациенток [70; 148].

Единственной группой лекарственных средств, которая есть в клинических рекомендациях для всех разновидностей угрожающего и привычного аборта, являются гестагены, имеющие значительную базу в плане доказательности [71; 112].

В связи с тем, что уровень прогестерона на ранних сроках беременности является индикатором прогнозируемого риска спонтанного аборта предлагается и доказана эффективность заместительной прогестероновой коррекции [71; 100].

При ретроспективном исследовании была оценена эффективность предварительной терапии эстрогеном для медикаментозного лечения потери беременности на ранних сроках и изучено влияние фактора внутриматочного спаивания на исход медикаментозного лечения [140].

В нашей стране беременные при наличии показаний наиболее часто получают дидрогестерон либо прогестерон. Большое количество набранного клинического материала об особенностях применения дидрогестерона во время беременности в группе высокого риска, включая прямые сравнительные исследования, дает возможность рассматривать препарат в качестве гестагена выбора в ранние сроки гемтации [71; 114].

Терапия нарушений свертываемости крови – один из важнейших компонентов профилактики привычной потери беременности. На примере антиагрегантов, в частности дипиридамола, обсуждаются возможности применения препаратов, влияющих на микроциркуляцию и систему гемостаза [68; 131].

Актуальность воздействия врожденных и приобретенных тромбофилий на особенности течения и клинический результат беременности привела к активации исследования способов лечения связанных с ними нарушений. В последние несколько лет в литературных трудах появились убедительные фактические выкладки, подтверждающие эффективность лекарственного влияния на систему свертывания крови у пациенток с тромбофилией в сочетании с привычным невынашиванием. Это позволило снизить частоту репродуктивных потерь [11; 43; 67; 70; 103].

Идиопатический привычный аборт – это акушерское заболевание, появление которой можно с высокой вероятностью связать с нарушениями взаимодействия иммунных систем плода и матери. Успех применения

иммунокоррекции для борьбы с привычными ранними потерями беременности говорит о рациональности данной гипотезы. Самым обсуждаемым видом иммунотерапии является иммунизация женщин с использованием лимфоцитов партнера. Нехватка утвержденных протоколов подготовки клеточного материала к иммунизации и самой процедуры иммунизации значительно осложняли мероприятия по оценке результатов аллоиммунизации и осознание путей ее действия. Поэтому есть необходимость дальнейших исследований составляющих иммунной системы для выработки показаний к данной процедуре [60; 63; 80].

Антибиотикотерапия хронического эндометрита на современном этапе признана методом выбора, но есть большое количество противоречивых взглядов на ее эффективность в борьбе с бесплодием [54; 85].

Разработан комплекс профилактических мероприятий для прегравидарного периода, который оказался эффективным для восстановления репродуктивной функции у женщин с синдромом потерь беременности при цитомегаловирусной инфекции - снижение репродуктивных плодовых потерь в 3 раза [98].

Как свидетельствуют данные литературы, индивидуальная программа реабилитации фертильной функции и подготовки к беременности женщин с самопроизвольным абортom на фоне ИЦН в анамнезе, которая включает в себя интергенетический интервал более 1 года, лечение маточных врожденных аномалий развития, нарушений овариально-менструального цикла, элиминацию очагов хронической инфекции, введение витаминов и микроэлементов в соответствии с потребностями, дает возможность уменьшить невынашивание на 19% [79; 97; 101].

Применение современных высокотехнологичных методов исследования позволяет точно оценить состояние микробиоценоза влагалища и дифференцированно назначить для профилактики воспалительных осложнений после самопроизвольного аборта адекватный прием антибактериальных препаратов. Магнито-ИК-свето-лазерная и озонотерапия

способствуют лучшей мобилизации защитных сил организма за счет иммунокорректирующего эффекта [82; 83; 118].

При проведении профилактической противовоспалительной терапии (перорально доксициклина гидрохлорид, пробиотик (*Lactobacillus rhamnosus* и *Lactobacillus reuteri*), при кандидозе - однократно интравагинально сертаконазол) удалось восстановить микробиоту влагалища, состояние гемостаза, улучшить иммунный статус и предотвратить возможные воспалительные осложнения [35; 84].

Исследование эффективности гидролизата плаценты человека в отношении «тонкого» эндометрия у женщин со сниженной фертильностью показало положительное влияние Лаеннек® на рецептивные свойства эндометрия, что может способствовать восстановлению его функции и улучшению исходов терапии бесплодия и невынашивания беременности [126].

Наличие генетических и приобретенных дефектов системы гемостаза и нарушения флороценоза урогенитального тракта при ретрохориальной гематоме определяет необходимость включения в схему терапии транексамовую кислоту, прогестерон, низкомолекулярные гепарины и антибиотики при наличии показаний [107].

Сообщается об эффективности мезенхимальных стволовых клеток у пациенток со сниженной фертильностью, обусловленной синдромом Ашермана и экстремально тонким эндометрием, не отвечающих на стандартную терапию [69].

В современном обществе обсуждение перинатальных потерь и вопросов, связанных с ними, относится к закрытым и табуированным темам. Обсуждение темы смерти ограничено как в семье, так и в системе оказания психологической помощи населению. Успешность психологического сопровождения при переживании потери влияет на улучшение психического здоровья женщин, способствует улучшению качества жизни. Перспектива дальнейшего исследования направлена на изучение стратегий преодоления

таких утрат, выбираемых женщинами, и создание программ их психологического сопровождения [76; 153].

Выявлено положительное влияние на качество оказания специализированной помощи женщинам с невынашиванием беременности применения разных методов лечения личностных и аффективных расстройств психики [39, 57]. Есть предложение включить их в состав прегравидарной подготовки и реабилитации после репродуктивной потери [47; 102].

Представлены результаты использования возможностей санаторно-курортного кластера при ранних потерях беременности. В состав санаторно-курортного лечения вошли: климатотерапия, пелоидо-, бальнео-, физиотерапия и продолжительный курс фитотерапии. Выявлено существенное улучшение психического и физического здоровья по информации опросника SF-36, уменьшение выраженности ультразвуковых признаков хронического эндометрита, развитие беременности в течение первого послереабилитационного года в 70,9% наблюдений, завершившиеся родоразрешением в срок в 92,8% [130]. Обсуждается использование иглорефлексотерапии в терапии невынашивания беременности [19].

При нарушениях процессов микроциркуляции в микрососудах тазового дна предлагается в схему лечения включать фармакологические препараты и физиотерапию. Сообщается о возможности использования данного исследования для контроля эффективности проводимой терапии [131].

Вопросы профилактики и лечения ранней потери беременности широко представлены в зарубежной литературе. Используемое лечение при этом включает выжидательный, медицинский или хирургический подходы. К принятию решений о вариантах ведения подходят на основе совместного принятия решений пациентом и лечащим врачом с учетом предпочтений пациентки, стабильности гемодинамики, стоимости, срока беременности и эффективности. Чрезвычайные ситуации, требующие немедленного вмешательства, редки. Новые разработки в области ведения, в том числе более эффективный медицинский режим с добавлением мифепристона и

экономически эффективных и удобных хирургических вмешательств в офисе, расширили возможности лечения [189].

Описана амбулаторная программа OPeL для оказания «безопасной, своевременной, доступной, ориентированной на пациента, помощи беременным женщинам, перенесшим раннюю потерю беременности». Данные модели, по мнению авторов, должны быть приняты на национальном уровне, чтобы женщины, испытывающие это распространенное осложнение беременности, получали безопасную и сострадательную помощь [160].

Разработана модель прогнозирования, направленная на улучшение и персонализацию консультирования для медикаментозного лечения путем предоставления женщине индивидуального шанса на сохранение беременности [162].

В настоящее время недостаточно используемым методом для исключения маточного фактора при профилактике ранней репродуктивной потери считается мануальная аспирация матки. В недавних исследованиях рассматривается его безопасность и эффективность, а также возможность снижения расходов ресурсов здравоохранения при одновременном улучшении ухода за пациентами [201].

Встречаемость спонтанных потерь беременности на ранних сроках долгое время находится на стабильно высоком уровне. Основу механизма развития ранних репродуктивных потерь составляет коморбидность факторов, а именно сочетание иммунных, скрытых гормональных нарушений, расстройств психики, патологических процессов в эндометрии. Это диктует необходимость комплексного подхода к разработке алгоритмов реабилитации и прегравидарной подготовки данной группы пациенток. При жестком ограничении фармакологических возможностей, обусловленном беременностью, требуется поиск дополнительных альтернативных ресурсов для повышения эффективности проводимой терапии.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, БАЗА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. База и этапы 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 01.01.2023 г. составляла 1088,9 тыс. человек. В городах проживает 777,2 тыс. человек, в сельской местности - 311,6 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 начальный период исследования (до 2020 года) структура круглосуточного стационара ГБУ РО «ГКБ №8» была представлена:

II гинекологическое отделение – 73 койки.

III гинекологическое отделение – 40 коек.

IV гинекологическое отделение – 25 коек.

V гинекологическое отделение – 40 коек.

В стационарзамещающих условиях при 2-х сменной работе функционировали койки:

I гинекологическое отделение – 35 койки.

II гинекологическое отделение – 5 коек.

V гинекологическое отделение – 10 коек.

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. 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.

На данный момент в своем составе медицинская организация имеет 3 гинекологических отделения, операционный блок, материально-техническое оснащение которого позволяет выполнять высокотехнологичные операции с использованием всех видов доступов и малоинвазивных технологий;

анестезиолого-реанимационное отделение с палатой интенсивной терапии, оборудованное в соответствии с современными требованиями; диагностический блок включает в себя следующие подразделения: рентгенологическое отделение, кабинет ультразвуковой диагностики, клиничко-диагностическая лаборатория, патогистологическое отделение. Отделение физических методов лечения и функциональной диагностики – оказывает широкий спектр медицинских услуг как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Госпитализация больных осуществляется как в плановом, так и в экстренном порядке. Экстренная и неотложная медицинская помощь оказывается круглосуточно, в дневное время – медицинскими работниками (врачами и медицинскими сестрами) отделений, в вечернее и ночное время, а также в выходные и праздничные дни - квалифицированной медицинской бригадой, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Поступление пациентов осуществляется:

- по направлению женских консультаций и других медицинских организаций;
- доставляются бригадой скорой медицинской помощи;
- переводятся из других медицинских организаций;
- обращаются самостоятельно.

В приемном отделении в зависимости от характера гинекологической патологии, наличия или отсутствия тяжелых сопутствующих заболеваний, а также необходимости проведения лечебно-диагностических мероприятий проводится маршрутизация пациентов по отделениям.

II гинекологическое отделение специализировано на оказание экстренной и плановой медицинской помощи пациенткам, нуждающимся в оперативном лечении. В отделение, в частности, госпитализируются пациентки с внематочной беременностью, первичным или вторичным бесплодием, требующим хирургической коррекции, несостоявшимися выкидышами различных сроков беременности.

III гинекологическое отделение специализировано для лечения воспалительных заболеваний женских половых органов, в это отделение госпитализируются также больные с целью прерывания беременности по медицинским показателям (патология внутриутробного развития плода).

В IV гинекологическое отделение госпитализируются пациентки с нарушением менструальной функции в разные возрастные периоды. В отделении оказывается медицинская помощь пациенткам с невынашиванием и осложнениями беременности различной этиологии, в том числе после экстракорпорального оплодотворения.

Отделение клинико-лабораторной диагностики проводит следующие виды исследований: химико-микроскопические, гематологические, цитологические, биохимические, коагулологические, иммунологические, инфекционной иммунологии.

Сведения о врачебных кадрах ГБУ РО «Городская клиническая больница №8» представлены в таблице 2.1. 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.

Таблица 2.1. - Сведения о врачебных кадрах ГБУ РО «ГКБ №8»

| № п/п | Специальность | Физических лиц | Имеют сертификат | Квалификация кадров | | | |
|-------|------------------------------|----------------|------------------|---------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | | | Высшая категория | 1-я категория | 2-я категория | Без категории |
| 1 | Акушер-гинеколог | 36 | 36 | 17 | 3 | 6 | 10 |
| 2 | Анестезиолог-реаниматолог | 7 | 7 | 4 | 2 | 0 | 1 |
| 3 | Врач-лаборант | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 4 | Рентгенолог | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 5 | Медицинский статистик | 1 | 1 | | | | |
| 6 | Организаторы здравоохранения | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 7 | Эпидемиолог | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | Физиотерапевт | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 9 | Врач УЗИ | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |

Программа исследования включала в себя несколько последовательных этапов (рис. 2.1).

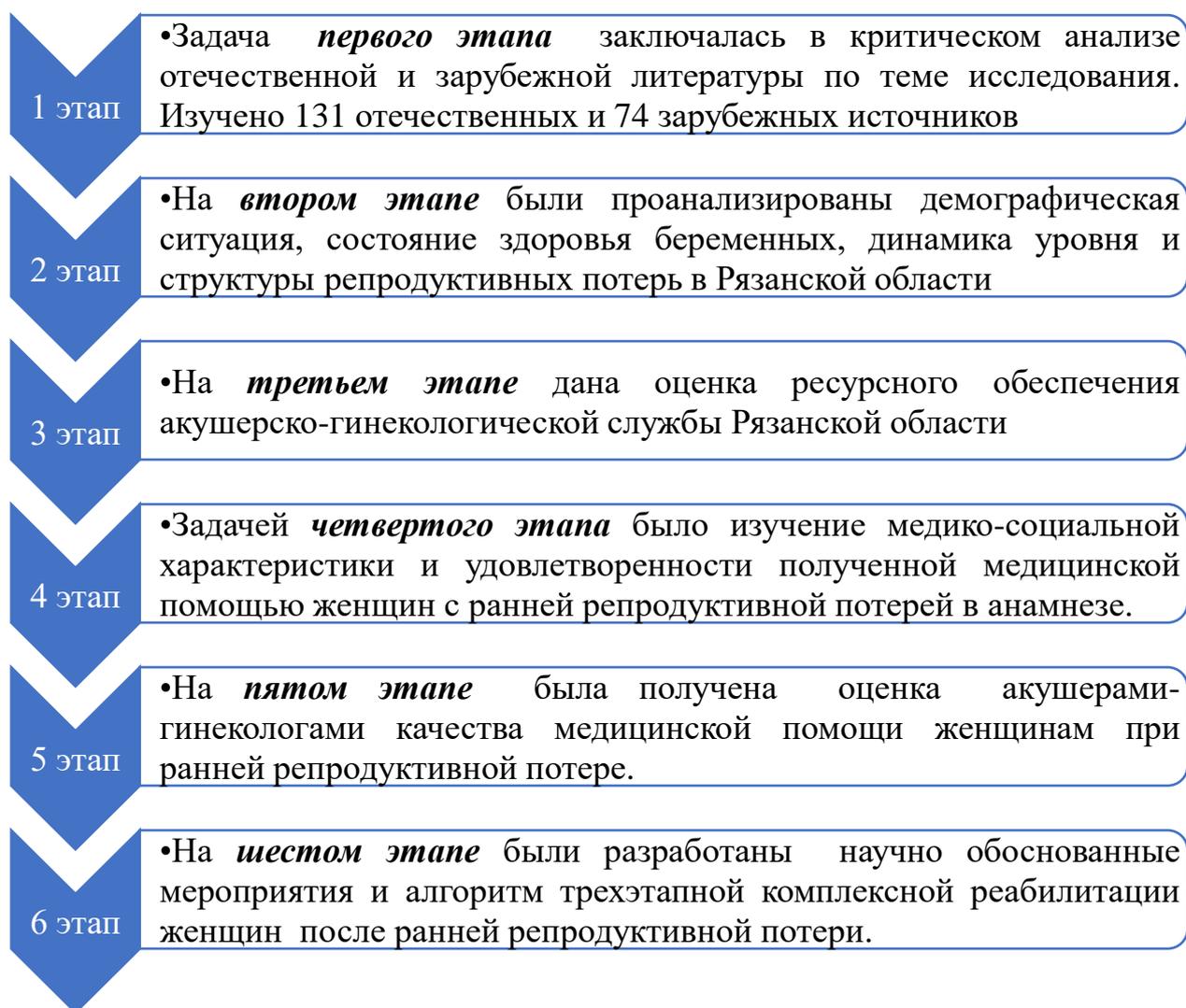


Рисунок 2.1.- Этапы исследования

Задача *первого этапа* заключалась в критическом анализе отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Изучено 131 отечественных и 74 зарубежных источников.

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 ранней репродуктивной потерей в анамнезе по данным социологического опроса 454 пациенток.

На *пятом этапе* была получена оценка 128 акушерами-гинекологами, работающими в гинекологическом отделении больницы, родильных домах и женских консультациях г. Рязани, качества медицинской помощи женщинам при ранней репродуктивной потере в области. Кроме того, проводилась экспертная оценка эффективности предложенных рекомендаций по комплексной реабилитации женщин с репродуктивными потерями.

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

Блок-схема программы исследования представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2. - Блок-схема программы исследования

| | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|--|
| Цель исследования | Научно обосновать и разработать систему медико-организационных мероприятий по поэтапной комплексной реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери. | | |
| Объект исследования | Женщины с ранними репродуктивными потерями в анамнезе | | |
| Источники информации | Отчетные формы | Медицинская документация | Карты-анкеты |
| Методы сбора информации | Выкопировка данных | | Опрос в виде стандартизованного интервью |
| Методы исследования и анализа | Социологический, аналитический, экспертных оценок, математико-статистический | | |

2.2. Материалы и методы исследования

В соответствии с программой исследования, был использован комплекс методов: социологический, аналитический, экспертных оценок, математико-статистический.

При выполнении работы использовались материалы официальной статистической отчетности за 2011-2022 гг. по материалам Росстата. Проводилось сравнение показателей в Рязанской области, Центральном федеральном округе (ЦФО) и Российской Федерации (РФ) в целом. Анализировались отчетные формы №30 «Сведения о медицинской организации» и формы №13 «Сведения о беременности с абортным исходом».

При выполнении исследования мы исходили из общепринятого определения понятия «*репродуктивные потери*» согласно которому — это потеря продуктов зачатия на всех этапах развития плода в результате самопроизвольного и вынужденного (по медицинским и социальным показаниям) прерывания беременности, мертворождения, а также смерти детей первого года жизни. Принято выделять ранние репродуктивные потери до 12 недель беременности.

Следует отметить, что объективная статистическая оценка многолетней динамики ранних репродуктивных потерь связана с определенными трудностями в результате перехода в 2012 году на новые критерии живорождения и изменением статистических форм.

Изучен опыт работы Регионального центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности, для чего были использованы материалы отчетности Регионального центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности ГБУ РО ГKB №8, формы статистической отчетности № 13 «Сведения о беременности с абортным исходом» по Рязанской области за 2014-2021 гг.

В ходе выполнения исследования с использованием специально разработанной карты-анкеты был проведен опрос 454 женщин с ранними репродуктивными потерями в анамнезе, которые были госпитализированы в ГБУ РО «ГКБ №8» г. Рязани. При этом учитывались образование, семейное положение, место работы, наличие контактов с профессиональными вредностями и нервно-психической нагрузкой. Изучался характер отношений в семье, вредные привычки.

Анализировался акушерско-гинекологический анамнез, паритет и наличие осложнений беременностей и родов. Проводилась оценка удовлетворенности медицинской помощью и психологической поддержкой, а также потребности в тех или иных видах медицинской информации.

Проводился социологический опрос 128 акушеров-гинекологов, работающих в медицинских организациях г. Рязани. Среди опрошенных 43,2% работали в гинекологическом отделении больницы и 56,8% в женских консультациях. На врачей-ординаторов пришлось 83,3%, на заведующих отделением – 16,7%. Имели стаж работы по специальности до 10 лет 21,9%, от 10 до 30 лет - 58,6 %, 30 лет и больше – 19,5%.

При проведении экспертной оценки эффективности предложенных рекомендаций по комплексной реабилитации женщин с ранними 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.

Задавался вопрос: «Как Вы считаете, нуждаются ли женщины с ранней потерей беременности в дополнительном мониторинге состояния здоровья и реабилитации?». Выяснялась установка акушеров-гинекологов на то, в каких условиях (стационарно, амбулаторно) целесообразно проводить реабилитацию женщин после ранней потери беременности. Изучалось мнение врачей о мотивации пациенток на проведение реабилитации после ранней потери беременности и о предотвратимости ранних репродуктивных потерь.

Изучалась необходимость дополнительного обучения по вопросам реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей.

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 алгоритма 3-х этапной комплексной реабилитации, которые были разработаны и внедрены в практику работы ГБУ РО «ГКБ №8» г. Рязани.

В работе, в частности, применялись аналитический и математико-статистический методы исследования. 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 вариационные ряды, корреляционный анализ. Доверительный интервал для средних значений признаков определяли с уровнем достоверности 0,95.

Применялся расчет многолетних тенденций динамики заболеваемости и темпов среднего прироста (Тср.пр.). Многолетние тенденции динамики заболеваемости получены путем выравнивания динамического ряда методом наименьших квадратов.

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

Полученные при анкетировании 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.

Обоснование объема выборки статистического наблюдения. Репрезентативность выборки была установлена с помощью таблицы В.И. Паниотто (См.: Паниотто В.И., Максименко В.С. Статистический анализ социологических данных. - Киев: Издательский Дом «КМ Академия», 2004. - 270 с.).

Как видно из таблицы 2.3, объем выборки зависит от величины генеральной совокупности.

Таблица 2.3. - Зависимость объема выборки от объема генеральной совокупности при допустимой ошибке 5%

| Объем генеральной совокупности | Объем выборки |
|--------------------------------|---------------|
| 500 | 222 |
| 1000 | 286 |
| 2000 | 333 |
| 3000 | 350 |
| 4000 | 360 |
| 5000 | 370 |
| 10 000 | 385 |
| 100000 | 398 |
| бесконечная | 400 |

Согласно данным таблицы, начиная с некоторого момента, увеличение объема генеральной совокупности не оказывает существенного влияния на увеличение объема выборки.

ГЛАВА 3. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Демографическая ситуация в Рязанской области

Анализ данных официальной статистики свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в демографической ситуации в Рязанской области (РО). Прежде всего, это постоянное снижение численности населения. За период 2011-2022 гг. она сократилась на 53,3 тыс. человек (на 4,6%) (рис. 3.1).

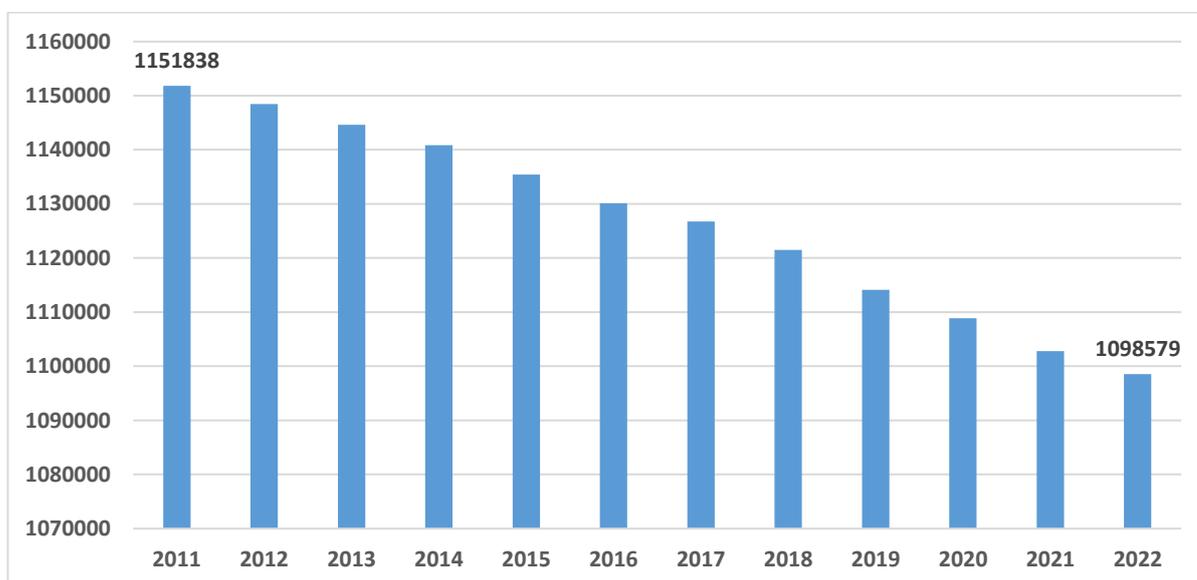


Рисунок 3.1. - Динамика численности населения Рязанской области за период 2011-2022 гг. (чел.)

Данная ситуация сложилась как за счет снижения рождаемости, так и роста общей смертности населения (рис. 3.2). Следует отметить, что до 2016 г. рождаемость в Рязанской области увеличивалась, достигнув 11,3 на 1000 населения, однако в последующем резко стала снижаться и в 2022 г. составила 6,5‰. За анализируемый период показатель рождаемости в области сократился на 29,4%, а за 2016-2022 гг. – в 1,7 раза.

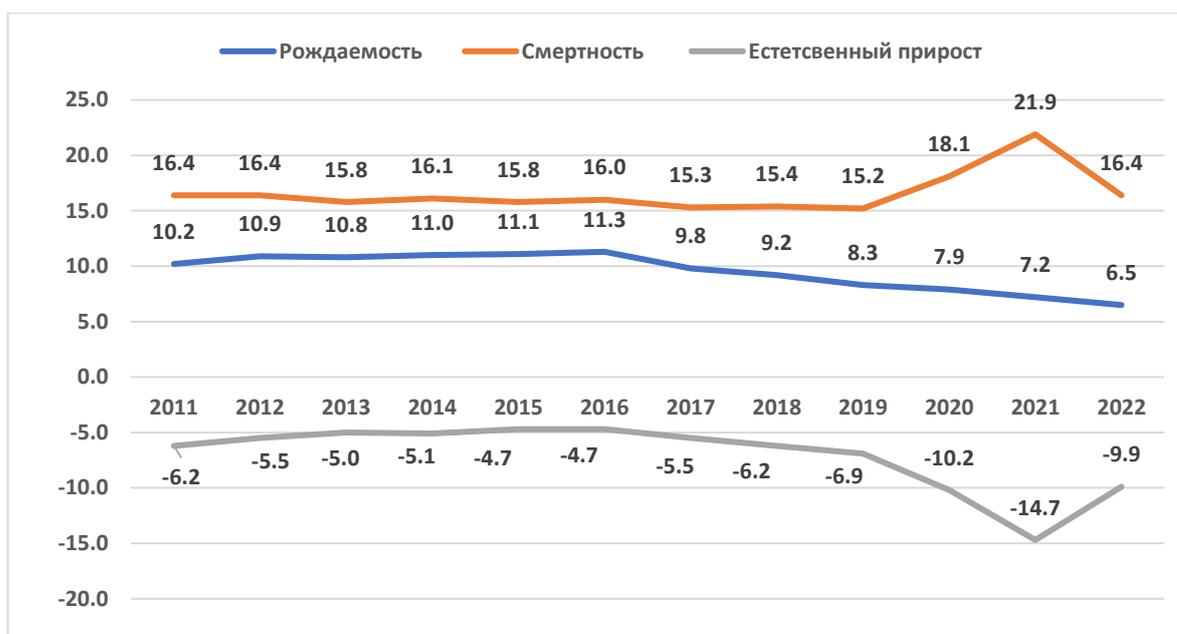


Рисунок 3.2. - Динамика естественного движения населения Рязанской области за период 2011-2022 гг. (на 1000 населения)

Общая смертность населения Рязанской области до 2019 г. поступательно снижалась и стала составлять 15,2 на 1000 населения. Затем произошел значительный рост данного показателя: в 2020 г. по сравнению с предыдущим годом - на 19,1%, в 2021 г. – на 21%. В 2021 г. он достиг 21,9 на 1000 населения, т.е. за период с 2011 г. увеличился на 33,5%. Основной причиной негативных тенденций общей смертности населения в области большое значение имела пандемия COVID-19, что подтверждается положительной динамикой ее показателей к 2022 году до 16,4 на 1000 населения.

Соответственно аналогичные изменения произошли в отношении показателя естественного прироста населения. Хотя в Рязанской области он постоянно имел отрицательное значение, но до 2016 г. снижался и составил -4,7 на 1000 населения. В последующие годы естественная убыль населения стала нарастать, особенно в 2020-2021 гг., достигнув -14,7 на 1000 населения. В целом за период 2011-2021 гг. данный показатель в области увеличился в 2,4 раза. На фоне снижения уровня общей смертности в 2022 г. естественная убыль населения сократилась до -9,9 на 1000 населения.

Несомненно, среди причин негативных тенденций естественного

движения населения в Рязанской области большое значение имела пандемия COVID-19, однако процесс снижения рождаемости начался значительно раньше – с 2017 г.

Сравнительный анализ показал, что уровень рождаемости в Рязанской области в периоде 2017-2022 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 2022 г. – 9,0, 8,5 и 6,5 на 1000 населения соответственно (рис. 3.3). За анализируемый период снижение рождаемости в РФ произошло на 21,7%, в ЦФО – на 18,3% и в РО - на 33,7%. Среди субъектов ЦФО Рязанская область по рождаемости в 2022 г. занимала 17-е место из 18-ти.

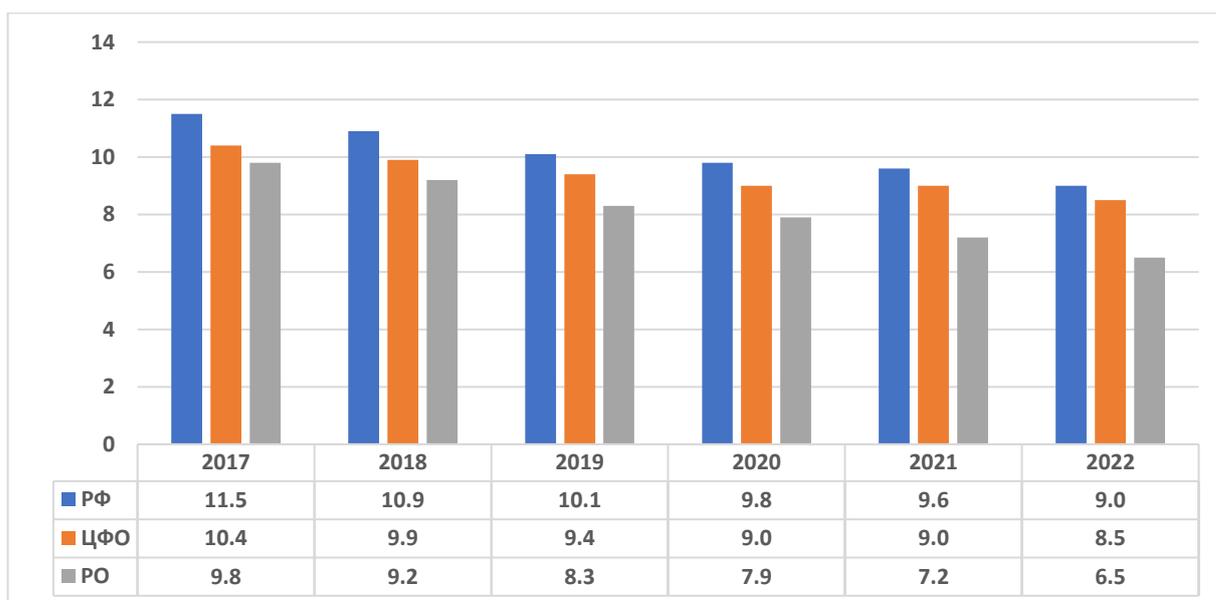


Рисунок 3.3. - Динамика рождаемости в РФ, ЦФО и Рязанской области за период 2017-2022 гг. (на 1000 населения)

Уровень общей смертности в Рязанской области стабильно выше такового в РФ в целом и в ЦФО и за период 2017-2021 гг. вырос более значительно, чем в сравниваемых территориях – на 43,8% против 35,5% и 35,7% соответственно. Самый большой разрыв в показателях был зарегистрирован в 2021 г.: в РФ -16,8 в ЦФО – 17,5 и РО – 22,0 на 1000 населения (рис. 3.4). К 2022 г. он значительно сократился 13,1, 13,6 и 16,4

соответственно. Среди субъектов ЦФО Рязанская область по общей смертности в 2022 г. занимала 12-е место.

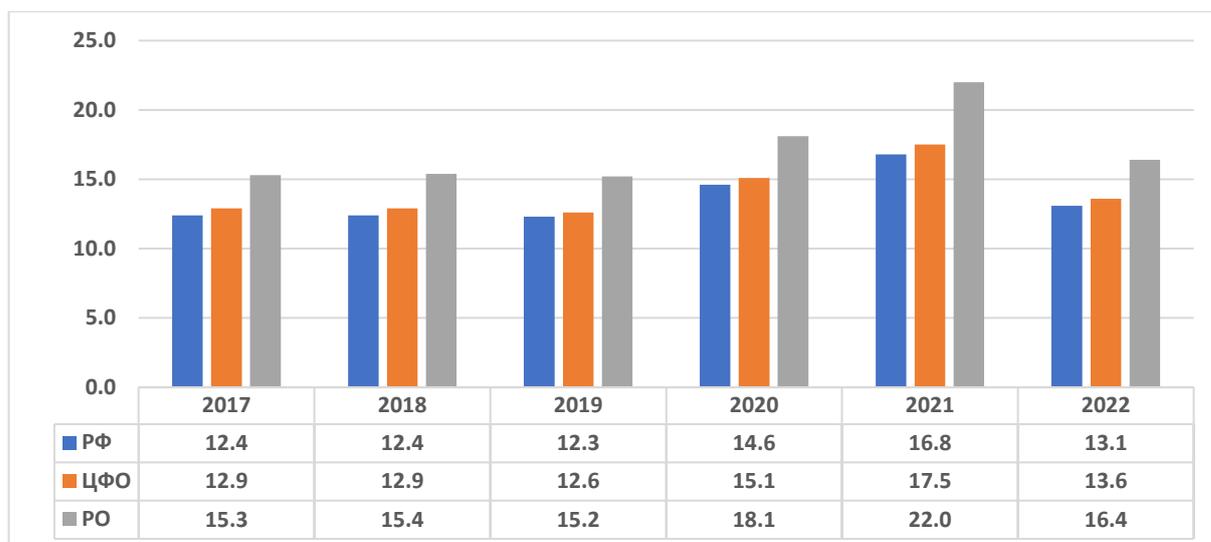


Рисунок 3.4. - Динамика смертности в РФ, ЦФО и Рязанской области за период 2017-2022 гг. (на 1000 населения)

По показателю естественного прироста населения Рязанская область всегда существенно отличалась от таковых в РФ и ЦФО. Наиболее значимые различия имели место в 2021 г.: РФ - -7,2, ЦФО - -8,5 и РО – -14,6 на 1000 населения (рис. 3.5).

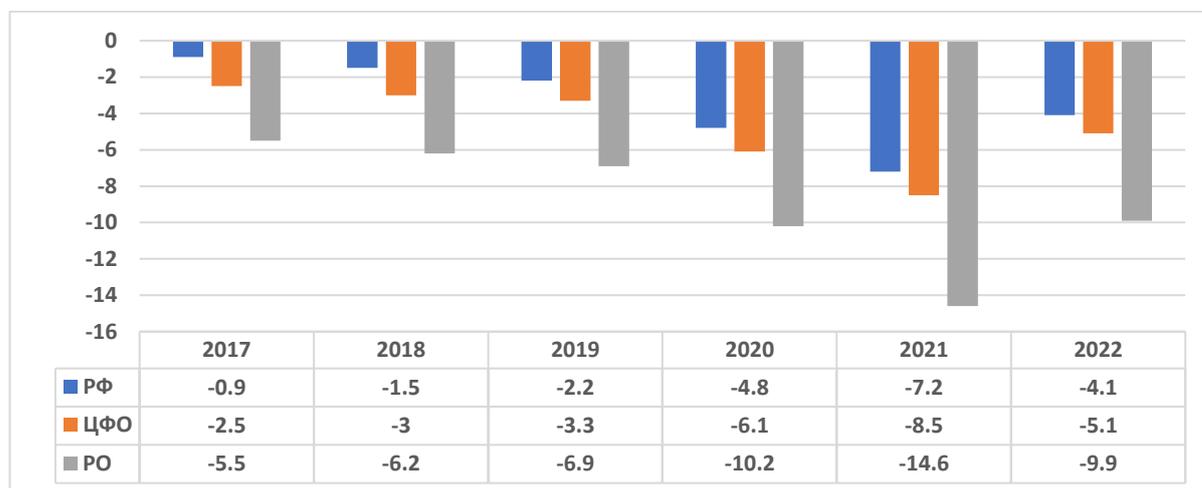


Рисунок 3.5. - Динамика естественного прироста в РФ, ЦФО и Рязанской области за период 2017-2022 гг. (на 1000 населения)

Младенческая смертность является общепризнанным критерием оценки эффективности репродуктивно-демографического развития. Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке

эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» ее уровень включен в показатели оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ. В соответствии с Концепцией демографической политики РФ на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента РФ (от 9.10.07, № 1351), важнейшей задачей в стране является сокращение уровня младенческой смертности не менее чем в 2 раза. Несомненным важнейшим событием в деле дальнейшего снижения младенческой смертности в нашей стране стал переход в 2012 г. на международные критерии регистрации рождения.

Динамика младенческой смертности в Рязанской области в 2011-2016 гг. имела те же положительные тенденции, что в РФ в целом и ЦФО. Подъемы уровня смертности в возрасте до 1 года жизни в 2011-2012 гг. во всех территориях объяснялся переходом на новые критерии регистрации живорождения. В Рязанской области в отличие от РФ и ЦФО, начиная с 2017 г. регистрируется рост младенческой смертности - с 4,4 до 6,8 на 1000 родившихся живыми в 2022 г. (рис. 3.6). Обращает на себя внимание значительный рост младенческой смертности в области в 2022 г.

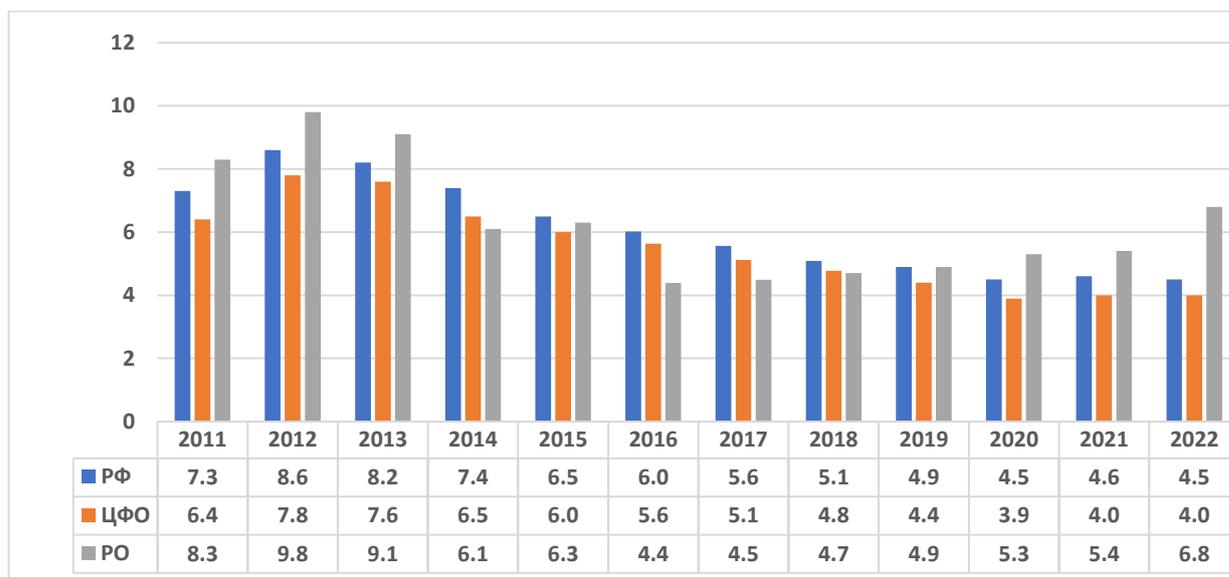


Рисунок 3.6. - Динамика младенческой смертности в РФ, ЦФО и Рязанской области за период 2011-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Следует отметить, что в области данный показатель превышал российский и окружной уровень до 2013 г. включительно и в 2020-2022 гг.

Существенный разрыв между ними был отмечен в 2022 г.: РФ - 4,5, ЦФО – 4,0, РО – 6,8 на 1000 родившихся живыми. За весь анализируемый период снижение младенческой смертности произошло на 38,4%, 37,5% и 18,1% соответственно. Из 18-ти субъектов ЦФО Рязанская область по младенческой смертности в 2022 г. занимала предпоследнее 17-е место.

При сопоставлении с целевыми индикаторами младенческой смертности по Рязанской области, представленных в паспорте федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», установлено, что достигнутые показатели в 2019-2022 гг. выше таковых (табл. 3.1).

Таблица 3.1. – Целевые индикаторы младенческой смертности по Рязанской области (на 1000 родившихся живыми)

| Показатель | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. | 2022 г. | 2023 г. | 2024 г. |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Целевой индикатор | 4,4 | 4,3 | 4,2 | 4,0 | 3,9 | 3,7 |
| Фактические показатели | 4,9 | 5,3 | 5,4 | 6,8 | - | - |

Таким образом, анализ показал, что демографическая ситуация в Рязанской области является неблагоприятной, проблемы которой обострились в связи пандемией COVID-19.

3.2. Состояние здоровья беременных и репродуктивные потери в Рязанской области

Состояние здоровья беременных женщин определяется как гинекологическими, так и экстрагенитальными заболеваниями, а также патологией, обусловленной течением самой беременности. Нами были проанализированы основные, наиболее распространенные, из них.

До недавнего времени заболеваемость беременных женщин 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 фертильного

возраста) (рис. 3.7).

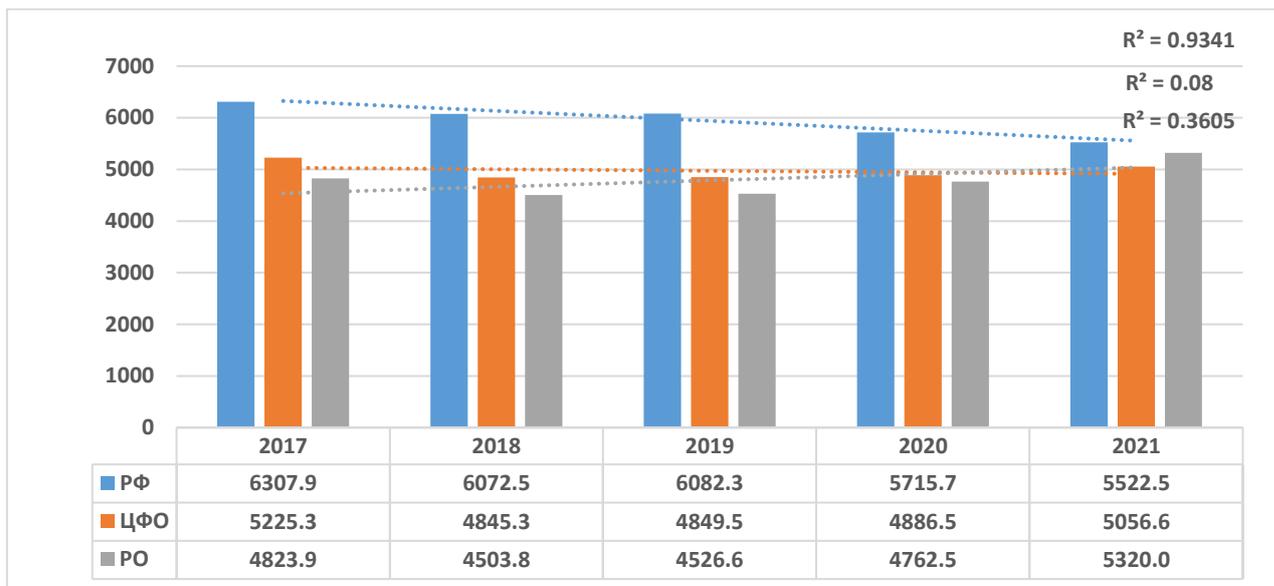


Рисунок 3.7. - Динамика заболеваемости беременных женщин в РФ, ЦФО и Рязанской области за период 2017-2021 гг. (на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста)

Моделирование трендов подтвердило указанные процессы – коэффициенты аппроксимации составили 0,9341 и 0,3605 соответственно. В целом в ЦФО отмечалась стагнация заболеваемости беременных женщин (снижение на 3,2%).

Частота угрозы прерывания беременности на протяжении всего анализируемого периода была несколько выше среди женщин Рязанской области, чем в РФ и меньше, чем в ЦФО. 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 фертильного возраста, $p > 0,05$ (табл. 3.2).

Распространенность реус-иммунизации в РФ является стабильным показателем (снижение на 5,3%), тогда как в Рязанской области за анализируемый период ее уровень снизился на 32,7%. В связи с этим, в 2021 г. данный показатель стал статистически значимо ниже российского - 1,44 против 1,98 на 100 тыс. женщин фертильного возраста, $p < 0,05$.

Таблица 3.2 – Динамика первичной заболеваемости беременных женщин по основным причинам в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (на 100 тыс. женщин фертильного возраста)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Угроза прерывания беременности | | | | | |
| РФ | 18,2 | 17,8 | 18,2 | 16,4 | 14,6 |
| ЦФО | 19,7 | 19,3 | 19,1 | 17,4 | 15,5 |
| РО | 21,2 | 18,4 | 18,3 | 17,1 | 15,2 |
| Резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации | | | | | |
| РФ | 2,09 | 2,22 | 2,23 | 2,27 | 1,98 |
| ЦФО | 1,43 | 1,19 | 1,26 | 1,46 | 1,27 |
| РО | 2,14** | 2,26** | 2,12** | 1,74 | 1,44* |
| Патологические состояния плода | | | | | |
| РФ | 11,3 | 10,5 | 10,6 | 9,5 | 9,1 |
| ЦФО | 10,2 | 9,4 | 9,3 | 8,3 | 7,6 |
| РО | 9,9* | 7,4*/** | 6,4*/** | 6,9*/** | 6,6*/** |
| Болезни эндокринной системы | | | | | |
| РФ | 7,75 | 8,42 | 7,75 | 8,42 | 10,18 |
| ЦФО | 7,22 | 7,98 | 7,22 | 7,98 | 10,96 |
| РО | 6,21*/** | 5,40*/** | 6,21*/** | 5,40*/** | 5,61*/** |
| Сахарный диабет | | | | | |
| РФ | 4,45 | 5,84 | 7,21 | 7,76 | 9,01 |
| ЦФО | 4,39 | 6,15 | 7,79 | 8,80 | 10,37 |
| РО | 0,83*/** | 1,05*/** | 1,82*/** | 1,38*/** | 1,78*/** |
| Болезни системы кровообращения | | | | | |
| РФ | 7,77 | 7,59 | 7,38 | 6,64 | 6,19 |
| ЦФО | 7,03 | 6,72 | 6,31 | 5,84 | 5,34 |
| РО | 9,87*/** | 7,64 | 8,45*/** | 6,83** | 6,9** |
| Болезни мочеполовой системы | | | | | |
| РФ | 17,0 | 16,6 | 16,9 | 16,3 | 15,8 |
| ЦФО | 14,9 | 15,0 | 15,3 | 15,0 | 15,2 |
| РО | 14,6* | 16,6** | 15,6* | 15,4 | 16,7** |
| Венозные осложнения | | | | | |
| РФ | 5,7 | 5,8 | 6,5 | 6,1 | 6,4 |
| ЦФО | 5,3 | 5,6 | 6,1 | 5,8 | 6,2 |
| РО | 3,8*/** | 4,4*/** | 3,9*/** | 4,2*/** | 3,4*/** |
| Анемия | | | | | |
| РФ | 34,0 | 35,6 | 36,0 | 35,5 | 35,4 |
| ЦФО | 28,3 | 29,4 | 30,1 | 29,6 | 29,4 |
| РО | 27,1*/** | 30,5*/** | 29,5* | 26,2*/** | 25,9*/** |

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

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

Следует отметить положительную динамику в распространенности патологических состояний плода во всех сравниваемых территориях. Так, их частота к 2021 г. сократилась в Рязанской области на 33,3%, в РФ - на 19,5% и

ЦФО - на 25,5%.

При этом у женщин Рязанской области данная патология регистрировалась значительно реже, чем в РФ и ЦФО – в 2021 г. 6,6 против 9,1 и 7,6 на 100 тыс. женщин фертильного возраста соответственно, $p < 0,05$. Данная ситуация требует специального исследования для исключения гиподиагностики, связанной с техническими возможностями в области и квалификацией соответствующих кадров.

Вызывает сомнение очень низкий уровень заболеваемости болезнями эндокринной системы, который статистически значимо был ниже такового в РФ и ЦФО. За период 2017-2021 гг. произошёл рост данной патологии в РФ на 31,4%, в ЦФО на 51,8% и снижение в Рязанской области на 9,7%, что привело к еще большему разрыву между показателями – 5,61, 10,18 и 10,98 на 100 тыс. женщин фертильного возраста соответственно, $p < 0,05$. Указанные тенденции определялись распространенностью сахарного диабета, заболеваемость которым в области в несколько раз была ниже, чем в РФ и ЦФО – в 2021 г. 1,78 против 9,01 и 10,37 на 100 тыс. женщин фертильного возраста соответственно, $p < 0,05$, несмотря на ее увеличение за анализируемый период в 2 раза.

В Рязанской области регистрируется более высокая заболеваемость среди беременных женщин болезнями системы кровообращения, которая снижалась интенсивнее, чем в РФ и ЦФО – на 30,1% против 20,3% и 24%. В 2021 г. показатель заболеваемости стал выше статистически значимо только по отношению к ЦФО – 6,9 против 5,34 на 100 тыс. женщин фертильного возраста соответственно, $p < 0,05$.

Болезни мочеполовой системы у беременных являются довольно распространенной патологией. В связи с тем, что в Рязанской области показатель заболеваемости болезнями мочеполовой системы имел значительные колебания по годам, то его отличия от российского и окружного уровня не были постоянными. В отличие от последних заболеваемость указанной группы населения имела тенденцию к росту (на 14,4%). В 2021 г. он

был достоверно выше только по отношению к показателю в ЦФО – 16,7 против 15,2 на 100 тыс. женщин фертильного возраста соответственно, $p < 0,05$.

Значительно реже все годы наблюдения у беременных женщин Рязанской области отмечались венозные осложнения, которые в отличие от РФ и ЦФО имели тенденцию к сокращению. В связи с этим в 2021 г. их частота составила 3,4 против 6,4 и 6,2 на 100 тыс. женщин фертильного возраста соответственно, $p < 0,05$.

Следует отметить, что наиболее распространенной патологией для данного контингента лиц является анемия беременных, которая в РФ, ЦФО и Рязанской области практически не имела существенной динамики (колебания в пределах 4%). Вместе с этим частота анемий в области была все годы статистически значимо ниже. Так, в 2021 г. она составила 25,9, против 35,4 и 29,4 на 100 тыс. женщин фертильного возраста соответственно, $p < 0,05$.

О состоянии здоровья беременных женщин свидетельствует и частота прерывания беременности, особенно на ранних сроках. Данные о прерываниях беременности на сроках до 22 недель представлены на рис. 3.8.

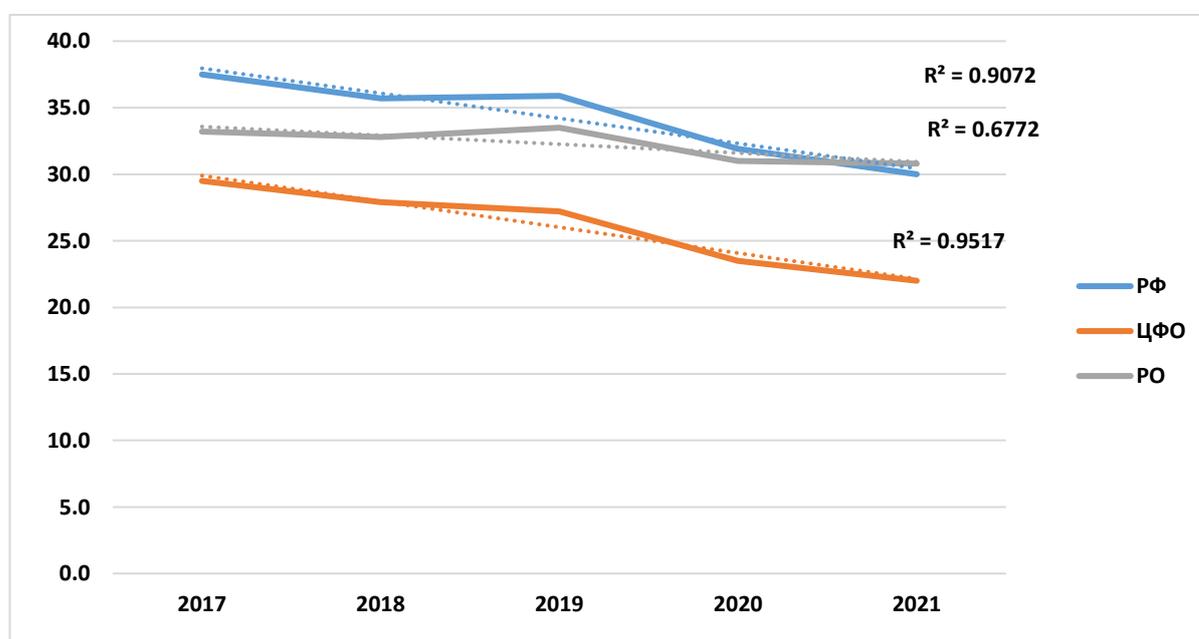


Рисунок 3.8. - Частота прерывания беременности на сроках до 22 недель в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (на 100 родившихся живыми и мертвыми)

Частота прерывания беременности 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.

Данные о причинах прерывания беременности до 22 недель в Рязанской области представлены в табл. 3.3.

Таблица 3.3. - Причины прерывания беременности в сроке до 22 недель в Рязанской области, 2017-2021 гг. (абс.)

| Причины | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. | темп роста /снижения, % |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|-------------------------|
| Всего | 3765 | 3439 | 3167 | 2722 | 2451 | -34,9 |
| Другие аномальные продукты зачатия | 1052 | 963 | 881 | 829 | 817 | -22,3 |
| Прерываний беременности в сроки до 12 недель, всего | 3461 | 3065 | 2852 | 2416 | 2155 | -37,7 |
| самопроизвольный аборт | 935 | 828 | 832 | 769 | 648 | -30,7 |
| медицинский аборт (легальный) | 1456 | 1263 | 1123 | 812 | 690 | -52,6 |
| аборт по медицинским показаниям | 8 | 9 | 8 | 5 | 8 | 0,0 |
| аборт неуточненный (внебольничный) | 15 | 11 | 16 | 6 | - | - |
| другие виды аборт (криминальный) | 3 | - | - | - | - | - |
| Прерываний беременности в сроки 12-21 неделя включительно, всего | 304 | 374 | 315 | 306 | 296 | -2,6 |
| самопроизвольный аборт | 130 | 124 | 120 | 108 | 98 | -24,6 |
| аборт по медицинским показаниям | 83 | 70 | 53 | 48 | 59 | -28,9 |
| Внематочная беременность | 273 | 273 | 259 | 222 | 223 | -18,3 |
| Пузырный занос | 28 | 10 | 3 | 3 | 7 | -75,0 |

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%) случаев прерывания беременности, которое произошло от всех причин, но в основном за счет прерываний в сроке до 12 недель (на 37,7%).

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

Сравнительный анализ показал, что доля самопроизвольных аборт среди общего числа аборт 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 3.4, 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 3.4. – Частота самопроизвольных аборт в РФ и РО за 2017-2021 гг. (на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| На 1000 женщин репродуктивного возраста | | | | | |
| 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, $p < 0,05$

Установлена прямая статистически значимая ($p < 0,05$) корреляционная связь средней силы между частотой ранних потерь беременности с заболеваемостью беременных ($r = +0,38$), а также с частотой угрозы прерывания беременности ($r = +0,54$).

3.3. Ресурсное обеспечение акушерско-гинекологической службы в Рязанской области

Сеть медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женщинам Рязанской области, представлена в табл. 3.5. Прежде всего, это перинатальный центр (функционирующий с 2013 г.), женские консультации и фельдшерско-акушерские пункты. Число медицинских организаций данного профиля сохраняется на одном уровне, а фельдшерско-акушерских пунктов даже увеличилось. Следует отметить отсутствие в области в настоящее время отдельного Центра охраны здоровья семьи и репродукции.

Таблица 3.5. - Сеть медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в Рязанской области

| Медицинские организации | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Перинатальные центры | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Родильные дома | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Женские консультации (самостоятельные и входящие) | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| из них самостоятельные | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Центры охраны здоровья семьи и репродукции | | | | | |
| Фельдшерско-акушерские пункты | 486 | 502 | 510 | 514 | 514 |
| Консультативно-диагностические центры/ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

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 (табл. 3.6). Однако в последующие годы произошло существенное их сокращение. Так, в 2021 г. данные показатели в

области 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 ($p < 0,05$).

Таблица 3.6. - Обеспеченность акушерскими койками в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (на 10 тыс. женщин в возрасте 15-49 лет)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Всего акушерских коек | | | | | |
| РФ | 18,1 | 17,4 | 16,7 | 14,4 | 14,5 |
| ЦФО | 15,9 | 15,3 | 14,1 | 11,8 | 12,0 |
| РО | 16,7* | 16,6* | 15,7* | 12,4* | 12,9* |
| Койки патологии беременности | | | | | |
| РФ | 9,8 | 9,4 | 8,9 | 6,7 | 6,8 |
| ЦФО | 8,9 | 8,5 | 7,7 | 5,4 | 5,5 |
| РО | 9,8 | 9,8** | 8,8** | 5,1* | 5,7* |
| Гинекологические койки | | | | | |
| РФ | 5,7 | 5,6 | 5,4 | 4,1 | 4,5 |
| ЦФО | 5,2 | 5,1 | 4,9 | 3,7 | 4,0 |
| РО | 5,9 | 5,9 | 5,9** | 4,7** | 5,5*/** |

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

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

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.

Что касается обеспеченности женщин в области гинекологическими койками, то ее уровень стабильно выше российских и окружных показателей, также существенно снизился 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 ($p < 0,05$).

Анализ работы акушерских коек в Рязанской области показал более высокие показатели, чем РФ и ЦФО и снижение за период 2017-2021 гг. средней занятости в году коек патологии беременности на 17,6% и гинекологических коек – на 16,1%. В РФ и ЦФО отмечался аналогичный

процесс, однако, он происходил более медленными темпами – снижение показателей соответственно на 9,8% и 9,8%, 9,4% и 10,3%. Вместе с этим, в 2021 г. средняя занятость коек патологии беременности в области была статистически значимо выше, чем в РФ и ЦФО – 277 дней против 268 и 266 дней ($p < 0,05$) (табл. 3.7).

Таблица 3.7. – Средняя занятость койки в году в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (в днях)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Койки патологии беременности | | | | | |
| РФ | 297 | 299 | 292 | 262 | 268 |
| ЦФО | 295 | 300 | 295 | 261 | 266 |
| РО | 336*/** | 348*/** | 352*/** | 298 | 277*/** |
| Гинекологические койки | | | | | |
| РФ | 309 | 305 | 301 | 270 | 280 |
| ЦФО | 302 | 300 | 297 | 253 | 271 |
| РО | 317 | 336 | 341** | 290 | 266*/** |

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

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

Несмотря на то, что средняя занятость гинекологических коек в области постоянно была существенно выше российских и окружных показателей, в 2021 г. в результате резкого снижения был зарегистрирован крайне низкий ее уровень – 266 дней. Последний оказался достоверно значимо ниже, чем в РФ и ЦФО – 280 и 271 дней соответственно ($p < 0,05$).

Во всех сравниваемых территориях средняя длительность пребывания на койке в году имела положительную динамику. Так, за период 2017-2021 гг. в Рязанской области она сократилась на койках патологии беременности на 11,9%, на гинекологических койках – на 11,1%, соответственно в РФ - на 13% и 9,7%, в ЦФО – на 16,2% и 12,3%. К 2021 г. средняя длительность пребывания на койках патологии беременности в области была статистически значимо ниже, чем РФ – 5,9 дней против 6,7 дней ($p < 0,05$). Данный показатель работы гинекологической койки был сопоставим с таковыми в РФ и ЦФО – 5,6, 5,6 и 5,1 дней соответственно (табл. 3.8).

Таблица 3.8. – Средняя длительность пребывания на койке в году в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (в днях)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Койки патологии беременности | | | | | |
| РФ | 7,7 | 7,6 | 7,4 | 7,0 | 6,7 |
| ЦФО | 7,4 | 7,1 | 6,8 | 6,6 | 6,2 |
| РО | 6,7* | 6,6* | 6,3* | 6,0* | 5,9* |
| Гинекологические койки | | | | | |
| РФ | 6,2 | 6,1 | 6,0 | 5,7 | 5,6 |
| ЦФО | 5,7 | 5,6 | 5,4 | 5,2 | 5,1 |
| РО | 6,3 | 6,7** | 6,4** | 6,0 | 5,6 |

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

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

Такой показатель работы койки как ее оборот оказался довольно стабильным особенно в отношении гинекологических коек и в 2021 г. остался практически на уровне 2017 г. Следует отметить, что оборот коек патологии беременности в Рязанской области постоянно выше, чем в РФ и ЦФО. Так, в 2021 г. данный показатель составил 49,3 против 39,9 в РФ ($p < 0,05$) и 43,1 в ЦФО (табл. 3.9). Показатели оборота коек гинекологического профиля в сравниваемых территориях статистически значимо не различаются ($p > 0,05$).

Таблица 3.9. – Оборот койки в году в РФ, ЦФО и Рязанской области, за 2017-2021 гг.

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Койки патологии беременности | | | | | |
| РФ | 43,4 | 39,4 | 39,6 | 39,1 | 39,9 |
| ЦФО | 43,2 | 42,0 | 43,7 | 42,5 | 43,1 |
| РО | 50,1 | 52,7** | 56,2** | 49,6* | 49,3* |
| Гинекологические койки | | | | | |
| РФ | 49,8 | 49,8 | 50,0 | 47,8 | 49,6 |
| ЦФО | 53,3 | 54,0 | 54,7 | 50,2 | 52,3 |
| РО | 50,6 | 50,3 | 53,1 | 48,3 | 49,5 |

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

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

Установлено отсутствие летальности на койках патологии беременности в РФ, ЦФО и Рязанской области. Летальность на гинекологических койках в сравниваемых территориях в среднем составляла 0,02% и в отдельные годы в

области была ниже российских и окружных показателей (табл. 3.10). Однако в последние годы отмечена отрицательная динамика – в 2021 г. летальность на гинекологических койках в Рязанской области составила 0,05%, что статистически значимо превышает уровень летальности в РФ и ЦФО (0,02%) ($p < 0,05$).

Таблица 3.10. – Летальность на койке в году в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (в %)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Койки патологии беременности | | | | | |
| РФ | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ЦФО | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| РО | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Гинекологические койки | | | | | |
| РФ | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| ЦФО | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| РО | 0,02 | 0,00 | 0,01 | 0,03 | 0,05*/** |

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

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

Обеспеченность врачами, оказывающими медицинскую помощь беременным, несколько превышает таковые показатели в РФ и ЦФО, хотя выявленные различия не носят статистически значимый характер. Так, обеспеченность врачами в целом в 2021 г. в области составила 41,4 на 10 тыс. соответствующего населения, в РФ – 37,4, в ЦФО – 37,6 ($p > 0,05$) (табл. 3.11).

Аналогичная ситуация отмечалась в отношении обеспеченности врачами акушерами-гинекологами: в 2021 г. в области она составила 4,84 на 10 тыс. женского населения, в РФ – 4,35, в ЦФО – 4,19 ($p > 0,05$).

Число врачей генетиков, имеющих большое значение в диагностике соответствующих причин ранних потерь беременности, в Рязанской области остается стабильным, а обеспеченность врачами данного профиля соответствует российским показателям – 0,02 на 10 тыс. населения.

Таблица 3.11. - Обеспеченность врачами различных специальностей в РФ,

ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (на 10 тыс. соотв. населения)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Врачи всего | | | | | |
| РФ | 37,3 | 37,4 | 37,6 | 37,5 | 37,4 |
| ЦФО | 37,2 | 37,5 | 37,9 | 37,8 | 37,6 |
| РО | 41,8 | 41,1 | 41,4 | 4,3 | 41,4 |
| Врачи акушеры-гинекологи на 10 тыс. женского населения | | | | | |
| РФ | 4,65 | 4,59 | 4,54 | 4,45 | 4,35 |
| ЦФО | 4,39 | 4,38 | 4,32 | 4,26 | 4,19 |
| РО | 5,28 | 5,18 | 5,15 | 4,99 | 4,84 |
| Врачи генетики | | | | | |
| РФ | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| ЦФО | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 |
| РО | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |

Следует отметить высокую квалификацию врачей указанных специальностей в области. Доля врачей, имеющих квалификационную категорию статистически значимо больше, чем в РФ и ЦФО: врачей всего – 66,4% против 40,5% и 39,8% соответственно ($p < 0,05$), акушеров-гинекологов – 71,5% против 50,1% и 47,9% ($p < 0,05$), врачей генетиков – 66% против 40,5% и 39,5%, ($p < 0,05$) (табл. 3.12).

Таблица 3.12. – Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (в %)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Врачи всего | | | | | |
| РФ | 45,7 | 44,0 | 42,5 | 41,8 | 40,5 |
| ЦФО | 45,4 | 42,8 | 40,4 | 40,1 | 39,8 |
| РО | 69,2*/** | 68,3*/** | 67,0*/** | 67,1 | 66,4*/** |
| Врачи акушеры-гинекологи | | | | | |
| РФ | 53,0 | 52,0 | 51,3 | 51,2 | 50,1 |
| ЦФО | 53,3 | 51,5 | 50,1 | 49,8 | 47,9 |
| РО | 73,3*/** | 67,1*/** | 72,6*/** | 72,2*/** | 71,5*/** |
| Врачи генетики | | | | | |
| РФ | 53,0 | 50,0 | 42,5 | 41,4 | 40,5 |
| ЦФО | 44,8 | 38,3 | 40,4 | 40,1 | 39,5 |
| РО | 50,0 | 50,0** | 67,0*/** | 67,0*/** | 66,0*/** |

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

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

В настоящее время доля врачей различных специальностей, имеющих

сертификат специалиста, является высокой как в РФ и ЦФО, так и в Рязанской области (табл. 3.13).

Таблица 3.13. – Доля врачей различных специальностей, имеющих сертификат специалиста, в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2021 г. (в %)

| Специальность | РФ | ЦФО | РО |
|--------------------------|-------|-------|-------|
| Врачи всего | 95,8 | 96,5 | 95,7 |
| Врачи акушеры-гинекологи | 99,3 | 99,2 | 100,0 |
| Врачи генетики | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

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, $p > 0,05$), осмотренных терапевтом (98,9% против 96,7% и 97,9%), в том числе до 12 недель беременности (91,7% против 88,2% и 89,0%, $p > 0,05$) (табл. 3.14).

Таблица 3.14. – Показатели деятельности женских консультаций в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2017-2021 гг. (в %)

| Территории | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Доля беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности | | | | | |
| РФ | 87,5 | 87,6 | 88,0 | 87,4 | 88,8 |
| ЦФО | 86,5 | 86,4 | 86,3 | 86,4 | 87,6 |
| РО | 89,0 | 90,4 | 90,9 | 92,4 | 92,3 |
| Из числа родивших в стационаре не состояло под наблюдением в женской консультации, в % | | | | | |
| РФ | 1,53 | 1,50 | 1,42 | 1,51 | 1,28 |
| ЦФО | 2,17 | 2,14 | 2,01 | 2,21 | 1,85 |
| РО | 1,44 | 1,02 | 1,59 | 1,35 | 1,29 |
| Из числа закончивших беременность были осмотрены терапевтами | | | | | |
| РФ | 98,1 | 97,8 | 98,0 | 96,7 | 96,7 |
| ЦФО | 98,0 | 97,9 | 97,7 | 97,5 | 97,9 |
| РО | 99,6 | 99,9 | 99,6 | 99,6 | 98,9 |
| в т.ч. числе до 12 недель беременности | | | | | |
| РФ | 87,1 | 87,3 | 88,0 | 85,5 | 88,2 |
| ЦФО | 87,5 | 87,6 | 88,3 | 88,4 | 89,0 |
| РО | 88,0 | 89,0 | 89,2 | 91,6 | 91,7 |

Показатель доли беременных из 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, $p > 0,05$).

Результаты пренатальной диагностики у беременных женщин представлены в табл. 3.15. Охват беременных данным видом диагностики 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 обратить внимание, что в Рязанской области по сравнению с РФ и ЦФО статистически значимо реже выявляются врожденные пороки развития при УЗИ-диагностике (2,56% против 4,22% и 6,01% соответственно, $p < 0,05$) и чаще при биохимическом скрининге (1,22% против 0,86% и 0,71%, $p < 0,05$).

Таблица 3.15. – Охват беременных пренатальной диагностикой в РФ, ЦФО и Рязанской области, 2021 г. (в %)

| Вид исследования | РФ | ЦФО | РО |
|--|------|------|----------|
| Из числа женщин, закончивших беременность, проведено УЗИ плода-всего | 91,4 | 92,3 | 94,2 |
| из них выявлено число плодов, врожденными пороками развития-всего | 4,22 | 6,01 | 2,56*/** |
| из числа женщин, закончивших беременность, взята проба на биохимический скрининг-всего | 90,8 | 92,3 | 91,5 |
| из них выявлено число женщин с отклонениями. | 0,86 | 0,71 | 1,22*/** |

* статистически значимое различие по сравнению с другими территориями, $p < 0,05$

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

Для обоснованного распределения средств, направляемых на охрану здоровья беременных женщин, необходимы сведения не только об уровне ранних потерь беременности и отдельных ее 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 потерь беременности у женщин Рязанской области и основными показателями медико-организационного характера.

Оценка тесноты корреляционной связи проводилась по коэффициенту корреляции следующим образом:

- слабая – от 0 до 0,3;
- средняя – от 0,3 до 0,7;
- сильная – до 0,7 до 1,0.

Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 3.16.

Таблица 3.16. - Результаты корреляционного анализа между частотой ранних потерь беременности (на 1000 женщин репродуктивного возраста) и медико-организационными показателями в Рязанской области, 2017-2021 гг.

| Показатели | Коэффициент корреляции |
|---|------------------------|
| Доля беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности, % | - 0,39* |
| Обеспеченность койками патологии беременности, на 10 тыс. женщин репродуктивного возраста | - 0,24 |
| Обеспеченность гинекологическими койками, на 10 тыс. женщин репродуктивного возраста | - 0,21 |
| Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами, на 10 тыс. женщин репродуктивного возраста | - 0,49* |

* статистически значимые коэффициенты, $p < 0,05$

Установлена обратная статистически значимая ($p < 0,05$) связь средней силы между частотой ранних потерь беременности (на 1000 женщин репродуктивного возраста) и:

- долей беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности ($r = - 0,39$);
- обеспеченностью врачами акушерами-гинекологами ($r = - 0,49$).

Кроме того, имела место обратная статистически значимая слабая связь между частотой ранних потерь беременности 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 потерь беременности с:

- частотой угрозы прерывания беременности ($r = + 0,54$);
- заболеваемостью беременных ($r = + 0,38$).

Анализ данных официальной статистики свидетельствует о неблагоприятных тенденциях демографической ситуации в Рязанской области - постоянное снижение численности населения за счет снижения рождаемости и роста общей смертности. Выявлен рост заболеваемости беременных и высокий уровень самопроизвольных абортов.

В Рязанской области отмечается достаточная обеспеченность гинекологическими койками и койками патологии беременности, врачами акушерами-гинекологами, а также довольно высокая их квалификация. Охват беременных пренатальным скринингом в Рязанской области соответствует российским показателям. При этом проведенный корреляционный анализ показал влияние на частоту ранних потерь беременности таких факторов медико-организационного характера, как доля беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности ($r = - 0,39$); обеспеченность врачами акушерами-гинекологами ($r = - 0,49$); обеспеченность койками патологии беременности ($r = - 0,24$) и гинекологическими койками ($r = - 0,21$).

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ РАННЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПОТЕРЕ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

4.1. Медико-социальная характеристика женщин с ранней репродуктивной потерей в анамнезе

В исследование были 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. На женщин в возрасте до 20 лет приходилось 5,6%, 40 лет и старше - 24,0% (рис. 4.1).

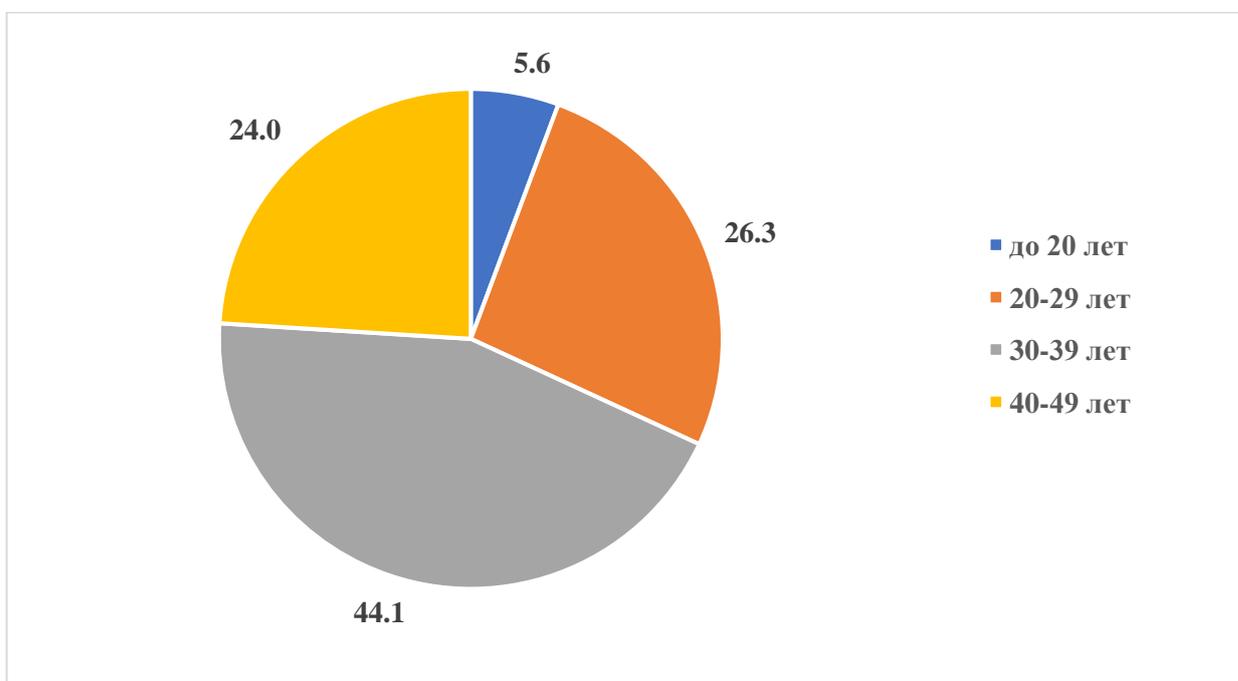


Рисунок 4.1. - Распределение женщин по возрасту (в %)

По уровню образования женщины распределились следующим образом: 45,1% имели высшее образование, 38,0% - среднее специальное и 16,9% - среднее общее образование (рис. 4.2).

Анализ показал, что подавляющее большинство женщин (75,1%) на момент опроса работали (63% - официально, 12,1% - не официально), 18,% были домашними хозяйками, остальные респондентки – студентками. Среди работающих женщин 69,9% были служащие, 30,1% - рабочие. Обращает на себя внимание большой удельный вес среди служащих (54,3%) были

медицинских работников и педагогов (30,1%).

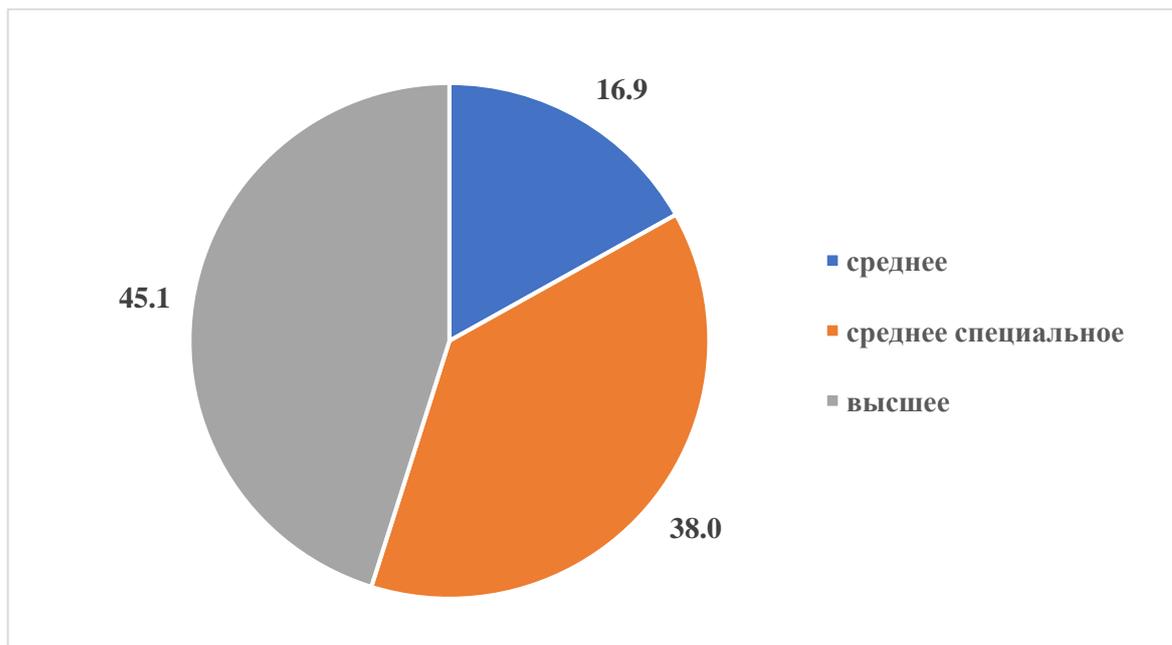


Рисунок 4.2. - Распределение женщин по уровню образования (в %)

Общий стаж респонденток колебался от 6 месяцев до 32 лет и в среднем составлял $14,1 \pm 8,9$ лет. Наибольшая доля (78,9%) приходилась на лиц, проработавших больше 10 лет. Следует отметить, что определенная часть женщин имела общий стаж 30 лет и более – 12,5% (рис. 4.3).

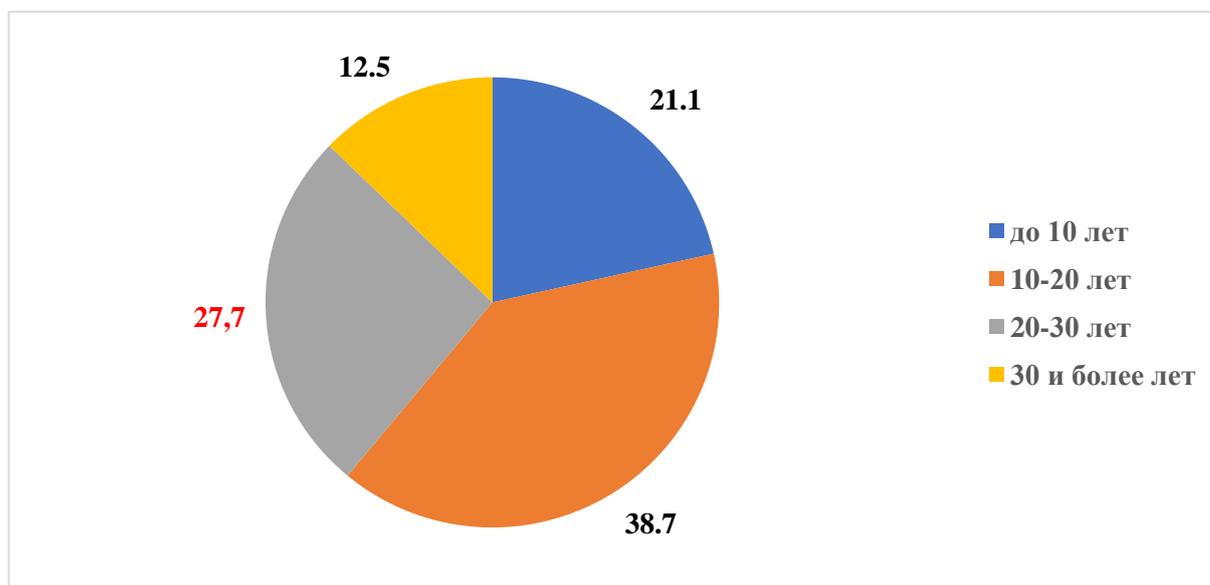


Рисунок 4.3. - Распределение женщин по продолжительности общего стажа работы (в %)

Установлено, что 12,6% респонденток сообщили о тяжелом физическом труде, 21% - о нервных и психических нагрузках, 10,8% - о профессиональных

вредностях. Структура профессиональных вредностей, с которыми женщинам приходилось сталкиваться в своей работе, представлена на рис. 4.4.



Рисунок 4.4. - Структура профессиональных вредностей (в %)

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.

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%.

Установлено, что 37,3% респонденток на момент опроса проживали с мужем и детьми, 28,7% - только с мужем, 14,9% - только с детьми, 10,1% - одна. На другие варианты ответов на данный вопрос пришлось 9%.

Большинство женщин, принявших участие в исследовании,

положительно охарактеризовали отношения в их семье – 96,3% (хорошие – 72,9%, скорее хорошие, чем плохие – 23,4%). Ответ «скорее плохие, чем хорошие» дали 3,7% респонденток. Ни в одном случае женщины не назвали отношения в их семье плохими.

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 от нее отказались.

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%).

4.2. Характеристика репродуктивного поведения и акушерского анамнеза

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.

У женщин, принявших участие в опросе, число беременностей колебалось от 1 до 8 случаев. В основном они имели одну беременность (53,4%), реже две (18,5%) и три (14,9%) беременностей.

Анализ показал, что в структуре исходов беременности около половины (48,7%) составляли роды, второе место занимали искусственные аборты (24,1%), третье – самопроизвольные аборты (14,8%). Довольно часто имела место неразвивающаяся беременность – у 7,9% пациентов. В единичных случаях регистрировалась внематочная беременность – 1,2% (табл. 4.1).

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 аборт стала выше родов. Стала отмечаться тенденция к росту случаев неразвивающейся беременности.

Таблица 4.1. – Структура исходов беременности в зависимости от ее порядкового номера (в %)

| Исходы беременности | Всего | Порядковый номер беременности | | | | | | | |
|------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Аборт | 24,1 | 16,9 | 22,5 | 38,4 | 36,6 | 34,6 | 33,3 | 33,3 | 0,0 |
| Внематочная беременность | 1,2 | 1,0 | 1,2 | 1,9 | 2,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Самопроизвольный аборт | 14,8 | 13,8 | 14,4 | 16,2 | 17,1 | 23,1 | 8,3 | 16,7 | 0,0 |
| Настоящая беременность | 3,3 | 1,7 | 4,4 | 7,1 | 2,4 | 3,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Неразвивающаяся беременность | 7,9 | 5,9 | 6,9 | 9,1 | 14,6 | 15,4 | 8,3 | 16,7 | 100,0 |
| Роды | 48,7 | 60,7 | 50,6 | 27,3 | 26,8 | 23,1 | 50,1 | 33,3 | 0,0 |
| Всего | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

При моделировании трендов была подтверждена статистическая значимость указанных тенденций. Так, коэффициент аппроксимации (R^2) роста доли аборт составил $0,4239^1$, неразвивающейся беременности – $R^2=0,5213$, снижение числа случаев внематочной беременности – $R^2=0,3366$. В связи со значительными колебаниями доли самопроизвольного аборта общая тенденция характеризовалась стагнацией – $R^2=0,0036$ (рис. 4.5).

Несколько иная картина имела место при изучении структуры исходов беременности в зависимости не от порядкового номера, а от их числа. Для этого были взяты только женщины, которые имели от 1 до 3 беременностей, так как остальные группы оказались малочисленными. Сравнительный анализ показал более низкие доли аборт при 1-й беременности у женщин, имевших 1 беременность, по сравнению с таковой у всех опрошенных женщин в целом – 15,3% против 16,9% соответственно. Аналогичные тенденции имели место

¹ коэффициент аппроксимации считается статистически значимым при значении около 0,4 и выше

при 2-3-й беременностях у женщин, имевших 2-3 беременности - 13,6% против 22,5% ($p < 0,05$) и 34,1% против 38,4% (табл. 4.2).

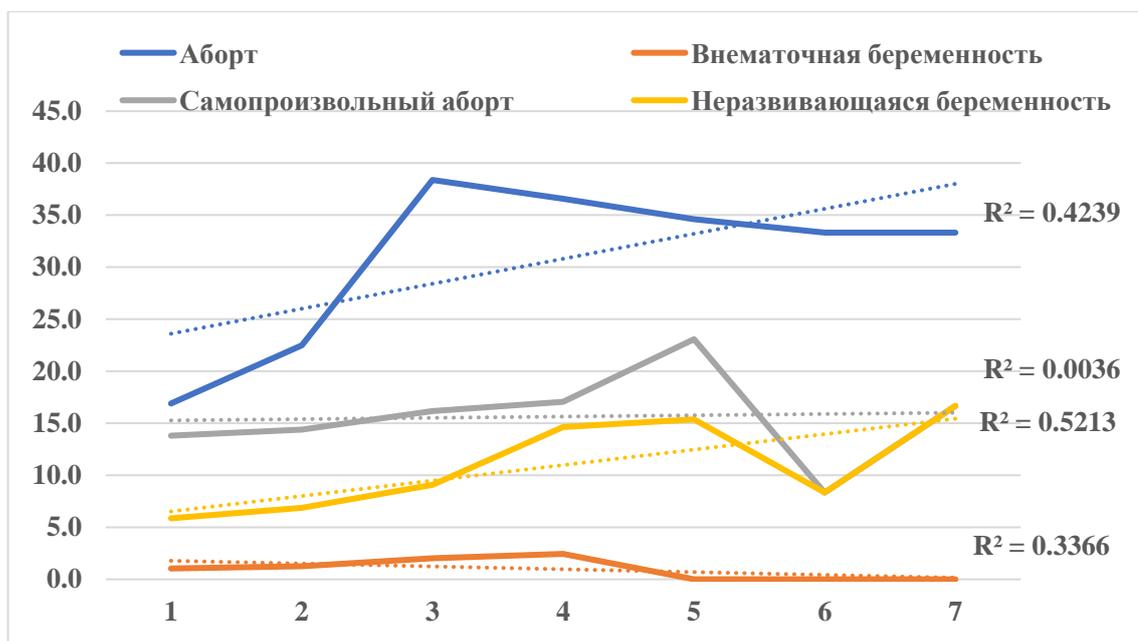


Рисунок 4.5. - Моделирование трендов частоты неблагоприятных исходов беременности в зависимости от ее порядкового номера (в %)

Таблица 4.2. – Структура исходов беременности в зависимости от их числа (в %)

| Исходы беременности | 1-я беременность у женщин, имевших 1 беременность / среди всех женщин | 2-я беременность у женщин, имевших 2 беременности / среди всех женщин | 3-я беременность у женщин, имевших 3 беременности / среди всех женщин |
|------------------------------|---|---|---|
| Аборт | 15,3/16,9 | 13,6/22,5* | 34,1/38,4 |
| Внематочная беременность | 1,6/1,0 | 0,0/1,2* | 6,4/1,9* |
| Самопроизвольный аборт | 20,2/13,8* | 20,3/14,4 | 17,0/16,2 |
| Настоящая беременность | 3,2/1,7 | 10,1/4,4* | 2,1/7,1* |
| Неразвивающаяся беременность | 8,9/5,9* | 13,6/6,9* | 19,1/9,1* |
| Роды | 50,8/60,7* | 42,4/50,6* | 21,3/27,3 |
| Всего | 100,0/100,0 | 100,0/100,0 | 100,0/100,0 |

* статистически значимые различия между группами женщин, $p < 0,05$

Также были установлены более низкие доли родов при 1-3 й беременности у женщин, имевших 1-3 беременности, по сравнению с таковой в группе в целом – 50,8% против 60,7% ($p < 0,05$); 42,4% против 50,6% ($p < 0,05$) и 21,3% против 27,3% соответственно.

Это произошло в связи с увеличением частоты случаев самопроизвольного аборта и неразвивающейся беременности. Так, доля самопроизвольного аборта при 1-3-й беременности у женщин, имевших 1-3 беременности, были выше по сравнению с таковой в группе в целом – 20,2% против 13,8% ($p < 0,05$); 20,3% против 14,4% и 17,0% против 16,2%, при неразвивающейся беременности – 8,9% против 5,9% ($p < 0,05$); 13,6% против 6,9% ($p < 0,05$) и 19,1% против 9,1% ($p < 0,05$) соответственно.

Практический интерес представляет анализ изменений в структуре исходов беременности при каждой последующей беременности. Данные тенденции нами изучались на более многочисленных группах респонденток – женщинах, имевших 2 и 3 беременности.

Установлено, что у женщин, имевших 2 беременности, произошли существенные изменения в структуре исходов при последующей беременности. Так, статистически значимо сократилась доля родов (52,5% против 73,3%, $p < 0,05$) и увеличились доли самопроизвольных абортов (20,3% против 10%, $p < 0,05$) и неразвивающейся беременности (13,6% против 3,3%, $p < 0,05$) (рис. 4.6).

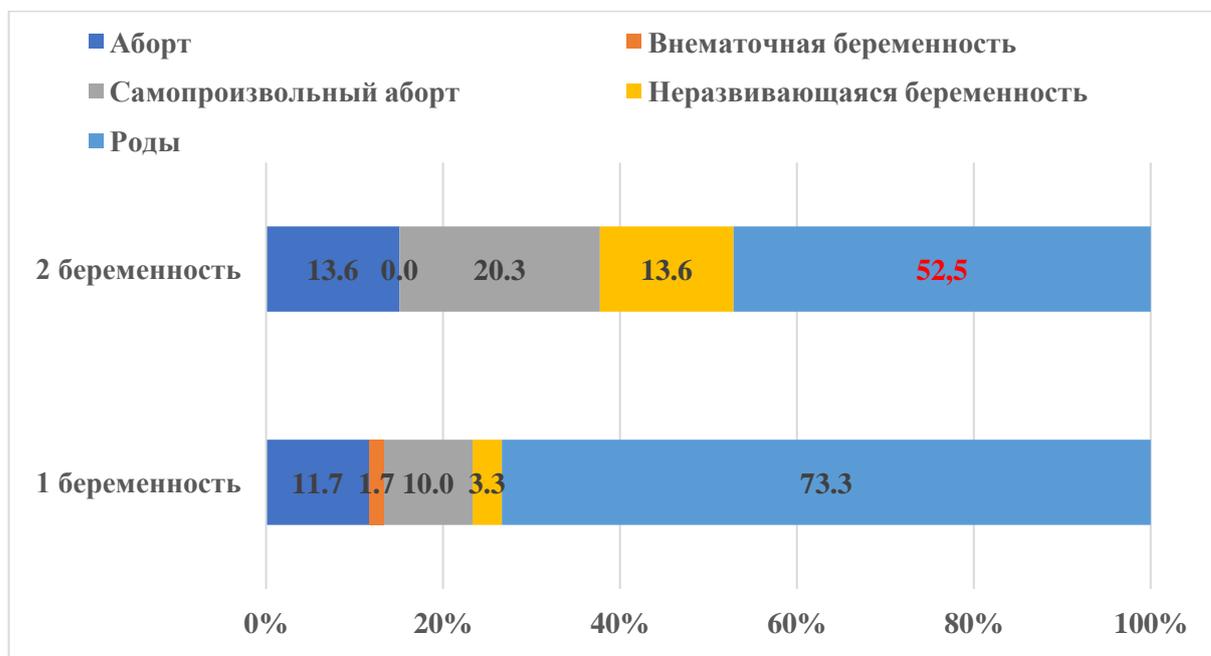


Рисунок 4.6. - Структура исходов первой и второй беременности у женщин, имевших две беременности в анамнезе (в %)

У женщин, имевших 3 беременности, также отмечались существенные изменения в структуре исходов при последующих беременностях особенно к 3 беременности – сокращалась доля родов (67,3% против 21,3%, $p < 0,05$) и увеличивалась доля абортов (18,4% против 36,2%, $p < 0,05$), самопроизвольных абортов (8,2% против 17%, $p < 0,05$), неразвивающейся (6,1% против 19,1%, $p < 0,05$) и внематочной (0% против 6,4%, $p < 0,05$) беременности (рис. 4.7).

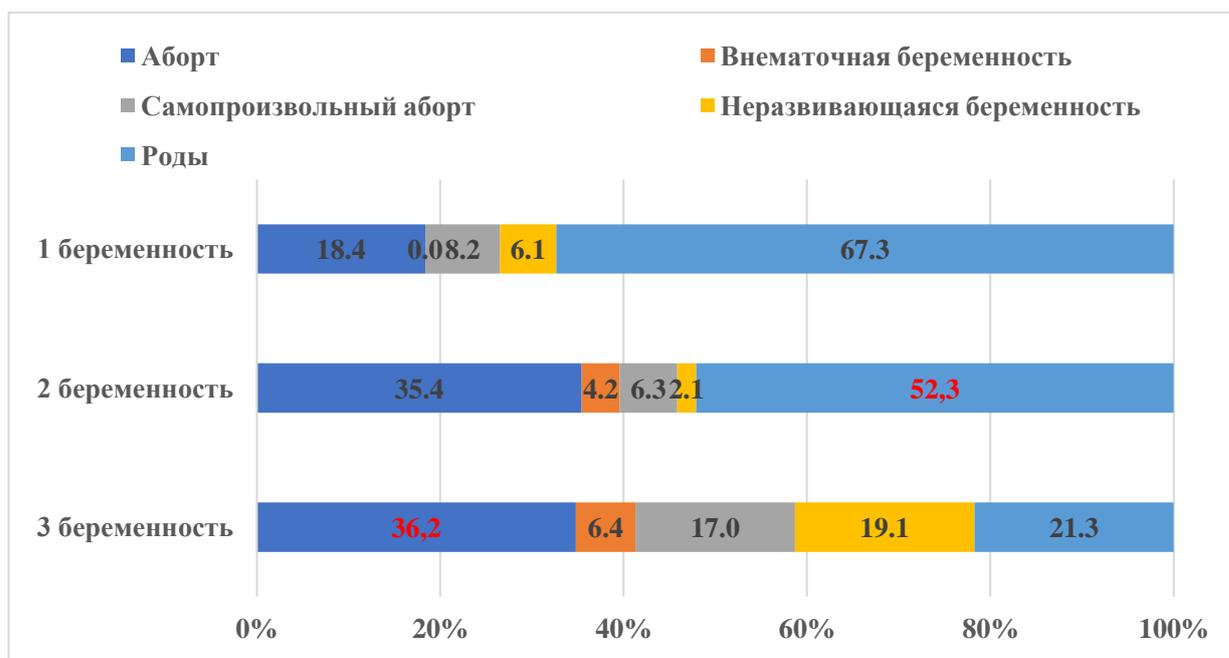


Рисунок 4.7. - Структура исходов первой, второй и третьей беременности у женщин, имевших три беременности в анамнезе (в %)

Установлена взаимосвязь частоты исходов беременности от возраста женщин (рис. 4.8). 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 абортов 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 самопроизвольного аборта и неразвивающейся беременности и рост случаев внематочной беременности.

Анализ исходов беременности в зависимости от различных медико-социальных и экономических факторов было установлено статистически значимое различие ($p < 0,05$) распространенности самопроизвольного аборта у опрошенных пациентов при нарушениях менструального цикла и работающих женщин. Вместе с этим, довольно часто (но статистически не значимо)

самопроизвольные аборт отмечались в группах женщин, употреблявших алкоголь и имевших среднедушевые денежные доходы ниже установленных в регионе.

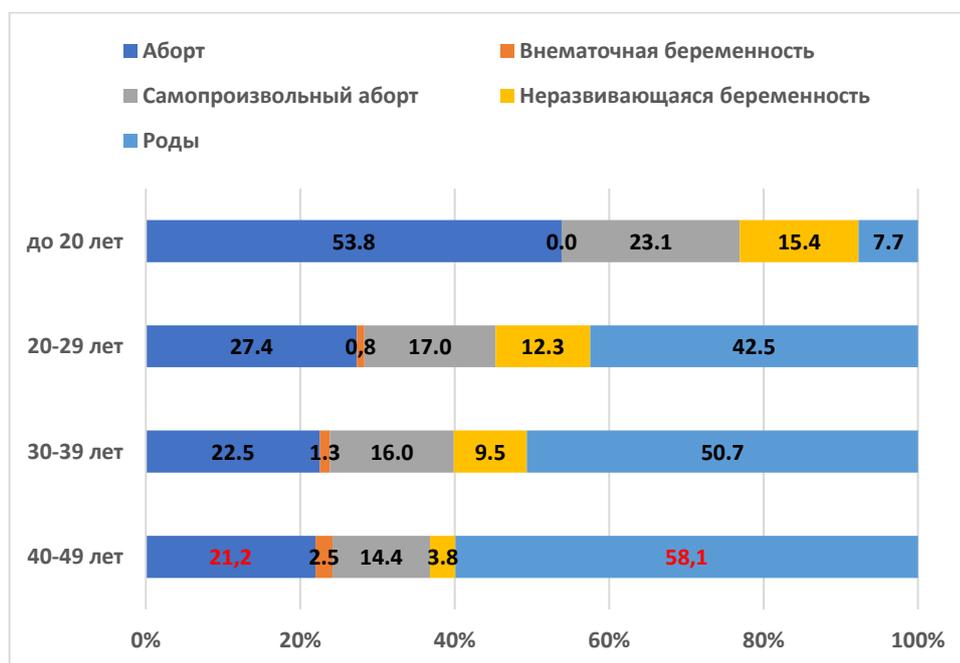


Рисунок 4.8. - Структура исходов беременности у женщин в зависимости от возраста (в %)

По данным опроса, у 23,8% женщин отмечались различные осложнения в течение беременности: токсикоз (тошнота, рвота, повышенное артериальное давление, отеки) - 37,8%, угроза прерывания беременности (боли, повышение тонуса матки, кровотечения) – 44,8%, анемия – 6,9%. Об осложнениях в родах и в послеродовом периоде сообщили 13,6% опрошенных – осложнения воспалительного характера (41,9%), повторные кровотечения (32,3%), травматические повреждения родовых путей (16,1%). Осложнения абортов имели место в 11,8% случаев – осложнения воспалительного характера (50,1%), кровотечения (12,5%), повторные операции (18,8%).

Среди осложнений после самопроизвольного аборта, 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. По поводу бесплодия лечение получали 13,8% женщин, по поводу невынашивания беременности – 10,5%.

4.3. Мнение врачей акушер-гинекологов о состоянии специализированной гинекологической помощи женщинам при ранней репродуктивной потере

Социологическом опросе приняли участие 128 врачей акушеров-гинекологов, средний возраст был равен $43,4 \pm 13,0$ лет. Мужчины составили 10,9% (средний возраст $42,2 \pm 15,8$ лет), женщины - 89,1% (средний возраст $43,2 \pm 12,7$ лет). Наиболее многочисленной (50,0%) была группа врачей в возрасте от 30 лет до 49 лет (табл. 4.4). Подавляющее большинство (84,4%) респондентов были городскими жителями.

Таблица 4.4. – Возрастная структура врачей (в %)

| Возраст | Всего |
|---------------------------------|-----------------|
| до 30 лет | 18,8 |
| 30-39 лет | 23,4 |
| 40-49 лет | 26,6 |
| 50-59 лет | 17,1 |
| 60 лет и старше | 14,1 |
| Всего | 100,0 |
| Средний возраст, лет, $M \pm m$ | $43,4 \pm 13,0$ |

По месту работы респонденты распределялись следующим образом: 43,7% в гинекологическом отделении, 56,8% в женской консультации. Подавляющее большинство (85,8%) врачей работали в бюджетных, 14,2% - коммерческих медицинских организациях. Наибольшую долю (83,3%) среди врачей, принявших участие в исследовании составляли ординаторы отделений, 15,9% занимали должность заведующих отделением, 0,8% - были главными врачами (рис. 4.9).

Общий стаж респондентов в среднем составлял $14,9 \pm 12,2$ лет. Наибольшая доля (78,9%) приходилась на лиц, проработавших в системе здравоохранения больше 10 лет. Следует отметить, что не большая часть врачей имела общий стаж 40 лет и более – 8,5% (рис. 4.10).

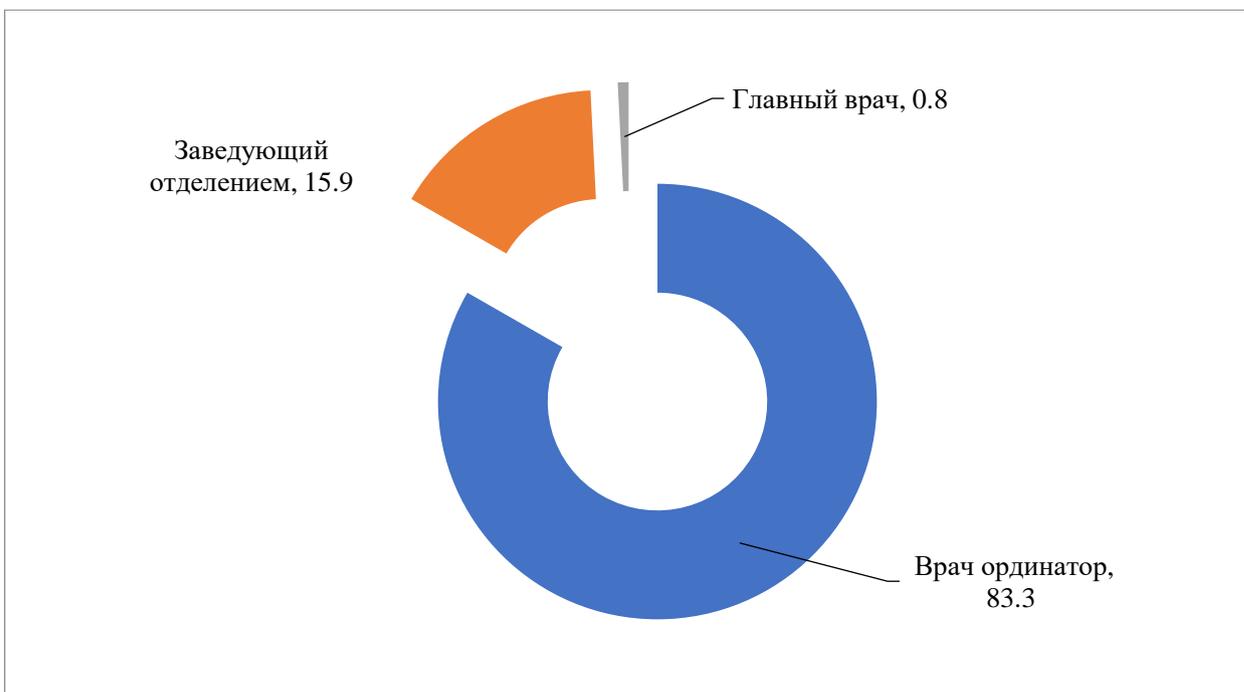


Рисунок 4.9. - Распределение врачей в зависимости от занимаемой должности (в %)

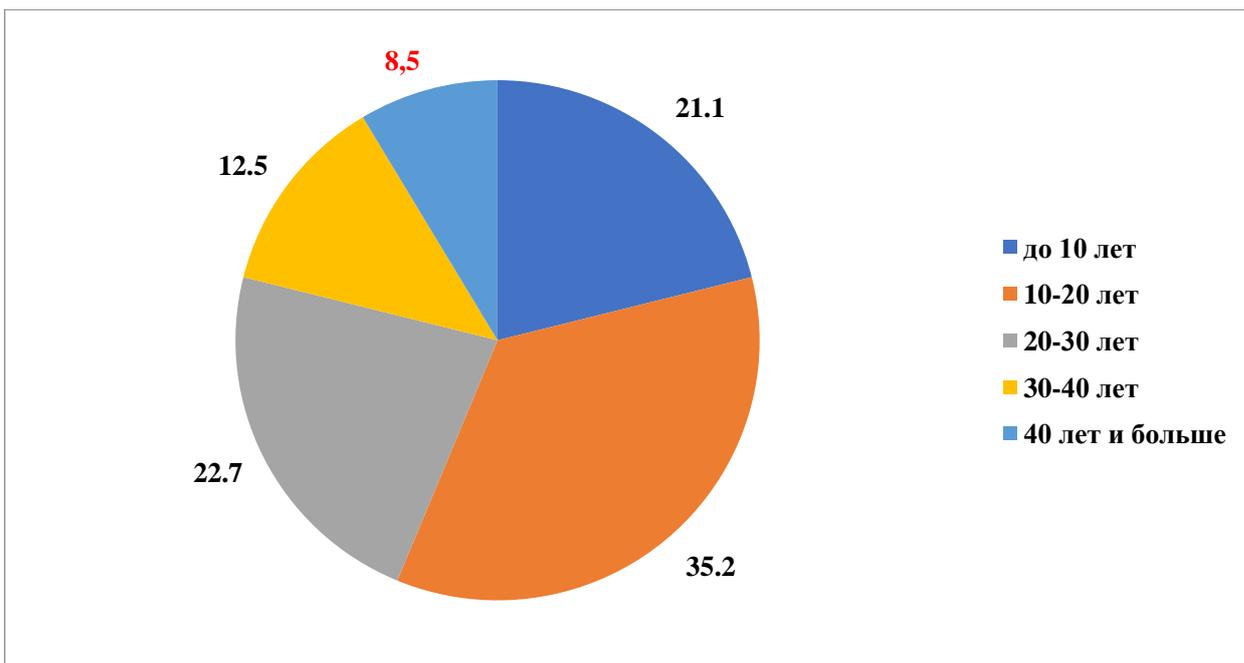


Рисунок 4.10. - Распределение врачей по продолжительности общего врачебного стажа (в %)

При анализе продолжительности стажа по специальности были отмечены аналогичные соотношения. Так, в среднем он составлял $14,3 \pm 11,1$ лет ($p > 0,05$). Большинство (78,1%) врачей проработали по специальности больше 10 лет ($p > 0,05$). Также небольшая часть врачей имела

продолжительность специального стажа 40 лет и более – 8,6% (рис. 4.11).

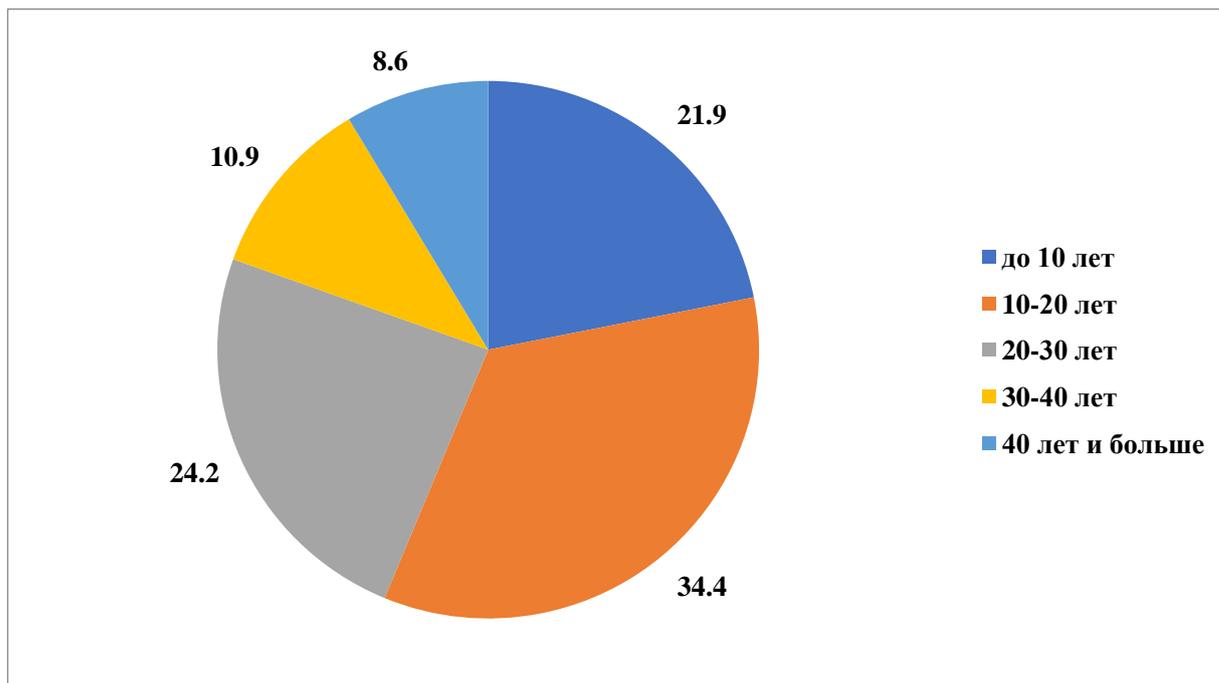


Рисунок 4.11. - Распределение врачей по продолжительности стажа по специальности (в %)

Одной из характеристик врачебных кадров является их квалификация. При опросе было установлено, что подавляющее большинство (79,3%) респондентов имели квалификационную категорию: высшую категорию - 50,4%, 1 категорию – 14,9% и 2 категорию – у 14,0%. Кроме этого, 8,3% опрошенных врачей имели ученую степень кандидата медицинских наук.

Большинство врачей (83,5%) считали, что в их регионе функционирует Центр охраны семьи и репродукции.

На вопрос «Проходили ли Вы какое-либо обучение (курсы, конференции, семинары) по вопросам реабилитации после ранних потерь беременности?» 33,1% врачей ответили, что не обучались по данной теме, 22,8% - прошли обучение в текущем году, 22,8% - прошли обучение больше 1 года назад, 21,3% - не обучались по данной теме в течение 5 лет. При этом, 81,9% из них считали необходимым дополнительное обучение по вопросам реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей, 12,6% - достаточно использовать клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи, 5,5% - затруднились ответить.

Подавляющее большинство респондентов (92,1%) придерживались мнения, что женщины с ранней репродуктивной потерей нуждаются в дополнительном мониторинге состояния здоровья и реабилитации (да – 59,8%, скорее да, чем нет – 32,3%). Отрицательно относились к данной мере 7,9% врачей (скорее нет, чем да – 6,3%, нет – 1,6%) (табл. 4.5).

Таблица 4.5. – Мнение врачей о реабилитации женщин при ранней репродуктивной потере (в %)

| Мнение | Варианты ответов | | | |
|---|------------------|--------------------|--------------------|------|
| | да | скорее да, чем нет | скорее нет, чем да | нет |
| - о необходимости дополнительного мониторинга состояния здоровья и реабилитации | 59,8 | 32,3 | 6,3 | 1,6 |
| - о необходимости реабилитации | 50,0 | 33,3 | 15,1 | 1,6 |
| - о необходимости использования определенных алгоритмов реабилитации | 36,7 | 28,1 | 24,2 | 11,0 |
| - о наличии в их медицинской организации условий для проведения реабилитации | 43,0 | 28,1 | 19,5 | 9,4 |

Отвечая на вопрос «Всегда ли Вы проводите реабилитацию женщин после ранней потери беременности?», половина (50%) врачей сообщили, что реабилитация очень важна в данном случае, 33,3% - скорее да, чем нет осуществляют это, 16,7% - высказали отрицательное отношение (скорее нет, чем да – 15,1%, нет – 1,6%).

Опрос показал, что более половины (64,8%) респондентов использовали определенные алгоритмы реабилитации данной группы женщин (да – 36,7%, скорее да, чем нет – 28,1%). Отрицательно относились к применению таких алгоритмов 35,2% врачей (скорее нет, чем да – 24,2%, нет – 11,0%). При этом 71,1% опрошенных подтвердили наличие в их медицинской организации условий для проведения реабилитации женщинам с ранней репродуктивной потерей (да – 43,0%, скорее да, чем нет – 28,1%). По мнению 28,9% врачей, в

медицинской организации, где они работают, не созданы условия для реабилитации такого профиля (скорее нет, чем да – 19,5%, нет – 9,4%).

Мнение врачей о необходимости консультаций для данной группы пациенток было различным. Так, большинство (47,2%) респондентов сообщили, что довольно часто прибегают к данному виду помощи, 37,8% - редко, 9,4% - никогда, только 6,4% врачей делают это всегда (рис. 4.12).

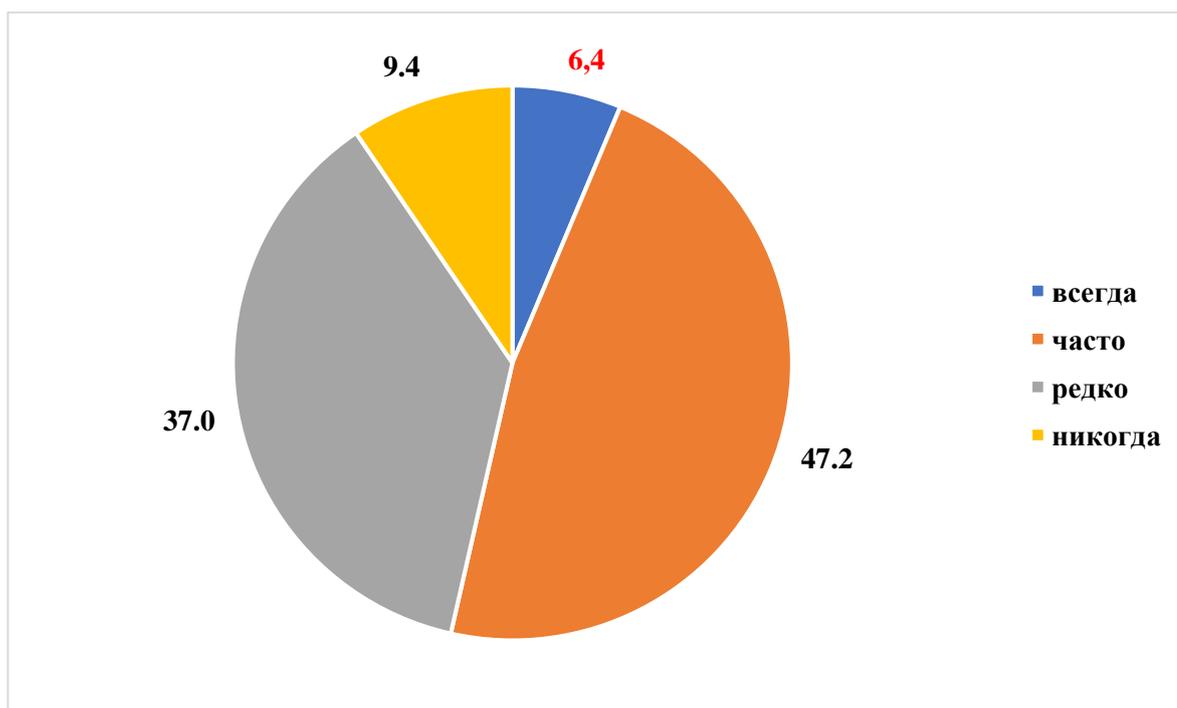


Рисунок 4.12. – Распределение врачей по частоте назначения консультаций психолога женщинам с ранней потерей беременности (в %)

В результате опроса было выявлено мнение врачей о месте проведения реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери. Большинство (44,8%) из них считали, что для этого есть условия в дневном стационаре, 23,9% врачей предлагали проводить реабилитацию данной группы женщин в условиях стационара, 21,6% - в амбулаторных условиях и 9,7% не смогли ответить на этот вопрос (рис. 4.13).

Респондентам предлагалось оценить уровень преемственности между амбулаторным и стационарным звеном при оказании медицинской помощи женщинам с ранней репродуктивной потерей по 5 балльной шкале (рис. 4.14).

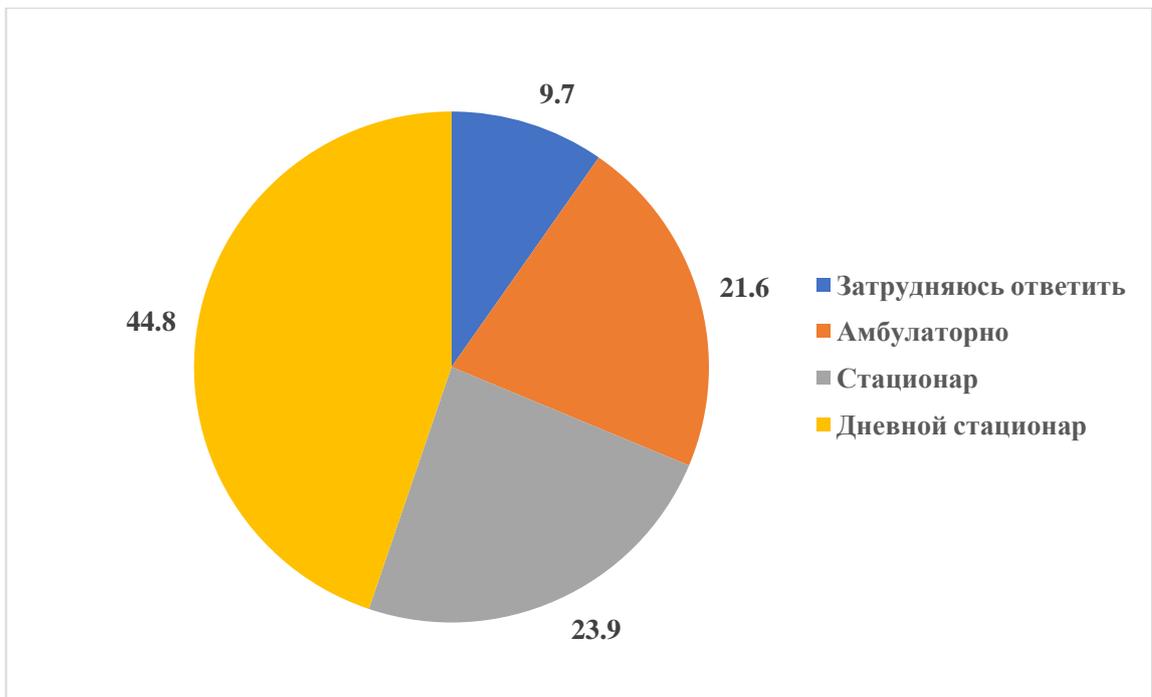


Рисунок 4.13. - Распределение врачей по мнению о месте проведения реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери (в %)

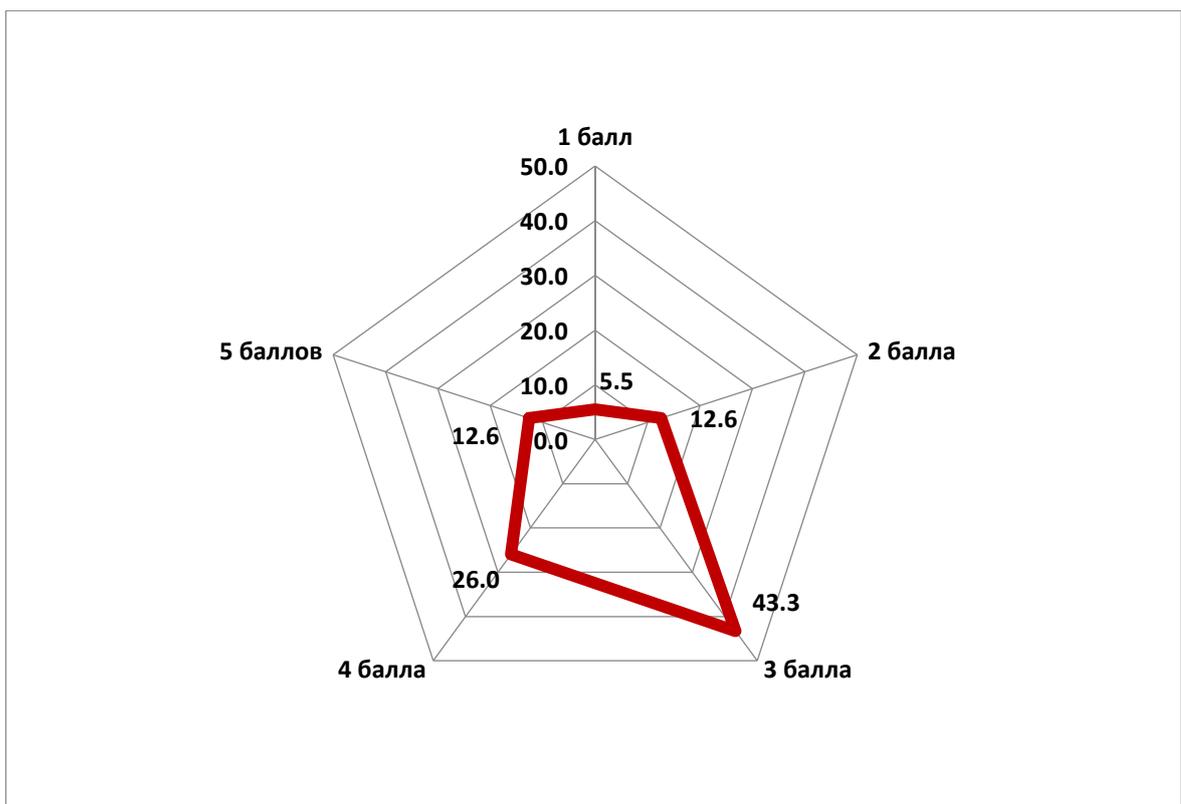


Рисунок 4.14. – Распределение врачей по балльной оценке преимущества между амбулаторным и стационарным звеном при оказании медицинской помощи женщинам с ранней репродуктивной потерей (в %)

Около половины (43,3%) врачей оценили его в 3 балла, одна треть

(32,6%) – в 2 балла, четверть (26%) – в 4 балла. Реже давалась оценка в 5 и 1 баллов – в 12,6% и 5,5% случаев соответственно. Средний балл составил – 3, 276.

При выяснении мнения опрошенных об информированности женщин по вопросу необходимости реабилитации после ранней репродуктивной потери было установлено, что большинство (52,8%) считает их недостаточно информированными, 23,6% - достаточно информированными и 12,8% - совсем неинформированными. Кроме этого, 11% респондентов затруднились с ответом (рис. 4.15).

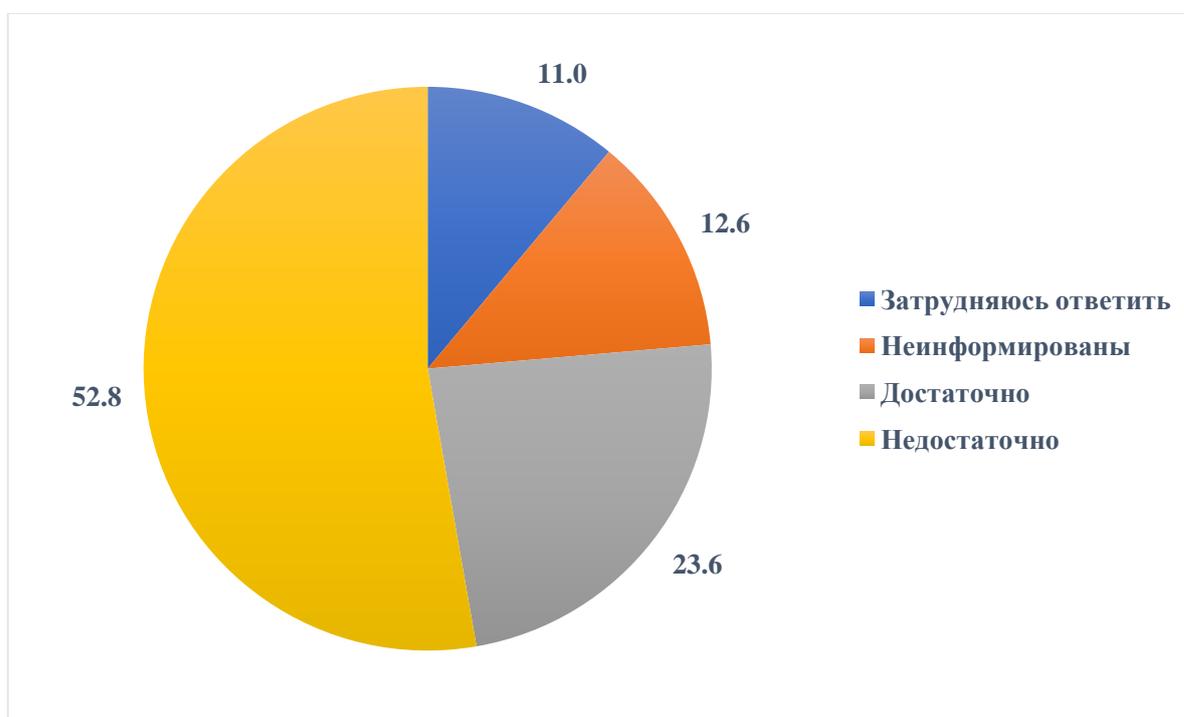


Рисунок 4.15. - Распределение врачей по мнению об информированности женщин о необходимости реабилитации при ранней репродуктивной потере (в %)

В процессе опроса проводилась оценка по 5-ти балльной шкале степени мотивации женщин на проведение реабилитации после ранней репродуктивной потери. Установлено, что примерно по одной трети оценили степень мотивации в 4 балла (30,6%), в 5 баллов (28,2%) и в 3 балла (27,4%). Реже давалась оценка в 2 и 1 баллов – в 12,1% и 1,7% случаев соответственно (рис. 4.16). Средний балл составил – 3, 718.

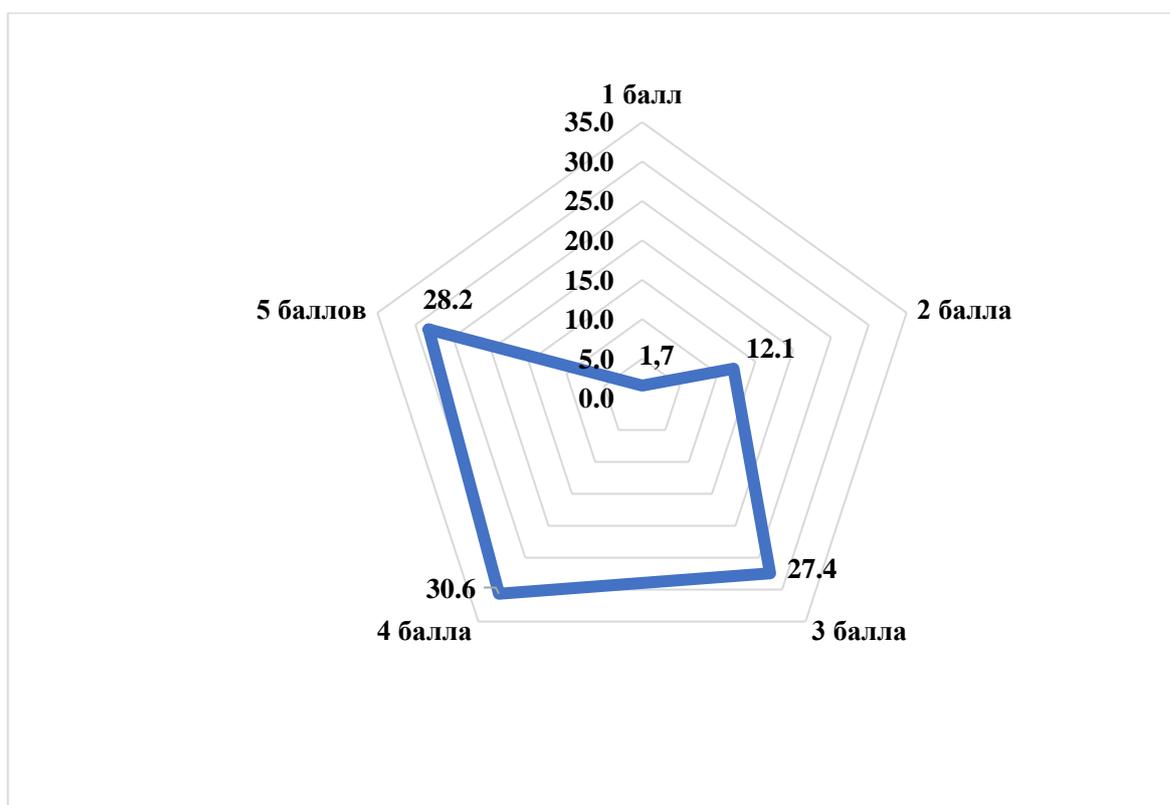


Рисунок 4.16. – Распределение врачей по балльной оценке мотивации женщин на проведение реабилитации после ранней репродуктивной потери (в %)

Распределение врачей по мнению о предотвратимости ранней репродуктивной потери у женщин представлено на рис. 4.17. По мнению 60,3% респондентов, ранние репродуктивные потери у женщин являются условно предотвратимыми. Одинаковая доля (по 14,3%) врачей считали данные нарушения полностью и совсем не предотвратимыми. Кроме этого, 11,1% респондентов затруднились с ответом.

В заключение приводим распределение пациенток по степени удовлетворенности медицинской помощью, оказанной врачами акушерами-гинекологами, представлено на рис. 4.18.

Подавляющее большинство женщин (95,7%) ответили положительно на данный вопрос (да – 67,2%; скорее да, чем нет – 28,5%). Следует отметить, что большинство респонденток (91,7%) были удовлетворены лечением, которое им проводилось в стационаре.

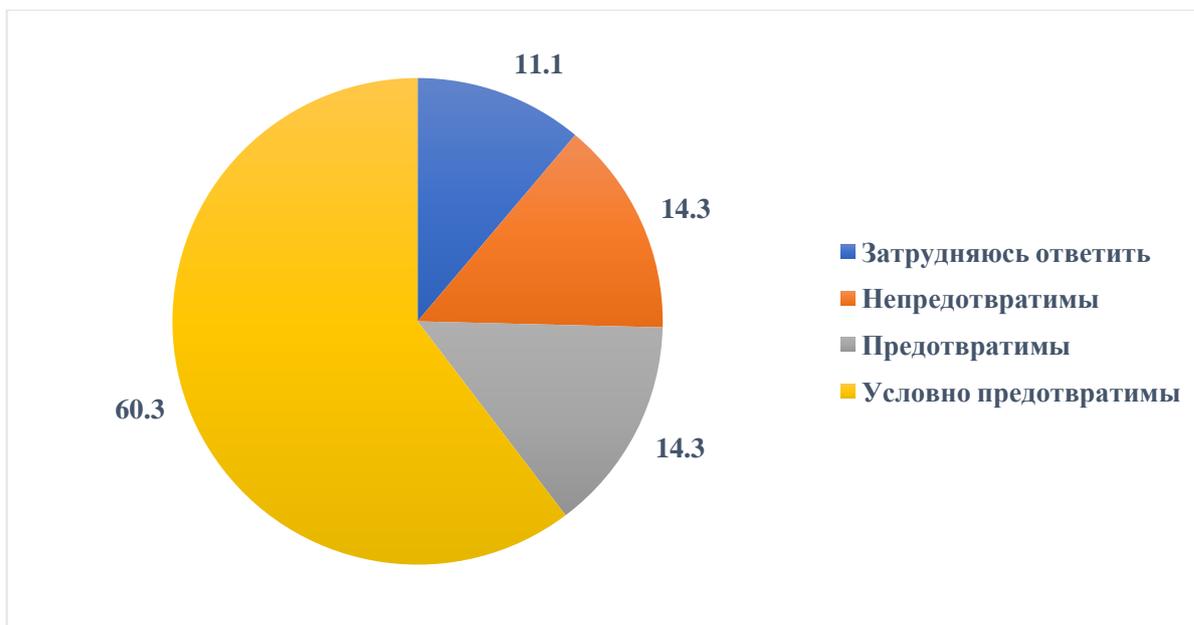


Рисунок 4.17. - Распределение врачей по мнению о предотвратимости ранней потери беременности (в %)

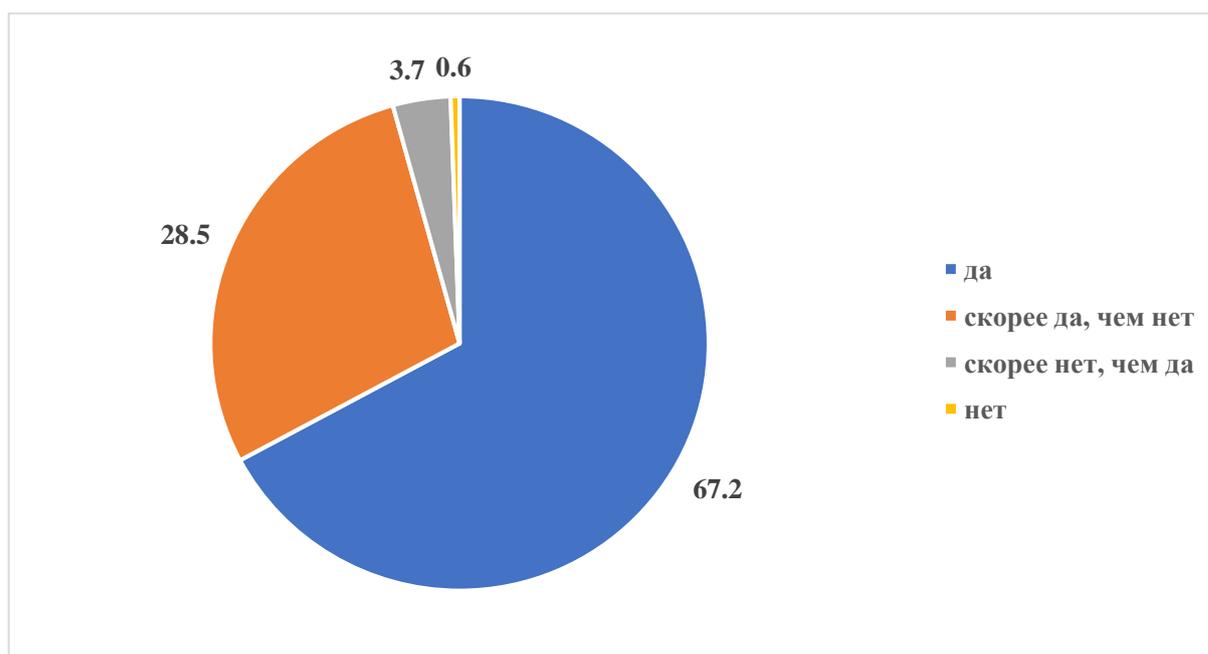


Рисунок 4.18. – Структура удовлетворенности женщин, оказываемой им акушерско-гинекологической помощью (в %)

На вопрос о причинах неудовлетворенности ответили только 13,8% женщин. При этом были названы условия пребывания в стационаре, недостаточное внимание со стороны персонала. Чувствовали участие со стороны персонала 75,2% пациентов. В среднем оценка комфорта пребывания в стационаре по 5-ти балльной шкале составила 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 (табл. 4.6).

Таблица 4.6. – Виды информации, в которой, по мнению женщин, они нуждаются (на 100 ответивших)

| Виды информации | На 100 ответивших |
|--|-------------------|
| Предупреждение нежелательной беременности | 17,3 |
| Виды контрацепции | 26,1 |
| Профилактика онкологических заболеваний | 18,5 |
| Гармония в интимных отношениях | 11,3 |
| Подготовка к следующей беременности | 39,6 |
| Возможность квалифицированной психологической помощи | 9,8 |
| Другое | 1,2 |

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%) (табл. 4.7).

Таблица 4.7. – 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 – 1,6%, 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 опрошенных женщин (19,6%) затруднились с ответом на данный вопрос.

Таким образом, большинство врачей придерживалось мнения, что ранние репродуктивные потери у женщин являются условно предотвратимыми и поэтому данная группа пациентов нуждается в дополнительном мониторинге состояния здоровья и соответствующей реабилитации. При этом они указывали на недостаточную информированность о необходимости реабилитации и низкую мотивацию к ней у пациенток с ранним прерыванием беременности.

Установлена взаимосвязь частоты различных исходов беременности в анамнезе у женщин, перенесших потерю беременности, от возраста, ряда медико-социальных и медико-биологических факторов (число и порядковый номер беременности, нарушения менструального цикла, уровень образования, характер трудовой деятельности, среднедушевые денежные доходы).

Большинство респонденток 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, а также эффективностью лечения.

Глава 5. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАННЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПОТЕРИ

5.1. Этапы реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей с применением системы мониторинга

Настоятельная потребность в разработке и внедрении многокомпонентного комплекса мер по восстановлению репродуктивного здоровья женщин с учетом особенностей течения послеабортного периода и применения адекватных лечебно-диагностических и психопрофилактических методов привела к разработке трехэтапной схемы реабилитации.

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 схема реабилитации, включающая в себя профилактику ранних осложнений, клинико-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).

1-й этап реабилитации проводится в 100% случаев, 2-й этап проходит порядка 60% женщин с ранней репродуктивной потерей, 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. Содержание первого этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери представлено на рисунке 5.1.



Рисунок 5.1. - Содержание первого этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

При госпитализации (в экстренном или плановом порядке) проводятся осмотр, сбор анамнеза, клинико-лабораторное обследование, установка клинического диагноза, удаление содержимого полости матки медикаментозным либо хирургическим способом, антибиотикопрофилактика, раннее начало реабилитации, направленное на профилактику хронического эндометрита.

1-й этап включает в себя раннее начало (через 3-4 часа) эфферентной терапии: диадинамические токи, транскраниальная электростимуляция, общая или местная магнитотерапия, внутривенная лазеротерапия в индивидуально подобранных режимах и комбинациях, антибактериальную, противовоспалительную, антианемическую терапия при наличии показаний.

На данном этапе пациентка проходит первичное психологическое консультирование, определяется ее психоэмоциональный статус.

План обследования женщин представлен на рисунке 5.2.



Рисунок 5.2. - Схема обследования женщин в приемном отделении

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 и др., либо женщина может обратиться самостоятельно в приемное отделение медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

Физикальное обследование женщин включает: общий визуальный осмотр, измерение температуры тела, артериального давления периферических вен, частоты сердечных сокращений и дыхательных движений, роста и массы тела, определение предельно допустимой кровопотери (клинические рекомендации Минздрава России «Выкидыш (самопроизвольный аборт)», 2021 год). При гинекологическом обследовании

проводится осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование

Клинико-лабораторное обследование подразумевает: ультразвуковое исследование органов малого таза, определение уровня ХГЧ в сыворотке крови, электрокардиография, анализ крови развернутый, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, определение группы крови и резус-фактора, определение антител к бледной трепонеме в крови (RW), ВИЧ, гепатитам В и С, микроскопия влагалищных мазков. (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. № 590н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности").

План лечения формируется с учетом медицинских показаний и противопоказаний в каждой конкретной клинической ситуации и включает:

1. Удаление содержимого полости матки:
 - 1.1. Вариант 1: хирургическое удаление содержимого полости матки (остатки хориальной ткани, погибшее плодное яйцо). Необходимые условия: наличие ИДС пациентки на данный вид вмешательства, антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия, адекватное обезболивание, соблюдение требований асептики и антисептики для хирургического профиля, достаточная квалификация врача акушера-гинеколога для проведения данного вида вмешательства, соблюдение техники проведения вмешательства.
 - 1.2. Вариант 2: медикаментозное опорожнение полости матки. Необходимые условия: наличие ИДС пациентки на данный вид вмешательства, достаточная квалификация врача акушера-гинеколога для проведения данного вида вмешательства, соблюдение технологии проведения вмешательства.
2. Начало реабилитационных мероприятий:
 - 2.1. Антибиотикотерапия;

- 2.2. Восстановление водно-электролитного баланса, факторов плазмы и крови при величине кровопотери, превышающей предельно допустимую;
- 2.3. Физические методы лечения через 2-4 часа после хирургического аборта, не позднее 24 часов после медикаментозного опорожнения полости матки. Применяются преформированные (искусственно созданные) физические факторы, обладающие противовоспалительным и обезболивающим эффектом, а также нормализующие процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга (И.А. Аполихина и соавт., 2015);
- 2.4. Психологическое консультирование: определение психосоциального статуса женщины в так называемый «острый период», стабилизация психоэмоционального состояния.

Данные о пациентке вносятся в систему мониторинга: ФИО, дата рождения, семейное положение, социальное положение, количество детей, количество прерываний беременности, наличие тяжелых хронических заболеваний, гинекологические заболевания, основной клинический диагноз, даты госпитализации, дата и способ опорожнения полости матки, проведенное лечение, особенности течения в послеоперационном периоде (температура, количество и длительность кровянистых выделений, оценка психоэмоционального состояния на основе консультации психолога), на какой день выписана, проведенная терапия.

В смартфоне пациентки можно установить приложение, сопряженное с программой мониторинга, в котором она может фиксировать характеристики своего состояния: боли, характер выделений (обильные, умеренные, кровянистые, слизистые, жидкие, густые, с запахом или без, общее самочувствие (хорошее, удовлетворительное, слабость, выраженная слабость, температура тела).

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.

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. Второй 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. Данная патология может быть диагностирована при проведении гистологического исследования на первом этапе, также каждый случай неразвивающейся беременности ассоциирован с хроническим эндометритом. Необходимо учитывать и наличие иных показаний для госпитализации. В круглосуточный стационар целесообразно госпитализировать пациенток из отдаленных районов, где нет возможности проведения полноценного проведения второго этапа реабилитации.

При проведении второго этапа независимо от условий оказания медицинской помощи осмотр, сбор анамнеза не требуется в целом, т.к.

имеются данные в системе мониторинга, что сократит временные затраты врача, клинико-лабораторное обследование – общеклинический анализ крови и мочи, мазок на микрофлору, бактериологический посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ органов малого таза, коагулограмма в случае подозрения на наличие коагулопатий. На данном этапе проводится оценка состояния эндометрия и яичников на основании УЗИ, оценка состояния вагинальной микрофлоры. При наличии показаний – антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, санация влагалища и восстановление вагинальной микрофлоры. 2 этап реабилитации включает в себя следующую эфферентную терапию: синусоидальные моделированные токи, абдоминальная декомпрессия, ультразвуковая или интерференцтерапия. Проводится повторная консультация психолога. Желательно проводить ее совместно с мужем. На данном этапе анализируется прошедший период, определяются ключевые проблемы, «болевые точки», при необходимости назначается консультация психотерапевта.

Содержание второго этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери представлено на рисунке 5.3.



Рисунок 5.3. - Содержание второго этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

1. Оценка состояния репродуктивной системы.

- 1.1. Сбор жалоб и анамнеза, определение состояния менструальной и сексуальной функций.
- 1.2. Общий и гинекологический осмотр.
- 1.3. Общее клинико-лабораторное обследование.
- 1.4. УЗИ органов малого таза – оценка состояния яичников, матки и эндометрия, исследование влагалищной микрофлоры, кольпоскопия.
2. Диагностика этиопатогенетических факторов.
 - 2.1. Инфекционный фактор: посев на микоплазмы, уреоплазмы, ПЦР на хламидии, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, бакпосев на микрофлору влагалища и чувствительность к антибиотикам.
 - 2.2. При наличии тромбофилического анамнеза: уровень гомоцистеина, диагностика антифосфолипидного синдрома и генетических мутаций (генотип Лейдена, мутации гена протромбина F2, мутации гена ингибитора активатора плазминогена PAI-1), протромбиновый комплекс (МНО+протромбин).
 - 2.3. При наличии показаний – консультация генетика.
 - 2.4. Гормональное исследование.
3. Физиотерапевтическое лечение: синусоидальные моделированные токи, абдоминальная декомпрессия, ультразвуковая или интерференцтерапия, внутривенное введение озонированных растворов. Физиолечение направлено на максимальное структурно-функциональное восстановление эндометрия.
4. Повторное психологическое консультирование:
 - 4.1. Желательно парное консультирование (совместно с партнером).
 - 4.2. Анализ психосоциального статуса за прошедший период, определение и работа с ключевыми проблемами, определение показаний для консультации психотерапевта.
 - 4.3. Определение необходимости организации медико-социальной поддержки.

5. Формирование плана лечения по результатам проведенного обследования:

5.1 Лечение ИППП, неспецифических воспалительных заболеваний.

5.2. Лечение заболеваний матки и придатков.

5.3. Коррекция тромбофилических и аутоиммунных нарушений.

5.4. Лечение гормональных нарушений.

5.5. Лечение сопутствующих заболеваний.

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. При этом осмотр, сбор анамнеза не требуются в целом, т.к. имеются данные в системе мониторинга, что сократит временные затраты врача, клинико-лабораторное обследование – общеклинический анализ крови и мочи, мазок на микрофлору, УЗИ органов малого таза, по показаниям - пайпель-биопсия эндометрия, коагулограмма в случае подозрения на наличие коагулопатий. 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 5.4 и включает:

1. Оценку состояния репродуктивной системы.
 - 1.1. Сбор жалоб и анамнеза, определение состояния менструальной и сексуальной функций.
 - 1.2. Общий и гинекологический осмотр.
 - 1.3. Общее клинико-лабораторное обследование.
 - 1.4. УЗИ органов малого таза – оценка состояния яичников, матки и эндометрия, исследование влагалищной микрофлоры.
 - 1.5. Пайпель-биопсия и гистологическое исследование эндометрия - оценка его функционального состояния.
2. Контроль эффективности коррекции этиопатогенетических факторов:
 - 2.1. Инфекционный статус.
 - 2.2. Гормональный статус.
 - 2.3. Уровень коррекции тромбофилий и аутоиммунных процессов.

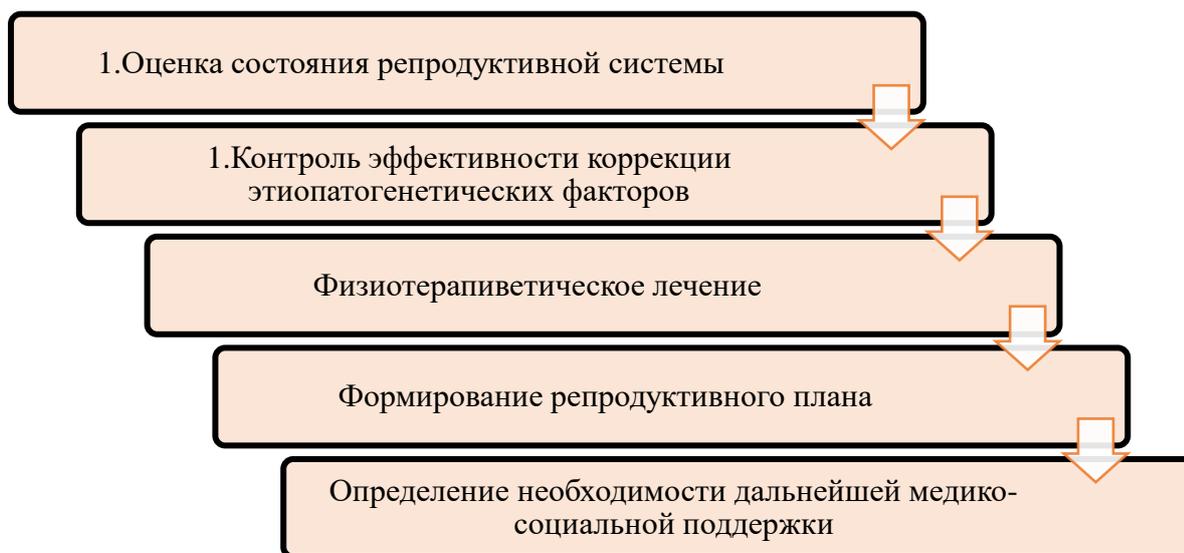


Рисунок 5.4. - Содержание третьего этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

3. Физиотерапия: дальнейшее восстановление морфофункционального потенциала эндометрия (коррекция метаболических нарушений и последствий ишемии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата).
Используемые методы: лазеротерапия, гирудотерапия, грязелечение.
4. Формирование репродуктивного плана:

4.1. Назначение прегравидарной подготовки – витаминно-минеральные комплексы, изолированное назначение препаратов йода и фолиевой кислоты, железа и т.п.

4.2. Индивидуальный подбор метода контрацепции, рекомендации по дальнейшему наблюдению в амбулаторных условиях.

5. Определение необходимости дальнейшей медико-социальной поддержки.

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: даты госпитализации, даты проведения этапов реабилитации, 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. Необходимо отметить, что работа с женщиной в условиях стационара (это может быть дневной стационар)

позволяет уделить ей максимальное количество времени, в амбулаторных условиях женских консультаций это сделать довольно сложно с учетом времени, выделенного на одного пациента.

Персонализированный подход (возможно создание приложения для смартфона на базе системы мониторинга, благодаря которому пациентка будет понимать свой репродуктивный статус, даты госпитализации и т.п.) позволяет дополнительно мотивировать пациенток на прохождение реабилитационного лечения, направленного как на профилактику хронического эндометрита, так и на восстановление здоровья в целом. Концентрация данного вида помощи на базе одного учреждения с гарантированным качеством оказания услуги позволяет снизить нагрузку на амбулаторное звено – пациентка возвращается под наблюдение в женскую консультацию с проведенным курсом восстановления репродуктивного здоровья и четко сформулированным репродуктивным планом.

С другой стороны, для региона в целом наличие реестра таких женщин позволяет понимать состояние репродуктивного потенциала на территории области и разрабатывать концепцию демографического развития.

Мониторинг позволяет оценить следующие данные:

1. Качество оказанной медицинской услуги: способ опорожнения 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, проживающих в сельской местности. После выписки из стационара ГБУ РО «ГКБ №8» информация о пациентке из Системы мониторинга передается врачу акушер-гинекологу межрайонного медицинского центра. Врач акушер-гинеколог межрайонного медицинского центра 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».

В случае проживания пациентки в удаленных сельских районах врач акушер-гинеколог межрайонного медицинского центра направляет акушерке

ФАПа информацию о данной женщине для проведения активного патронажа и направления пациентки на реабилитацию в заранее установленные сроки.

5.2. Опыт работы Центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности

В соответствии с требованиями Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в медицинских организациях на территории Российской Федерации были организованы Центры медико-социальной поддержки беременных женщин, отказавшихся в трудной жизненной ситуации. В 2014 году в Российской Федерации функционировало 385 таких центров, куда за 2014 год обратилось 150,5 тыс. женщин.

Государственный уровень решения проблемы искусственного прерывания беременности определен ст. 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где определены сроки, условия и ответственность при проведении данной процедуры. В 2012 году Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2012 года № 572н утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», которым определен Порядок оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности, а также Правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, отказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Приказом Минздрава России № 1130н от 20.10.2020 года утвержден новый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», один из разделов которого также посвящен проблеме

искусственного прерывания беременности. Данным приказом была утверждена новая форма карты пациента при искусственном прерывании беременности медикаментозным способом и форма карты пациента при искусственном прерывании беременности хирургическим способом.

В 2007 году с целью снижения числа аборт в Рязанской области на базе МУЗ «Городская клиническая больница №8» в сотрудничестве с некоммерческими общественными организациями с целью проведения доабортного консультирования организован кабинет медико-социальной помощи женщинам. С 2011 года кабинет включен в структуру данной медицинской организации, сформирован штат медицинских психологов (О.В. Василевская и соавт., 2018).

В 2011 году по инициативе сотрудников ГБУ РО «ГКБ №8» и женщин-пациенток больницы был организован благотворительный фонд «Мы вместе», основной сферой деятельности которого является здоровое материнство, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин, привлечение внимания широкого круга общественности к проблеме аборта. Фонд реализует благотворительные программы, направленные на поддержку женщин и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, оказывает многоплановую помощь – материальную, юридическую, социальную. В настоящий момент сотрудники фонда и волонтеры совместно с Региональным центром медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности осуществляют активную противоабортную, гуманитарную, просветительскую и общественную деятельность.

В 2014 году в Рязанской области была организована сеть кабинетов медико-психологической помощи женщинам в женских консультациях города и области, организован Региональный центр медико-психологической помощи женщинам, оказавшимся в ситуации репродуктивного выбора, таким образом сформирована двухуровневая система оказания им медико-социальной поддержки (О.В. Василевская и соавт., 2016).

1-й уровень представлен 12 кабинетами медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности на базе медицинских организаций г. Рязани и Рязанской области, оказывающих первичную медико-санитарную, первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь. Задачей первичных кабинетов является осуществление доабортного консультирования женщин, психологическая поддержка женщин, сохранивших беременность; проведение работы по сохранению психологического здоровья беременных женщин, снижению страхов и тревожности, оказание психологической помощи женщинам, потерявшим беременность; консультирование женщин по вопросам контрацепции; индивидуальный подбор и рекомендации по реабилитации пациенток после аборта; ведение статистической отчетности и предоставление данных по установленной форме в определенные сроки, а также оказание медико-социальной, юридической и психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности.

2-м уровнем является Региональный центр медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности на базе ГБУ РО «ГКБ №8», выполняющий следующие задачи: координация и методическое сопровождение работы Первичных Центров (Кабинетов) медико-психологической помощи женщинам, функционирующих в учреждениях здравоохранения Рязанской области; внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений области современных методов психопрофилактики и психологического консультирования; организация обучения сотрудников Первичных кабинетов на курсах повышения квалификации, участие в научно-практических конференциях, в обучающих циклах, семинарах, тренингах по консультированию пациенток; сбор и обобщение статистических данных, проведение аналитической работы; осуществление контроля качества помощи предоставляемой Первичными Центрами (Кабинетами);

предоставление отчетов и иной необходимой информации Министерству здравоохранения Рязанской области, в другие органы государственной власти.

На рисунке 5.5 представлена схема взаимодействия Регионального центра с первичными кабинетами и Министерством здравоохранения Рязанской области.

В рамках методической работы специалистами Регионального центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности была разработана и унифицирована технология работы Первичных центров (кабинетов) медико-социальной помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности, в которой отражены технологические операции по работе с пациенткой, их цели и мероприятия по достижению этих целей.



Рисунок 5.5. - Схема взаимодействия Регионального центра с первичными кабинетами и Министерством здравоохранения Рязанской области

Предусмотрена не только работа с женщиной, но и с ее родственниками, в частности, предложено привлечение к принятию решения о судьбе беременности потенциального отца ребенка. Согласно технологии – не только

женщина подписывает информированное согласие на искусственное прерывание беременности, но и её партнер. Таким образом проводится двухэтапное доабортное консультирование, что значительно повышает его эффективность.

Являясь структурным подразделением ГБУ РО «ГКБ №8», Региональный центр медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности оказывает психологическую помощь пациенткам с репродуктивными потерями, включая психологическое консультирование, диагностику «постабортного синдрома», направление на психотерапевтическое лечение, а также организует обучающие мероприятия для врачей акушеров-гинекологов и медицинских психологов по вопросам работы с женщинами с репродуктивными потерями.

За время работы с 2014 по 2021 год в Первичные центры (кабинеты) медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности Рязанской области обратилось 14391 женщина, 1326 изменили решение и сохранили беременность, в результате чего родился 341 ребенок.

Все женщины, обращающиеся в медицинские организации с желанием прервать беременность, направляются в Первичный кабинет (центр) медико-психологической помощи для проведения доабортного консультирования и организации медико-социальной помощи. Максимальное число женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности в Первичные центры (кабинеты) составило 2025 в 2015 году, затем их число постоянно уменьшалось и в 2021 составило 805 человек. При этом ежегодно возрастает эффективность доабортного консультирования, в 2020 году этот показатель составил 17,4% , что на 7,1 % больше по сравнению с 2014 годом.

Результатом проводимой работы по профилактике аборт в регионе стало ощутимое снижение числа медицинских аборт. За период 2014-2021 годы отмечено снижение общего числа прерываний беременности на 51 %, при этом общее число прерываний беременности в сроки до 12 недель

снизилось на 55%, из них количество медицинских аборт уменьшилось на 72%.

На рисунке 5.6 отражена динамика снижения числа прерываний беременности в Рязанской области в 2014-2021 годах: темпы снижения общего числа прерываний беременности достаточно высокие, наиболее интенсивная динамика наблюдается в снижении показателей количества медицинских аборт до 12 недель. Имеет место мнение, что зачастую статистическое снижение числа медицинских аборт связано с повышением числа самопроизвольных аборт, однако по рисунку на диаграмме видны практически одинаковые темпы снижения обоих показателей.

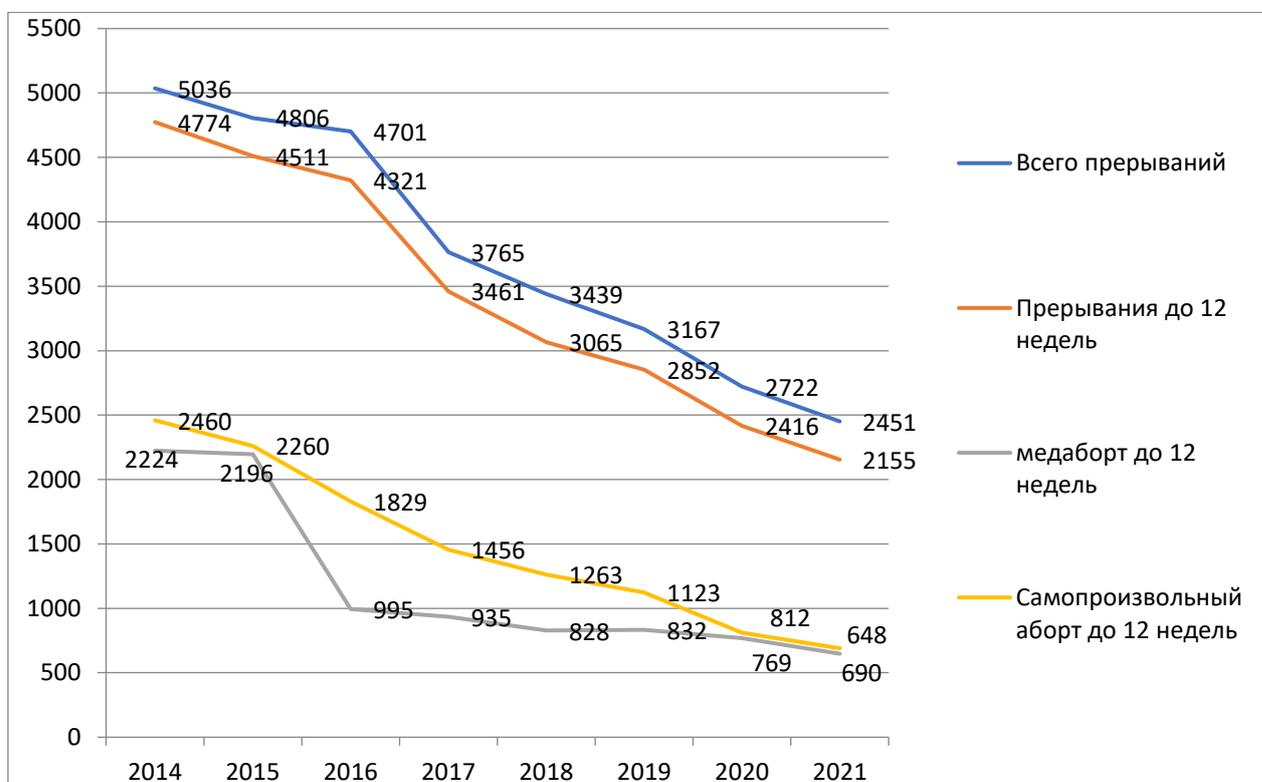


Рисунок 5.6. - Динамика прерываний беременности в Рязанской области 2014-2021 гг.

Для определения тактики профилактической работы необходимо понимание основных причин отказов женщин от деторождения, определение ведущих факторов при обращении пациенток по поводу искусственного прерывания беременности. С целью формирования задач и принятия организационных решений специалистами Регионального центра медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и

кризисной беременности Рязанской области в министерство здравоохранения Рязанской области ежегодно предоставляется годовой отчет и подробный анализ показателей по результатам работы на основании сведений, предоставленных Первичными кабинетами (центрами).

Среди женщин, состоящих на учете по беременности, большую часть (35,5%) составляют лица со второй беременностью, практически столько же (35,1%) состоят на учете с первой беременностью, наименьшее число имеют третью и более беременность – 29,4%. При этом необходимо отметить, что в 2021 году наблюдаются практически равные доли женщин с различным паритетом, среди состоящих на учете по беременности (рис. 5.7).

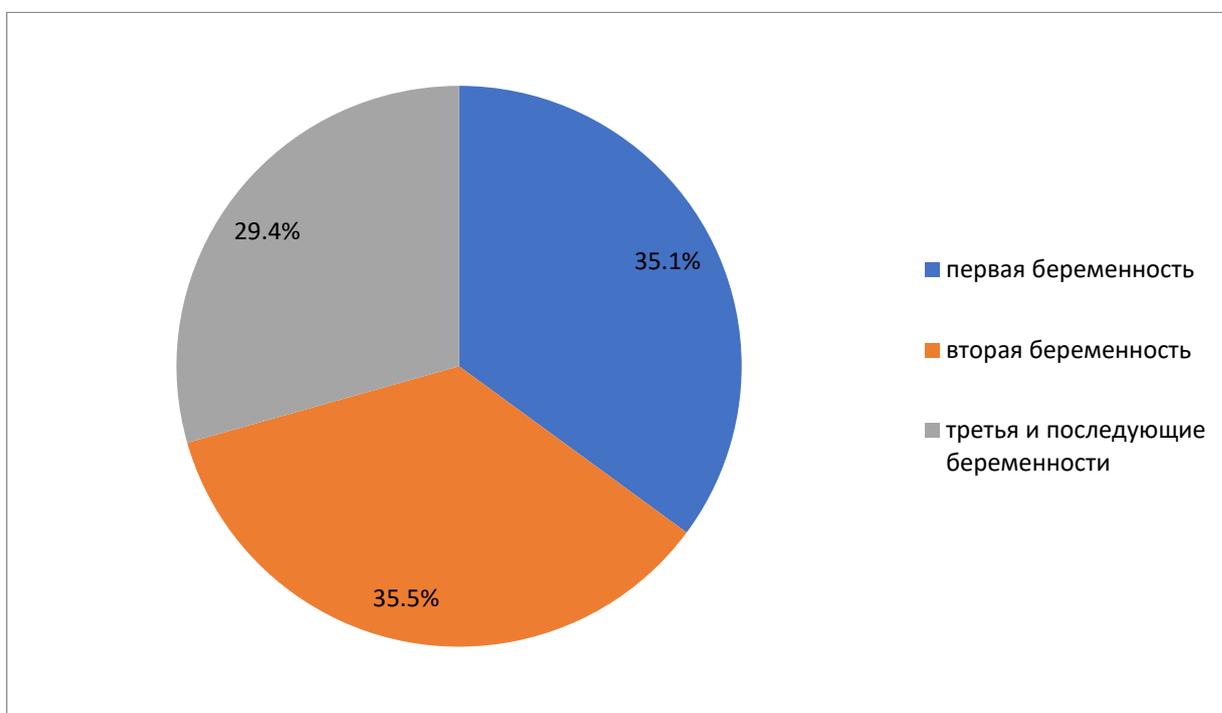


Рисунок 5.7. - Распределение женщин, состоящих на учете по беременности, по порядковому номеру беременности (в %)

Иная ситуация отмечается у женщин, обратившихся по поводу искусственного прерывания беременности. Распределение женщин, обратившихся по поводу искусственного прерывания беременности по ее порядковому номеру, представлено на рисунке 5.8.

Наиболее часто на аборт обращаются женщины, имеющие три и более беременности в анамнезе, наименее – первобеременные. Эффективность

консультирования у первобеременных женщин составляет 27,3%, у женщин со второй беременностью 20,4%, у женщин с третьей и последующей беременностью 12,5%.

В 2021 году из 805 женщин, обратившихся по поводу искусственного прерывания беременности, сделали аборт 687, что составило 85,3%. Из них большую часть (79,5%) составили женщины с третьей и последующей беременностью, 15,9% - женщины повторнобеременные, и только 4,3% первобеременные.

Среди причин, влияющих на принятие решения об аборте, наиболее частой женщины указывают экономические трудности – 68,5%, в 9% случаев имеют место социальные причины, 8,8% женщин называют психологические причины. Особо значимыми экономическими проблемами у большинства женщин являются финансовая неустойчивость семьи и недостаточная площадь жилья.

Из 805 женщин, обратившихся с желанием прервать беременность, изменили свое решение и встали на учет по беременности 118. При этом после первой консультации отказались от аборта 79 женщин, что составило 9,8% эффективности консультирования, после повторной консультации изменили решение еще 39 женщин и эффективность консультирования составила уже 14,7%. Таким образом, доабортное консультирование, проводимое в два этапа, позволяет повысить его эффективность.

5.3. Сильные и слабые стороны, возможности и угрозы при реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

Для получения более полной информации об анализируемых объектах исследования был использован метод SWOT-анализа (Strength – сила, Weakness – слабость, Opportunities – возможности, Threats – угрозы) [Симкин Л., Дибб С., 2002], 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.

Указанный метод дал 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, а это в свою очередь позволило сформулировать направления ее развития. Анализ официальных данных, результатов анкетирования врачей и женщин, нормативных правовых документов с целью поиска факторов по основным интересующим категориям (сильные стороны, слабые стороны, возможности, угрозы) дал возможность обосновать каждый из этих факторов.

Проведение SWOT-анализа было разбито на несколько последовательных этапов. На первом этапе выполнен анализ внешней и внутренней среды, на втором этапе создана матрица SWOT-анализа с указанием выявленных факторов каждой искомой категории. На третьем этапе были сопоставлены и определены устойчивые связи пар факторов между собой, что позволило найти ответы на следующие вопросы:

- Позволяет ли исследуемая сильная сторона воспользоваться исследуемой возможностью?
- Мешает ли исследуемая слабая сторона воспользоваться исследуемой возможностью?
- Позволяет ли исследуемая сильная сторона сгладить наносимый ущерб от исследуемой угрозы?
- Мешает ли исследуемая слабая сторона бороться с исследуемой угрозой?

Результат первого и второго этапов работы с выявленными сильными и слабыми сторонами, возможностями и угрозами представлены в виде матрицы SWOT-анализа (табл. 5.1).

Таблица 5.1. - Матрица SWOT-анализа

| Сильные стороны (Strengths, S) | Слабые стороны (Weaknesses, W) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - достаточная обеспеченность гинекологическими койками и койками патологии беременности; - достаточная обеспеченность врачами акушерами-гинекологами; - значительная часть врачей акушеров-гинекологов имеет общий стаж и стаж по специальности более 10 лет; - высокая квалификация врачей акушеров-гинекологов; - охват беременных пренатальным скринингом соответствует российским показателям. | <ul style="list-style-type: none"> - ранние репродуктивные потери у женщин врачами считаются условно предотвратимыми; - недостаточная преемственность между амбулаторным и стационарным звеном при оказании медицинской помощи женщинам с ранней репродуктивной потерей; - недостаточная информированность женщин по вопросу необходимости реабилитации после ранней репродуктивной потери; - отсутствие мотивации у большинства женщин к реабилитации после потери беременности на ранних сроках; - неудовлетворенность части женщин, оказываемой им специализированной медицинской помощью (условиями пребывания в медицинских организациях, отношением медицинского персонала и его квалификацией, доступностью информации о диагнозе, прогнозе и лечении, доступностью и качеством диагностики, а также эффективностью лечения). |
| Возможности (Opportunities, O) | Угрозы (Threats, T) |
| <ul style="list-style-type: none"> - большинство врачей акушеров-гинекологов считают, что женщины с ранней репродуктивной потерей нуждаются в дополнительном мониторинге состояния здоровья и реабилитации; - значительная часть пациентов были удовлетворены лечением, которое им проводилось в стационаре; - большинство женщин были удовлетворены акушерско-гинекологической помощью в целом. | <ul style="list-style-type: none"> - неблагоприятные тенденции демографической ситуации в области - постоянное снижение численности женского населения репродуктивного возраста; - рост заболеваемости беременных и высокий уровень самопроизвольных аборт; - влияние на частоту ранних репродуктивных потерь ряда медико-социальных и социально-экономических факторов: заболеваемость беременных женщин, доля беременных, поступивших под наблюдение консультации, и осмотренных терапевтом, обеспеченность врачами (всего) и уровень их квалификации, уровень безработицы и бедности; - взаимосвязь частоты различных исходов беременности от возраста женщин, различных медико-социальных и экономических факторов (число и порядковый номер беременности, нарушение менструального цикла, уровень образования, трудовая деятельность, среднедушевые денежные доходы). |

SWOT-анализ позволил обосновать организационные подходы к совершенствованию реабилитационной помощи женщинам, перенесшим раннюю репродуктивную потерю.

Была проведена экспертная оценка эффективности предложений по комплексной реабилитации женщин с репродуктивными потерями. В качестве экспертов выступили заведующие отделениями женских консультаций, гинекологических отделений стационаров, отделений поликлиник г. Рязани, в составе которых имеются кабинеты акушеров-гинекологов.

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.

Таким образом, внедрение предложенной 3-х этапной схемы реабилитации позволяет оказать в полном объеме специализированную медицинскую помощь по восстановлению репродуктивного здоровья и психоэмоциональной сферы женщинам с ранней репродуктивной потерей, сформировать ее дальнейшие репродуктивные планы, снизив при этом нагрузку на женские консультации. 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным официальной статистики, в 2020 г. в Российской Федерации зарегистрировано 86,4 тыс. самопроизвольных аборт, что составило 19,3% от общего числа аборт или 2,5 на 1000 женщин репродуктивного возраста. Абсолютное число самопроизвольных аборт уменьшилось в 2 раза по сравнению с 2005 годом (168,1 тыс. случаев). Однако доля самопроизвольных аборт среди всех аборт за указанный период увеличилась с 11,2% до 19,3% соответственно (Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов и др., 2021).

Частота прерывания беременности по различным причинам на сроках до 22 недель в Рязанской области, ЦФО и РФ в целом за период 2017-2021 гг. имела статистически значимую тенденцию к снижению. В 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% за анализируемый период) 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 Рязанской области зарегистрировано существенное снижение (на 34,9%) случаев прерывания беременности, которое произошло от всех причин, но в основном за счет прерываний в сроке до 12 недель (на 37,7%). При этом число прерываний беременности в сроки 12-21 неделя снизилось всего лишь на 2,6%.

Обращает на себя внимание рост числа неразвивающихся беременностей (другие аномальные продукты зачатия) в этих сроках (на 35,3%) на фоне снижения самопроизвольных аборт (-24,6) и аборт по медицинским показаниям(-28,9), что и уравнивает общий показатель. В

связи с этим следует подчеркнуть, что повышение качества и доступности диспансерного наблюдения беременных в исследуемый период, расширение пренатальной диагностики и ультразвуковых исследований обуславливает своевременное выявление пороков развития и внутриутробной гибели плода.

Положительная динамика в частоте прерывания беременности при сроке до 12 недель произошла за счет сокращения на 52,6% числа медицинских аборт (легальных), а затем и самопроизвольных абортов (на 30,7%). В результате этого к 2021 г. доля медицинских абортов существенно сократилась (с 42,1% до 32,0%), а самопроизвольных абортов несколько увеличилась (с 27,0% до 30,1%).

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.

Следует отметить, что подавляющее большинство респонденток (91,7%) с ранней репродуктивной потерей в анамнезе 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% пациентов. В среднем оценка комфорта пребывания в стационаре по 5-ти балльной шкале составила только 2,9 балла.

Согласно полученным данным, 60,7 на 100 ответивших нуждались в поддержке мужа, 22,3 – друзей и 29,5 – медицинских работников. Консультация психолога назначалась 39,6% женщинам, при этом одна треть из них от нее отказались.

При анализе частоты исходов беременности в зависимости от различных медико-социальных и медико-биологических факторов было установлено статистически значимое различие распространенности самопроизвольных абортов у опрошенных пациентов 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 аборты 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, $p > 0,05$).

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.

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%).

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.

Число женщин с потерями беременности в Рязанской области достигает 2000 в год, их них почти 70 % получают медицинскую помощь в ГБУ РО «ГКБ №8». С целью выработки общих подходов к реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями в условиях наличия квалифицированных кадров, оборудования, лекарственного обеспечения на основании имеющихся нормативов был разработан алгоритм реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями.

Необходимость решения задач по проведению реабилитационных мероприятий после ранней репродуктивной потери, в том числе с применением преформированных и физических факторов, важность преконцепциальной подготовки, оценки состояния здоровья женщин с точки зрения психоэмоционального статуса описаны во многих научных работах в различных областях медицины. Однако при этом, как правило, подразумевается ранняя реабилитация сразу же после свершившейся потери и

планируемое проведение тех или иных лечебно-диагностических мероприятий.

С другой стороны, действующими в настоящее время по данной теме клиническими рекомендациями 2021 года «Выкидыш (самопроизвольный аборт)» ни проведение медицинской реабилитации, ни диспансерное наблюдение данной группы пациенток не предусмотрено. При этом, если говорить об искусственном прерывании беременности, то предоставление рекомендаций по возможной реабилитации после аборта описано п. 105 ст. IX «Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности» Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н.

ВОЗ также предлагает 3 этапа реабилитации после ранней репродуктивной потери, в частности хирургического аборта: стационарный, выздоровление и поддерживающий. С учетом сходных лечебно-диагностических мероприятий при искусственном и самопроизвольном аборте, а также наличие уже существующего патологического состояния репродуктивной системы и психоэмоциональные нарушения, концепция восстановительного лечения применима не только конкретно к хирургическому аборту, но и в отношении всех репродуктивных потерь.

Необходимость внедрения систематизированного поэтапного комплекса мер по восстановлению репродуктивного здоровья с учетом временных особенностей течения послеабортного периода и применением адекватных лечебно-диагностических и психопрофилактических методов привела к разработке трехэтапной схемы реабилитации.

1 этап начинается непосредственно сразу после установки диагноза. Он включает:

а) своевременное проведение антибиотикопрофилактики, эвакуация содержимого полости матки (качественное проведение хирургического вмешательства с полным удалением всех элементов плодного яйца, но при

этом избегая излишнего повреждения внутреннего слоя матки, либо применение медикаментозного способа с соблюдением рекомендованных лекарственных схем);

б) начало через 3-4 часа эфферентной терапии: диадинамические токи, транскраниальная электростимуляция, общая или местная магнитотерапия, внутривенная лазеротерапия в индивидуально подобранных режимах и комбинациях; физиовоздействие на данном этапе направлено на повышение сократительной активности матки, улучшение опорожнения полости матки, профилактику задержки в полости остатков плодного яйца и крови, и как следствие формирования эндометрита. Выбор методик обусловлен необходимостью решения следующих задач: ускорение процессов репарации и регенерации, физиологическое течение раневого процесса без активации фибробластической активности с исходом в рубец и атрофию, нормализация гормонального фона, стабилизация психоэмоционального состояния;

в) психологическое консультирование, определение психоэмоционального статуса женщины в так называемый «острый период».

Сроки проведения **2-й этапа** реабилитации - через 1 месяц после потери беременности, начиная с 5-6 дня после начала очередной менструации. Целью на данном этапе является проведение ряда диагностических исследований по выявлению возможных факторов невынашивания: определение инфекционного статуса с выявлением вирусных агентов, оценкой специфической и неспецифической вагинальной флоры, исследование показателей гемостаза в случае подозрения на наличие коагулопатий и формирование дальнейшего плана обследования в этом направлении. Также на 5-6 день цикла проводится УЗ-оценка состояния яичников и матки, в частности эндометрия.

При наличии показаний – антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, санация влагалища и восстановление вагинальной микрофлоры. 2-й этап реабилитации включает в себя следующую эфферентную терапию: синусоидальные моделированные токи,

абдоминальная декомпрессия, ультразвуковая или интерференцтерапия, внутривенное введение озонированных растворов. Физиолечение направлено на максимальное структурно-функциональное восстановление эндометрия за счет дефибрирующего, трофикостимулирующего, вазопротективного, противовоспалительного и гормонкорректирующих эффектов ряда физических факторов.

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

3 этап - 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. 3-й этап реабилитации включает в себя следующую эфферентную терапию: лазеротерапия, гирудотерапия, грязелечение.

Данный период реабилитации направлен на дальнейшее восстановление морфофункционального потенциала эндометрия (коррекция метаболических нарушений и последствий ишемии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата) — крайне важный и достаточно продолжительный этап реабилитации после потери беременности. Этап является заключительным: при этом проведена профилактика хронического эндометрита, 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.

Таким образом, к основным принципам реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери относятся:

1. Раннее начало реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление структурно-функционального состояния эндометрия.
2. Профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза, в частности эндометрита.
3. Выявление и коррекция основных причин невынашивания.
4. Формирование дальнейшего репродуктивного плана.

В течение последнего десятилетия в Рязанской области, как и в Российской Федерации в целом, ведется активная работа по профилактике искусственного прерывания беременности. Помимо мер социальной поддержки важную роль играет организация медико-психологической помощи беременным женщинам, оказавшимся в ситуации репродуктивного выбора.

Центр медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности создан с целью формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья женщин, их медико-психологическую, социальную защиту, поддержку, профилактику, снижение количества абортов и возможных осложнений.

Центр является структурным подразделением ГБУ РО ГKB №8 и осуществляет свою деятельность за счет бюджетных ассигнований и других внебюджетных поступлений. В составе Регионального центра имеется Первичный Центр (Кабинет).

Основными задачами Первичного центра (кабинета) являются:

- 1) оказание медико-социальной, юридической и психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и кризисной беременности;
- 2) осуществление доабортного консультирования женщин, психологическая поддержка женщин, сохранивших беременность;
- 3) проведение работы по сохранению психологического здоровья беременных женщин, снижению страхов и тревожности, оказание психологической помощи женщинам с потерей беременности;

4) первичный центр (кабинет) оказывает медико-психологическую помощь женщинам, обратившимся самостоятельно и по направлению учреждений здравоохранения;

5) индивидуальное консультирование пациенток;

6) групповые психопрофилактические занятия с беременными (школа матерей).

Создание в 2014 году в Рязанской области двухуровневой системы медико-психологической помощи женщинам позволило достичь ощутимых результатов по снижению количества медицинских аборт в регионе. За изученный период 2014-2021 годы в Рязанской области отмечено снижение общего числа прерываний беременности, медицинских и самопроизвольных аборт в сроке до 12 недель, что объясняется в том числе высоким уровнем эффективности доабортного консультирования. На эффективность этой работы повлияло внедрение в практику привлечения родственников, в том числе партнера женщины, к принятию решения о судьбе беременности, а также проведение повторной консультации психолога.

Одной из ведущих причин отказов от деторождения у женщин Рязанской области являются экономические трудности, в частности нестабильное финансовое положение семьи и жилищные проблемы. Наиболее часто к искусственному прерыванию беременности прибегают женщины, имеющие третью и последующие беременности. Эффективность консультирования снижается по мере увеличения паритета - наиболее высокая эффективность консультирования отмечена среди первобеременных женщин, минимальная у женщин с третьей и последующей беременностью.

Для получения более полной информации об изучаемых 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 потерю беременности, а также возможностей и угроз, влияющих на данный процесс в регионе.

Указанный метод позволяет 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.

В итоге слабыми сторонами были признаны: недостаточная преемственность между амбулаторным и стационарным звеном при оказании медицинской помощи женщинам с ранней репродуктивной потерей; низкая информированность женщин по вопросу необходимости реабилитации после ранней потери беременности; отсутствие мотивации у отдельных женщин к реабилитации после потери беременности на ранних сроках. Кроме того, это неудовлетворенность части женщин, оказываемой им специализированной медицинской помощью (условиями пребывания в медицинских организациях, отношением медицинского персонала и его квалификацией, доступностью информации о диагнозе, прогнозе и лечении, доступностью и качеством диагностики, а также эффективностью лечения).

При этом в качестве угроз были определены: влияние на частоту ранних репродуктивных потерь роста заболеваемости беременных; ряда медико-организационных факторов (доли беременных, своевременно поступивших под наблюдение женской консультации, и осмотренных терапевтом, обеспеченность врачами и уровень их квалификации), а также взаимосвязь частоты различных исходов беременности от возраста женщин, числа и порядкового номера беременности, нарушений менструального цикла, уровня образования, характера трудовой деятельности, среднедушевых денежных доходов.

SWOT-анализ позволил обосновать организационные подходы к совершенствованию реабилитационной помощи женщинам, перенесшим раннюю репродуктивную потерю.

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

специализированной медицинской помощи 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаева, М.И. Проблема истмико-цервикальной недостаточности в современном мире / М.И. Агаева, З.А. Агаева // Клинический разбор в акушерстве, гинекологии и репродуктологии. - 2021. - Т. 1, № 3. - С. 13-16.
2. Агнаева, А.О. Оценка роли NR-клеток в патогенезе многократных репродуктивных потерь раннего срока / А.О. Агнаева: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - С.-Петербург, 2020. - 24 с.
3. Адамян, Л.В. Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения: Клинические рекомендации (протокол лечения) / Л.В. Адамян, Н.В. Артымук, Т.Е. Белокриницкая и др. - М., 2016. - 19 с.
4. Аджикова, Т.И. Влияние факторов нарушения обмена фолатов на репродуктивные потери / Т.И. Аджикова, О.Г. Романова, Н.Х. Саидов и др. // Мать и дитя. - 2021. - № 1. - С. 4-7.
5. Амирасланова, М.М. Дефицит 21-гидроксилазы и фертильность / М.М. Амирасланова, И.В. Кузнецова // Медицинский алфавит. - 2020. - № 4. - С. 16-26.
6. Андреева, Е.Н. Ожирение - угроза репродуктивного потенциала России / Е.Н. Андреева, Е.В. Шереметьева, В.А. Фурсенко // Ожирение и метаболизм. - 2019. - Т. 16, № 3. - С. 20-28.
7. Арефьева, А.С. Роль cd200/cd200r-взаимодействия в формировании иммунологической толерантности при трансплантации и беременности / А.С. Арефьева, А.А. Бабаян, Е.О. Степанова и др. // Медицинская иммунология. - 2018. - Т. 20, № 6. - С. 807-814.
8. Артымук, Н. В. Эффективность преконцепционной подготовки у женщин с потерей беременности в ранние сроки / Н. В. Артымук, И. Н. Носкова, О. А. Тачкова // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 1. – С. 83-92.
9. Байбарина, Е.Н. О проблемах медицинской помощи детям и женщинам детородного возраста / Е.Н. Байбарина // В сборнике: Демография и здравоохранение - приоритеты Российской Федерации. Сборник научных статей конференции в рамках II Евразийского женского форума. Сер.

"Национальные проекты России. Библиотечка журнала Союза женщин России "Демография и здравоохранение - приоритеты Российской Федерации"" Под редакцией Е.Ф. Лаховой, Г.И. Климантовой. Москва, 2021. - С. 34-39.

10. Байбуз, Д.В. К вопросу о влиянии экзогенных факторов (ртуть, свинец) на потери беременности ранних сроков / Д.В. Байбуз, М.Б. Иванов, Н.Н. Рухляда и др. // Вестник СурГУ. Медицина. - 2021. - № 2 (48). - С. 30-36.

11. Баймурадова, С.М. Невынашивание беременности и «критериальная» тромбофилия. Современный взгляд на проблему / С.М. Баймурадова, Е.В. Слуханчук // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, - 2018. - № 2. – С. 94-102.

12. Баклейчева, М.О. Влияние витамина D на репродуктивное здоровье женщины / М.О. Баклейчева, И.В. Ковалева, О.Н. Беспалова и др. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2018. - Т. 67, № 3. - С. 4-19.

13. Баклейчева, М.О. Особенности экспрессии HLA-g при неразвивающейся беременности с нормальным кариотипом плода / М.О. Баклейчева, О.Н. Беспалова, Т.Э. Иващенко и др. // Акушерство и гинекология. - 2021. - № 12. - С. 77-86.

14. Баклейчева, М.О. Роль гена HLA-g и его экспрессии в генезе привычного невынашивания беременности / М.О. Баклейчева, О.Н. Беспалова, Т.Э. Иващенко // Журнал акушерства и женских болезней. - 2022. - Т. 71, № 1. - С. 101-108.

15. Баклейчева, М.О. Роль экспрессии HLA I класса (g, e и c) в ранних репродуктивных потерях / М.О. Баклейчева, О.Н. Беспалова, Т.Э. Иващенко // Акушерство и гинекология. - 2020. - № 2. - С. 30-36.

16. Бантьева, М.Н. Медико-социальная значимость проблемы аборт в Российской Федерации / М.Н. Бантьева, Е.М. Маношкина, Т.А. Соколовская // Академия медицины и спорта. - 2020. - Т. 1, № 1. - С. 5-9.

17. Барков, И.Ю. Влияние терапии низкомолекулярными гепаринами на уровень плодовой ДНК при проведении неинвазивного пренатального ДНК-скрининга / И.Ю. Барков, Н.К. Тетрашвили, Ю.С. Булатова и др. // Доктор.Ру. - 2021. - Т. 20, № 8. - С. 19-22.

18. Батрак, Н.В. Медико-социальные факторы и патогенетические

механизмы ранней потери беременности у женщин с привычным невынашиванием в анамнезе / Н.В. Батрак, А.И. Малышкина, Н.Ю. Сотникова и др. // Акушерство и гинекология. - 2020. - № 7. - С. 79-86.

19. Беженарь, В.Ф. К вопросу об использовании иглорефлексотерапии в профилактике и лечении привычного выкидыша / В.Ф. Беженарь, Е.Р. Баранцевич, В.А. Линде и др. // Эффективная фармакотерапия. - 2021. - Т. 17, № 32. - С. 14-19.

20. Беженарь, В.Ф. Особенности соматического и репродуктивного статуса у пациенток с перинатальной гибелью плода / В.Ф. Беженарь, Л.А. Иванова, Е.В.Фредерикс, Р.И. Анашкина // Журнал акушерства и женских болезней. - 2019. - Т. 68, № 2. - С. 33-42.

21. Борзова, Н.Ю. Новые ранние прогностические критерии исхода беременности у пациенток с привычным выкидышем / Н.Ю. Борзова, Н.И. Иваненкова, Н.Ю. Сотникова, А.И. Малышкина // Клиническая лабораторная диагностика. - 2020. - Т. 65, № 5. - С. 294-298.

22. Булатова, Ю.С. Диагностическая значимость определения провоспалительных факторов митохондриального происхождения у женщин с физиологической беременностью, угрожающим и привычным выкидышем / Ю.С. Булатова, Н.К. Тетруашвили, А.Г. Микаелян и др. // Акушерство и гинекология. - 2020. - № 8. - С. 47-56.

23. Булатова, Ю.С. Митохондриальные белки микровезикул плазмы периферической крови как триггеры асептических воспалительных реакций у женщин с угрожающим и привычным выкидышем и физиологическим течением беременности / Ю.С. Булатова, Н.К. Тетруашвили, П.А. Вишнякова и др. // Акушерство и гинекология. - 2018. - № 4. - С. 42-48.

24. 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. - №55. - С. 27-28.

25. 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. - 2020. - Т. 66, № 5.

26. Вартамян, Э.А. Разработка структурно-функциональной модели мониторинга состояния репродуктивного здоровья женщин с диагнозом привычное невынашивание. / Э.А. Вартамян, А.Э. Заргарова, Г.С. Шестаков, В.С. Нечаев // Социальные аспекты здоровья населения. -2018. - №6. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1032/30/>

27. Власова, Н.А. К вопросу о возможности прогнозирования риска потери беременности в ранние сроки / Н. А. Власова, Л. В. Дикарева, А. А. Сувернева [и др.] // Астраханский медицинский журнал. – 2023. – Т. 18, № 2. – С. 39-46.

28. Вовк, И.Б. Алгоритм обследования и лечения женщин с разными формами ранних потерь беременности / И.Б. Вовк, В.К. Кондратюк, О.Б. Трохимович, О.Ю. Борисюк // Здоровье женщины. - 2013. - № 6 (82). - С. 97.

29. Волков, А.Н. Цитогенетическая диагностика хромосомных аномалий при неразвивающейся беременности / А.Н. Волков, О.И. Рытенкова, Т.А. Бабарыкина, Д.И. Лысенко // Клиническая лабораторная диагностика. – 2017. – Т. 62, № 9. – С. 553-556.

30. Волков, В.Г. Факторы риска ранних потерь беременности / В.Г. Волков, З.С. Ахильгова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. - 2020. - № 1. - С. 66-72.

31. Вторушина, В.В. Антиотцовские антилейкоцитарные антитела как маркеры эффективности аллоиммунизации женщин с идиопатическим привычным выкидышем / В.В. Вторушина, Л.В. Кречетова, Н.К. Тетрашвили и др. // Российский иммунологический журнал. - 2019. - Т. 13, № 2-1 (22). - С. 194-196.

32. Вторушина, В.В. Фактор, *in vitro* подавляющий миграцию макрофагов, в крови женщин с привычным выкидышем при беременности, развивающейся после иммуноцитотерапии / В.В. Вторушина, Л.В. Кречетова, Е.В. Инвиева и др. // Российский иммунологический журнал. - 2021. - Т. 24, № 3. - С. 399-408.

33. Гаджиева, А.М. Сравнительная характеристика женщин с невынашиванием беременности (спонтанные и неразвивающиеся

беременности) на фоне бактериально-вирусной инфекции / А.М. Гаджиева, А.Э. Эседова, У.А. Гаджиева и др. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. -2022. - № 4-2. - С. 170-173.

34. Гайдарова, А.А. Патоморфологическая характеристика эндометрия при самопроизвольных выкидышах / Гайдарова А.А. // В сб.: Мечниковские чтения – 2019. Сборник материалов конференции. - 2019. - С. 45-46.

35. Гончаров, А.Е. Особенности микробиоценозов различных биотопов у женщин как потенциальный фактор риска невынашивания беременности / А.Е. Гончаров, С.В. Рищук, Б.И. Асланов и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2021. - Т. 20, № 5. - С. 107-114.

36. Горовенко, Н.Г. Молекулярно-генетические аспекты ранних репродуктивных потерь / Н.Г. Горовенко, И.Б. Вовк // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2015. - № 2 (38). - С. 14-22.

37. Грудницкая, Е.Н. Значение различных биологических сред в диагностике дефицита магния у женщин с привычным выкидышем и дисплазией соединительной ткани / Е.Н. Грудницкая, С.Л. Воскресенский // В сб.: БГМУ в авангарде медицинской науки и практики. рецензируемый ежегодный сборник научных трудов. Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Белорусский государственный медицинский университет. Минск, 2021. - С. 389-394.

38. Грудницкая, Е.Н. Привычная потеря беременности: современный взгляд на проблему (обзор литературы) / Е.Н. Грудницкая, С.Л. Воскресенский // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2020. - Т. 10, № 3. - С. 330-339.

39. Деревцова, А. А. Психоэмоциональное состояние женщин после ранней потери беременности / А. А. Деревцова, И. П. Коваль // Новые технологии в акушерстве и гинекологии : Сборник научных трудов Дальневосточной региональной научно-практической конференции. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2023. – С. 177-182.

40. Доброхотова, Ю.Э. Современный взгляд на инфекционный фактор и возможные патогенетические механизмы ранних репродуктивных потерь / Ю.Э. Доброхотова, К.Р. Бондаренко, П.А. Шадрова // Проблемы репродукции. - 2020. - Т. 26, № 3. - С. 23-30.
41. Епанчинцева, Е.А. Индекс фрагментации ДНК сперматозоидов - необходимость для современной клинической практики / Е.А. Епанчинцева, В.Г. Селятицкая, В.А. Божедомов // Андрология и генитальная хирургия. - 2020. - Т. 21, № 1. - С. 14-21.
42. Ефремова, Н.В. Роль инфекционного агента в генезе невынашивания беременности / Н.В. Ефремова, З.С. Румянцева, Н.А. Резниченко // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. - 2022. - № 2. - С. 4-7.
43. Жукова, А.С. Роль тромбоцитов в формировании иммунологической толерантности при привычном выкидыше / А.С. Жукова, Л.В. Ванько, Л.В. Кречетова и др. // Доктор.Ру. - 2022. - Т. 21, № 5. - С. 47-52.
44. Жукова, И.О. Cd4+ и CD8+ Т-лимфоциты в эндометрии и их роль в невынашивании беременности ранних сроков / И.О. Жукова, О.П. Лебедева, О.Н. Ивашова и др. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2018. - Т. 41, № 2. - С. 214-219.
45. Жуковец, И.В. Роль цитокинов в развитии ранних потерь беременности у женщин с метаболическими нарушениями в анамнезе / И.В. Жуковец, О.Я. Лещенко, И.А. Андриевская и др. // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). - 2020. - Т. 5, № 4. - С. 8-13.
46. Здравоохранение России 2022-2023 гг.: неотложные меры в условиях особого положения в экономике и социальной сфере. Проблемы и предложения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т. 8, № 2(28). – С. 4-21.
47. Земзюлина, И.Н. Личностные детерминанты переживания социального опыта нарушения репродуктивной функции у женщин с привычным невынашиванием беременности / И.Н. Земзюлина, А.И. Блюм, Т.Д. Василенко // Живая психология. - 2018. - Т. 5, № 2 (18). - С. 181-195.
48. Землина, Н.С. Эндометриальная недостаточность у больных

синдромом поликистозных яичников / Н.С. Землина, И.В. Кузнецова // Женская клиника. - 2022. - № 2. - С. 71-83.

49. Зубовская, Е.Т. Диагностика нарушений иммунного механизма у женщин с осложненным течением беременности / Е.Т. Зубовская, К.У. Вильчук, И.В. Курлович и др. // Медицинские новости. - 2018. № 5. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-narusheniy-immunnogo-mehanizma-u-zhenschin-s-oslozhnennym-techeniem-beremennosti>

50. Иванова, Л.А. Течение беременности и особенности родоразрешения у женщин с перинатальными потерями / Л.А. Иванова, Е.В. Фредерикс, Д.И. Варфоломеев // Известия Российской военно-медицинской академии. - 2016. - Т. 35, № 4. - С. 35-38.

51. Иванова, О.С. Акушерско-гинекологический анамнез и артериальная ригидность у женщин различных возрастных групп / О.С. Иванова, Е.Ю. Майчук, С.В. Юренева, И.В. Воеводина // Гинекология. - 2022. - Т. 24, № 2. - С. 108-113.

52. Илизарова, Н.А. Рациональный подход в диагностике и терапии репродуктивных потерь. Новый взгляд на проблему / Н.А. Илизарова, В.Л. Сабирова, Д.И. Файзулина и др. // Женское здоровье и репродукция. - 2018. - № 3 (22). - С. 14-21.

53. Ишутина, Н.А. Показатели сосудисто-эндотелиального фактора роста и докозагексаеновой кислоты у беременных женщин с угрожающим течением беременности ранних сроков, ассоциированным с цитомегаловирусной инфекцией / Н.А. Ишутина, И.А. Андриевская, Н.Г. Приходько // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2020. - № 78. - С. 116-121.

54. Корнацкая, А.Г. Комплексная противовоспалительная терапия при синдроме потери беременности на фоне хронических воспалительных заболеваний половых органов (обзор) / А.Г. Корнацкая, Е.Г. Даниленко, О.В. Трохимович и др. // Здоровье женщины. - 2013. - № 8 (84). - С. 44.

55. Коршунов, М.Н. Мужского фактора в невынашивании беременности / М.Н. Коршунов, Е.С. Коршунова, Ю.В. Кастрикин и др. // Урология. - 2021. - № 4. - С. 152-157.

56. Коршунов, М.Н. Мужской фактор бесплодия в аспекте невынашивания беременности / М.Н. Коршунов, Е.С. Коршунова, Ю.В. Кастрикин // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2021. - № 3. - С. 78-82.

57. Косцова, Л.В. Медико-социологические и ситуативно - обусловленные факторы в психоэмоциональном состоянии женщин с ранней репродуктивной потерей / Л.В. Косцова, Л.В. Гутикова, С.Л. Бойко // Журнал ГрГМУ. - 2022. - №4. - С. 414-418.

58. Кравченко, Е.Н. Влияние экстрагенитальной патологии на возникновение и выраженность антифосфолипидного синдрома и количество репродуктивных потерь / Е.Н. Кравченко, А.А. Гончарова // Мать и дитя в Кузбассе. - 2019. - № 4 (79). - С. 26-32.

59. Кравченко, Е.Н. Спектр антифосфолипидных антител в акушерской практике / Е.Н. Кравченко, А.А. Гончарова // В сборнике: Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Сборник статей, посвященный межрегиональной научно-практической конференции. Ответственный редактор Т.Г. Рукша. - 2019. - С. 96-102.

60. Кречетова, Л.В. Активация лимфоцитов в формировании иммунной толерантности у женщин с привычным выкидышем / Л.В. Кречетова, Л.В. Ванько, В.В. Вторушина и др. // Биохимия. - 2020. - Т. 85. - № 5. - С. 682-694.

61. Кречетова, Л.В. Влияние иммуноцитотерапии на состояние иммунной системы женщин с идиопатическим привычным выкидышем / Л.В. Кречетова, В.В. Вторушина, Е.В. Инвиева и др. // Медицинская иммунология. - 2020. - Т. 22, № 4. - С. 751-764.

62. Кречетова, Л.В. Значимость оценки экспрессии CD69 лимфоцитами периферической крови для прогноза исходов беременности у женщин с привычным выкидышем / Л.В. Кречетова, В.В. Вторушина, Л.В. Ванько и др. // Биомедицинская химия. - 2020. -Т. 66, № 6. - С. 477-484.

63. Кречетова, Л.В. Иммунологические критерии назначения аллоиммунизации в лечении идиопатического привычного выкидыша / Л.В. Кречетова, Н.К. Тетруашвили, В.В. Вторушина и др. // Российский

иммунологический журнал. - 2019. - Т. 13, № 2-1 (22). - С. 341-343.

64. Кривонос, М.И. Антифосфолипидный синдром и ранние репродуктивные потери / М.И. Кривонос, М.С. Зайнулина, С.А. Сельков // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2016. - № 10 (4). – С. 114-122.

65. Кудрявцева, Е.В. Роль хромосомных aberrаций эмбриона в генезе привычного и спорадического невынашивания беременности / Е.В. Кудрявцева, В.В. Ковалёв, И.И. Баранов и др. // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. - 2021. - Т. 20, № 1. - С. 34-39.

66. Кудрявцева, Е.В. Современные возможности выявления хромосомных аномалий в абортивном материале / Е.В. Кудрявцева, В.В. Ковалёв, И.В. Каневец и др. // *Уральский медицинский журнал*. — 2016. — №11. — С. 5–8.

67. Кузнецова, И.В. Возможности снижения перинатального и акушерского риска у женщин с тромбофилиями / И.В. Кузнецова, Г.А. Суханова // *Эффективная фармакотерапия*. - 2017. - № 25. - С. 14-21.

68. Кузнецова, И.В. Прегравидарная подготовка и ведение первого триместра беременности у женщин со сниженной фертильностью / И.В. Кузнецова // *Медицинский алфавит*. - 2017. - Т. 4, № 37 (334). - С. 14-19.

69. Кузнецова, И.В. Применение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток с целью восстановления эндометрия у пациенток со сниженной фертильностью / И.В. Кузнецова, Н.С. Землина, Р.А. Мусина и др. // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. - 2019. - Т. 18, № 6. - С. 34-40.

70. Курода, К. Новые подходы к ведению привычного выкидыша: стратегия лечения optimum (оптимизация функции щитовидной железы, тромбофилии, иммунных нарушений и состояния матки) / К. Курода, Ю. Икемото, Хорикава Т. и др. // *Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение*. - 2022. - Т. 10, № 1 (35). - С. 18-30.

71. Кухарчик, Ю.В. Результаты использования гормональной терапии у женщин с повышенным риском прерывания беременности ранних сроков / Ю.В. Кухарчик // В сб.: *К 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области. Сборник статей*. - Гродно, 2019.

- С. 139-142.

72. Лебедева, О.П. Роль рецепторов RIG-I, AIM2 И IFI16, распознающих вирусную ДНК и РНК, в патогенезе самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности ранних сроков / О.П. Лебедева, И.О. Жукова, О.Н. Ивашова и др. // Акушерство и гинекология. - 2018. - № 7. - С. 57-61.

73. Лебедева, О.П. Субпопуляции Т-лимфоцитов эндометрия в патогенезе невынашивания беременности ранних сроков / О.П. Лебедева, И.О. Жукова, О.Н. Ивашова и др. // Проблемы репродукции. - 2018. - Т. 24. - № 1. - С. 82-8

74. Лебедева, О.П. Экспрессия МРНК IL-2, IL-10, IL-12 И IL-23 в децидуальной ткани у пациенток с неразвивающейся беременностью и самопроизвольными выкидышами ранних сроков / О.П. Лебедева, А.Н. Ивашкевич // Научные результаты биомедицинских исследований. - 2019. - Т. 5. - № 3. - С. 71-81.

75. Малинина, Т.Б. Демография и социальная статистика. Учебник и практикум. Сер. 76 Высшее образование (2-е изд) / Т.Б. Малинина. - Москва, 2023. – 354 с.

76. Маркман, Е.В. Отношение общества к перинатальным потерям / Е.В. Маркман // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. - 2021. - № 2. - С. 65-71.

77. Мингазова, Э.Н. Динамика основных репродуктивно-демографических показателей системы охраны материнства и детства в Республике Татарстан / Э.Н. Мингазова, В.О. Щепин, Т.Н. Шигабутдинова, Р.Н. Садыкова // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2019. - № 4 (64). - С. 5-13.

78. Мицкевич Е.А. Реабилитация репродуктивной функции у пациентов с самопроизвольным выкидышем при истмико-цервикальной недостаточности в анамнезе / Е.А. Мицкевич, Т.С. Дивакова // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2022. - Т. 12, № 5. - С. 567-581.

79. Мицкевич, Е.А. Факторы риска самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов у пациентов с истмико-цервикальной

недостаточностью / Е.А. Мицкевич, Т.С. Дивакова, М.Ф. Разина, Ю.В. Мелешко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2022. - Т. 21. - № 5. - С. 56-68.

80. Николаева, М.А. Сроки наступления беременности после предгестационной аллоиммунизации и цитокиновый профиль клеток периферической крови у женщин с привычным выкидышем в анамнезе / М.А. Николаева, А.С. Арефьева, Е.О. Степанова и др. // Акушерство и гинекология. - 2021. - № 1. - С. 79-87.

81. О влиянии государства на развитие демографических процессов. Шестнадцатая международная научно-практическая конференция (Ярославль, 19 февраля 2022): Сборник докладов и тезисов. - Ярославль, 2022. – 306 с.

82. Озолия, Л.А. Выбор врачебной тактики при самопроизвольном выкидыше в первом триместре беременности / Л.А. Озолия, Н.Р. Овсепян, В.А. Гульшин, А.С. Васильева // Лечение и профилактика. - 2018. - Т. 8, № 2. - С. 23-31.

83. Озолия, Л.А. Первый этап медицинской реабилитации пациенток после самопроизвольного выкидыша / Л.А. Озолия, Н.Р. Овсепян, Т.Н. Савченко // Медицинский совет. - 2019. - № 7. - С. 70-75.

84. Озолия, Л.А. Профилактика хронического эндометрита после самопроизвольного выкидыша в I триместре беременности / Озолия Л.А., Савченко Т.Н., Овсепян Н.Р. и др. // Акушерство и гинекология. - 2021. - № 7. - С. 180-186.

85. Оразов, М.Р. Хронический эндометрит: патогенез, диагностика, лечение и его связь с бесплодием / М.Р. Оразов, Л.М. Михалева, П.А. Семенов // Клиническая и экспериментальная морфология. - 2020. - Т. 9, № 2. - С. 16-25.

86. Ордянец, И.М. МикроРНК в генезе ранних репродуктивных потерь / И.М. Ордянец, О.К. Молчанова, Ю.А. Веряскина [и др.] // Материнство и детство. - 2023. - № 4 (95). - С. 52-57.

87. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: статистические материалы / Е.П. Какорина, В.И. Стародубов, Г.А.

Александрова [и др.] – Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2017. – 135 с.

88. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: статистические материалы / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов, Г.А. Александрова, Н.А. Голубев и др. – Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. – 171 с.

89. Павлов, Я.Н. Уровень демографических потерь населения в регионах Крайнего Севера как медико-социальная проблема / Я.Н. Павлов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2022. - № 3. - С. 52-58.

90. Павлов, Я.Н. Репродуктивные потери населения: обзор литературы / Я.Н. Павлов, Н.В. Саввина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2023. - № 4. - С. 103-108.

91. Попадейкин, В.В. Проблемы демографии (2-е издание, переработанное и дополненное) / В.В. Попадейкин, М.Ю. Архипова, В.П. Сиротин. - Москва, 2022. – 162 с.

92. Потапов, Н.Н. Математическое моделирование потери беременности в I триместре при нормальном кариотипе эмбриона / Н.Н. Потапов, Е.В. Кудрявцева, В.В. Ковалев // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2021. - Т. 15, № 4. - С. 379-389.

93. Потапов, Н.Н. Прогнозирование потери беременности в I триместре: фикция или реальность? / Н.Н. Потапов, Е.В. Кудрявцева // В кн.: Тезисы XV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и VIII Общероссийской конференции «Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии». - Сочи, 2021. - С. 39-40.

94. Прялухина, А.В. Факторы, ассоциированные с риском прерывания беременности / А.В. Прялухина, А.Л. Петрушин // Врач-аспирант. - 2019. - Т. 95, № 4. - С. 16-24.

95. Пустотина, О.А. Инфекционный фактор в генезе невынашивания беременности / О.А. Пустотина, В.В. Остроменский // Эффективная

фармакотерапия. - 2019. - Т. 15, № 13. - С. 26-33.

96. Радзинский, В.Е. Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины» (Информационный бюллетень) / Радзинский В.Е. – Москва, 2014. – 23 с.

97. Рамазанова, Ф.У. Витамин D и его рецепторы в патогенезе акушерских осложнений: современный взгляд на проблему / Ф.У. Рамазанова, М.Б. Хамошина, О.О. Гигани и др. // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. - 2020. - Т. 8, № 3 (29). - С. 75-80.

98. Рустамова, М.С. Планирование беременности у женщин с синдромом потери беременности при цитомегаловирусной инфекции / М.С. Рустамова, С.А. Раджабова // Научно-практический журнал ТИППМК. - 2011. - № 4. - С. 39-44.

99. Рыбалкина, Л.Д. Самопроизвольное прерывание беременности ранних сроков в условиях разного аэрогенного загрязнения (причины, критерии риска) / Л.Д. Рыбалкина, А.Э. Самигуллина, Ч.Б. Торегельдиева и др. // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2019. - № 8. - С. 49-54.

100. Савельева, Г.М. Терапия привычного выкидыша, микронизированным прогестероном (результаты многоцентрового исследования тристан-1) / Г.М. Савельева, В.А. Аксененко, М.Д. Андреева и др. // Акушерство и гинекология. - 2017. - № 11. - С. 44-55.

101. Сагынбаева, А.Ш. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности: опыт отделения патологии беременности / А.Ш. Сагынбаева, Н.М. Василевская, С.Э. Омурзакова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2022. - № 4. - С. 141-144.

102. Саидова, М.И. Особенности психоэмоционального состояния беременных с репродуктивными потерями в анамнезе / М.И. Саидова // В книге: Тезисы III Общероссийской научно-практической конференции для акушеров-гинекологов «Оттовские чтения». - Москва, 2021. - С. 68-69.

103. Саидова, М.И. Роль тромбофилий и дефицита фолатов в генезе потерь беременности / М.И. Саидова // Вестник последипломного образования

в сфере здравоохранения. - 2021. - № 4. - С. 99-104.

104. Скворцова, М.Ю. Современное состояние проблемы привычной потери беременности: дискуссионные вопросы причин и факторов риска, тактика периконцепционного ведения / М.Ю. Скворцова, С.Г. Прилуцкая // Гинекология. – 2017. - № 19 (2). – С. 59-65.

105. Смирнова, А.А. Невынашивание беременности как показание к преимплантационному генетическому тестированию / А.А. Смирнова, Н.А. Зыряева, Д.О. Жорданидзе // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. - № 68 (5). – С. 75-82.

106. Сотникова, Н.Ю. Значение дифференцировки моноцитов в патогенезе самопроизвольного выкидыша у женщин с угрозой прерывания беременности ранних сроков / Н.Ю. Сотникова, Н.Ю. Борзова, А.В. Фарзалиева и др. // Проблемы репродукции. - 2022. - Т. 28. - № 4. - С. 25-30.

107. Султангаджиева, Х.Г. Патогенетически обоснованная тактика ведения беременности при ретрохориальной гематоме / Х.Г. Султангаджиева, Н.Н. Бабаева, Е.С. Егорова и др. // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2021. - Т. 15, № 5. - С. 548-561.

108. Султонова Н.А. Современные аспекты диагностики привычного невынашивания у беременных в первом триместре / Н.А. Султонова // Смоленский медицинский альманах. - 2021. - № 3. - С. 105-107.

109. Сухих, Г.Т. Неинвазивный пренатальный ДНК-скрининг методом высокопроизводительного секвенирования у беременных с привычным выкидышем / Г.Т. Сухих, Н.К. Тетруашвили, Л.В. Ким и др. // Акушерство и гинекология. - 2018. - № 8. - С. 48-55.

110. Тапильская, Н.И. Диагностика причины потери беременности и возможности терапии с позиций доказательной медицины / Н.И. Тапильская // Global Reproduction. - 2021. - № S2. - С. 24-31.

111. Тапильская, Н.И. Привычная потеря беременности. Диагностика причины потери беременности и возможности терапии с позиций доказательной медицины / Н.И. Тапильская // Global Reproduction. - 2021. - № S1. - С. 84-96.

112. Тетруашвили, Н.К. Гестагены при беременности высокого риска /

Н.К. Тетруашвили, В.Н. Серов // *Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение.* - 2022. - Т. 10, № 2 (36). - С. 31-38.

113. Тетруашвили, Н.К. Дидрогестерон в лечении угрожающего и привычного выкидыша / Н.К. -Тетруашвили, А.А. Агаджанова // *Медицинский совет.* - 2018. - № 13. - С. 68-72.

114. Тетруашвили, Н.К. Эффективность дидрогестерона при угрожающем выкидыше: систематический обзор и метаанализ / Н.К. Тетруашвили, Е.В. Ших // *Доктор.Ру.* - 2022. - Т. 21, № 5. - С. 53-61.

115. Титова, А.В. Современные особенности пациенток с угрозой прерывания, самопроизвольными и искусственными абортами / А.В. Титова, Е.М. Андреева, Т.А. Мартынова и др. // *Смоленский медицинский альманах.* - 2022. - № 3. - С. 106-109.

116. Ткаченко, В.Б. Оценка риска самопроизвольного выкидыша в зависимости от генетических характеристик женщины / В.Б. Ткаченко, А.С. Раздайбедина, И.И. Воробьева // *Перинатология и педиатрия.* - 2018. - № 1 (73). - С. 74-79.

117. Трохимович, О.В. Иммуногистохимические особенности хориона и эндометрия у женщин с ранними потерями беременности / О.В. Трохимович // *Морфология.* - 2015. - Т. 9, № 1. - С. 58-64.

118. Трохимович, О.В. Морфологические особенности и состояние рецепторного аппарата эндометрия у женщин с замершей беременностью / О.В. Трохимович, Т.Д. Задорожная, И.Б. Вовк и др. // *Здоровье женщины.* - 2014. - № 10 (96). - С. 114.

119. Трохимович, О.В. Особенности локального иммунитета у женщин с ранними потерями беременности / О.В. Трохимович // *Семейная медицина.* - 2015. - № 1 (57). - С. 169.

120. Трохимович, О.В. Состояние микробиоценоза половых путей у женщин с ранними потерями беременности / О.В. Трохимович // *Здоровье женщины.* - 2014. - № 1 (87). - С. 100.

121. Утробин, М.В. Возможности прогнозирования привычного выкидыша в предгравидарном периоде / М.В. Утробин, С.Ю. Юрьев // *Бюллетень медицинской науки.* - 2020. - № 2 (18). - С. 39-42.

122. Фарзалиева, А.В. CD163 положительные альтернативно активированные моноциты как маркер раннего выкидыша / А.В. Фарзалиева, Н.Ю. Сотникова, Н.Ю. Борзова // Акушерство и гинекология. - 2022. - № 8. - С. 71-75.

123. Фролова, Н.И. Эпигенетические факторы и молекулярные маркеры риска ранних потерь беременности / Н.И. Фролова, Т.Е. Белокриницкая // Гинекология. - 2019. - Т. 21, № 3. - С. 9-16.

124. Хабаров, С.В. Скрининговое определение тиреотропного гормона в диагностике субклинического гипотиреоза у беременных: версии и контраверсии / С.В. Хабаров // Медицинский алфавит. - 2020. - № 34. - С. 59-65.

125. Хамошина, М.Б. Ранние репродуктивные потери и COVID-19: реалии и перспективы / М.Б. Хамошина, А. Исмаилова, Ф.У. Рамазанова и др. // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. - 2021. - Т. 9, № S3 (33). - С. 43-47.

126. Шаманова, М.Б. Влияние гидролизата плаценты человека на рецептивность "тонкого" эндометрия у пациенток со сниженной фертильностью / М.Б. Шаманова, Т.О. Нормантович, О.В. Синицина и др. // Женская клиника. - 2022. - № 1. - С. 37-47.

127. Шарафутдинова, Н.Х. Показатели воспроизводства населения в республике Башкортостан на современном этапе / Н.Х. Шарафутдинова, О.Р. Мухаммадеева, Д.Р. Еникеева, и др. // Социальные аспекты здоровья населения. - 2021. - Т. 67, № 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1253/30/lang,ru/>

128. Щеголихина, Л.В. Риски влияния "COVID-19" на плод в первом триместре беременности, пути решения / Л.В. Щеголихина, Э.З. Латфуллина, Е.О. Тимофеева // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. - 2022. - № 3-2. - С. 110-113.

129. Юпатов, Е.Ю. Особенности экспрессии генов ICAM1, VCAM1 и HIF1 у женщин с физиологическим течением беременности и при синдроме потери плода / Е.Ю. Юпатов, Л.И. Мальцева, О.А. Кравцова и др. // Практическая медицина. - 2017. - № 7 (108). - С. 72-76.

130. Яворская, С.Д. Восстановление репродуктивного здоровья пациенток с ранними гестационными потерями в условиях санатория: ближайшие и отдаленные результаты / С.Д. Яворская, О.В. Ремнёва, А.В. Петров и др. // Бюллетень медицинской науки. - 2022. - № 1 (25). - С. 10-17.
131. Ящук, А.Г. Применение метода лазерной доплеровской флоуметрии для оценки состояния микроциркуляции тазового дна у женщин при привычном невынашивании беременности / А.Г. Ящук, И.Р. Рахматуллина, И.И. Мусин и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2018. - Т. 17, № 4. - С. 88-91.
132. ACOG Releases New Recommendations on Early Pregnancy Loss. – 2015.
133. Aharon, D. In Vitro Fertilization and Early Pregnancy Outcomes After Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccination / D. Aharon, M. Lederman, A. Ghofranian et al. // *Obstet Gynecol.* - 2022 Apr 1. – Vol. 139(4). – P. 490-497.
134. Alves, C. Spontaneous Abortion. / C. Alves, A. Rapp // *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.* - 2022 Jul 18.
135. Bender, Atik R. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss / R. Bender Atik, O.B. Christiansen, J. Elson et al. // *Hum. Reprod. Open.* — 2018. — Vol. 2. — P. hoy004.
136. Bortoletto, P. Miscarriage syndrome: Linking early pregnancy loss to obstetric and age-related disorders / P. Bortoletto, E.S. Lucas, P. Melo et al. // *EBioMedicine.* - 2022 Jul. – Vol. 81. – P. 104134.
137. Brandt, N.B. Effect of paternal health on pregnancy loss-A review of current evidence / N.B. Brandt, M.L.S. Kristensen, L. Catalini, J. Fedder // *Andrologia.* - 2022 Feb. – Vol. 54(1). – P. e14259.
138. Bustamante, J.G. Antiphospholipid Syndrome / J.G. Bustamante, A. Goyal, M. Singhal // In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL).* - 2022 Jul 4
139. Cai, L. Pregnancy Loss After Amniocentesis with Double-Needle Insertions in Twin Pregnancies / L. Cai, Y. Yang, G. Zou et al. // *Twin Res Hum Genet.* - 2022 Feb. – Vol. 25(1). – P. 50-55.
140. Cao, C. A retrospective study of estrogen in the pretreatment for medical management of early pregnancy loss and the inference from intrauterine

adhesion / C. Cao, Q. Zhou, Z. Hu et al. // Eur J Med Res. - 2022 Jul 25. – Vol. 27(1). – P. 129.

141. Carrera, M. Effect of Hysteroscopic Metroplasty on Reproductive Outcomes in Women with Septate Uterus: Systematic Review and Meta-Analysis / M. Carrera, F. Pérez Millan, J.L. Alcázar et al. // J Minim Invasive Gynecol. - 2022 Apr. – Vol. 29(4). P. 465-475.

142. Chaudhry, K. Anembryonic Pregnancy. / K. Chaudhry, D. Tafti, M.A. Siccardi // In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL). - 2022 Sep 19

143. Christiansen, O.B. Epidemiology of recurrent pregnancy loss. 2nd ed. Recurrent pregnancy loss. Causes, controversies and treatment / O.B. Christiansen // CRC Press by Taylor & Francis Group, LLC. – 2015. - P. 1–16.

144. Chung, J.P.W. Ultrasound-guided Manual Vacuum Aspiration is an optimal method for obtaining products of conception from early pregnancy loss for cytogenetic testing / J.P.W. Chung, Y. Li, T.S.M. Law et al. // Int J Biochem Cell Biol. - 2022 Jun. – Vol. 147. P. 106226.

145. Collins, A. The risk of venous thromboembolism in early pregnancy loss: Review of the literature and current guidelines and the need for guidance - Communication from the SSC on Women's Health Issues for thrombosis and haemostasis / A. Collins, M. Memtsa, E. Kirk et al. // J Thromb Haemost. 2022 Mar. – Vol. 20(3). P. 767-776.

146. Dai, X. Analysis of Biochemical and Clinical Pregnancy Loss Between Frozen-Thawed Embryo Transfer of Blastocysts and Day 3 Cleavage Embryos in Young Women: A Comprehensive Comparison. Front Endocrinol (Lausanne) / X. Dai, T. Gao, X. Xia et al. - 2021 Dec 24. – Vol. 12. – P. 785658.

147. Davis, C.E. The Intersect of Pregnancy Loss, Trauma, and Spirituality: A Dyadic Perspective / C.E. Davis, A.L. Lamson, E.M. Meier et al. // Matern Child Health J. - 2022 Aug. – Vol. 26(8). P. 1709-1718.

148. Ding, Z. Pregnancy and Neonatal Outcomes With Levothyroxine Treatment in Women With Subclinical Hypothyroidism Based on New Diagnostic Criteria: A Systematic Review and Meta-Analysis / Z. Ding, Y. Liu, S. Maraka et al. // Front Endocrinol (Lausanne). - 2021 Dec 10. – Vol. 2. P. 797423.

149. Dogan, K. Ischemia-Modified Albumin (IMA) levels in ectopic

pregnancy and early pregnancy loss / K. Dogan, C. Helvacioğlu, S. Baghaki et al. // Niger J Clin Pract. - 2022 Jul. – Vol. 25(7). – P. 975-978.

150. Ebdrup, N.H. Drinking water nitrate and risk of pregnancy loss: a nationwide cohort study / N.H. Ebdrup, J.Schullehner, U.B. Knudsen et al. // Environ Health. - 2022 Sep 16. – Vol. 21(1). – P. 87.

151. Enzelsberger, S.H. Bleeding pattern after medical management of early pregnancy loss with mifepristone-misoprostol and its prognostic value: a prospective observational cohort study / S.H. Enzelsberger, D. Wetzlmair, P. Hermann et al. // Arch Gynecol Obstet. - 2022 Aug. – Vol. 306(2). – P. 349-355.

152. Farren, J. Prognostic factors for post-traumatic stress, anxiety and depression in women after early pregnancy loss: a multi-centre prospective cohort study / J. Farren, M. Jalmbant, N. Falconieri et al. // BMJ Open. - 2022 Mar 1. – Vol. 12(3). - P. e054490.

153. Fernández-Basanta, S. Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives' and nurses' emotional experiences / S. Fernández-Basanta, C. Coronado, T. Bondas et al. // Scand J Caring Sci. - 2022 Sep. – Vol. 36(3). – P. 599-613.

154. Galaziou, A. Imbalance of growth factors mRNA expression associated with oxidative stress in the early pregnancy loss / A. Galaziou, E. Filidou, M. Spathakis et al. // J Matern Fetal Neonatal Med. - 2022 Dec. – Vol. 35(25). – P. 6150-6156.

155. Gao, L. Trophoblast-derived Lactic Acid Orchestrates Decidual Macrophage Differentiation via SRC/LDHA Signaling in Early Pregnancy / L. Gao, Q.H. Xu, L.N. Ma et al. // Int J Biol Sci. - 2022 Jan 1. – Vol. 18(2). – P. 599-616.

156. Garolla, A. Влияние различных вариантов инфицирования вирусом папилломы человека на спонтанную фертильность и эффективность вспомогательных репродуктивных технологий / A. Garolla, F. Muscianisi, B. Engl et al. // Экспериментальная и клиническая урология. - 2020. - № 3. - С. 110-117.

157. Goldstein, M. Does the number of previous miscarriages influence the incidence of chromosomal aberrations in spontaneous pregnancy loss? / M. Goldstein, R. Svirsky, A. Reches, Y. Yaron // J. Matern. Fetal Neonatal. Med. —

2017. — Vol. 24. — P. 2956–2960.

158. Gou, L. Clinical utilization of chromosomal microarray analysis for the genetic analysis in subgroups of pregnancy loss / L. Gou, T. Liu, Y. Wang et al. // *J Matern Fetal Neonatal Med.* - 2022 Nov. – Vol. 35(22). – P. 4404-4411.

159. Grandi, SM. Long-Term Mortality in Women With Pregnancy Loss and Modification by Race/Ethnicity / S.M. Grandi, S.N. Hinkle, S.L. Mumford et al. // *Am J Epidemiol.* - 2022 Mar 24. – Vol. 191(5). – P. 787-799.

160. Grégoire-Briard, F. A Patient-Centred Approach to Early Pregnancy Loss: The First 18 Months of a Canadian Outpatient Program for Early Pregnancy Loss (OPEL) / F. Grégoire-Briard, G. Horwood, P. Berger et al. // *J Obstet Gynaecol Can.* - 2022 May. – Vol. 44(5). – P. 503-507.

161. Gu, C. Genomic imbalance in euploid pregnancy loss / C. Gu, K. Li, L. Li et al. // *J Assist Reprod Genet.* - 2022 Sep. – Vol. 39(9). – P. 2115-2124.

162. Hamel, C.C. Predicting the likelihood of successful medical treatment of early pregnancy loss: development and internal validation of a clinical prediction model / C.C. Hamel, P. Vart, F.P.H.A. Vandebussche et al. // *Hum Reprod.* - 2022 May 3. – Vol. 37(5). – P. 936-946.

163. Hee, J.Y. Pregnancy loss and the risk of rheumatoid arthritis in Chinese women: findings from the China Kadoorie biobank / J.Y. Hee, S. Huang K.P., Leong et al. // *BMC Public Health.* - 2022 Sep 17. – Vol. 22(1). – P. 1768.

164. Hoek, A. Effects of preconception weight loss after lifestyle intervention on fertility outcomes and pregnancy complications / Hoek A., Wang Z., van Oers A.M. et al. // *Fertil Steril.* - 2022 Sep. – Vol. 118(3). – P. 456-462.

165. Holt-Kentwell, A. Evaluating interventions and adjuncts to optimize pregnancy outcomes in subfertile women: an overview review / A. Holt-Kentwell, J. Ghosh, A. Devall et al. // *Hum Reprod Update.* - 2022 Jun 30. – Vol. 28(4). – P. 583-600.:

166. Huang, S. Association between pregnancy and pregnancy loss with COPD in Chinese women: The China Kadoorie Biobank study / S. Huang, J.Y. Hee, Y.O. Zhang et al. // *Front Public Health.* - 2022 Oct 31. – Vol. 10. – P. 990057.

167. Komsa-Penkova, R. Altered Thermal Behavior of Blood Plasma Proteome Related to Inflammatory Cytokines in Early Pregnancy Loss / R. Komsa-

Penkova, A. Danailova, S. Krumova et al. // *Int J Mol Sci.* - 2022 Aug 6. – Vol. 23(15). – P. 8764.

168. Korotchenko, O. Outcomes of programs of assisted reproductive technologies in patients with habitual miscarriage of pregnancy in anamnesis / O. Korotchenko, A. Gvozdeva, A. Syrkasheva // *Gynecology.* – 2017. - Vol. 19. - № 6. - P. 43–45.

169. Langari, A. Morphometric and Nanomechanical Features of Erythrocytes Characteristic of Early Pregnancy Loss / A. Langari, V. Strijkova, R. Komsa-Penkova et al. // *Int J Mol Sci.* - 2022 Apr 19. – Vol. 23(9). – P. 4512.

170. Lim, G.Y. Pregnancy loss and Income in the Republic of Korea using National Health Insurance Service Data, 2008-2014 / G.Y. Lim, N.Y. Jung, K.Y. Jun et al. // *BMC Public Health.* - 2022 Jan 27. – Vol. 22(1). – P. 188.

171. Lu, Y. Predictor assessment of complete miscarriage after medical treatment for early pregnancy loss in women with previous cesarean section / Y. Lu, R. Su, R. Chen et al. // *Medicine (Baltimore).* - 2022 Oct 14. – Vol. 101(41). – P. e31180.

172. Luo, X. Low Endogenous LH on the COS Initiation Day of a GnRH-Agonist Regimen Increases the Risk of Early Pregnancy Loss and Adverse ART Outcomes / X. Luo, L. Li, N. Lin et al. // *Front Endocrinol (Lausanne).* - 2022 Feb 21. – Vol. 13. – P. 830567.

173. Malory, B. The transition from abortion to miscarriage to describe early pregnancy loss in British medical journals: a prescribed or natural lexical change? / B. Malory // *Med Humanit.* - 2022 Dec. – Vol. 48(4). – P. 489-496.

174. Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Department of Gender, Women and Health Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health World Health Organization. – 2001. – URL: http://www.who.int/entity/genderother_healthmanageofpre-gnan.pdf

175. Naert, M.N. Stratified risk of pregnancy loss for women with a viable singleton pregnancy in the first trimester / M.N. Naert, H. Khadraoui, A. Muniz Rodriguez, N.S. Fox et al. // *J Matern Fetal Neonatal Med.* - 2022 Dec. – Vol. 35(23). – P. 4491-4495.

176. Nothnick, W.B. MicroRNAs and Progesterone Receptor Signaling in Endometriosis Pathophysiology / W.B. Nothnick // *Cells*. - 2022 Mar 24. – Vol. 11(7). – P. 1096.
177. Ozgen, L. Are women diagnosed with early pregnancy loss at risk for anxiety, depression, and perinatal grief? / L. Ozgen, G. Ozgen, D. Simsek et al. // *Saudi Med J*. - 2022 Sep. – Vol. 43(9). – P. 1046-1050.
178. Pape, J. Early pregnancy complications after frozen-thawed embryo transfer in different cycle regimens: A retrospective cohort study / J. Pape, J. Levy, von M. Wolff // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. - 2022 Dec. – Vol. 279. – P. 102-106.
179. Patterson, K.A. Socio-demographic associations with pregnancy loss among Bakiga and Indigenous Batwa women in Southwestern Uganda / K.A. Patterson, S. Yang, J. Sargeant et al. // *Sex Reprod Healthc*. - 2022 Jun. – Vol. 32. – P. 100700.
180. Perez, N. Systematic review and meta-analysis of research on genetic associations in idiopathic recurrent spontaneous abortions / N. Perez, S. Ostojik, M. Kapovits // *Obstetrics and gynecology: news, opinions, training*. – 2018. – Vol. 2. - P. 18–31.
181. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion // *FertilSteril*. 2013. – Vol. 99 (1). – P. 63.
182. Qiao, L. A fetal fraction enrichment method reduces false negatives and increases test success rate of fetal chromosome aneuploidy detection in early pregnancy loss / L. Qiao, B. Zhang, X. Wu et al. // *J Transl Med*. 2022 Aug 2. – Vol. 20(1). – P. 345.
183. Qin, X.Y. Insight of Autophagy in Spontaneous Miscarriage / Qin X.Y., Shen H.H., Zhou W.J. et al. // *Int J Biol Sci*. - 2022 Jan 1. – Vol. 18(3). – P. 1150-1170.
184. Radzinsky, V. Pregravid preparation: clinical Protocol / V. Radzinsky. - M.: StatusPraesens, 2016. - 80 p.
185. Regassa, L.D. Trends and determinants of pregnancy loss in eastern Ethiopia from 2008 to 2019: analysis of health and demographic surveillance data /

L.D. Regassa, A. Tola, G. Daraje, M. Dheresa // BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Aug 31. – Vol. 22(1). – P. 671.

186. Roe, A.H. Utility and Limitations of Human Chorionic Gonadotropin Levels for Remote Follow-up After Medical Management of Early Pregnancy Loss / A.H. Roe, A. Abernathy, A.N. Flynn et al. // Obstet Gynecol. - 2022 Jun 1. – Vol. 139(6). – P. 1149-1151.

187. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011) The Investigation and Treatment of Couples with Recurrent First-trimester and Secondtrimester Miscarriage. Green-top Guideline. – 2011. - № 17. – URL: http://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_17pdf

188. Schliep, K.C. Prospectively assessed perceived stress associated with early pregnancy losses among women with history of pregnancy loss / K.C. Schliep, S.N. Hinkle, K. Kim et al. // Hum Reprod. - 2022 Sep 30. – Vol. 37(10). – P. 2264-2274.

189. Shaker, M. First Trimester Miscarriage / M. Shaker, A. Smith // Obstet Gynecol Clin North Am. - 2022 Sep. – Vol. 49(3). – P. 623-635.

190. Sheng, Y.R. An imbalance of the IL-33/ST2-AXL-efferocytosis axis induces pregnancy loss through metabolic reprogramming of decidual macrophages / Y.R. Sheng, W.T. Hu, H.H. Shen et al. // Cell Mol Life Sci. - 2022 Mar 4. – Vol. 79(3). – P. 173.

191. Sidelnikova, V. Miscarriage of pregnancy: a Guide for practicing doctors / V. Sidelnikova, G. Sukhoi. - M.: LLC "Med. inform. AG-vo", 2010. - 536 p.

192. Sonalkar, S. Implementation of an HIV Pre-exposure Prophylaxis Strategy Into Abortion and Early Pregnancy Loss Care / S. Sonalkar, A. McAllister, C. Kete et al. // J Acquir Immune Defic Syndr. - 2022 Jul 1. – Vol. 90(S1). – P. S129-S133.

193. Strumpf, E.C. The effects of early pregnancy loss on health outcomes and health care utilization and costs / E.C. Strumpf, N. Austin, A. Lang et al. // Health Serv Res. - 2022 Aug. – Vol. 57(4). – P. 786-795.

194. Tikhomirova, S. Analysis of fetal karyotype abnormalities in non-developing pregnancy that occurred naturally / S. Tikhomirova // Bulletin of the

Ivanovo medical Academy. 2015. - Vol. 20. - № 2. - P. 34–39.

195. Timin, O. Lectures in General Chemistry / O. Timin. - Tomsk: Siberian state medical University, Department of Biochemistry and Molecular biology, 2018. -354 p.

196. Tur-Torres, M.H. Genetics of recurrent miscarriage and fetal loss / M.H. Tur-Torres, C. Garrido-Gimenez, J. Alijotas-Reig // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2017. - № 42. - URL: <https://www.pubfacts.com/detail/28412101/Genetics-of-recurrent-miscarriage-and-fetal-loss>.

197. Velázquez Hernández, D.M. The role of progesterone receptor membrane component (PGRMC) in the endometrium / D.M. Velázquez Hernández, E.R. Vázquez-Martínez, I. Camacho-Arroyo // Steroids. - 2022 Aug. – Vol. 184. – P. 109040.

198. Wang, L. Independent value of serum β -human chorionic gonadotropin in predicting early pregnancy loss risks in IVF/ICSI cycles / L. Wang, Y. Jiang, H. Shen et al. // Front Immunol. - 2022 Sep 29. – Vol. 13. – P. 992121.

199. Wang, L. Risk factors related to early pregnancy loss in fresh IVF/ICSI: An analysis of 954 embryo transfer cycles / L. Wang, L. Wang, X. Yang et al. // Medicine (Baltimore). - 2022 Aug 26. – Vol. 101(34). – P. e30166.

200. Wang, M. Incidence and risk factors for early pregnancy loss in women with first pregnancy undergoing in vitro fertilization-embryo transfer / M. Wang, X. Yang, L. Li et al. // BMC Pregnancy Childbirth. - 2022 Jul 19. – Vol. 22(1). – P. 575.

201. Whittaker, L. Manual Uterine Aspiration in the Emergency Department as a First-Line Therapy for Early Pregnancy Loss: A Single-Centre Retrospective Study / L. Whittaker, H. Pymar, X.Q. Liu // J Obstet Gynaecol Can. - 2022 Jun. – Vol. 44(6). – P. 644-649.

202. Wu, T. Molecular cytogenetic analysis of early spontaneous abortions conceived from varying assisted reproductive technology procedures / T. Wu, B. Yin, Y. Zhu et al. // Mol Cytogenet. – 2016. -. – Vol. 9. - URL: <https://www.pubfacts.com/detail/27752285/>

203. Zhang, L.M. Comparison of the etiological constitution of two and three or more recurrent miscarriage / L.M. Zhang, Y.N. Yang, R.X. Zhang et al. //

Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. — 2018. — Vol. 53. — №12. — P. 855–859.

204. Zhang, Y. Exporting Proteins Associated with Senescence Repair via Extracellular Vesicles May Be Associated with Early Pregnancy Loss / Y. Zhang, Y. Tang, X. Sun et al. // Cells. - 2022 Sep 6. – Vol. 11(18). – P. 2772.

205. Zhu, D. Inhibition of HMGB1 Ameliorates the Maternal-Fetal Interface Destruction in Unexplained Recurrent Spontaneous Abortion by Suppressing Pyroptosis Activation / D. Zhu, H. Zou, J. Liu et al. // Front Immunol. - 2021 Dec 23. – Vol. 12. – P. 782792.

АНКЕТА

Уважаемые женщины!

Настоящее исследование проводится с целью совершенствования акушерско-гинекологической помощи. Выберите подходящие для Вас варианты ответа, обозначьте их любым значком или впишите.

Нам очень важно Ваше участие в исследовании!

1. Укажите свой возраст: _____ полных лет.
2. Какое у Вас образование
 - среднее общее
 - среднее специальное
 - высшее
3. Работаете или нет
 - работаю официально
 - работаю без официального трудоустройства
 - домохозяйка
 - иное (указать) _____
4. Кем работаете? (указать) _____
5. Связана ли (или была раньше связана) Ваша работа с тяжелым физическим трудом?
 - да
 - нет
6. Связана ли (или была раньше связана) Ваша работа с высокими нервно-психическими нагрузками?
 - да
 - нет
7. Контактируете ли (или контактировали) с профессиональными вредностями?
 - да
 - нет
8. Если да, то напишите с какими? _____
9. Стаж работы в этих условиях _____ лет.
10. Ваше семейное положение
 - состоите в официальном браке
 - состоите в гражданском браке

- разведены
- вдова
- никогда не состояли в браке

11. С кем Вы проживаете?

- одна
- с мужем
- вместе с детьми
- с мужем и детьми
- с иными членами семьи

12. Отношения в семье

- хорошие
- скорее хорошие, чем плохие
- скорее плохие, чем хорошие
- плохие

13. Доход на одного члена семьи (указать) _____ рублей.

14. Куда Вы обычно обращаетесь за гинекологической помощью?

- на ФАП
- к гинекологу участковой больницы
- к гинекологу ЦРБ
- не наблюдаюсь

15. Находились ли Вы на учете по поводу данной беременности?

- да
- нет

16. Курите ли Вы?

- да
- нет
- курила, но бросила

17. Употребляете ли алкоголь?

- несколько раз в неделю
- 1-2 раза в месяц
- не употребляю

18. В каком возрасте у Вас начались менструации? _____ лет.

19. Были ли нарушения менструальной функции?

- задержки менструации
- обильные менструации
- болезненные менструации
- не было

другое (указать) _____

20. Сколько всего у Вас было беременностей? _____

21. Укажите чем закончилась каждая беременность? (роды, аборт, выкидыш, внематочная беременность, неразвивающаяся беременность и др.)

1 -я беременность - _____ 2-я _____ 3-я _____
4-я _____ 5-я _____ 6-я _____ 7-я _____

22. Были ли осложнения во время беременностей?

- да
 нет

23. Если _____ да, _____ то _____ какие?
(указать) _____

24. Были ли осложнения родов и послеродового периода?

- да
 нет

25. Если да, то какие?

- кровотечения
воспалительные осложнения
травматические повреждения родового пути
другое

(указать) _____

26. Были ли осложнения после абортов?

- нет
 повторная операция
 кровотечение
 воспалительные процессы
 другое

(указать) _____

27. Были ли осложнения после выкидышей?

- нет
 повторная операция
 кровотечение
 воспалительные процессы
 другое (указать) _____

28. Планировали ли Вы рождение ребенка?

- Да
- нет

29. Лечились ли Вы от бесплодия?

- да
- нет

30. Лечились ли Вы от невынашивания беременности?

- да
- нет

31. Удовлетворены ли Вы медицинской помощью в стационаре в целом?

- да
- нет

32. Если нет, опишите что конкретно не удовлетворило в оказанной помощи _____

33. Получали ли Вы консультацию психолога?

- да
- нет
- отказалась
- не назначали

34. Насколько Вы удовлетворены оказанной помощью врача акушера-гинеколога?

- да, полностью удовлетворена
- скорее удовлетворена, чем нет
- скорее не удовлетворена
- не удовлетворена

35. Оцените уровень комфорта в стационаре по 5-балльной шкале - _____ баллов.

36. Чувствовали ли Вы эмоциональное участие со стороны медицинского персонала?

- да
- нет

37. Чувствовали ли Вы эмоциональную поддержку со стороны своих близких?

- да
- нет

38. Ваши дальнейшие репродуктивные планы:
- буду выполнять все назначения врача, чтобы стать счастливой матерью
 - это была последняя попытка родить ребенка
 - не определилась - у меня в запасе еще много времени
 - буду собирать документы на усыновление или ЭКО
 - отпущу ситуацию - пусть будет, как будет

39. Чья поддержка Вам сейчас наиболее необходима?
- мужа и родственников
 - близких друзей и подруг
 - медицинского работника - специалиста, который будет заботиться о моем репродуктивном здоровье в последующем

40. В какой информации Вы нуждаетесь?
- по предупреждению нежеланной беременности
 - по средствам контрацепции
 - по профилактике онкологических заболеваний
 - о гармонии в интимных отношениях
 - о подготовке к следующей беременности
 - о возможности получить квалифицированную психологическую помощь
 - другое (указать) _____

41. В какую медицинскую организацию планируете обратиться после выписки?
- в женскую консультацию по месту жительства
 - к врачу-гинекологу в своей поликлинике
 - в коммерческий медицинский центр
 - хотела бы контактировать с врачом больницы
 - никуда, не считаю это необходимым

42. Поделитесь своим мнением, нуждается ли женщина после потери беременности в дополнительном медицинском наблюдении?
- да, необходимо индивидуальное наблюдение медицинским работником
 - нет, достаточно обычного наблюдения в женской консультации
 - затрудняюсь ответить

СПАСИБО!

АНКЕТА ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Уважаемые коллеги!

Настоящее исследование проводится с целью изучения мнения врачей о медицинской помощи женщинам при ранней потере беременности

1. Укажите свой возраст: _____ полных лет.

2. Укажите Ваш пол:
 - Мужской
 - Женский

3. Ваше основное место работы?
 - Гинекологическое отделение больницы
 - Женская консультация

4. Финансовая структура Вашей медицинской организации?
 - Бюджетная
 - Коммерческая

5. Местонахождение Вашей медицинской организации?
 - Город
 - Село

6. Ваша должность?
 - Врач ординатор
 - Заведующий отделением
 - Главный врач

7. Общий стаж работы?
 - До 10 лет
 - От 10 до 20 лет
 - От 20 до 30 лет
 - От 30 до 40 лет
 - Свыше 40

8. Стаж работы по специальности?
 - До 10 лет
 - От 10 до 20 лет
 - От 20 до 30 лет
 - От 30 до 40 лет
 - Свыше 40

9. Какую квалификационную категорию или ученую степень имеете в настоящее время?

- Не имею категории
- Вторую категорию
- Первую категорию
- Высшую категорию
- Не имею ученой степени
- Являюсь кандидатом медицинских наук

10. Имеется ли в Вашем регионе Центр охраны семьи и репродукции?

- Да
- Нет

11. Проходили ли Вы какое-либо обучение (курсы, конференции, семинары) по вопросам реабилитации после ранних потерь беременности? Если да, то когда было последнее обучение?

- Не обучалась по данной теме
- Прошла обучение в этом году
- Прошла обучение больше 1 года назад
- Не обучалась по данной теме в течение 5 лет

12. Считаете ли Вы необходимым дополнительное обучение по вопросам реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей?

- Да, дополнительное обучение необходимо
- Нет, достаточно использовать клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи
- Затрудняюсь ответить

13. Как Вы считаете, нуждаются ли женщины с ранней репродуктивной потерей в дополнительном мониторинге состояния здоровья и реабилитации?

- Да
- Скорее да, чем нет
- Скорее нет, чем да
- Нет

14. Всегда ли Вы проводите реабилитацию женщин после ранней репродуктивной потери?

- Да, реабилитация очень важна в данном случае
- Скорее да, чем нет
- Скорее нет, чем да
- Нет

15. Оцените уровень преемственности между амбулаторным и стационарным звеном при оказании помощи женщинам с ранней репродуктивной потерей по

5 балльной шкале _____

16. Используете ли Вы какой-либо алгоритм реабилитации женщин при ранней репродуктивной потере?

- Да
- Скорее да, чем нет
- Скорее нет, чем да
- Нет

17. Существуют ли условия в Вашей медицинской организации для проведения реабилитации женщинам с ранней репродуктивной потерей?

- Да
- Скорее да, чем нет
- Скорее нет, чем да
- Нет

18. Как часто Вы назначаете консультацию психолога женщинам с ранней репродуктивной потерей?

- Всегда
- Часто
- Редко
- Никогда

19. Как Вы считаете, в каких условиях целесообразно проводить реабилитацию женщин после ранней репродуктивной потери?

- Стационар
- Дневной стационар
- Амбулаторно
- Затрудняюсь ответить

20. По Вашему мнению, достаточно ли информированы пациентки о необходимости реабилитации после ранней репродуктивной потери?

- Достаточно
- Недостаточно
- Неинформированы
- Затрудняюсь ответить

21. Оцените по 5-ти балльной шкале степень мотивации пациенток на проведение реабилитации после ранней репродуктивной потери? _____ баллов

22. По Вашему мнению, предотвратимы ли ранние репродуктивные потери?

- Предотвратимы
- Условно предотвратимы
- Непредотвратимы
- Затрудняюсь ответить

СПАСИБО!