Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Кабочкин Андрей Александрович

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,

профессор О.Е.Коновалов

Рязань - 2014

Оглавление:

ВВЕДЕНИЕ……4

ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В РОССИИ (обзор литературы)…… 9

1.1. Состояние здоровья женщин репродуктивного возраста 10

1.2. Медико-социальные аспекты абортов и современного контрацептивного поведения женщин..... 22

1.3. Организация и оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам 29

ГЛАВА 2. БАЗА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..... 37

2.1. Характеристика базы исследования……..37

2.2. Программа, объем и методы исследования……....42

ГЛАВА 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ……..……48

3.1. Демографическая и экологическая ситуация в г. Рязани и Рязанской области . ……..……..….48

3.2. Сравнительный анализ частоты и структуры осложнений беременности и родов у женщин, проживающих в г. Рязани и районах Рязанской области……51

ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕМРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖИТЕЛЬНИЦ г. РЯЗАНИ…… . 65

4.1. Медико-социальный «портрет» родильниц-жительниц г. Рязани….. 65

4.2. Характеристика осложнений беременности и родов по материалам выборочного исследования……...……77

ГЛАВА 5. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ И

РОДИЛЬНИЦАМ С ПОЗИЦИИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ И МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ.....85

5.1. Современное состояние и проблемы повышения эффективности диспансеризация беременных.....85

5.2. Мнение акушеров-гинекологов и неонатологов о предотвратимости перинатальной и материнской смертности 92

5.3. Оказание социально-психологической помощи беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях (на примере Центра «Семья» г.Рязани).....107

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 113

ВЫВОДЫ..... 121

ПРЕДЛОЖЕНИЯ 123

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 124

ПРИЛОЖЕНИЕ.....158

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В современных условиях проблема низкой рождаемости в стране усугубляется тем, что отмечается рост гинекологической и соматической патологии среди женщин репродуктивного возраста, частоты осложнений беременности и родов [Фролова О.Г., 2007; Широкова В.И., 2009; Васильева Т.П. и соавт., 2010].

Развитие акушерско-гинекологической помощи имеет свои особенности, отражающие современное состояние репродуктивного здоровья женщин, специфику диспансеризации беременных и родильниц, включая их обследование, динамическое наблюдение и лечение [Кича Д.И. и соавт., 2009; Растегаева И.Н., 2013].

В связи с этим, большую научно-практическую значимость имеют исследования, посвященные изучению медико-социальных аспектов репродуктивного здоровья женщин с учетом их медицинской активности, организации профилактики осложнений беременности, родов и послеродового периода, в том числе у жительниц крупных городов с развитой промышленностью [Мыльникова И.В., 2002; Бодрова С.А., 2004; Яковлева Т.В., Сорокина З.Х., 2011; Улумбекова Г.Э., 2011].

Весьма актуальной является разработка мероприятий по повышению качества и доступности медико-социальной помощи беременным и родильницам, включая находящихся в трудных жизненных ситуациях [Суханова Л.П., 2006; Гарбер Ю.Г. и соавт., 2008; Стародубов В.И. и соавт., 2009].

Всё вышеперечисленное определило цель и задачи настоящего исследования, которое проводилось в соответствии с планом НИР ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Росздрава» (№ государственной регистрации 012002 02320).

Цель исследования: разработка научно-обоснованного комплекса мероприятий по оптимизации медико-социальной помощи беременным,

роженицам и родильницам в крупном промышленном центре на основе изучения и оценки их здоровья и диспансерного наблюдения.

Задачи исследования:

а) получить медико-социальную характеристику акушерско-гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста, проживающих в условиях крупного промышленного центра - городе Рязани;

б) изучить медицинскую активность женщин и провести оценку диспансерной работы с беременными с позиций профилактики осложнений беременности и родов;

в) проанализировать мнение акушеров-гинекологов и неонатологов о предотвратимости перинатальных и материнских потерь в современных условиях;

г) научное обоснование и разработка комплекса мероприятий по профилактике осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также совершенствованию медико-социальной помощи беременным и родильницам, в том числе в кризисных ситуациях.

Научная новизна заключается в том, что:

а) впервые проанализированы особенности течения беременности, родов и послеродового периода у жительниц крупного промышленного центра с учетом медицинской активности и диспансерной работы с беременными;

б) получена оценка врачами акушерами-гинекологами и неонатологами таких определяющих возможность предотвращения перинатальных и материнских потерь направлений, как профилактика поведенческих факторов риска, своевременность диагностики и адекватность лечения;

в) предложен комплекс мероприятий по оптимизации медико-социальной помощи беременным и родильницам, включая создание специальных центров по оказанию социально-психологической,

психотерапевтической помощи и других видов поддержки лиц в кризисных ситуациях.

Научно-практическая значимость исследования заключается в том, что на основании проведенного исследования проанализированы уровень и структура осложнений беременности и родов у женщин, проживающих в условиях крупного промышленного центра. Получена комплексная оценка медицинской активности жительниц г. Рязани репродуктивного возраста и диспансерной работы с беременными. Изучено мнение акушеров-гинекологов о предотвратимости перинатальных и материнских потерь в современных условиях. Полученные в ходе исследования данные необходимо учитывать при выработке организационно-управленческих решений, направленных на совершенствование медико-социальной помощи беременным и родильницам, в том числе, находящимся в критических жизненных ситуациях. Выработанные предложения могут быть использованы на других территориях с учетом местных особенностей.

Внедрение результатов исследования в практику:

1. Рекомендации по совершенствованию организации и оказания лечебно-профилактической помощи беременным и родильницам используются в практической деятельности акушерско-гинекологической службы Рязанской области (письмо Министерства здравоохранения Рязанской области от 17.07.2014 г. № ЛТ/11-6534).
2. Предложения по совершенствованию организации и оказания медико-социальной помощи беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях внедрены в практику работы службы социальной защиты населения муниципальных образований Рязанской области.
3. Предложения по оптимизации диспансерного наблюдения беременных с учетом их медико-социальной характеристики и

медицинской активности внедрены в практику работы врачей акушеров-гинекологов женской консультации ГБУ РО «Городской клинический родильный дом № 2» (акт внедрения от 25 апреля 2014 г.).

4. Материалы диссертации использованы для подготовки и издания информационного письма «Медицинская активность и диспансерное наблюдение беременных» (Рязань, 2014).
5. Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедрах Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Тверской государственной медицинской академии, Нижегородской государственной медицинской академии, Российского университета дружбы народов.

Апробация результатов исследования.

Материалы диссертации были представлены, доложены и обсуждены на:

- Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых «Молодой организатор здравоохранения», посвященной памяти проф. В.К.Сологуба (Красноярск, 2012);
- 17-й Республиканской научно-практической конференции «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2013);
- III Международной научно-практической конференции «Достижения и перспективы естественных и технических наук» (Ставрополь, 2013);
- I-й межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Молодежь и медицинская наука» (Тверь, 2013);
- научной конференции, посвященной 50-летию кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН «Актуальные проблемы гигиены, общественного здоровья и здравоохранения» (М., 2014);

- на межкафедральной конференции Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Рязань 2014).

Личный вклад автора заключается в самостоятельном проведении аналитического обзора отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработке программы и плана исследования, в сборе информации , в разработке анкет и проведении социологического опроса, в статистической обработке и анализе материалов. Диссертантом сформулированы выводы и даны практические рекомендации по работе.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа изложена на 164 страницах машинописного текста, иллюстрирована 25 таблицами и 16 рисунками. Библиографический список включает 298 источников, из них 94 иностранных авторов.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В РОССИИ (обзор литературы)

Главной задачей здравоохранения является поиск путей для воспроизводства здорового поколения, которое непосредственно связано с беременностью женщины и деторождением. К концу XX века рождаемость в России достигла рекордно низкого уровня, что стало главной причиной депопуляции в России. Так, доля детей в возрасте до 18 лет сократилась с 27% до 21% от общей численности населения [135]. Сокращение рождаемости в России в 90-е годы произошло, несмотря на увеличение в структуре населения числа женщин репродуктивного возраста. При этом стали преобладать старшие возрастные группы женщин, имеющих недостаточный индекс здоровья [158, 169]. Кроме этого, резко возросла рождаемость в возрастной группе 15-19 лет, обеспечивая до 18% суммарной рождаемости [17, 50].

Особенностью снижения рождаемости в России является выраженное падение качества жизни и уровня здоровья наиболее уязвимого контингента населения: беременных женщин [18, 26, 31, 81, 158, 169, 173].

Улучшение условий жизни населения сопровождалось приростом числа рожденных детей на 1000 женщин репродуктивного возраста, начиная с 2000 г. Наибольший прирост интенсивности деторождения отмечен в 2002 г., что исследователи объясняют увеличением доли женщин детородного возраста, а также с «запоздалой реализацией отложенных в трудные годы рождений». Однако, предполагается, что фактор «отложенных рождений» уже в ближайшие годы себя исчерпает [53].

Репродуктивное здоровье женщин имеет высокую демографическую значимость, так как рождающееся потомство определяет здоровье популяции в целом, и социальную обусловленность - зависимость внутриутробного и раннего постнатального развития ребенка от качества жизни и состояния

здоровья матери, обеспечивающей благополучие младенца после рождения [15, 71, 108, 160, 178, 203, 240, 273].

Снижение уровня репродуктивного здоровья сопровождается снижением доли трудоспособной части населения, что подрывает потенциальную возможность роста экономического потенциала страны и отрицательно сказывается на производстве валового внутреннего продукта, снижает уровень стратегической безопасности страны [41, 49, 198].

1.1. Состояние здоровья женщин репродуктивного возраста

По данным официальной статистики [52], в России начиная с 1992 г. наблюдается значительный рост заболеваемости беременных женщин. Частота соматической и акушерской патологии, в последние годы достигает 79% [113]. При этом имеет место рост анемий беременных, дисфункций щитовидной железы, патологии почек, заболеваний системы кровообращения [26].

По данным популяционного исследования с использованием автоматизированного мониторинга беременных (2008-2010 гг.) первая группа здоровья имелась у 13,1%, вторая - у 53,4% и третья - у 33,5%, низкая степень риска перинатальной смертности - у 24,3% женщины, средняя - у 57,1% и остальных – высокая [88].

Интенсивный рост всех форм экстрагенитальной патологии беременных (болезней системы кровообращения, мочеполовой системы, эндокринной патологии и др.) является важнейшим фактором, обусловливающим нарушение здоровья рождающихся детей [30, 71, 128, 244].

Проблема анемии беременных в последнее десятилетие приобрела особую актуальность, так как ее уровень в России выше, чем в развитых странах в 2,5 раза и в некоторых регионах достигает 70%. Анемия

беременных способствует развитию различныхтяжелых осложнений у женщины - нарушение иммунного статуса, развитие инфекционных процессов у беременной и обострение имеющихся хронических инфекций, слабость родовой деятельности [162].

Серьезной проблемой в современной России являются йоддефицитные состояния, поскольку тиреоидный статус значительной степени обеспечивает репродуктивную функцию женщины. Установлено, что нарушение функции щитовидной железы сопровождается бесплодием, невынашиванием, неразвивающейся беременностью, плацентарной недостаточностью, развитием тяжелых гестозов, гипотрофии и аномалий развития плода [165].

Ухудшение соматического здоровья женщин сопровождалось ростом акушерской патологии. Имеет место увеличение частоты невынашивания беременности, внутриутробного инфицирования, плацентарной недостаточности. Продолжается рост частоты и тяжести гестоза, увеличение его доли в структуре материнской смертности, сокращение числа нормальных родов [66, 75, 76, 87, 145-147, 181, 183-185].

За период 2000-2009 годов высокими темпами росла гинекологическая заболеваемость. Так, частота заболеваний эндометриозом выросла на 65 %. Вызывает тревогу рост частоты эктопии шейки матки (за тот же период, на 7 %). Крайне неблагоприятен для здоровья женщин высокий уровень заболеваемости хроническими кольпитами, доля которых несопоставимо высока в сравнении с другой гинекологической патологией [150].

Наличие соматической патологии предрасполагает к развитию позднего токсикоза. Поэтому рост частоты гестоза, особенно его тяжелых форм - преэклампсии и эклампсии - считается закономерным. Тяжелые формы гестоза являются одной из основных причин критических состояний в акушерстве [145, 147].

Актуальной остается проблема невынашивания беременности в связи с ее неблагоприятным влиянием на уровень рождаемости и состояние здоровья потомства. Каждая пятая беременность в России заканчивается

самопроизвольным выкидышем или преждевременными родами и около 2% беременных страдают привычным выкидышем [75,76, 140, 146, 147, 182].

По другим оценкам, частота невынашивания беременности составляет 10-25%. Повышению частоты выкидышей способствуют раннее начало половой жизни, увеличение числа беременностей среди девочек-подростков и женщин позднего репродуктивного возраста, широкое распространение инфекций, передаваемых половым путем [125, 146, 147].

Необходимо отметить, что до настоящего времени не решен вопрос с индивидуальным прогнозированием риска невынашивания беременности на различных сроках. Недостаточно внимания уделяется профилактике самопроизвольных абортов с учетом определяемых факторов риска. Кроме того, требуют уточнения схемы предгравидарной подготовки женщин, планирующих беременность, а также ведения беременных с различной степенью риска самопроизвольного аборта. Эти обстоятельства подчеркивают актуальность проблемы и требуют проведения комплексного медико-социального исследования невынашивания беременности с научным обоснованием мер по профилактике и оптимизации специализированной медицинской помощи женщинам [95].

Среди причин невынашивания беременности называются острые и хронические инфекционные заболевания, эндокринные расстройства, тяжелые формы гестоза, патология плаценты, истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, генетическая и хромосомная патология плода [202]. В настоящее время большое внимание уделяется внутриутробной инфекции как причине невынашивания беременности. Так, носительство различной инфекции выявляется у 52% женщин с антенатальной мертворождаемостью.

По данным литературы, послеродовые инфекционные болезни представляют важную проблему в акушерстве и занимают одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности. Частота гнойно-септических осложнений послеродового периода достигает 25%. Тяжелые и

генерализованные формы септических осложнений, в том числе септического шока, развиваются в 3-15% случаев инфекционных осложнений пуэрперия [77, 142, 145]. Доказана роль инфекции в нарушении такой репродуктивной функции женщины как бесплодие [74, 249].

По официальным данным, в Российской Федерации последние годы уровень материнской смертности значительно снизился [52]. В 1995 г. материнская смертность составляла 53,3 на 100 000 родившихся живыми (без учета поздней материнской смертности), в 2010 – 16,5, и ее уровень стал приближаться к среднеевропейскому показателю (15,6 на 100 000 живорожденных), но еще далек от средних показателей в западной и северной Европе (10,0 или ниже) [45].

Основную долю в структуре материнской смертности по-прежнему занимает смерть во время беременности с 28 недель гестации, рожениц и родильниц - 71,6%. На втором месте находится смерть после прерывания беременности в сроке до 28 недель (после аборта) - 18,8%, на третьем месте - смерть беременных в сроке до 28 недель гестации - 6,2%, на четвертом месте - смерть после внематочной беременности - 3,4% [45].

Анализ показал, что в субъектах с высоким уровнем материнской смертности основными ее причинами были кровотечение, преэклампсия, септические осложнения, с низким уровнем – экстрагенитальные заболевания [148, 180, 196].

По мнению многих авторов, материнская смертность может служить критерием оценки качества родовспоможения, деятельности акушерско-гинекологических учреждений и эффективности системы здравоохранения в целом [23, 111, 165, 168, 180, 197, 216, 250, 262, 278].

Чрезвычайно актуальной является проблема материнской смертности от абортов (прежде всего внебольничных). Было показано, что для разработки мероприятий по их снижению необходим глубокий анализ социальных и медико-организационных причин материнских потерь [21].

При экспертной оценке факторов, обусловивших летальный исход, с установлением предотвратимости смерти установлено, что рациональная организация акушерско-гинекологической службы может оказывать решающее влияние на жизнь и здоровье женщины при исходе беременности [25, 103, 177, 286]. Анализ причин смерти и организации лечебного процесса у женщин, умерших от прерывания нежелательной беременности, свидетельствует о том, что большинство материнских потерь могли бы быть предотвращены при изменении подхода к выбору учреждения для прерывания беременности. Тенденция к увеличению доли беременных с экстрагенитальной и тяжелой акушерской патологией, а так же возрастающая частота прерывания беременности на поздних сроках показывают необходимость поступления беременных группы высокого риска в стационар только соответствующего профиля [134, 176].

По мнению многих исследователей, высокий уровень материнских потерь от внебольничного вмешательства диктует необходимость тщательного изучения причин и резервов их снижения. В качестве основного такого резерва считают внедрение современных доступных средств контрацепции. Актуальной задачей акушерско-гинекологической службы продолжают оставаться обеспечение безопасной квалифицированной медицинской помощи при производстве искусственного аборта и проведение своевременных эффективных мероприятий при поступлении в стационар женщины с внебольничным абортом [140, 179].

Кроме медицинских факторов, оказывающих существенное влияние на уровень материнских потерь вследствие аборта, представляет интерес анализ различных социальных аспектов. При исследовании была выявлена особая группа риска неблагополучного исхода аборта – это сельские жительницы, в возрасте старше 35 лет, преимущественно неработающие, со сроком беременности свыше 12 недель и внебольничным вмешательством или после артифициального аборта в условиях сельской больницы.

Установлено, что две трети женщин, умерших от абортов, не обращались к врачу по поводу настоящей беременности, причем большинство из них погибли от внебольничных абортов [201].

Проведенные исследования свидетельствуют о социальных причинах данного явления, обусловленного уровнем образования и медицинской культуры населения, о высоком риске в половине случаев прерывания беременности на поздних сроках. Женщины, умершие от абортов, в большинстве своем относятся к особой социальной группе, которая требует пристального внимания не только медицинских, но и социальных служб. Следует отметить, что более 7% женщин умирают в связи с внебольничным абортом на дому. Оценка организации экстренной помощи в случаях смерти в результате абортов показала, что при внебольничных абортах смерть была предотвратима в каждом пятом случае при условии оказания немедленной высоко квалифицированной помощи [145].

Ретроспективные исследования, проведенные среди умерших от осложнений абортов в целом по России и в группе женщин, выживших при осложнениях внебольничных абортов, показали значительную роль при этом социальных факторов. Это подтвердило необходимость проведения профилактической и информационной работы по предупреждению нежелательной беременности не только на базе центров планирования семьи, женской консультации, но еще шире на участках педиатров и терапевтов, а также социальных работников [134].

Для оценки динамики репродуктивного процесса, наряду с показателями материнской смертности, важен анализ уровня и структуры абортов, характеризующих тенденции репродуктивного поведения женщин (искусственные аборты по желанию женщины), во-вторых, состояние здоровья женской популяции (число беременностей, прервавшихся спонтанно, и прерванных по вынужденным показаниям) [73].

По единодушному мнению отечественных акушеров и гинекологов, существующие в настоящее время технологии родовспоможения,

выхаживания, лечения и реабилитации не позволяют прогнозировать снижение частоты внутриутробной и перинатальной инфекции. Регулярное возникновение вспышек инфекций новорожденных в родильных домах, несмотря на- снижение' рождаемости, и двукратное уменьшение нагрузки на родильные стационары, подчеркивают неэффективность и малую результативность прежних превентивных технологий и диктуют необходимость развития новых профилактических мероприятий [101, 145].

Неуклонно растет частота осложненных родов и соответственно сокращается число физиологических родов, на долю которых приходится чуть более 30%. В структуре осложнений в родах аномалии родовой деятельности составляют 10-12%, а у женщин группы высокого риска, особенно у больных с соматическими заболеваниями, достигают 16% [145, 184].

Установлена связь увеличения частоты кровотечений в родах, обусловленных отслойкой и предлежанием плаценты, с ростом воспалительных заболеваний гениталий, недостаточной подготовкой к родам, отсутствием соответствующей реабилитации после абортов [28, 64, 70, 130, 145].

По данным многолетнего автоматизированного мониторинга беременных женщин Ивановской области, осложненное течение беременности имело место у 78,6% беременных с гинекологическими заболеваниями, и у 54% - без них. Частота осложненного течения беременности у женщин, не болевших в предшествующем году острыми заболеваниями, составляла 50,8%, у болевших с кратностью 4 и более раз – 77,8%, с повышенной массой тела – 74,2%, с дефицитом – 66,4%, с вредными привычками достигала 75%. Осложненное течение родов в виде аномалий родовой деятельности, преждевременного разрыва плодных оболочек, кровотечений наблюдалось чаще у женщин, имевших возникшую или обострившуюся во время беременности экстрагенитальную патологию, дефицит или избыток массы тела [88].

События, обуславливающие начало половой жизни и возраст, в котором они происходят, являются важными факторами, определяющими репродуктивное здоровье [40, 48, 112, 217, 246]. Поэтому очевидна значимость решения проблем связанных с охраной репродуктивного здоровья подростков и их сексуальным образованием [115, 221, 226, 233, 260, 247].

Раннее начало половой жизни, плохая информированность о методах контрацепции и недостаточное их использование увеличивают риск наступления нежеланной беременности [92, 96] и приводят к росту числа искусственных абортов [42, 136, 276]. Изучение репродуктивного анамнеза сексуально активных подростков показало, что беременность имела каждая третья девушка, живущая половой жизнью, при этом наиболее частым исходом беременности являлся аборт [144, 149 208, 228, 234].

Среди женщин, госпитализируемых с осложнениями после искусственного прерывания беременности, подростки и молодые женщины до 20 лет составляют свыше половины [1, 144 269]. Искусственное прерывание в поздние сроки распространено в данной возрастной категории и часто имеет самые печальные последствия [274, 287]. Около 60% девушек-подростков после первого аборта имели осложнения, в структуре которых 60% составляли нарушения менструального цикла, 27% воспалительные заболевания матки и придатков [29]. По данным других авторов, частота воспалительных осложнений и различных нарушений менструальной функции после аборта колеблется от 15 до 60% в зависимости от длительности катамнеза [248, 253, 270].

Изучается психическое здоровье беременных. Рассмотрены исторические парадигмы психоаналитических взглядов на беременность, определены основные факторы, влияющие на формирование психического статуса беременных. Описана клиническая динамика донозологических состояний, невротических, тревожных и панических расстройств. Проанализировано влияние основной акушерской патологии (гестозов,

невынашивания беременности) на психический статус женщин [128].

В настоящее время особое внимание обращается на изучение факторов риска репродуктивных нарушений. Оцениваются социально-гигиенические условия (материальные и бытовые условия, характер питания, условия труда, общественно-профессиональная группа), медико-демографические (возраст женщины, репродуктивный анамнез, незарегистрированный брак и др.) и социально-психологическим (психосоциальные взаимоотношения в семье и нездоровый морально-психологический микроклимат на работе) факторы [41, 87, 95, 170, 280 285].

Проблема совершенствования медико-социальной помощи беременным женщинам на фоне низкой рождаемости и высокого уровня осложнений беременности и родов требует внедрения в практическое акушерство новых медицинских знаний и технологий, что, в свою очередь, обусловливает необходимость поиска новых критериев для оценки состояния здоровья беременных женщин, которые бы адекватно отражали ее состояние физического, психологического и социального функционирования во время беременности. Таким критерием может стать оценка уровня качества жизни, которая в сочетании с объективными данными обеспечит комплексный медико-социальный подход к оценке состояния здоровья беременной женщины и может быть использован для совершенствования медицинской помощи данному контингенту населения [58].

Для улучшения качества перинатальных услуг рекомендуется учитывать потребительский фактор как социальный компонент его ресурсообеспечения, количественная оценка которого может быть получена на основе определения личного потенциала беременных. Данная методика позволяет получить количественную интегральную оценку качественных характеристик потребителя медицинских услуг, в частности, беременных женщин как потребителей перинатальных услуг. Предложено использование семи компонентов (медико-биологического, культурного, саморазвития, поведенческого, психологического, социального, информационного) и

комплекс формул для получения их количественной оценки, а также для получения сводной оценки. Проведенное социально-гигиеническое исследование (756 женщин) показало, что оценка личного потенциала беременных имеет социальную значимость, так как выявлена прямая зависимость уровня удовлетворенности беременных перинатальными услугами от уровня их личного потенциала, а также имеет медицинскую значимость, так как выявлена прямая зависимость результативности перинатальных услуг от уровня личного потенциала беременных [88].

По мнению исследователей, показателями отношения женщин к собственному репродуктивному здоровью являются частота и причины посещения гинеколога, методы контрацепции и формы заботы о репродуктивном здоровье [4, 23].

Установлено, что довольно часто женщины обращались к гинекологу 2-3 раза в год (33,5%), 28,5% из них делали это один раз в год и примерно равное число женщин посещали гинеколога «менее одного раза» (17,3%) и «четыре и более раз» (16,3%). Большинство женщин обращались к гинекологу в профилактических целях (66,5%), реже для лечения различных заболеваний (22,2%), остальные 11,3% в качестве причины посещения гинеколога указали необходимость прохождения медицинского осмотра, связанного с профессиональной деятельностью, «для того, чтобы подобрать способ контрацепции», «нарушение менструального цикла» и др. Однако значимость медицинского наблюдения в целом была менее значимой по сравнению с другими способами заботы женщин о своем репродуктивном здоровье до беременности. Основными практиками заботы о своем здоровье признавались повседневные мероприятия, которые осуществляли сами женщины: соблюдение личной гигиены (22,3%), бережное отношение к состоянию репродуктивных органов – 16,1%, умеренность в употреблении или отказ от употребления алкоголя и наркотических средств (18,5% и 19,4% соответственно), воздержание от использования медицинских препаратов без назначения врача (12,8%).

Ответственное отношение к состоянию своего репродуктивного здоровья проявлялось в их отношении к своей беременности и родам [156]. Для подавляющего большинства опрошенных женщин беременность являлась ожидаемой и желанной (71,5%), т.е. можно говорить о том, что женщины ее планировали и ответственно относились к ее протеканию (состоянию своего здоровья, поиска необходимой информации о беременности и родах, выбору места, где они хотели бы рожать, врача и пр.).

Ответственное материнство предполагает достаточно большую степень информированности и знаний о специфике беременности и родов, которые женщина может получить из специализированной литературы, а также, посещая курсы подготовки к родам. Однако участие в специализированных курсах по подготовке к родам приняли лишь 25,7% опрошенных женщин, т.е. участие в такой институционально организованной форме получения необходимого знания является не столь распространенным, как можно было бы ожидать. Большинство женщин были достаточно активны в поиске необходимой информации, которая может быть им полезной для сознательного отношения к беременности и родам, они предпочитали обращаться к нескольким источникам информации, выбирая для себя наиболее интересные и доступные.

Для реализации ответственного материнства также важна позиция женщин при выборе того места, где она планирует рожать. Обычно выбор осуществляется на основе полученного ранее знания о существующих паттернах родов, о тех возможностях и условиях проведения родов, которые предоставляет тот или иной тип медицинского учреждения. После того, как респондентки узнавали о своей беременности, за медицинской помощью большинство из них обратились в женскую консультацию (66,3%), 16,5% в платную клинику, к знакомому врачу/акушерке - 12% респонденток. Предпочтения женщин относительно места родов распределялись следующим образом: 42,3% опрошенных в государственном роддоме; 24,4% в крупном частном, технически оснащенном центре; 23,1% в частной

клинике с уютной обстановкой и максимально щадящим подходом; 4,4% дома с участием врача, акушерки; 1,6% дома с участием родных и близких. Эти данные показывают, что большинство женщин все же отдает предпочтение специализированным медицинским учреждениям, как государственным, так и частным, а роды дома являются менее привлекательными [156].

При непосредственном выборе родильного дома женщины руководствовались следующими критериями: техническая оснащенность роддома (26,2% из всех множественных выборов); положительные рекомендации рожавших женщин (25,5%); комфортная психологическая обстановка в роддоме (22,3%); положительные рекомендации знакомых врачей (15,5%); близость к дому (7,6%); другое (2,8%). В качестве других мотивов выбора родовспомогательного учреждения были перечислены следующие: рекомендации знакомых акушерок; положительный опыт предыдущих родов самой женщины, в случае рождения второго или третьего ребенка; высокий уровень профессионализма медицинского персонала; доверие к врачу и акушерке. Важно отметить, что женщины также относились осознанно и к выбору медицинского персонала, который должен был присутствовать на родах. Большинство из них выбирали врача и акушерку на основе положительных рекомендаций рожавших женщин (34,6% множественных ответов); вторым по значимости критерием было личное знакомство и опыт положительного общения (24,7%), на третьем месте – то, что специалисты работают в том роддоме, который выбрала женщина для своих родов (11,5%).

Вместе с этим, роженицы оценивали работу акушерки, которая принимала у них роды, следующим образом: на «отлично» – 72,7% от числа всех ответивших на данный вопрос, «нормально» – 25%, «плохо» – 1,5%; работу врача, который контролировал роды – на «отлично» 68,9% от числа всех ответивших на данный вопрос, «нормально» – 26,3%, «плохо» – 2,7%. Полученные данные позволяли говорить о том, что в целом большинство

рожениц достаточно положительно оценивает работу врача и акушерки, принимающих у них роды [156].

Ответственное отношение к репродуктивному здоровью характеризуется тем, использует ли женщина контрацептивные средства и какие, а также наличие опыта абортов.

1.2. Медико-социальные аспекты аборта и современного контрацептивного поведения женщин

По данным ВОЗ, во всем мире количество случайной или нежелательной беременности составляет 87 млн. в год. Более половины женщин этой категории прибегают к искусственному аборту, 18 млн. делают это в небезопасных условиях, что представляет собой важнейшую проблему общественного здравоохранения [46].

В России аборт продолжает оставаться основным способом регуляции рождаемости несмотря на выраженные негативные последствия для здоровья женщин и качества потомства. В отличие от других стран мира в России не произошла так называемая контрацептивная революция - замещение аборта в структуре методов планирования семьи современными эффективными методами контрацепции [9, 61]. От общего числа наступивших беременностей аборты составляют 63-65% [32]. Частота абортов на 1000 женщин фертильного возраста в России существенно превышает аналогичный показатель в европейских странах [163, 256, 283]. О неблагоприятных тенденциях в репродуктивном поведении женщин России в 90-е годы и сохраняющейся высокой частоте абортов сообщают многие авторы [21, 50, 134].

В многоцелевом исследовании, проведенном Московским центром планирования семьи и репродукции, был выявлен высокий уровень распространенности аборта как средства выбора при планировании семьи: 52% женщин имели хотя бы один аборт в анамнезе, причем более чем у

половины из них в анамнезе было 2 и более случаев аборта [6].

Динамика исходов всех беременностей у российских женщин в течение последних лет характеризуется увеличением доли родов и соответственно снижением удельного веса абортов в структуре беременностей. В 2006 г. впервые в стране число родов на 3,6% превысило общее число зарегистрированных абортов*;* в отношении искусственных абортов (суммы медицинских легальных, неуточненных и криминальных) это превышение достигло 23,4% [44].

Следует отметить, что в последнее время наметились благоприятные тенденции репродуктивного поведения женщин. Так, общее число всех искусственных прерываний беременности в России за 16-летний период снизилось на 67% в отношении числа женщин фертильного возраста и на 56,4% в отношении числа родившихся детей. Значительно в меньшей степени снизилось число самопроизвольных абортов (соответственно на 44% и 12,9%) и абортов по медицинским показаниям (лишь на 28,7 и 5,1%). Авторы считают, что о динамике социальных абортов, число которых уменьшается, как известно, директивным методом (путем снижения показаний к ним), говорить не приходится [72]. Установлено увеличение доли абортов у первобеременных женщин [169].

В 2009 г. число абортов составляло 34,2 на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет [137]. По регионам России отмечается 14-кратный разброс показателя общей частоты аборта и 80-кратный в отношении числа медицинских легальных абортов, что объясняется как истинным различием частоты абортов в регионах, так и уровнем их недорегистрации [185].

К настоящему времени хорошо изучены причины предпочтения аборта рождению ребенка [200, 219, 282]. Как показывают многочисленные исследования, причинами абортов являются комплексы отрицательных социально-экономических, социально-гигиенических и социально-психологических факторов [21, 29, 44, 179, 200]. Среди них на первом месте находится выраженная в большинстве современных семей установка на

малодетность. Было установлено, что для большинства женщин (70-80%), сделавших аборт, наиболее характерной является установка на рождение 1-2 детей, которая практически не зависит от возраста, семейного положения и числа детей в семье. Второе и третье места среди причин выбора аборта занимают неблагоприятные отношения в семье и невозможность сочетания учебы с рождением и воспитанием ребенка, причем в молодых семьях эта причина при прерывании первой беременности - основная [9]. Высок удельный вес и других причин, таких, как маленький ребенок, многодетность, болезнь одного из супругов и др.

Так, по данным Московского центра планирования семьи и репродукции, в структуре основных причин абортов, указанных самими женщинами, были: наличие детей (37%), материальные трудности (22%), нежелание иметь детей (16%), медицинские показания (14%), плохие жилищные условия (13%), отсутствие мужа (11%). Особо следует отметить, что 19% женщин указали в качестве причины аборта возникновение беременности на фоне применения контрацептивных средств [156].

Изучение вопроса, в каком возрасте и по каким причинам прибегают к аборту женщины в последнее время, показало, что среди женщин, включенных в исследование и сделавших аборт за последний год, 57,6 % сделали аборт впервые, причем 83 % из них - в возрасте менее 25 лет, а 30 % женщин - в возрасте менее 20 лет (т. е. были подростками). Следует особо отметить, что большинство женщин (81%), сделавших аборт впервые, прервали первую беременность [134].

Подтверждением того, что аборт является основным методом планирования семьи служит выраженная связь между их числом и продолжительностью брачной жизни. По наблюдениям ряда исследователей, в первый год брака прибегали к аборту вследствие различных обстоятельств 26,3% сельских и 31,% городских женщин, во второй год - соответственно 38,4% и 41,5%, в третий - 42,7% и 48,6%, в четвертый - 52,6% и 57,8%. Этот феномен, по-видимому, во многом обусловлен тем, что в браке значимо

уменьшается доля криминальных абортов [9, 29, 131, 191].

Фактор семейного положения женщины - зачастую самый главный аргумент в ее решении сохранить беременность. Среди женщин, не бывших замужем, замужних и разведенных наиболее высока частота аборта у последних - 30,4%, 69,1% и 75,9%, соответственно [85].

Социальное положение (статус) и материально-бытовые условия жизни женщины также во многом определяют ее отношение к планированию семьи и являются важными факторами репродуктивного поведения. Они не могли не измениться в связи с социально-экономическим кризисом, имевшим место в России в 90-х годах. Если в 80-е годы на материальную необеспеченность как на причину абортов указывали от 4 до 15% респонденток, на неудовлетворительные жилищные условия – 18-20%, то в середине 90-х годов на первую причину ссылались 45,6% сельских и 56,1% городских женщин фертильного возраста, на вторую - соответственно 27,8% и 38,4%. [199]

Психологический климат в семье - фактически в каждом исследовании, посвященном причинам искусственного аборта, называется как один из наиболее значимых факторов. Основными причинами неудовлетворительного психологического климата в семье, где женщину делала аборт, были злоупотребление алкоголем мужа (в 39,4%), плохие материально-жилищные условия (в 21%), психологическая несовместимость супругов (в 13,3%), напряженные отношения с родителями мужа (в 13,3%), различия в социальном положении и в уровне образования супругов (в 7,7%) [134].

По данным литературы, неудовлетворительное состояние здоровья женщины является причиной аборта в 4-12% случаев [44, 85]. Большинство из прервавших абортом первую беременность в последующем не могут иметь детей [206].

Существенное значение имеет тот факт, что часто аборты предшествуют родам [145]. Не только сам аборт представляет собой угрозу

здоровью женщины, ещё более негативным явлением следует считать повторный аборт, свидетельствующий о закрепление привычки прибегать к нему. По данным европейских клиник, повторные аборты составляют около 9% от произведённых в течение года [232].

Распространенность абортов является наглядным примером, с одной стороны, безразличного отношения к своему здоровью множества российских женщин, с другой, - примером явного нарушения права женщин на информированный выбор, который женщинами абсолютно не осознается. Традиционными для нашей культуры являются представления об ответственности женщины за возникновение непланируемой беременности [8].

Служба консультирования женщин как до, так и после аборта практически отсутствует [33]. Желание обезопасить себя от физических и психологических страданий, отсутствие доступа к качественным услугам вынуждает женщин обращаться за платными услугами, что доступно немногим.

Многие исследователи отмечают улучшение деятельности службы планирования семьи в стране и изменение отношения к проблеме аборта не только акушеров-гинекологов, но и врачей другого профиля, специалистов сфер образования и социальной защиты, а главное - самого населения. Однако в ряде территорий служба планирования семьи не смогла адаптировать методы работы по профилактике нежелательной беременности к изменившимся социально-экономическим условиям жизни, особенно среди молодежи [8, 38, 41, 62, 68, 96, 245, 289].

По данным социологических исследований в структуре контрацепции, используемой женщинами, преобладали малоэффективных методы: 55 % женщин применяли физиологические методы (календарный, температурный, метод прерванного полового сношения и др.), 30% - барьерные/химические методы. Только 30 % женщин использовали современные методы планирования семьи (ВМС - 11% и гормональные контрацептивные средства

- 19%), причем все женщины применяли какой-либо метод контрацепции в качестве постоянного [199].

Среди большой категории женщин, а также части практических врачей продолжает бытовать представление о небезопасности оральной контрацепции. В отличие от многих стран мира так называемая контрацептивная революция (замещение аборта современными методами предохранения) в России значительно запоздала и происходит крайне медленно [139, 290].

По данным отечественных и зарубежных исследователей, число подростков использующих средства контрацепции растёт, однако показатель их использования в нашей стране отстаёт от такового в развитых странах [14, 31, 141, 254]. По данным европейских исследований девочки подростки реже используют современные средства контрацепции в сравнение с замужними парами в возрасте старше 20 лет и хуже информированы о риске заражения ИППП [295, 298]. С другой стороны, часто имеет место неадекватное использование тех или иных контрацептивов, отсутствие консультации гинеколога с целью выбора метода контрацепции и при заболеваниях [78, 279]. Причинами возникновения нежелательной беременности часто становиться ошибки в применении оральных контрацептивов и других способов контрацепции [44, 210]. Наиболее часто такие случаи отмечаются у девушек-подростков и молодых женщин [205, 275, 277]. В связи с этим в настоящее время большое значение придается чрезвычайной [212, 254, 257 296] и постоянной контрацепции [243, 252, 271, 290].

Предохранение от беременности с помощью контрацептивных средств обусловлено комплексом взаимосвязанных причин и факторов социально-экономического, морального, психологического характера (социального положения, статуса и уровня образования женщины, бытовых и религиозных традиций, места жительства, этнических особенностей и т.д.) [134, 199, 238]. Так, неэффективные, традиционные способы предохранения от беременности достоверно чаще использовали лица в возрасте до 19 лет, сельские

жительницы, работницы и женщины со средним и неполным средним образованием [54]. Отказ от использования контрацептивов вообще или от наиболее эффективных в частности имеет в России глубокие социально-экономические и социально-психологические корни. Низкую потребность в использовании контрацептивных средств связывают как с качеством самой контрацепции, так и с тем, что к абортам у женщин уже выработалась своеобразная «привычка». Кроме того, отсутствует психологическая установка на здоровье: многие женщины не задумываются о дальнейших последствиях после аборта [199].

Согласно данным, полученным в ходе опроса молодых семей, ведущей причиной отказа от контрацепции является отсутствие необходимых средств в аптечной сети. Некоторые респондентки сомневаются в надежности большинства доступных средств предохранения или не умеют правильно применять контрацептивы. Некомпетентность молодых женщин в использовании методов предохранения от беременности отмечается в нашей стране и за рубежом [134, 199, 295] .

Как свидетельствуют исследования, большая часть (86,1%) молодых женщин не имеют должного представления о методах контрацепции. Об имеющихся средствах контрацепции и способах их применения до начала половой жизни узнали только 36,9% респонденток, с приобретением опыта сексуальных отношений - 38,9%, при наличии беременности или с опытом первого аборта - 24,2% [134].

Установлено, что медицинские работники не являются главными "наставниками" по вопросам контрацепции: среди разных возрастных контингентов в городской и сельской местности от них узнают о способах и средствах предохранения от беременности в среднем не более 40% женщин (среди молодоженов - около 20%) . Равными медикам источниками являются знакомые и близкие (до 20%), популярная (медицинская, периодическая) литература (до 30%). Информацию от родителей получают не более 5% женщин [199]. Многими авторами отмечается важность получения

информации о методах контрацепции различными путями, в том числе более широкого использования с этой целью Интернета [220, 265, 293].

Проблема контрацепции у женщин после родов во многом не решена. Часто причиной аборта является беременность наступившая слишком рано после предыдущей. Раннее прекращение грудного вскармливания является фактором риска наступления новой незапланированной беременности. [139].

1.3. Организация и оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам

Анализируя развитие службы родовспоможения в нашей стране в историческом аспекте, необходимо отметить, что особенностью организации акушерской помощи в 70-80-ые годы была установка на специализацию родовспомогательных стационаров [184].

Такая организация оказалась нерациональной, поскольку основным фактором, определяющим особенности медицинской помощи женщинам и новорожденным, является не столько специфика патологического процесса, сколько степень его тяжести для матери и ребенка и потребность в интенсивных технологиях. В результате, пришлось прибегнуть к мировому опыту - делению акушерских стационаров по уровню оказываемой помощи в зависимости от степени риска перинатальной и акушерской патологии [183, 184, 186, 294].

При ограниченном финансировании, организация и управление службами родовспоможения приобретает особое значение, поскольку именно организационные технологии обеспечивают оптимальное распределение ресурсов, потоков больных, координацию служб и учреждений, и в итоге, определяют экономическую эффективность и результативность системы родовспоможения [107].

Процесс реформирования российского здравоохранения вообще и службы охраны материнства и детства в частности характеризуется

децентрализацией управления и возрастанием роли региональных структур [105, 106 158, 160].

Концепция «Безопасного материнства» предполагала снижение материнской заболеваемости и смертности, а также улучшение здоровья новорожденных «путем обеспечения равного доступа к первичной медицинской помощи (включая планирование семьи, дородовую и послеродовую помощь), а также доступ к акушерской и неонатальной помощи» [190, 192].

Основой стратегии безопасного материнства является модель регионализированной медицинской помощи, в которой различают три уровня акушерских стационаров, для каждого из которых определены специфические задачи [57, 129, 133, 204]. Такая организация службы обеспечивает преемственность медицинской помощи, основываясь на стандартах для каждого уровня и критериях госпитализации [167, 182, 231].

Вопросы регионализации помощи в последние годы решаются на государственном уровне. Так, строительство перинатальных центров является частью Приоритетного Национального проекта «Здоровье» и контролируется правительством РФ. Выпущенные Минздравсоцразвития России и зарегистрированные в Министерстве юстиции России приказ от 02.10.2009 г. № 808н о порядке оказания акушерской помощи и 01.06.2010г. № 409н о порядке оказания неонатологической помощи регламентируют и вопросы регионализации.

В современных условиях, стратегическим направлением службы охраны здоровья матери и ребенка, является последовательное укрепление поликлинических учреждений, рентабельное использование стационарного фонда с учетом дальнейшей его специализации и внедрения новых технологий [198].

Главным итогом развития службы охраны здоровья матери и ребенка в 1980-х годах стало создание перинатальных центров, позволяющих добиться снижения перинатальной и акушерской патологии за счет рационального

применения современных дорогостоящих технологий в акушерстве и неонатологии [84, 93, 180, 189, 190].

Минздравом России, органами управления и учреждениями здравоохранения субъектов РФ в рамках федеральных и региональных целевых программ («Безопасное материнство») осуществлялись меры по укреплению здоровья женщин и детей. Главной особенностью программ было то, что они реализовывались в значительной степени за счет средств федерального бюджета, а также бюджета регионов, фондов ОМС [63, 76, 130].

Были разработаны стандарты и протоколы оказания медицинской помощи беременным женщинам [104]; внедрены эффективные организационные [35, 291], перинатальные технологии [47]; усовершенствованы методы диагностики и лечения при привычном невынашивании беременности (с эффективностью, 85-90%), восстановления репродуктивной функции (с эффективностью 30-35%), снижения акушерских гнойно-септических осложнений (на 10-15%).

Однако, как свидетельствуют данные литературы, предложенные стандарты обследования беременных не всегда выполнимы в реальных условиях регионов из-за малодоступности многих диагностических методов пренатального обследования и невыполнения госгарантий [50].

Растущая дифференциация результатов медицинской помощи в учреждениях разного уровня подтверждает тот факт, что развитие современных сложных и дорогостоящих перинатальных технологий в единичных учреждениях, может идти в ущерб качеству помощи женщинам и детям в широкой сети здравоохранения, учитывая ограниченное финансирование отрасли.

Недостаточная концентрация контингентов высокого риска в учреждениях третьего уровня обусловлена дефицитом реанимационных коек для новорожденных, несформированностью трехуровневой структуры, недостаточно четкой маршрутизацией беременных, проблемами с

реанимационным транспортом, отдаленностью учреждений первого уровня, недостаточно ответственным отношением беременных к своему здоровью. [43, 151].

На необходимость укрепления амбулаторно-поликлинического звена в акушерско-гинекологической службе указывают многие авторы [13, 24 125]. Рост удельного веса антенатальных потерь в структуре перинатальной смертности в России также свидетельствует о снижении качества наблюдения беременных в женской консультации и подтверждает необходимость усиления амбулаторного звена акушерской службы [43, 124]. В условиях роста показателей ВАР, задержки внутриутробного развития плода и увеличения антенатальной мертворождаемости [164] большое значение приобретает пренатальная диагностика в амбулаторных условиях, что в реальной жизни затруднено из-за дефицита оборудования и недостаточной подготовки специалистов. Поэтому весьма своевременным является Приоритетный Национальный Проект «Здоровье» с пилотной программой совершенствования пренатальной диагностики [166].

В действующем Приоритетном Национальном Проекте «Здоровье» предусмотрены беспрецедентные меры по улучшению помощи матерям и новорожденным. Введение родовых сертификатов существенно повысило оснащенность акушерских стационаров оборудованием, позволило закупать эффективные дорогостоящие медикаменты [127].

Очевидно, что качество медицинской помощи зависит от ресурсной обеспеченности региона, и в этом смысле вполне закономерна связь показателей коечного фонда и работы акушерской койки с качественными показателями деятельности службы. Обращает на себя внимание тенденция к сокращению числа коек для новорожденных в учреждениях родовспоможения. Продолжается изменение числа и структуры акушерско-гинекологических коек.

Необходимо отметить, что, несмотря на рост государственного и муниципального финансирования здравоохранения вообще и службы

родовспоможения в том числе, уровень его остается недостаточным. Снижение доступности квалифицированной помощи (прежде всего для социально незащищенных слоев населения), оказывает негативное влияние на показатели здоровья и демографические процессы в стране. Ситуация усугубляется кадровым дефицитом [127].

Фактический уровень госпитализация на койки круглосуточного пребывания акушерско-гинекологического профиля у взрослого населения вырос за период 2000-2009 г.г. на 3 %. Динамика нормативного показателя частоты госпитализаций Программы государственных гарантий на койки акушерско-гинекологического профиля, напротив, имела тенденцию к снижению (1997–2011 годы) с 41,5 до 37,9 случаев на 1000 населения – или на 9 %., а по числу проведённых койко-дней на койках того же профиля на 1000 населения в год нормативное значение снизилось на 15 %. При этом нуждаемость населения в госпитализации на койки круглосуточного пребывания акушерско-гинекологического профиля составляет 39,5 случая на 1000 жителей в год (на 5 % выше существующего федерального норматива). Повозрастная нуждаемость населения в стационарной акушерско-гинекологической помощи в целом на 1000 соответствующего населения в год составляет для взрослых – 47,6; для всего населения – 39,5, в числе койко-дней на 1 000 соответствующего населения в год составляет для взрослых – 396, для всего населения – 328 [167].

В связи с особой социальной значимостью перинатальной службы как особой отрасли здравоохранения, ответственной за сохранение популяционного здоровья, считается недопустимой тенденция коммерциализации службы родовспоможения. Расширение сферы платных услуг в родовспоможении может привести к общенациональному падению уровня здоровья населения [167, 251].

Анализ данных отечественной и зарубежной литературы позволил выделить ряд направлений по совершенствованию помощи женщинам и новорожденным детям [100, 102, 222].

Это, прежде всего, дифференцированное, обоснованное внедрение и реализация как специализированных, так и эффективных базовых перинатальных технологий [16, 20, 36, 83, 86, 101, 153-155, 188].

Проводится рациональное, обоснованное функциями учреждений, переоснащение и эксплуатация оборудования в соответствии со стандартами безопасности [22, 28, 236]. Совершенствуется регионализация перинатальной помощи за счет эффективного взаимодействия трехуровневой структуры учреждений [19, 37, 82, 132, 152].

Обосновываются территориальные потребности кадрового обеспечения [154]. Внедряются современные информационные технологии [114, 211, 229, 237, 242]. Совершенствуется последипломное образование [223 241] и коммуникативные навыки медицинских работников [209 230, 268].

Большое внимание уделяется практическому внедрению на всех уровнях помощи методики многофакторной оценки качества медицинской помощи [138] - перинатального аудита [5, 7, 11, 98, 103, 194, 207, 224, 225, 227, 258, 264].

В настоящее время система здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями ее социально-экономического развития, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер [27, 51, 143, 167, 172, 214-215, 218, 229, 235, 239, 259, 266, 281, 297]. Специфически российской особенностью последних лет стало принципиальное перераспределение полномочий в ходе осуществления муниципальной реформы. В результате основной объем полномочий по практической реализации прав граждан на медицинскую помощь, в том числе на родовспоможение, теперь сконцентрирован на муниципальном уровне [2, 79, 97, 195, 261, 263, 272, 284].

В субъектах Российской Федерации в 2011 г. завершилось утверждение программ модернизации здравоохранения [116]. Программы направлены на

совершенствование инфраструктуры ЛПУ, создание комфортных условий лечения больных, улучшение оснащенности учреждений и стандартизацию предоставляемой медицинской помощи. Комплексные социально-экономические, организационные и другие мероприятия взаимосвязаны по ресурсам, исполнителям и срокам реализации [39].

Программа модернизации здравоохранения разработана главным образом, с учетом необходимости совершенствования оказания медицинской помощи больным при заболеваниях кардиологического профиля, больным с сосудистыми заболеваниями нервной системы, новорожденным, онкологическим больным и больным, пострадавшим в результате травм. Особое место в программе модернизации здравоохранения уделяется совершенствованию оказания помощи лицам, больным социально значимыми заболеваниями: туберкулезом, инфекциями, алкоголизмом и наркоманией. Составители программы модернизации здравоохранения предусмотрели и своеобразный «местный» компонент программы – имеется возможность дополнительного выбора профиля заболеваний по выбору субъекта Федерации (в зависимости от краевой или эндемической патологии) [59].

Обоснованием необходимости модернизации службы родовспоможения являются ряд неблагоприятных тенденций репродуктивного здоровья населения России: рост гинекологической заболеваемости и снижение уровня здоровья беременных женщин, низкий удельный весом нормальных родов и достаточно высокие показателями перинатальных потерь [10, 24, 38, 76, 94, 136, 180]. Увеличение частоты осложнений беременности и родов приводит к росту заболеваемости женщин и новорожденных, к рождению недоношенных и маловесных детей, которые определяют высокий уровень заболеваемости и смертности, и нуждаются в продолжительном лечении и реабилитации [56, 60].

Поэтому основными задачами модернизации в области службы родовспоможения и детства являются повышение качества и доступности

медицинской помощи, снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности. При этом к приоритетным направлениям модернизации относятся реализация порядков оказания медицинской помощи, внедрение унифицированных стандартов, оптимизация коечного фонда с учетом структуры заболеваемости, внедрение телемедицины и современных информационных технологий [89].

В современном менеджменте подобные ситуации трактуются как несущие одновременно и новые возможности, и угрозы явного или скрытого характера. Вместе с этим, все более возрастающая практическая потребность модернизации отечественного здравоохранения не сопровождается соответствующими научными подтверждениями. Проведенные рядом авторов [12, 34, 55, 80, 91, 171 193] исследования по модернизации здравоохранения со всеми их положительными результатами не дают целостного комплексного представления о перспективе функционирования и развития системы здравоохранения.

Таким образом, в Российской Федерации отмечается рост гинекологической и соматической патологии среди женщин репродуктивного возраста, частоты осложнений беременности и родов, приводящие к негативным последствиям в отношении здоровья рождающегося поколения.

Подводя итог исследованию источников литературы, можно отметить, что, несмотря на многообразие публикаций, проблема воспроизводства здорового потомства в России стоит чрезвычайно остро. Проблема повышения качества медицинской помощи в сегодняшних экономических, социальных, демографических условиях приобретает ряд новых аспектов, требует эффективного поиска новых решений.

В связи с этим научное обоснование региональной системы мер медико-социального и организационного характера по оптимизации акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам и родильницам крупного промышленного центра в новых условиях развития здравоохранения явилось предметом данного исследования.

ГЛАВА 2. БАЗА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1.Характеристика базы исследования

Настоящее исследование проводилось на территории Рязанской области, расположенной в Центральном Федеральном округе Российской Федерации. Рязанская область занимает площадь 39,6 тыс. кв. км и включает в себя 25 административных районов.

По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики, по состоянию на 01.01.2014 г., численность населения Рязанской области равнялась 1140,8 тыс. человек. Удельный вес городского населения был равен 71%. В г. Рязани проживает 530 тыс. человек или 46,5% населения Рязанской области. На долю женщин в общей численности населения области приходится 54,9 %. Женщины репродуктивного возраста составляют 25,4% от всего населения области и 46,5% от женского.

Служба родовспоможения области в настоящее время представлена 3 родильными домами в г. Рязани и родильными отделениями в 19 районах Рязанской области. При этом доля родильных отделений мощностью менее 30 коек составляет 76,2%. Круглосуточным наблюдением врачей акушеров-гинекологов обеспечены акушерские койки в 3 родильных домах г. Рязани и в 6 районах области: Пронском, Скопинском, Касимовском, Ряжском, Сасовском и Шиловском [Петрова Е.И., Медведева О.В., 2013].

В Рязанской области продолжается реорганизация службы родовспоможения в целях создания оптимальных условий оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов, а также новорожденным детям. Реформирование службы осуществляется путем создания трехуровневой системы перинатальной помощи с централизацией пренатальной диагностики и родов. Организация работы осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 02.10.2009 № 808н "Об утверждении порядка оказания акушерско-

гинекологической помощи". Совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи предполагает повышение ее доступности и качества, особенно жительницам сельской местности, улучшение профилактики и снижение материнской и перинатальной смертности в Рязанской области.

Согласно сложившейся трехуровневой системе оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, новорожденным детям, с соблюдением принципов этапности и преемственности, родильные отделения ЦРБ 12 районов области (в связи с недостаточностью кадров акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов и невоз-можностью организовать круглосуточное дежурство врачей) относятся к I уровню оказания медицинской помощи в период беременности и родов. В них принимаются только нормальные роды у женщин с низкой степенью риска (до 4 баллов).

Беременные женщины со средней степенью риска (4—10 баллов, 40% от общего количества родов), а также из районов, в которых родильные отделения отсутствуют, получают медицинскую помощь в родильных отделениях, отнесенных ко II уровню оказания медицинской помощи в период беременности и родов: Касимовская ЦРБ, Новомичуринская ЦРБ, Ряжская ЦРБ, Сасовская ЦРБ, Скопинская ЦРБ, Шиловская ЦРБ, а также в родильных домах г. Рязани.

Три родильных дома г. Рязани, курируемые кафедрой акушерства и гинекологии Рязанского государственного медицинского университета, условно отнесены к стационарам высокой степени риска (III уровень). Ежегодно доля женщин из районов области, получающих медицинскую помощь в городских родильных домах, составляет около 30%. Родильными домами г. Рязани осуществляется также кураторство родильных отделений в районах области и консультирование беременных женщин высокой группы акушерского риска из районов области.

В 2011 г. начал работу Рязанский областной клинический перинатальный центр (РОКПЦ) - учреждение третьего уровня оказания медицинской помощи, включающее оказание помощи любой степени сложности беременным и новорожденным. В Центре развернуто 130 коек круглосуточного стационара, дневной стационар на 5 коек, консультативно-диагностическая поликлиника и медико-генетическая консультация.

В РОКПЦ оказываются все виды специализированной, высокотехнологичной стационарной и стационарозамещающей помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии, осуществление амбулаторной, консультативно-диагностической, медико-реабилитационной помощи преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных и их новорожденным детям, а также оказание медицинской помощи по выхаживанию недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела.

В отделении гинекологии особое внимание уделяется развитию эндоскопических методов диагностики и лечения заболеваний репродуктивной системы, проблемам невынашивания беременности малых сроков.

В консультативно-диагностической поликлинике РОКПЦ проводятся приемы и консультации беременных высокой группы риска, состоящих на учете в женских консультациях районов и города, беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией, пациентов с проблемами репродуктивного здоровья, невынашивания, как врачами акушерами-гинекологами, так и другими специалистами: терапевтом, неврологом, эндокринологом, кардиологом, офтальмологом, урологом, психотерапевтом, сексопатологом, стоматологом. В центре функционирует отделение функциональной и ультразвуковой диагностики, физиотерапевтическое отделение. Медико-генетическая консультация осуществляет профилактику, диагностику и лечение наследственных и врожденных заболеваний.

ГБУ РО «Городской клинический родильный дом № 2» является клиническим родильным домом, обеспечивающим полный объем клинических исследований, консультативной помощью врачей разных специальностей, анестезиологической и реанимационной помощью. Все это позволяет создать наиболее благоприятные условия для оказания лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам и родильницам, а также новорожденным в полном объеме.

ГБУ РО «Городской клинический родильный дом № 2» мощностью 80 коек круглосуточного пребывания и 18 коек дневного стационара является клинической базой для обучения студентов, интернов и ординаторов ГБУ ВПО РязГМУ Минздрава России и Рязанского базового медицинского колледжа.

В своем составе родильный дом имеет:

- женскую консультацию;
- приемное отделение;
- родовое отделение;
- операционный блок;
- физиологическое акушерское отделение (29 коек);
- обсервационное акушерское отделение (21 койка);
- отделение патологии беременности (30 коек к/ст и 18 коек д/ст);
- отделение анестезиологии и реанимации с палатой интенсивной терапии;
- ЦСО;
- клинико-биохимическую лабораторию.

Обсервационное отделение имеет в своей структуре 2 родильных зала, один из которых предназначен для приема родов у ВИЧ-инфицированных женщин. Каждый родильный зал оснащен всем необходимым для приема нормальных и осложненных родов (мебель, частично одноразовое белье и инструменты, инструменты многоразового применения, следящая и

дыхательная аппаратура, пеленальные столы для новорожденных с подогревом, электроотсосы, электронные весы для новорожденных, современные сертифицированные дезинфицирующие средства для обработки инструментария, мебели и рук медицинских работников, рециркуляторы воздуха, необходимые расходные материалы.

Родильные залы оснащены аппаратурой и инструментами для оказания квалифицированной акушерской и неонатальной помощи: кардиотокографы, инфузоматы, пеленальные и реанимационные столы для новорожденных с индивидуальными наборами наконечников для отсосов, зондами, интубационными трубками, оборудованные централизованной подачей кислорода.

Основные количественные и качественные показатели работы «Городского клинического роддома №2» г. Рязани представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1

ОСНОВНЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ПО ГБУ РО «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №2» ЗА 2011 – 2013 Г.Г.

	2011 год	**2012 год**	**2013 год**
Проведено родов В т.ч. преждевременных	1854 232 – 12,5%	2195 161 – 7,3%	2461 99 – 4,02%
Родилось детей Всего Доношенных Недоношенных	 1871 1625 246	 2211 2041 170	 2475 2374 101
Родилось детей Живых Доношенных Недоношенных	 1860 1621 239	 2198 2036 162	 2469 2373 96
Мертворожденные дети Доношенные Недоношенные	11 – 5,9% 4 7	13 – 6,1% 5 8	6-2,4% 1 5

Умерло детей Всего Доношенных Недоношенных	 4 – 2,1% 2 2	 2 – 0,9% 2 0	 -
Перинатальная смертность Доношенные Недоношенные	 15 – 8% 6 9	 15 – 7,1% 5 10	 2,4%
Кесарево сечение Перинат. смертность	622 – 33,65% 3 ребенка	715 – 32,5% 2реб (1м/р,1ум)	898 – 36,5%
Тазовое предлежание Перинат. смертность	75 – 4% 0	80 – 3,6% 0	14-0,6%
Двойни Доношенные Недоношенные Перинат. смертность	17 – 0,9% 3 14 0	16 – 0,7% 7 9 0	14-0,6% 12 2 0
Акушерские щипцы Вакуум-экстракция Перинат. смертность	0 10 – 0,54% 0	0 21 – 0,96% 2 (м/р)	 22 – 0,89%
Гипотоническое кровотечение	28 – 1,5%	29 – 1,3%	9-0,4%
Отслойка плаценты	35		25
Предлежание плаценты	12		2
РОПМ	105 – 5,7%	81 – 3,7%	87 – 3,5%
РОП и ВП	13 – 0,7%	12 – 0,5%	20 – 0,8%
Перинеотомия	17 – 0,9%	9 – 0,4%	165–6,7%
Эпизиотомия	203 – 11%	272 – 12,4%	325–13,2 %
Разрыв промежности В т.ч. 3 степени	174 – 9.4% 0	195 – 8,9% 0	165 –6,7 % 0
Гестозы Тяжелые гестозы Преэклампсия Эклампсия Перинат. смертность	119 – 6,4% 20 – 1,1% 3 – 0,16% 0 0	38 – 1,7% 9 – 0,4% 5 – 0,2% 0 0	108-4,4% 16-0,65% 2-0,08% 0 0
Материнская летальность	0	0	0

2.2. Программа, объем и методы исследования

Предмет исследования – акушерско-гинекологическая помощь беременным роженицам и родильницам.

Объектом исследования являлись жительницы г. Рязани репродуктивного возраста.

Единица наблюдения - беременная женщина и родильница.

Выполнение работы предусматривало соблюдение определённой этапности.

На *первом этапе* исследования были изучены современные тенденции гинекологической заболеваемости, распространенности экстрагенитальной патологии среди беременных, а также контрацептивного поведения жительниц Рязанской области.

Второй этап исследования была посвящен оценке состояния диспансеризации беременных. Проводилась экспертная оценка качества медицинской помощи родильницам. При этом использовалась специальная карта экспертной оценки, состоящая из 4-х блоков: «Обследование», «Диагностика», «Лечение» и «Экспертиза временной нетрудоспособности».

Карта состоит из следующих блоков: «Обследование», «Диагностика», «Лечение» и «Экспертиза временной нетрудоспособности».

В свою очередь, блок обследования состоит из четырех подблоков:

- а1. Анамнез, физикальные данные;
- а2. Лабораторные исследования;
- а3. Инструментальные исследования;
- а4. Консультация специалистов.

Блок «Диагностика» предусматривает заполнение следующих разделов:

- б1. Полнота и правильность формулировки диагноза;
- б2. Обоснованность диагноза;
- б3. Своевременность постановки диагноза;
- б4. Совпадение диагнозов (предварительного, окончательного и патологоанатомического).

Блок «Лечение» включает в себя:

- в1. Адекватность медикаментозной терапии;

- в2. Адекватность оперативных вмешательств;

- в3. Адекватность немедикаментозной терапии;

- в4. Своевременность госпитализации»

Блок «Экспертиза временной нетрудоспособности» включает:

- г1. Обоснованность выдачи листа нетрудоспособности;

- г2. Обоснованность продления листа нетрудоспособности;

- г3. Своевременность направления на КЭК;

- г4. Своевременность направления на МСЭК;

- г5. Соответствие средним ориентировочным срокам пребывания на больничном листе;

- г6. Оформление документации.

Предусмотрено также указание особого мнения эксперта. По результатам экспертизы выводится итоговая оценка в баллах от 0 до 1.

Всего было проанализировано 529 карт экспертной качества оценки медицинской помощи женщинам, рожавшим в 2010 году, и 330 карт рожавших в 2013 году.

На *третьем этапе* была получена медико-социальная характеристика контрацептивного и репродуктивного поведения городских жительниц. Кроме того, исследовалось состояние репродуктивного здоровья респонденток.

Репрезентативная выборка была определена по таблице В.И. Паниотто с допущением 5% ошибки (таблица 2.2).

Таблица 2.2

Зависимость объема выборки от объема генеральной совокупности при допустимой ошибке 5% (доверительная вероятность — 0,954)

Объем генеральной совокупности	500	1000	2000	3000	4000	5000	10000	100000	бесконечная
Объем выборки	222	286	333	350	360	370	385	398	400

Как видно из таблицы, объем выборки зависит от объема генеральной совокупности и от величины допустимой в исследовании ошибки. Вместе с этим, начиная с некоторого момента, увеличение объема генеральной совокупности не оказывает существенного влияния на увеличение объема выборки, поэтому при больших генеральных совокупностях ошибкой выборки можно пренебречь.

Генеральная совокупность женщин в возрасте 15-49 лет, проживающих в Рязанской области, в 2011 г. составила 237862 человек. Была определена позиция, где объем генеральной совокупности составлял «Бесконечная», которой соответствует выборочная совокупность 400 человек. В наше исследование вошли 672 женщины.

Специально разработанная анкета включала вопросы, касающиеся возраста, уровня образования, социально-профессиональной принадлежности и места работы обоих супругов. Уточнялись жилищные и материальные условия жизни. Изучались наличие вредных привычек, состояние здоровья, характер отношений в семье и основные причины конфликтов. При этом учитывались паритет брака, продолжительность пребывания в настоящем браке.

Особое внимание было уделено репродуктивным установкам и контрацептивному поведению изучаемого контингента женщин. Анкета содержала вопросы о желаемом и фактическом количестве детей. Уточнялось, считает ли женщина, что она полностью реализовала свои планы в отношении рождения детей. Если нет, то просили указать причины, которые заставили ее отказаться от рождения ребенка. При этом анализ полученных результатов проводился с учетом наличия в анамнезе гинекологических заболеваний и инфекций, передающихся половым путем.
Следующий блок вопросов был посвящен исследованию медицинской

активности респонденток. Изучалась частота посещения женской консультации, госпитализация респонденток по поводу гинекологических заболеваний, невынашивания беременности и бесплодия. Задавался вопрос о том, в каких знаниях нуждаются респондентки: по предупреждению нежеланных беременностей, по профилактике гинекологических заболеваний, о гигиене половой жизни и гармонии в интимных отношениях, по особенностям климактерического периода у женщин и др.

При изучении контрацептивного поведения опрошенных женщин уточнялись методы и средства предохранения от беременности, наличие абортов, а также причины их производства (материальные затруднения, плохие жилищные условия, семейные конфликты, плохое здоровье супругов, занятость на работе (учебе), брак не был зарегистрирован, нежелание одного или обоих супругов иметь детей и т.д.).

Материалы анкетирования дополнялись сведениями, полученными из медицинской документации. В приложении приводится специально разработанная анкета для изучения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста.

На *четвертом этапе* были разработаны практические рекомендации по совершенствованию оказания амбулаторной и стационарной акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам и родильницам. При этом учитывался существующий опыт поэтапного оказания данного вида оказания помощи в различных регионах.

В соответствии с программой исследования использовался комплекс методов: социально-гигиенические, социологические, выкопировка данных из учетно-отчетной медицинской документации, математико-статистические. Применялись выборочный и ретроспективный методы наблюдения. Использовались следующие математико-статистические подходы: вычисление средних величин и интенсивных показателей, оценка достоверности полученных результатов по критерию t, определение корреляционной зависимости.

Данные об объеме проведенного исследования представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3

Количественные показатели проведенного исследования

№ п/п	Наименование видов исследования и анализируемых первичных документов	Количество
1.	Изучение отечественной и зарубежной литературы по теме исследования	298 источников
2.	Результаты анализа уровня и структуры заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности у жительниц г. Рязани и районов Рязанской области	за 2010 – 2013 гг.
3.	Результаты анализа уровня и структуры заболеваний, осложнивших роды у жительниц г. Рязани и районов Рязанской области	за 2010 – 2013 гг.
4.	Выкопировка и анализ данных из первичной медицинской документации	672 единицы
5.	Сбор и разработка анкет по изучению репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста	672 анкеты
6.	Анализ «Карт экспертной оценки качества медицинской помощи родильницам».	859 карт
7.	Анализ карт-анкет по изучению мнения акушеров-гинекологов и неонатологов о предотвратимости перинатальных и материнских потерь.	164 карты-анкеты

ГЛАВА 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Демографическая и экологическая ситуация в г. Рязани и Рязанской области

Необходимо отметить существенные изменения в возрастном составе населения Рязанской области в целом. Резкое снижение рождаемости, начавшееся в конце 80-х - начале 90-х годов прошлого века, привело к усилению процесса демографического старения, который в большей степени характерен для женщин, чем для мужчин. По сравнению с 1989 г. средний возраст жителей области увеличился на 2,5 года и составил 40,9 лет. Для мужчин этот показатель равен 37,6 лет, для женщин - 43,6 лет (в России соответственно 34,1 лет и 39,8 лет).

Показатель рождаемости по области в 2013 г. – 10,8‰, смертность – 15,8‰, естественный прирост (-5,0 ‰). В Рязани соответственно показатель рождаемости был равен соответственно 9,9‰, смертность -13,6‰, естественный прирост (-3,7‰). В Рязанской области естественная убыль населения идет более высокими темпами, чем в целом по России. В Центральном Федеральном округе регион входит в число пяти областей с наиболее высокими показателями отрицательного естественного прироста.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в снижении уровня материнской и перинатальной смертности, данные показатели в Рязанской области превышают аналогичные в Российской Федерации. Так, за период 2009—2011 г. уровень материнской смерти в Рязанской области вырос в 1,9 раза (с 25,7 до 51,1 на 100 тыс. родившихся живыми). Динамика перинатальной смертности, хотя и имеет позитивную тенденцию (с 2001 по 2009 г. показатель снизился на 19,6%), однако ее уровень в 2009 г. был на 43,4% выше, чем в Российской Федерации.

Промышленный комплекс Рязанской области является одной из основных составляющих экономического потенциала региона. Развитию промышленности способствует географическое положение Рязанской области, развитая транспортная инфраструктура, близость рынков сбыта для производимой продукции, а также наличие предприятий, производящих продукцию, имеющую устойчивый спрос на внутреннем и внешнем рынках.

В промышленности занята треть всех работающих региона. Город Рязань – крупный промышленный центр, на территории которого расположено более 300 предприятий различных отраслей промышленности.

В структуре промышленного производства большая доля приходится на машиностроение и металлообработку, нефтепереработку, электроэнергетику, предприятия оборонно-промышленного комплекса, производство строительных материалов и пищевую промышленность.

В пределах городской территории выделяется 7 крупных промышленных узлов: Южный, Восточный, Куйбышевский, Центральный, Юго-Западный, Северо-Западный, Приокский. Исторически в городе сложилась сложная градостроительная ситуация, когда жилая застройка расположена в непосредственной близости к промышленным узлам и находится с наветренной стороны по отношению к предприятиям 1-го и 2-го классов опасности.

Одним из важнейших факторов, определяющих экологическую ситуацию в регионе, является состояние атмосферного воздуха, степень его загрязнения. По данным государственной статистической отчетности, в 2013 году в атмосферный воздух от стационарных источников выброшено 103,073 тыс. тонн загрязняющих веществ (83,4% к уровню 2012 г.).

Снижение выбросов загрязняющих веществ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составило 20,47 тыс. тонн, произошло, в том числе, за счет изменения технологических процессов на ЗАО «РНПК», уменьшения доли сжигания высокозольных подмосковных углей, с прекращением сжигания

мазута в ОАО «ОГК-6» Рязанская ГРЭС, а также связано с технологическими процессами в ООО «Ново-Рязанская ТЭЦ».

По данным Регионального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга, основными загрязнителями атмосферного воздуха являются взвешенные вещества, оксид углерода, оксид азота, диоксид азота, фенол, формальдегид, диоксид серы, свинец.

Ведущими загрязнителями атмосферного воздуха в 2011-2013 годах (превышающими ПДК в 5 и более раз) являлись формальдегид, 3,4-бензапирен, взвешенные вещества, фенол, углерода оксид, сероводород, диоксид азота. В 2013 году в Рязанской области доля проб атмосферного воздуха с превышением гигиенических нормативов составила 3,5 %. Под воздействием вредных веществ, превышающих гигиенические нормативы (ПДК) в 5 и более раз, в 2011-2013 годах находилось ориентировочно ежегодно 490 тыс. человек.

Наибольшее число жителей Рязанской области, подверженного неблагоприятному воздействию загрязненного атмосферного воздуха, проживает на территории г. Рязани, где зарегистрирован высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха формальдегидом, фенолом, взвешенными веществами, сероводородом, углерода оксидом, диоксидом азота, углеводородами.

Загрязнение атмосферного воздуха города Рязани формируется за счет выбросов загрязняющих веществ от промышленных предприятий и автотранспорта. К основным предприятиям-загрязнителям атмосферного воздуха г. Рязани относятся предприятия, объем выбросов загрязняющих веществ которых составляет более 100 тонн в год, в том числе: ЗАО «РНПК», МУП «РМПТС», ОАО «Завод точного литья», ОАО «Рязанский завод по обработке цветных металлов», ОАО «Квадра» (Дягилевская ТЭЦ), ООО «Ново-Рязанская ТЭЦ», Рязанское РНУ НПС «Рязань», ОАО «Бройлер Рязани», ОАО «Тяжпрессмаш», ООО «Завод Техно», ООО «Гардиан Стекло Рязань», ЗАО «Керамзит», ООО «Сфат-Рязань».

Самым крупным предприятием города Рязани является ЗАО «РНПК», выбросы которого составляют 85 % от всех предприятий города. Кроме того, ЗАО «РНПК» является основным источником загрязнения атмосферного воздуха специфическими веществами: сероводородом, фенолом, летучими органическими соединениями.

Как и для других промышленных и административных центров, для города Рязани характерен интенсивный рост количества автотранспортных средств. По данным ГИБДД УВД по Рязанской области, количество единиц автотранспорта, зарегистрированного на территории города Рязани по состоянию на 31.12.2012 г. составляет 217 тыс. единиц, в том числе: легковых 188,16 тыс. единиц, грузовых 23,44 тыс. единиц, автобусов 3,8 тыс. единиц, мотоциклов 1,78 тыс. единиц. Ежегодный рост автотранспорта составляет в среднем 9-10 тысяч. По сравнению с 2002 годом количество автомашин в городе увеличилось на 90,1 тыс. единиц.

По данным Управления Росприроднадзора по Рязанской области, выбросы от передвижных источников в Рязанской области (автотранспорт, железнодорожный транспорт) в 2013 году составили 131,6 тыс. тонн (в 2011 году - 139,2 тыс. тонн), или 55,8 % от суммарного объема выбросов. Выбросы автотранспорта составили 130,9 тыс. тон, в том числе в г. Рязани 28,1 тыс. тонн.

3.2. Сравнительный анализ частоты и структуры осложнений беременности и родов у женщин, проживающих в г. Рязани и районах Рязанской области

Согласно данным официальной статистики, в 2010-2013 гг. сроки окончания беременности до 22 недели у жительниц Рязанской области имели место в 4,9-5,2%; при сроке в 22-27 недель - 0,4-0,8%. В 28-37 недель беременность заканчивалась в 3,3-3,6% случаев, а в 38 и более недель – в 90,9-91,1% (таблица 3.1).

Таблица 3.1

Сроки окончания беременности (из числа состоявших под наблюдением на начало года и поступивших под наблюдение в отчетном году)

Сроки беременности	Годы					
	2010	2011	2012	2013		
				г. Рязань	Районы	Область
До 22 нед.	5,2	4,9	5,1	5,2	5,3	5,1
22 – 27 нед.	0,5	0,8	0,4	0,2	0,2	0,2
28 – 37 нед.	3,4	3,3	3,5	3,4	4,2	3,6
38 и более нед.	90,9	91,0	91,0	91,2	90,3	91,1
В целом:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В 2013 г. сроки окончания беременности в г. Рязани и районах Рязанской области не имели существенных различий. В районах была несколько больше доля рождений при сроке беременности до 38 недель.

В Рязанской области частота заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, в расчете на 100 женщин, закончивших беременность, в 2010-2013 гг. имела устойчивую тенденцию к снижению (с 143,2 до 113,7). В 2013 г. общее число заболеваний и патологических состояний во время беременности и до нее было больше среди жительниц районов, чем у женщин, проживающих в г. Рязани (таблица 3.2).

Как видно из таблицы 3.3, наиболее часто в 2010 г. у беременных по Рязанской области в целом отмечалась анемия, а в 2013 г. преобладала угроза прерывания беременности в сроки до 22 недель. За анализируемый период времени снизилась частота анемии (с 32,1 до 20,1 на 100 женщин, закончивших беременность), отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств (с 14,9 до 11,6), болезней мочеполовой системы (с 17,7 до 12,7), патологических состояний плода (с 17,9 до 12,8).

Таблица 3.3

Заболевания и патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности (на 100 женщин, закончивших беременность)

Наименование заболеваний	Код по МКБ-10	Годы					
		2010	2011	2012	2013		
					г. Рязань	Районы	Область
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	O10-ч. - O16-ч	14,9	11,5	14,9	8,1	16,8	11,6
из них преэклампсия, эклампсия	O11, O13, O14, 15.0	0,5	1,4	0,1	0,25	0,3	0,28
Венозные осложнения	O22	1,8	2,7	2,2	1,9	2,3	2,1
Болезни мочеполовой системы	O23	17,7	18,8	16,8	11,3	13,3	12,7
Угроза прерывания беременности в сроки до 22-х недель	O20.0	23,4	15,2	26,6	25,6	24,7	25,0
Угроза прерывания беременности в сроки	O47.0-часть	9,6	10,4	7,6	8,3	9,4	9,0

22 - 27 недель							
Угроза преждевременных родов в сроки 28 – 37 недель	O47.0-часть	7,5	6,6	7,0	5,1	8,7	6,8
Резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации	O36.0-O36.1	2,6	1,9	1,8	2,1	0,8	1,4
Патологические состояния плода	O36.3-O36.5	17,9	16,8	16,9	11,1	14,7	12,8
из них плацентарная недостаточность	O36.5-часть	14,5	8,9	15,3	9,1	12,7	10,9
Сахарный диабет	O24	0,2	0,6	0,3	0,1	0,2	0,14
Анемия	O99.0	32,1	28,5	20,8	18,4	22,2	20,1
Болезни щитовидной железы	O99.2-часть	5,2	4,2	4,1	3,7	2,5	3,2
Болезни системы кровообращения	O99.4	10,0	9,4	9,5	8,6	6,6	7,8
Всего заболеваний:		143,2	126,6	128,5	104,4	122,2	113,7

Кроме того, снизилась частота плацентарной недостаточности (с 14,5 до 10,9) и болезней системы кровообращения (с 10,0 до 7,8).

В районах области по сравнению с г. Рязанью чаще встречались отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, болезни мочеполовой системы, угроза преждевременных родов, патологические состояния плода, а также анемия.

В таблице 3.4 представлена частота заболеваний, осложнивших роды и послеродовый период. За период 2010-2013 гг. по Рязанской области отмечалось снижение частоты нарушений родовой деятельности (с 15,5 до 9,7 на 100 женщин, закончивших беременность), в том числе слабости родовой деятельности (с 9,3 до 5,1), стремительных родов (с 3,9 до 2,1), анемии (с 22,1 до 20,4). В то же время, имело место некоторое повышение частоты преэклампсии и эклампсии, сахарного диабета.

В г. Рязани по сравнению с районами области имели место повышенные показатели частоты отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств (15,3 и 8,9 соответственно), анемии (35,3 и 15,6), слабость родовой деятельности (7,2 и 4,4), кровотечений в последовом и послеродовом периоде (1,8 и 0,5 на 100 женщин, закончивших беременность).

Распределение родившихся по области в 2013 г. по массе тела представлено на рисунке 3.1. Дети, родившиеся с массой тела 500-999 грамм, составили 0,3%, 1000-1499 грамм – 0,6%, 1500-1999 грамм – 1,4%, 2000-2499 грамм – 3,6%. На детей с массой тела при рождении 4000 и более грамм пришлось 9,4%.

Как видно из таблицы 3.5, среди плодов с массой тела 500-999 грамм родилось мертвыми 57,1%, с массой тела 1000-1499 – 17,4%, с массой тела 1500-1999 – 10,4%. Наименьшей доля мертворожденных была в группе детей с массой тела 3500-3999 грамм и 4000 более грамм (соответственно 2,6 и 1,4%).

Таблица 3.4

Заболевания, осложнившие роды и послеродовый период (на 100 женщин, закончивших беременность)

Наименование заболеваний	Код по МКБ-10	Годы					
		2010	2011	2012	2013		
					г. Рязань	Районы	Область
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	O10-16	13,0	16,0	13,1	15,3	8,9	12,7
из них преэклампсия, эклампсия	O11, O13, O14, O15.1,2	0,5	1,6	2,0	1,5	2,2	1,9
Сахарный диабет	O 24	0,2	0,2	0,3	0,5	-	0,3
Преждевременный разрыв плодных оболочек	O42	15,3	19,9	24,9	16,3	13,4	15,8
Кровотечение в связи с предлежанием плаценты	O44.1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2
Кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	O45.0, O67.0	-	-	0,02	0,02	-	0,01
Кровотечение в связи с преждевременной	O45.8,9	1,1	1,0	0,9	1,3	0,9	1,2

отслойкой плаценты							
Нарушения родовой деятельности	O62	15,5	11,4	9,5	8,9	12,1	9,7
из них: слабость родовой деятельности	O62.0-O62.2	9,3	7,5	6,0	7,2	4,4	5,1
Стремительные роды	O62.3	3,9	1,5	1,3	2,3	1,8	2,1
Дискоординация родовой деятельности	O62.4	2,2	2,4	2,3	2,4	1,9	2,6
Разрыв промежности III-IV степени	O70.2,3	0,07	-	0,02	-	0,04	0,02
Разрыв матки – всего	O71.0,1	0,02	0,03	0,02	-	-	-
из них вне стационара	O71.0,1	-	-	0,01	-	-	-
Кровотечение в последовом и послеродовом периоде	O72.0,1	1,3	1,3	1,8	1,8	0,5	1,3
Родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция	O75.3,O85	-	0,01	-	-	0,02	0,01
Перитонит	O85-часть	-	0,01	-	-	-	-
из него перитонит после операций кесарево сечение	O85-часть	-	0,01	-	-	-	-
Септицемия	O85-часть	-	-	-	-	0,02	0,01
Анемия	O99.0-часть	22,1	23,3	22,4	35,3	15,6	20,4
Акушерская эмболия	O88	-	0,01	-	-	0,02	0,01
Всего заболеваний:		74,3	73,3	73,3	79,3	54,2	64,3

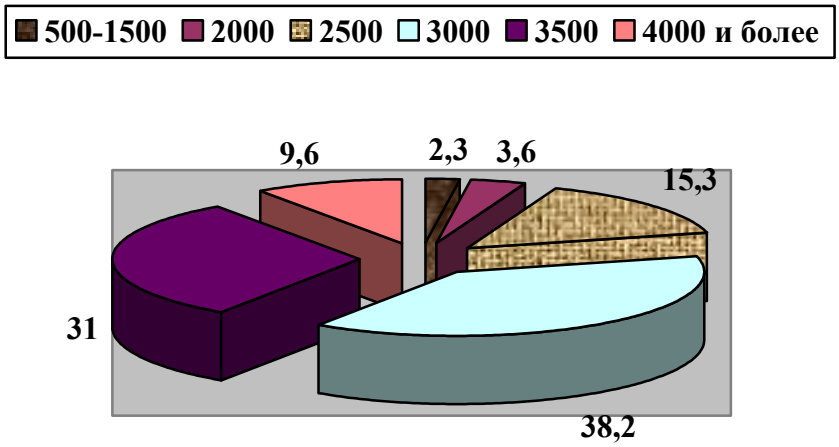


Рисунок 3.1. Распределение родившихся в Рязанской области в 2013 г. по массе тела при рождении (в %)

Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальном центре представлены в таблице 3.6.

В Рязанской области насчитывается 17 организаций (отделений) родовспоможения, оказывающих стационарную акушерскую помощь, в том числе, 13 организаций первого уровня, 3 организации второго уровня и 1 организация – третьего уровня. В 2013 г. в организациях первого уровня было принято 21,9% родов, в организациях второго уровня – 53,9% родов, в организации третьего уровня – 24,2% родов.

Было сделано 117 выездов акушерско-гинекологических и анестезиолого-реанимационных бригад в организации первого и второго уровней. Были переведены в другие стационары 198 беременных, из них 125 – из организаций первого уровня, в том числе, 86 – по экстренным показаниям.

В перинатальном центре были сконцентрированы в наибольшей степени родившиеся с экстремально низкой и очень низкой массой тела. Туда же направлялись в основном женщины с эклампсией и тяжелой формой преэклампсии.

Таблица 3.5

Распределение родившихся и умерших по массе тела при рождении в 2013 г.

Наименование показателей	В том числе массой тела при рождении в граммах								Итого
	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500-3999	4000 и более	
Умерло в первые 168 часов (промилли)	538,5	171,9	64,1	-	4,8	1,1	0,3	0,9	4,9
Умерло в первые 24 часа (промилли)	333,3	-	12,8	-	1,1	1,1	0,3	0,9	2,1
Родилось мертвыми (%)	57,1	17,4	10,4	8,4	7,8	6,5	2,6	1,4	100,0
Из них смерть наступила до начала родовой деятельности (%)	47,6	10,5	7,6	11,4	13,3	5,8	1,9	1,9	100,0

Таблица 3.6

Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах

Показатели	Коды по МКБ-10	Всего в организациях родовспоможения	Организация родовспоможения I уровня	Организация родовспоможения II уровня	Организация родовспоможения III уровня
Число организаций (отделений) родовспоможения, оказывающих стационарную акушерскую помощь	×	17	13	3	1
Число родов	×	12283	2690	6619	2974
В т.ч.: в сроке 22-27 недель беременности	O60	47	6	5	36
В сроке 28-36 недель	O60	764	82	295	387
В сроке 42 недели и более	O48	104	2	84	18
Из стр. 2: роды у женщин после ЭКО	×	79	-	24	55
Индуцированные роды	×	158	-	64	94
Родилось живыми всего	×	12343	2688	6607	3048
Из них: массой тела	×	42	3	1	38

500-999 г.					
1000-1499 г.	×	80	10	2	68
1500-2499 г.	×	614	92	209	313
Умерло всего	×	59	10	7	42
Из них: массой тела 500-999 г.	×	30	2	-	28
1000-1499 г.	×	5	1	-	4
1500-2499 г.	×	11	3	2	6
Из них: умерло в первые 168 часов	×	42	10	7	25
Из них: массой тела 500-999 г.	×	16	2	-	14
1000-1499 г.	O60	4	1	-	3
1500-2499 г.	O60	9	3	2	4
Родились мертвыми всего	O60	77	7	48	22
Из них: массой тела 500-999 г.	×	12	-	7	5
1000-1499 г.	×	15	4	6	5
1500-2499 г.	×	19	-	11	8
Из числа родившихся мертвыми: смерть наступила до начала родовой деятельности	×	68	4	43	21
Из них: в акушерском стационаре	×	14	-	5	9
Критические акушерские	×	414	70	201	143

состояния					
Разрыв матки	O71.0, 1	3	1	2	-
Из них в акушерском стационаре	O71.0, 1	2	-	2	-
Эклампсия, преэклампсия тяжелая форма	O14-O15	51	5	10	36
Из них в акушерском стационаре	O14-15	44	5	5	34
Кровотечение при беременности, в родах и послеродовом периоде	O44.1, O45, O46, O67, O72	360	64	189	107
Число акушерских операций	×	3884	1079	1788	1017
Кесарево сечение	×	3027	394	1713	920
В т.ч. в сроке 22-27 недель беременности	×	6	2	4	-
Акушерские щипцы	×	3	-	-	-
Вакуум-экстракция плода	×	137	34	67	36
Плодоразрушающие операции	×	1	-	-	-
Экстирпация и надвлагалищная ампутация матки	×	18	1	7	10
Аборт	×	861	607	210	44
Число случаев материнской смерти в акушерских	×	1	-	-	1

стационарах всего					
Число женщин, умерших после прерывания беременности в сроке до 22 недель	×	1	-	-	1
Число женщин переведенных в другие стационары	×	198	125	38	35
В т.ч. по экстренным показаниям	×	130	86	9	35
Число вызовов выездных бригад реанимационной помощи	×	117	71	46	-
В т.ч. акушерско-гинекологической	×	18	16	-	-
Анастезиолого-реанимационной	×	20	17	3	-
Неонатологической	×	83	42	41	-

На всех уровнях родовспоможения была оказана помощь 360 женщинам с кровотечением при беременности, в родах и послеродовом периоде. Выполнено 3884 акушерских операций, из них 1079 – в организациях родовспоможения первого уровня, 1788 – в организациях родовспоможения второго уровня и 1017 – в перинатальном центре. Вакуум-экстракция плода была выполненат в 137 случаях. Экстирпация и надвлагалищная ампутация матки сделаны 18 женщинам.

ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖИТЕЛЬНИЦ г. РЯЗАНИ

4.1. Медико-социальный «портрет» родильниц-жительниц г. Рязани

С целью получения развернутой медико-социальной характеристики и изучения медицинской активности женщин фертильного возраста с позиций профилактики нарушений репродуктивного здоровья, осложнений беременности и родов и воспроизводства здорового потомства с использованием специально разработанной анкеты нами было проведено социологическое исследование. Всего было опрошено 672 жительницы г. Рязани, родивших ребенка. Кроме того, материалы каждой анкеты дополнялись данными выкопировки из «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (Ф №111/у).

Возрастная структура респонденток выглядит следующим образом. Среди опрошенных преобладали лица в возрасте 20-24 лет (38,6%). На долю женщин в возрасте 25-29 лет пришлось 27,5%, 30-34 лет – 19,1%, в возрасте до 20 лет – 6,4%, 35-39 лет – 5,1% и 40-45 лет – 3,3%.

Распределение респонденток по уровню образования представлено на рисунке 4.1. Установлено, что 37,8% респонденток имели высшее образование, почти каждая третья (30,9%) – среднее специальное, 14,4% - неоконченное высшее, 9,7% - общее среднее и 7,2% - неполное среднее образование.

Среди опрошенного контингента женщин почти каждая третья являлась работницей коммерческих структур (26,3%). На втором и третьем ранговых местах находились работницы промышленных предприятий (24,6%) и респондентки-служащие бюджетных организаций (21,2%).

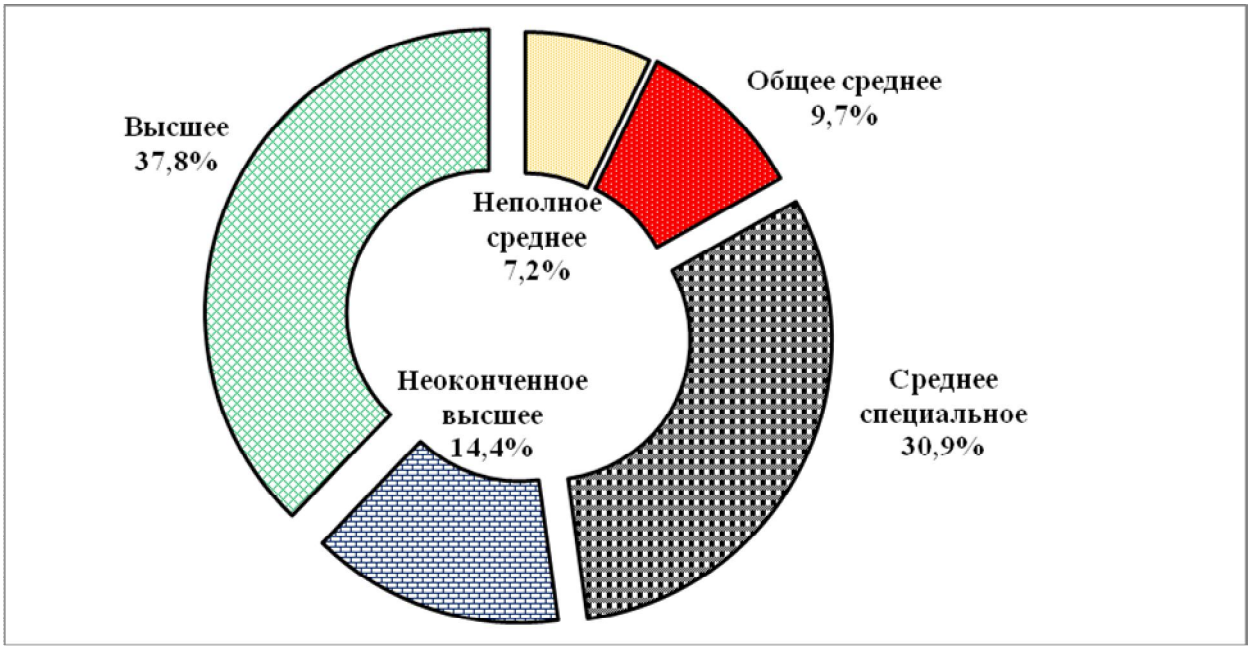


Рисунок 4.1. Распределение респонденток по уровню образования (в %).

На четвертом и пятом местах – домохозяйки и студентки ВУЗов (13,6% и 4,5% соответственно). Удельный вес опрошенных женщин, занимавшихся индивидуальным предпринимательством, являвшихся учащимися средних профессиональных учебных заведений и безработных в сумме составил 9,8%.

На наличие контакта с профессиональными вредностями, как фактора, увеличивающего риск возникновения нарушений в состоянии здоровья женщины, и оказывающего негативное влияние на течение и исход беременности, указали 19,1% опрошенных.

При анализе анкетных данных установлено, что на момент проведения социологического исследования 74,6% респонденток, состояли в официально зарегистрированном браке. На долю женщин, состоящих в гражданском браке, пришлось 17,3%, никогда не состоявших в браке – 4,7% и разведенных – 3,4%.

Кроме того, установлено, что у 83,6% опрошенных женщин, настоящий брак является первым, у 15,3% - вторым и у 1,1% респонденток - третьим по счету браком. При этом больший удельный вес женщин, никогда не состоявших в браке и находящихся в гражданском браке пришёлся на возрастную группу до 20 лет (13,3% и 26,7% соответственно), состоящих в

официально зарегистрированном браке – на группу респонденток в возрасте 25-29 лет (87,7%), находящихся в разводе – на возрастную группу 30-34 года (8,9%).

Большая часть опрошенных вступила в первый брак в возрасте до 20 лет или в 20 – 24 года (соответственно 49,3% и 47,7%). Причем отмечаются отличия по этому признаку между респондентками с различным уровнем образования. Установлено, что все женщины с неполным средним и общим средним образованием в первый раз вышли замуж в возрасте до 25 лет, причем подавляющее большинство (соответственно 74,8% и 76,3%) в возрасте до 20 лет. Среди опрошенных женщин со средним специальным образованием удельные веса лиц вступивших в первый брак в возрасте до 20 лет и в 20 – 24 года были практически одинаковыми (соответственно 44,8% и 45,9%).

Обращает на себя внимание, что почти две трети (68,8%) опрошенных женщин с неоконченным высшим образованием вышли замуж в возрасте 20 – 24 лет, тогда как остальные - в возрасте до 20 лет. В свою очередь респондентки с высшим образованием характеризуются более поздним возрастом вступления в первый брак. Так, 78,5% из них впервые вышли замуж в возрасте 20 – 24 года, 13,2% - в возрасте 25 лет и старше и только 8,3% - в возрасте до 20 лет.

Также установлено, что среди респонденток ранее бывших замужем три из десяти (31,4%) не имеют детей от предыдущих браков, 45,7% - имеют одного ребенка и 22,9% - двух детей.

По материалам анкетирования установлено, что 83,4% опрошенных женщин считают наличие детей необходимым условием для создания прочной семьи. При этом хотели бы иметь в своей семье одного ребенка 13,5% респонденток, двоих детей – 60,4%, троих– 20,9%, более трёх детей – 4,3%, ни одного ребенка – 0,9% опрошенных. При этом подавляющее большинство респонденток всех возрастных групп считают наличие детей основополагающим фактором для создания прочной семьи. Наибольшая доля

таких ответов была дана респондентками в возрасте 25-29 лет (90,8%).

Распределение ответов респонденток на вопрос: «Считаете ли Вы наличие детей необходимым условием для создания прочной семьи?» в зависимости от семейного положения представлено в таблице 4.1.

Из таблицы видно, что женщины, состоящие в гражданском и официально зарегистрированном браках, в большей степени уверены в необходимости наличия детей для создания прочных семейных отношений (90,3% и 83,9% соответственно). Большая частота утвердительных ответов респонденток указанных групп, вероятно, связана наличием опыта семейной жизни и возможностью реально оценить в ней роль детей.

Таблица 4.1

Распределение ответов респонденток на вопрос: «Считаете ли Вы наличие детей необходимым условием для создания прочной семьи?» в зависимости от семейного положения, (в %)

Варианты ответов	Семейное положение			
	Состою в зарегистрированном браке	Состою в гражданском браке	Состою в разводе	Никогда не состояла в браке
Да	83,9	90,2	74,4	54,5
Нет	16,1	9,8	25,6	45,5
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0

На момент проведения социологического исследования 32,4% опрошенных женщин имели одного ребенка, 18,4% - двоих детей, 1,2% - трех и более детей. При этом 58,3% респонденток указали на то, что не полностью реализовали свои планы в отношении рождения детей и хотели бы родить ребенка в будущем.

Нами были проанализированы основные причины, препятствующие рождению респондентками желанного ребенка в будущем (рисунок 4.2).

Как видно из рисунка, в качестве основной причины, препятствующей рождению желанного ребенка, женщины принимавшие участие в социологическом исследовании указали материальные затруднения, частота таких ответов составила 41,1 на 100 опрошенных.

Второй по распространенности причиной были плохие жилищные условия (36,4),на третьем месте среди причин отказа от рождения желанного ребенка расположилась неуверенность в завтрашнем дне (31,4), на четвертом ранговом месте – стремление должным образом вырастить и воспитать уже имеющегося ребенка (16,5) и только на пятом месте – плохое состояние собственного здоровья (4,7 на 100 опрошенных).

Таким образом, 93,3% опрошенных женщин указали на причины социально-гигиенического характера, препятствующие рождению ими в будущем желанного ребенка.



Рисунок 4.2. Основные причины, препятствующие рождению желанного ребенка в будущем, по мнению респонденток (на 100 опрошенных).

В ходе анкетирования респонденткам было предложено указать меры демографической политики, имеющие, по их мнению, наибольшее значение для повышения рождаемости (таблица 4.2).

При анализе анкетных данных установлено, что большинство респонденток (50,1 на 100 опрошенных) считают наиболее эффективной мерой демографической политики для повышения рождаемости предоставление молодой семье жилищных субсидий, 41,1 и 40,7 указали соответственно на оплату отпуска по уходу за ребенком до 1,5 лет и предоставление материнского капитала. Не менее важной мерой политики государства по повышению рождаемости опрошенные женщины считают увеличение размера ежемесячного пособия на ребенка. Такой ответ дали 39,4 на 100 опрошенных.

Таблица 4.2

Распределение ответов респонденток на вопрос: «Какие меры демографической политики имеют наибольшее значение для повышения рождаемости?», (на 100 опрошенных)

Варианты ответов респонденток	Частота ответов
Размер пособия по беременности и родам	40,3
Размер единовременного пособия по родам	27,5
Предоставление материнского капитала	40,7
Единовременное пособие женщинам, ставшим на учет в ранние сроки беременности	15,7
Оплата отпуска по уходу за ребенком до 1,5 лет	41,1
Размер ежемесячного пособия на ребенка	39,4
Предоставление молодой семье жилищных субсидий	50,1
Компенсация затрат родителей на оплату услуг ДДУ	19,9
Всего:	274,7

Анализ анкетных данных показал, что введение в стране такой меры демографической политики, как предоставление семье материнского капитала, повлияло на решение вопроса о рождении второго ребенка только четвертой части респонденток (25,7%). При этом большинство опрошенных

женщин, давших утвердительный ответ, относились к возрастной группе 20-24 года (58,9%), тогда как удельные веса аналогичных ответов в более старших возрастных группах колебались от 3,5% до 14,2%.

Рассмотрим структуру изучаемого контингента женщин в зависимости от возраста сексуального дебюта (рисунок 4.3).

Больше всего опрошенных женщин начали половую жизнь в возрасте от 15 до 18 лет, их удельный вес составил 48,4%, а у четырех из десяти респонденток (39,1%) возраст сексуального дебюта пришелся на 18-20 лет. Тем не менее, каждая двадцатая опрошенная (5,6%) имела первый половой контакт в возрасте до 15 лет. Такая же доля (5,6%) респонденток начала половую жизнь в 21-24 года, а 1,3% - в возрасте старше 25 лет.

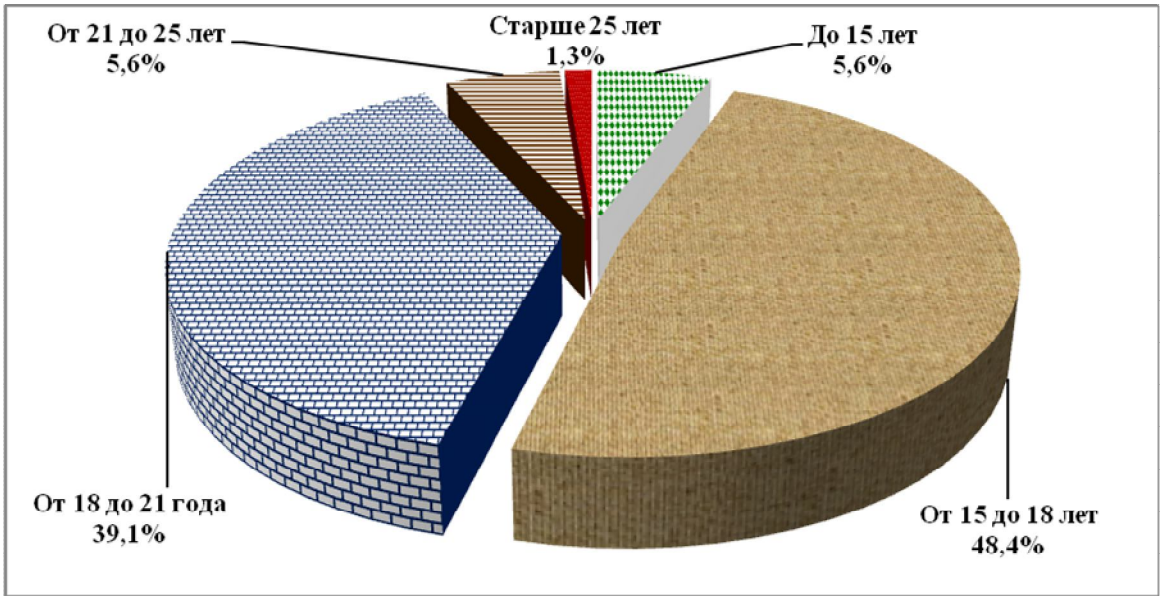


Рисунок 4.3. Распределение респонденток по возрасту сексуального дебюта, (в %).

В ходе социологического исследования установлено, что больше всего опрошенных женщин имели одну беременность в анамнезе (44,7%). Две и три беременности в анамнезе имели соответственно 23,5% и 15,9% респонденток. Удельные веса женщин, указавших на наличие четырех и пяти беременностей, были еще меньше и составили 6,6% и 4,0% соответственно, от пяти до девяти беременностей – 5,3%.

Рассмотрим структуру исходов беременностей среди опрошенных женщин (рисунок 4.4). Из представленных данных видно, что родами живым ребенком чаще всего заканчивалась первая беременность, при этом их доля составила 61,4% и была больше, чем при второй и третьей беременностях (54,2% и 49,6% соответственно).

Обращает на себя внимание, что с увеличением числа беременностей в анамнезе, прямо пропорционально повышается удельный вес таких исходов, как выкидыши и искусственные аборты. При этом доля респонденток, сделавших искусственный аборт во время третьей беременности составила 42,0% и была больше таковых при первой и второй беременностях соответственно на 10,8% и 4,1%. Следует также отметить, что наибольшая доля выкидышей также наблюдается в структуре исходов третьей беременности (8,4%).

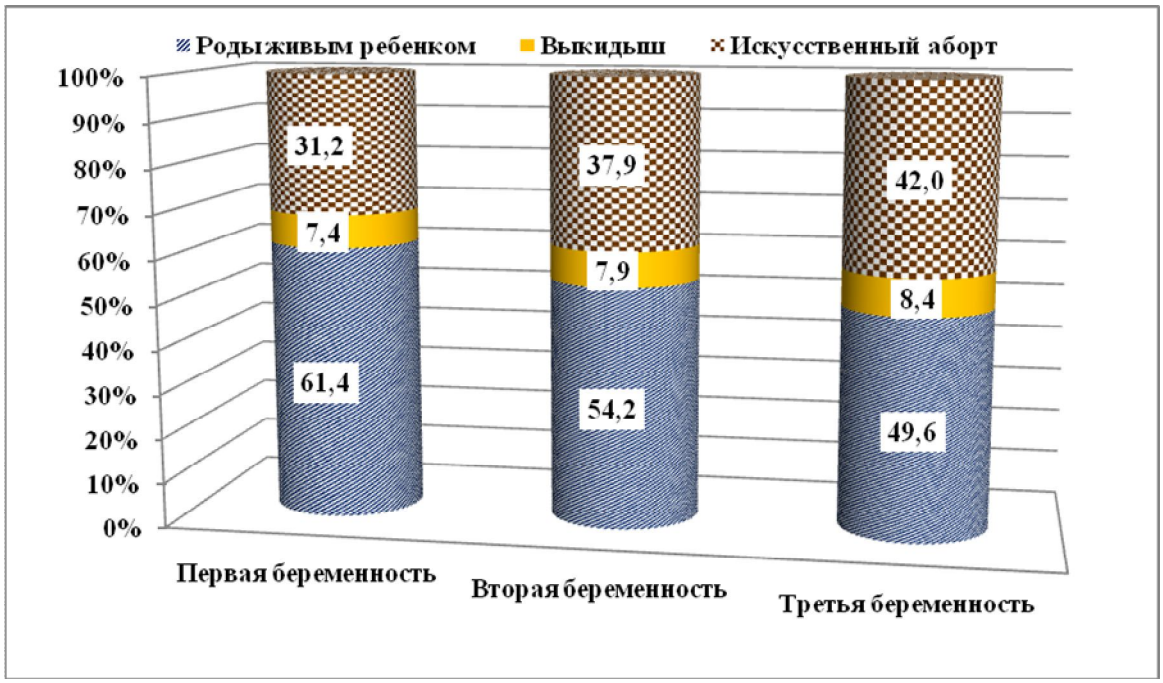


Рисунок 4.4. Структура исходов беременностей среди опрошенного контингента женщин, (в %).

Основные причины производства искусственных абортов представлены в таблице 4.3.

Из представленных данных следует, что наиболее распространенной причиной искусственных абортов являлись материальные затруднения.

Причем доля таких ответов в структуре причин третьего аборта составила почти половину (49,8%) и была соответственно в 2 и в 1,7 раза больше, чем при первом и втором абортах ($p<0,01$). Второй по распространенности причиной первого и второго абортов являлось плохое состояние собственного здоровья, на это указали соответственно 16,4% и 20,8% опрошенных женщин. Такой же удельный вес в структуре причин производства первого аборта пришелся на занятость респонденток в учебе (16,4%). Второе ранговое место в структуре причин третьего аборта пришлось на семейные конфликты, удельный вес таких ответов составил 25,2%.

Таблица 4.3

Основные причины производства искусственных абортов у обследованного контингента женщин, (в %).

Причины абортов	Первый аборт	Второй аборт	Третий аборт
Материальные затруднения	25,5	29,2	49,8
Плохие жилищные условия	1,8	4,2	-
Семейные конфликты	14,5	16,7	25,2
Плохое состояние собственного здоровья	16,4	20,8	8,3
Плохое состояние здоровья мужа	1,8	-	-
Занятость на работе	3,6	-	-
Занятость в учебе	16,4	8,3	-
Отсутствие зарегистрированного брака	9,1	12,5	16,7
Нежелание мужа иметь детей	10,9	8,3	-
Всего:	100,0	100,0	100,0

Третье ранговое место в структуре причин первого и второго абортов занимали семейные конфликты (соответственно 14,5% и 16,7%), тогда как третьего аборта – отсутствие официально зарегистрированного брака (16,7%).

Выполненное социальное исследование показало, что имели осложнения после искусственного прерывания беременности 11,9% респонденток.

При анализе результатов анкетирования установлено, что у 11,4 на 100 опрошенных женщин наблюдались выкидыши в анамнезе, причем у 81,4% из них был один выкидыш, у 11,2% - два выкидыша и у 7,4% женщин – три и более выкидышей.

Структура возможных причин выкидышей, по мнению респонденток, представлена на рисунке 4.5.

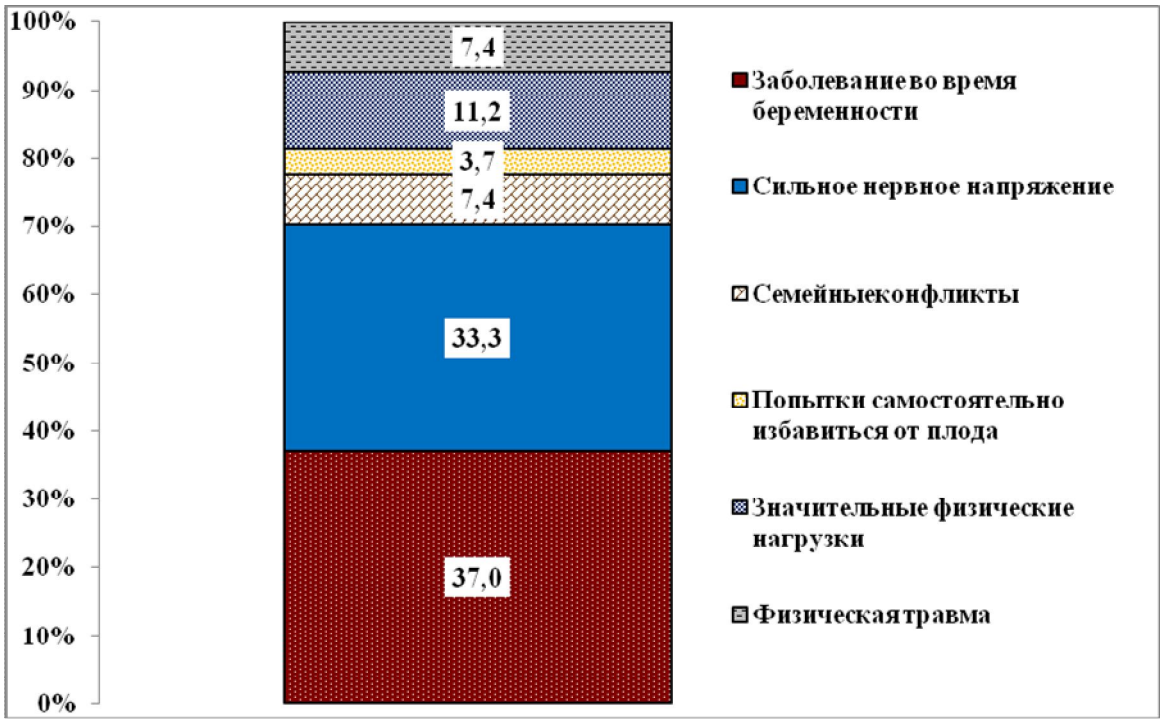


Рисунок 4.5. Структура причин выкидышей, по мнению респонденток (в %).

Наибольший удельный вес (37,0%) в структуре причин выкидышей приходится на заболевания женщины во время беременности, второе

ранговое место заняло сильное нервное напряжение (33,3%), третье – значительные физические нагрузки во время беременности (11,2%).

Четвертое место поделили между собой такие причинные факторы, как семейные конфликты и физическая травма во время беременности (по 7,4%). Попытки самостоятельного избавления от плода (3,7%) расположились на пятом месте в структуре причин выкидышей.

При проведении социологического исследования, нами была получена краткая медико-социальная характеристика мужей респонденток, состоящих в официально зарегистрированном.

Возрастная структура мужей опрошенных женщин выглядит следующим образом. Среди опрошенных преобладали лица в возрасте 25-29 лет (30,8%). На долю лиц в возрасте 30-34 года пришлось 27,2%, 20-24 года 25,2%, в возрасте 35-39 лет – 9,4%, 40-45 лет – 5,9% и до 20 лет – 1,6%.

Муж каждой третьей респондентки на момент проведения социологического опроса имел высшее образование (33,2%), почти четыре из десяти (43,3%) – среднее специальное, один из десяти (10,9%) общее среднее, 7,5% - неоконченное высшее и 5,1% - неполное среднее образование.

Среди изучаемого контингента мужчин 38,8% являлись работниками коммерческих структур. На втором и третьем ранговых местах расположились рабочие промышленных предприятий (26,4%) и предприниматели (12,9%). Удельные веса служащих бюджетных организаций и военнослужащих составили соответственно 9,0% и 7,5%. На долю учащихся, безработных и пенсионеров суммарно пришлось 5,4% мужчин.

На наличие у мужа контакта с профессиональными вредностями, указали 24,8% опрошенных женщин. Необходимо отметить, что частота осложнений беременности у женщин, чьи мужья имели контакт с профессиональными вредностями (18,1%) в 1,8 раза превышает величину аналогичного показателя в группе респонденток, мужья которых не были подвержены воздействию вредных факторов трудового процесса (9,8%). Также установлено, что 1,5% мужчин страдали бесплодием.

Как показали результаты исследования, для большинства мужчин (83,7%) настоящий брак является первым, для 15,3% - вторым и для 1,1% - третьим. Треть мужей респонденток, ранее женатых, (31,3%) не имели детей от предыдущего брака, 56,3% - имели одного ребенка, 9,3% - двоих и 3,1% - троих детей.

Во время настоящей беременности страдали гинекологическими заболеваниями, а также ИППП 20,8% опрошенных женщин. При этом распространенность ИППП среди обследованного контингента во время беременности составила 4,6 на 100 опрошенных, эрозии шейки матки – 8,5, кольпитов – 2,5, аднекситов – 1,8, кист яичников – 1,7 на 100 опрошенных женщин.

Кроме того, установлено, что 7,3% респонденток проходили лечение от бесплодия, в том числе 4,5% женщин в возрасте 20-24 года, 7,7% - в возрасте 25-29 лет, 13,3% - в возрасте 30-34 года и 16,7% в возрасте 35-39 лет. Лечились от невынашивания беременности 9,1% опрошенных. При этом наибольший удельный вес таковых пришелся на респонденток возрастной группы 35-39 лет (25,0%).

Большинство респонденток (65,2%) начали курить в возрасте от 15 до 20 лет, каждая пятая (20,2%) – в 20-24 года, 12,4% опрошенных начали курить до достижения ими 15 лет, а 2,2% - в возрасте 25-30 лет. Также установлено, что 45,6% женщин выкуривали по 5-10 сигарет в день, 26,7% - до пяти сигарет, 8,8% - 1-2 сигареты, а почти каждая пятая (18,9%) – по 10-20 сигарет в день.

Необходимо отметить, что среди респонденток, состоящих в официально зарегистрированном браке удельный вес женщин, продолжавших курить во время беременности (8,7%) соответственно в 4,2 и 3,6 раза ниже по сравнению с респондентками, никогда не состоявшими в браке (36,4%) и находящимися в гражданских отношениях (31,7%) ($p<0,01$). Среди опрошенных женщин, находившихся в разводе на момент

возникновения беременности, продолжала курить каждая четвертая беременная.

4.2. Характеристика осложнений беременности и родов по материалам выборочного исследования

Рассмотрим распространенность заболеваний и состояний, осложнивших течение беременности среди опрошенного контингента женщин по данным выкопировки из «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (таблица 4.4) .

Таблица 4.4

Распространенность заболеваний и состояний, осложнивших течение беременности (на 100 женщин, закончивших беременность)

Заболевания и состояния	Частота ответов
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	31,8
Угрожающий выкидыш	36,4
Гестозы беременных	9,3
Токсикозы беременных	12,7
Многоводие	6,4
Всего:	96,6

Наиболее распространенными формами патологии беременности среди респонденток были угрожающий выкидыш и хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), их уровни составили соответственно 36,4 и 31,8 на 100 женщин закончивших беременность. Частота токсикозов первой половины беременности составила 12,7 на 100 женщин, закончивших беременность.

Распространенность экстрагенитальной патологии в период беременности среди опрошенных женщин представлена на рисунке 4.6. Из рисунка видно, что в период беременности среди респонденток с наибольшей частотой встречалась такая экстрагенитальная патология, как анемии. Их уровень составил 40,3 на 100 женщин, закончивших беременность.

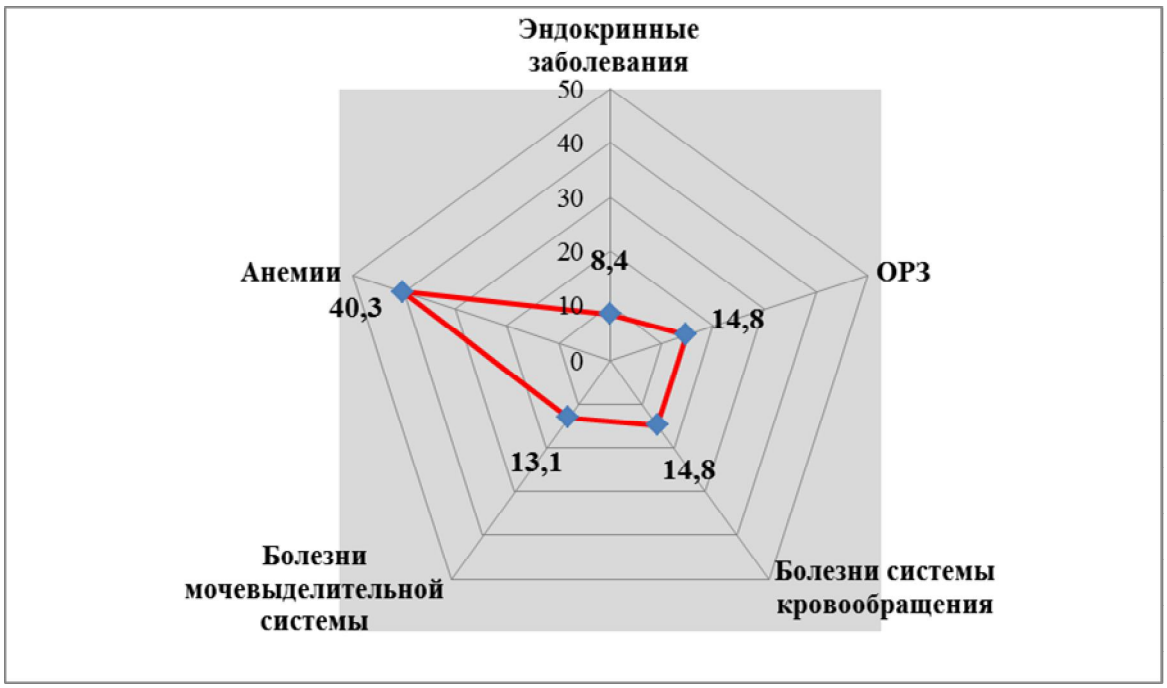


Рисунок 4.6. Распространенность экстрагенитальной патологии в период беременности среди респонденток (на 100 женщин, закончивших беременность прошенных)

Второе ранговое место поделили между собой болезни системы кровообращения и острые респираторные заболевания (по 14,8). На третьем и четвертом ранговых местах расположились соответственно болезни мочевыделительной системы (13,1) и эндокринные заболевания (8,4 на 100 женщин, закончивших беременность).

Анализ анкетных данных показал, что с увеличением возраста респонденток достоверно уменьшается доля лиц, не имевших осложнений во время настоящей беременности ($p<0,05$). Кроме того, установлена положительная сильная связь между частотой осложнений беременности у опрошенного контингента женщин и негативным влиянием употребления ими алкоголя ($r= + 0,74$). Так удельный вес респонденток, употреблявших алкоголь до беременности и не имевших осложнений в течение настоящей беременности (21,7%) в 4,1 раза ниже величины аналогичного показателя в сравниваемой группе женщин (88,7%) ($p<0,01$).

Также установлено, что беременность у обследованных, имеющих в анамнезе гинекологические заболевания, в 1,3 раза чаще протекала с

осложнениями, по сравнению с женщинами, не страдавшими заболеваниями генитальной сферы (45,8% и 35,3% соответственно).

Нами был проанализирован вклад отдельных заболеваний и состояний в структуру патологии беременности женщин различных возрастных групп (таблица 4.5).

Установлено, что первое ранговое место в структуре патологии беременности респонденток всех возрастов (за исключением группы 20 – 24 лет) занимал угрожающий выкидыш. При этом наибольший удельный вес данной патологии отмечался среди женщин в возрасте от 30 до 34 лет (39,7%). При этом, на данную группу женщин пришлась наименьшая доля такой патологии, как хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) (16,4%).

Таблица 4.5

Структура заболеваний и состояний, осложнивших течение беременности у женщин различных возрастных групп (в %)

Заболевания и состояния, осложнившие беременность	Возраст				
	До 20 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	Старше 35 лет
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	23,9	35,3	26,4	16,4	35,8
Угрожающий выкидыш	38,0	30,2	39,4	39,7	38,5
Гестоз	14,6	17,8	19,9	20,6	17,7
Токсикоз	18,8	9,4	10,5	18,7	7,9
Многоводие	4,7	7,3	3,8	4,6	0,1
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

На первом месте в изучаемой структуре в группе респонденток 20 — 24 лет расположилась ХФПН. Ее доля составила 35,3% и была соответственно в 1,5 и 2,2 раза выше, чем среди женщин в возрасте до 20 лет (23,9%) и 30 — 34 года (16,4%).

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), встречались у

каждой пятой респондентки, не достигшей 20-летнего возраста. Частота ИППП уменьшается прямо пропорционально увеличению возраста женщин. Так, распространенность ИППП в группе респонденток в возрасте от 20 до 24 лет в 1,6 раза ниже (12,2%), чем в младшей возрастной группе, среди женщин в возрасте 25 — 29 лет и 30 — 34 лет — в 2 раза (соответственно 9,9% и 9,8%) и среди лиц старше 35 лет — в 3,1 раза (6,5%).

При анализе полученных данных установлено, что с возрастом женщин происходит увеличение доли гестозов в структуре патологии беременности. Так, по сравнению с группой женщин в возрасте до 20 лет (14,6%), удельный вес гестозов среди респонденток 35 лет и старше выше в 1,2 раза (17,7%).

Аналогичная тенденция прослеживается и в отношении кандидоза наружных половых органов (разница между крайними возрастными группами также составила 1,4 раза). У 16,1% обследованных женщин, страдавших во время беременности кандидозом, течение родов имело патологический характер. Среди женщин с нормальными родами величина данного показателя была ниже в 3,1 раза и составила 5,1.

В таблице 4.6 представлена структура патологии беременности в зависимости от количества беременностей, родов и абортов в анамнезе обследованного контингента женщин.

Из таблицы видно, что с увеличением числа беременностей в анамнезе в структуре патологии беременности повышается удельный вес таких заболеваний и состояний, как угрожающий выкидыш и токсикоз. Так, если при наличии одной беременности удельный вес угрожающих выкидышей в изучаемой структуре составляет 34,3%, то при наличии двух и трех беременностей величина данного показателя увеличивается соответственно до 37,0% и 45,5%.

Таблица 4.6

Структура заболеваний и состояний, осложнивших беременность обследованного контингента женщин в зависимости от количества беременностей, родов и абортов в анамнезе (в %)

Заболевания и состояния, осложнившие беременность	Количество беременностей			Количество родов			Количество абортов		
	Одна	Две	Три	Одни	Двое	Трое	Один	Два	Три
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	35,5	23,6	26,0	33,3	27,1	20,0	28,4	27,5	31,0
Угрожающий выкидыш	34,3	37,0	45,5	38,0	42,1	40,2	33,8	39,7	42,5
Гестоз	20,8	14,5	14,8	19,2	12,7	26,5	22,9	20,3	19,3
Токсикоз	9,4	16,4	22,2	9,5	18,1	13,3	14,9	12,5	7,2
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В свою очередь, при наличии у респонденток трех абортов в изучаемой структуре по сравнению с одним и двумя абортами, увеличивается доля угрожающих выкидышей (в 1,3 раза) и хронической фетоплацентарной недостаточности (в 1,1 раза).

Суммарная частота заболеваний и патологических состояний, осложнивших роды у респонденток, составила 156,5 на 100 родов. Установлено, что роды чаше всего осложнялись преждевременным излитием околоплодных вод (32,6 на 100 родов) и разрывами промежности, шейки матки и влагалища (31,8). Третье и четвертое по распространенности ранговые места пришлись на ХФПН и гестозы (соответственно 29,7 и 16,1).

Необходимо отметить достаточно большую распространенность среди опрошенных женщин инфекций, передаваемых половым путем (5,9). При этом 78,4% ИППП в родах отмечалось среди респонденток, ставших на учет в женскую консультацию позже 12 недель беременности или не наблюдавшихся вообще ($p<0,05$).

Методом корреляционного анализа была выявлена прямая сильная связь между наличием у беременных экстрагенитальных заболеваний и частотой преждевременных родов. Значение коэффициента корреляции составило 0,76. Также выявлена прямая корреляционная связь средней силы между частотой выкидышей с одной стороны и распространенностью среди беременных кольпитов и ИППП, при этом значения коэффициентов корреляции составили соответственно 0,68 и 0,62.

Особого внимания заслуживает тот факт, что частота патологических родов среди обследованного контингента составила 57,9 на 100 женщин, закончивших беременность. При этом установлено, что с увеличением возраста респонденток достоверно уменьшается удельный вес лиц с нормальным течением родов. В возрастной группе женщин до 20 лет удельный вес нормальных родов составил 60,1%, что в 1,4 раза превышает величину данного показателя среди респонденток в возрасте 35 – 39 лет (41,7%) ($p<0,05$). Кроме того, наличие в анамнезе хронических

гинекологических заболеваний увеличивает частоту патологических родов на 10,2%.

Анализ полученных данных показал, что чаще всего преждевременно наступали третьи и четвертые роды (соответственно 21,1% и 33,2%), реже – вторые роды (10,8%). При этом немаловажным является то, что среди первородящих доля преждевременных родов составила почти пятую часть от общего их количества (18,2%). В свою очередь запоздалыми чаще являлись вторые роды. Кроме того, установлено, что среди респонденток, начавших половую жизнь в возрасте до 15 лет удельный вес преждевременных родов составил почти половину (46,2%), тогда как доля таковых в группе женщин впервые вступивших в интимные отношения после 15 лет в среднем в 2,6 раза ниже (17,7%).

У женщин, имевших осложнения в течение настоящей беременности, удельный вес преждевременных родов (18,1%) превышал аналогичный показатель в группе женщин с нормально протекавшей беременностью - 7,3% (таблица 4.7).

Таблица 4.7

Распределение родов по срокам наступления в зависимости от наличия осложнений настоящей беременности, (в %)

Роды по сроку наступления	Наличие осложнений настоящей беременности	
	Были	Не были
Преждевременные	18,1	7,3
Срочные	80,8	90,6
Запоздалые	1,1	2,1
Всего:	100,0	100,0

Согласно результатам анализа данных «Индивидуальных карт беременных и родильниц», только 73,2% родоразрешений было произведено через естественный родовой путь, тогда как почти каждое четвертое родоразрешение (26,8%) осуществлялось путем кесарева сечения.

Структура причин родоразрешения посредством операции кесарева сечения представлена на рисунке 4.7.

Из рисунка видно, что первое ранговое место в структуре причин родоразрешений путем кесарева сечения занимают клинически и/или анатомически узкий таз (34,2%). На втором и третьем ранговых местах находятся соматические заболевания женщины, являющиеся противопоказанием к родам естественным путем (23,6%) и наличие рубца на матке вследствие ранее произведенных операций (в том числе кесарева сечения) (14,1%).

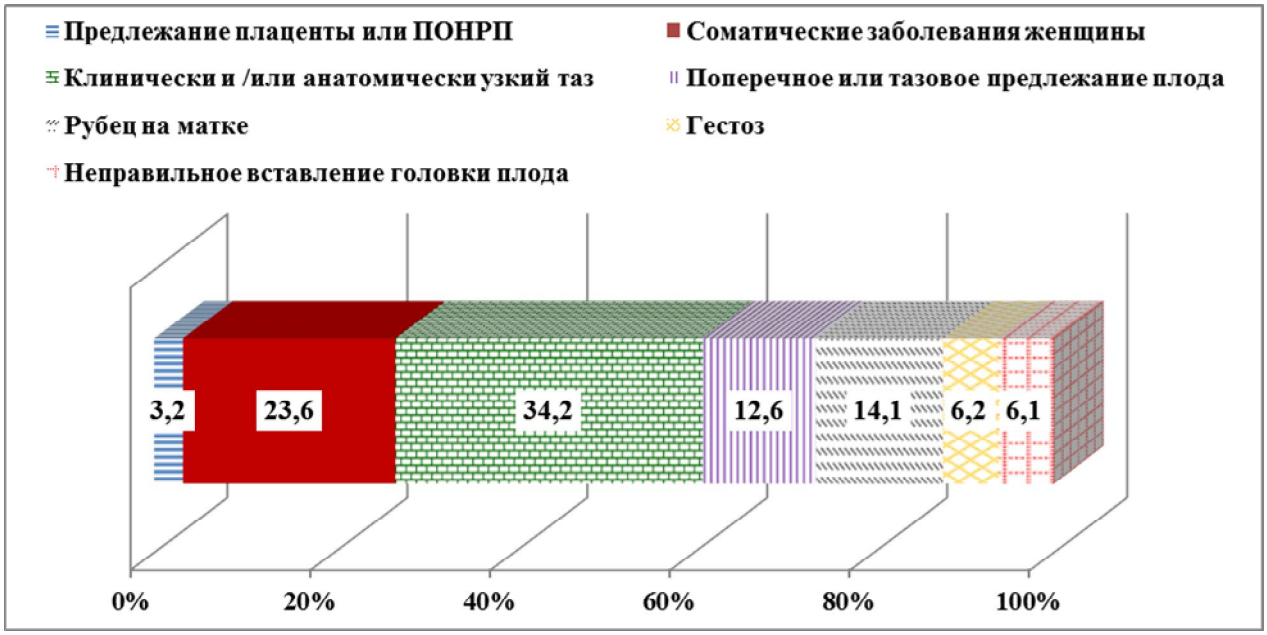


Рисунок 4.7. Структура причин родоразрешения опрошенных женщин посредством операции кесарева сечения, (в %).

Далее в порядке убывания следуют такие причины оперативного родоразрешения, как поперечное или тазовое предлежание плода (12,6%) и гестоз (6,2%).

Глава 5. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ И РОДИЛЬНИЦАМ С ПОЗИЦИИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ И МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ

5.1. Современное состояние и проблемы повышения эффективности диспансеризация беременных

В таблице 5.1 представлена динамика сроков беременности при поступлении под наблюдение женской консультации беременных, проживающих в г. Рязани, районах и Рязанской области в целом.

Таблица 5.1

Сроки беременности при поступлении под наблюдение женской консультации в г. Рязани, районах и Рязанской области в целом

Сроки беременности	Годы					
	2010	2011	2012	2013		
				г. Рязань	Районы	Область
До 12 нед.	86,9	86,2	87,6	88,5	83,5	86,3
Позже 12 нед.	13,1	13,8	12,4	11,5	16,5	13,7
В целом:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ранняя постановка на диспансерный учет беременных по Рязанской области в 2010-2013 гг. составляла 86,2-87,6%. При этом наибольший удельный вес женщин, вставших под наблюдение женской консультации по поводу беременности при ее сроке до 12-ти недель, отмечался в г. Рязани.

Согласно отчетным данным, из 6594 закончивших беременность в 2013 г. жительниц г. Рязани, 5706 (86,5%) беременных были осмотрены терапевтом до 12 недель беременности. Обследованы на сифилис в первой половине беременности 6537 беременных, во второй половине беременности – 6232 человека. Все беременные были обследованы на ВИЧ-инфекцию

(выявлено 33 сероположительных), на гепатит В (выявлено 32 сероположительных) и на гепатит С (выявлено 54 сероположительных).

Скрининговое ультразвуковое исследование плода в первом триместре беременности было проведено у 6490 женщин, во втором триместре беременности – у 6106 и в третьем триместре беременности – у 6180 женщин. Трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование плода в целом было проведено у 5839 или 88,6% беременных. Врожденные пороки развития плода выявлены в 69 случаях.

Проба на биохимический скрининг (не менее двух сывороточных маркеров) была взята у 5933 женщин. При этом отклонения были выявлены в 83 случаях.

В итоге комплексное обследование (ультразвуковое исследование и биохимический скрининг) было проведено у 5678 или 86,1% беременных. По материалам социологического опроса женщин, только 31,9% респонденток посещали женскую консультацию до беременности несколько раз в год, а 39,6% – один раз в год. Удельный вес пациенток, обращавшихся в женскую консультацию один раз в два года составил 9,8%. Остальные респондентки (18,7%) посещали женскую консультацию реже, чем один раз в два года.

Согласно данным проведенного нами социологического опроса, только четыре из десяти респонденток (40,6%) планировали настоящую беременность, у 58,1% опрошенных женщин беременность была желанная, но не запланированная, а у 1,3% - не желанная. Необходимо отметить, что наибольший удельный вес респонденток, чья беременность была запланирована, пришелся на возрастную группу 20-24 года (40,6%), что почти в 20 раз больше по сравнению с аналогичным показателем в группе женщин до 20 лет (2,1%) ($p<0,01$). В свою очередь 66,5% случаев нежеланных беременностей пришелся на респонденток младшей возрастной группы (до 20 лет).

Также установлено, что среди опрошенных женщин, состоящих в зарегистрированном браке, удельных вес запланированных беременностей

(83,3%) превышает аналогичный показатель в группе респонденток никогда не состоявших в браке и находящихся в разводе соответственно в 26 и 38 раз (3,2% и 2,2%) ($p<0,01$). Наибольшая доля нежеланных беременностей пришлась на женщин никогда не состоявших в зарегистрированном браке (62,1%).

Согласно данным анкетирования, респондентки, у которых беременность была запланирована, в 93,6% случаев встали на учет в женскую консультацию в ранние сроки беременности. Данный показатель у женщин с нежеланной беременностью составил 70,2%. Среди женщин с запланированной беременностью удельный вес, регулярно посещавших женскую консультацию, был в 2,1 раза больше такого среди лиц с нежеланной беременностью (соответственно 86,7% и 41,3%).

Выполняли все врачебные назначения, полученные в женской консультации, 86,4% респонденток. При этом посещали «Школу беременных» всего лишь 12,9% женщин из числа опрошенных.

При анализе анкетных данных выявлена широкая распространенность среди респонденток вредных привычек как до беременности, так и во время нее. Так, до наступления настоящей беременности употребляли алкогольные напитки 80,1% опрошенных женщин. При этом 77,6% из них употребляли алкоголь только по торжественным случая, 17,0% - 1-2 раза в месяц и 5,3% - 1-2 раза в неделю.

Установлено, что опрошенные женщины получали информацию об особенностях течения беременности и родов в основном на приеме в женской консультации (75,3 на 100 опрошенных). Указание на интернет, как на источник информации, встречалось в 52,9 на 100 респонденток, специальная литература и телевидение – соответственно 32,5 и 12,2 на 100 опрошенных женщин.

Партнерские роды подразумевают присутствие во время родового процесса, помимо медицинского персонала, мужа (отца ребенка) или других близких роженицы. Большинство опрошенных женщин (57,1%) относятся к

партнерским родам отрицательно, 13,3% - безразлично. Присутствие на родах «партнера» считают уместным только 29,5% респонденток. Среди опрошенных женщин, состоящих в разводе удельный вес лиц, отрицательно относящихся к партнерским родам (71,4%), в 1,8 раза превышает по анализируемому показателю долю респонденток никогда не состоявших в браке (40,1%) и в 1,3 раза – состоящих в зарегистрированном браке (57,8%).

В ходе выполнения исследования было проведено сравнение субъективного мнения респонденток о течении их беременности с данными выкопировки из «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (ф№111/у). По данным медицинской документации частота осложнений беременности среди обследованных женщин была равна 135,4 на 100 закончивших беременность. В то же время, по мнению самих опрошенных женщин, частота осложнений была в 3,2 раза ниже (42,3).

По данным результатов анкетирования, 88,9% женщин при возможности выбора предпочли бы родоразрешение через естественный родовой путь, а 11,1% - путем операции кесарева сечения.

На тяжесть течения осложнений беременности указывает распределение ответов респонденток на вопрос: «Где проводилось лечение осложнений беременности?». Так три из четырех опрошенных лечились по поводу осложнений беременности в условиях стационара (74,9%) и только 21,7% - амбулаторно. При этом 3,2% женщин в связи с определенными обстоятельствами вынуждены были проходить амбулаторное лечение вместо требующегося стационарного.

Определенный научно-практический интерес представляет изучение распределения удельных весов нормальных и патологических родов в зависимости от частоты посещения респондентками женской консультации с профилактической целью до беременности (таблица 5.2).

Таблица 5.2

Распределение удельных весов нормальных и патологических родов в зависимости от частоты посещения респонденткаами женской консультации с профилактической целью до беременности, (в %)

Течение родов	Частота посещения женской консультации с профилактической целью до беременности			
	Несколько раз в год	1 раз в год	1 раз в 2 года	Реже, чем 1 раз в 2 года
Нормальное	46,7	41,9	39,1	34,9
Патологическое	53,3	58,1	60,9	65,1
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0

Из таблицы видно, что низкая медицинская активность респонденток до беременности прямо пропорционально увеличивает частоту осложненного течения родов. У женщин, посещавших женскую консультацию до беременности несколько раз в год, доля патологических родов составила 53,3%, 1 раз в год – 58,1%, 1 раз в два года – 60,9%. Удельный вес нормальных родов в группе респонденток, обращавшихся к гинекологу с профилактической целью реже одного раза в два года, составил чуть более трети (34,9%).

Похожая зависимость наблюдается и при оценке частоты посещения респонденткаами женской консультации во время беременности. Установлено, что доля патологических родов в группе женщин вообще не наблюдавшихся у специалиста во время беременности (74,9%) в 1,3 раза превышает величину анализируемого показателя среди респонденток, регулярно посещавших женскую консультацию (56,8%). Кроме того, необходимо отметить, что роды чаще имели патологический характер у женщин с осложненным течением беременности (66,7%) по сравнению с теми, чья беременность протекала без отклонений (52,1% соответственно).

В соответствии с полученными данными, встали на диспансерный учет по поводу беременности в срок до 12 недель 87,6% респонденток. Посещали

регулярно женскую консультацию 75,3%. Вообще не наблюдались в женской консультации 1,5%.

Частота преждевременных родов у женщин, не регулярно наблюдавшихся в женской консультации, достоверно выше ($P<0,05$) по сравнению с регулярно посещавшими женскую консультацию (соответственно 17,8% и 6,5%).

Опрос беременных женщин показал, что 84,3% опрошенных лиц считают диспансеризацию необходимой, 12,7% - не считают необходимой, 3% респондентов ответили, что "в зависимости от течения беременности".

При ответе на вопрос: "В чем опрошенные видят основные недостатки проводимой работы по диспансеризации беременных женщин" получены следующие ответы респондентов. Среди ответов обращают на себя внимание видение беременными женщинами таких проблем, как недостаток информированности, необходимость повышения эффективности и внедрения инновационных форм работы «Школы материнства», наличие больших очередей. Эти проблемы названы наряду с такими, как недостаточное оснащение женских консультаций, недостаток внимания, низкая квалификация медицинского персонала.

На вопрос о пожеланиях в отношении оптимизации работы по диспансеризации получены следующие ответы: улучшить финансирование работы по диспансеризации (33,7%); увеличить государственную поддержку материнству и детству (20,3%);повышать информирование беременной женщины о возможных угрозах нормальному развитию плода (15,0%); более внимательно относиться к беременным (3,7% респондентов).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Рязанской области от 29.08.2011 г. №87 утверждена и заполняется учреждениями родовспоможения региона «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи родильницам».

Согласно данным экспертных оценок дефекты оказания медицинской помощи родильницам выявлены в 46,6%. При этом итоговая сумма баллов колебалась от 0,36 до 0,98. В среднем, итоговая сумма балла составила 80,7.

Замечания по блоку «Обследование» были сделаны в 43,9% случаев, по блоку «Диагностика» - в 12,8%, по блоку «Лечение» - в 29,1%, и по блоку «Экспертиза временной нетрудоспособности» - в 11,5% случаев.

Наиболее часто отмечались дефекты, касающиеся лабораторных инструментальных исследований, консультаций специалистов. Кроме того, нередко отмечались неправильная формулировка диагноза и недостаточная его обоснованность. Замечания по блоку «Лечение» в большей степени касались адекватности медикаментозной и немедикаментозной терапии. Необходимо также отметить, что несвоевременная госпитализация имела место в 20,3% случаев. Замечания по блоку «Экспертиза временной нетрудоспособности» были обусловлены неправильным оформлением документации.

Нами была проанализирована частота патологических, осложненных и нормальных родов, в зависимости от наличия или отсутствия дефектов при оказании медицинской помощи родильницам.

Согласно полученным результатам, в 2010 году удельный вес патологических родов при наличии дефектов в оказании помощи составил 35,6%, осложненных родов – 44,1%, нормальных – 20,3%. В случаях отсутствия дефектов при оказании помощи доля патологических родов была равна 13,9%, осложненных – 31,6% и нормальных – 54,5%.

После проведения соответствующей работы с медицинским персоналом роддома, отмечалось улучшение показателей. Удельный вес патологических родов снизился соответственно до 29,0% и 11,7%.

5.2. Мнение акушеров-гинекологов и неонатологов о предотвратимости перинатальной и материнской смертности

Термин «предотвратимая смертность» (ПС) представляется как «смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения исходя из современных знаний и практики, в определенных возрастно-половых группах населения»[117].

Методология оценки смертности от управляемых причин стала активно использоваться в Европе, после опубликования результатов о том, что ПС населения ряда индустриальных стран снижалась более быстрыми темпами, чем общая смертность. Такой методологический приём оказался весьма эффективным для решения разнообразных задач здравоохранения.

В России методология ПС стала использоваться для определения приоритетов развития здравоохранения на федеральном и региональном уровнях, оценки демографических потерь от ПС, для доказательства социальной обусловленности предотвратимых потерь населения [158].

С целью унификации использования методологии ПС были уточнены критерии предотвратимости на основе опроса российских специалистов. Основная их часть выразила согласие с европейским подходом к понятию «предотвратимая смертность». По мнению экспертов, степень предотвратимости существенно зависит от характера причин смерти. На первые места по степени предотвратимости вышли преимущественно экзогенные причины смерти, обусловленные условиями жизни и поведенческими факторами риска.

Была предложена новая классификация предотвратимых причин смерти, основанная на степени вовлеченности в управление уровнем смертности социально-экономических и политических факторов [118].

Анализ динамики ПС на основе российской классификации позволил конкретизировать первоочередные пути снижения сверхсмертности

населения. Установлено, что динамика смертности от многих причин обусловлена социально-экономическим неблагополучием населения. Смертность от причин, для предотвращения которых требуется адекватная государственная политика в области охраны здоровья граждан, была наиболее лабильна.

Актуальность результатов, полученных на основе подобной классификации для текущей ситуации в России, позволила предложить ее в качестве основы для оценки обобщённого индикатора «предотвратимые потери здоровья», определяемого как «потери продолжительности и качества жизни населения в результате заболеваний и травм, возникновение и развитие последствий которых возможно предотвратить исходя из современных знаний и практики охраны здоровья в определенных возрастно-половых группах населения» [90].

Введение нового обобщённого индикатора эффективности охраны здоровья населения обусловлено спецификой сложившейся в России ситуацией перемен в социально-экономическом укладе общества, когда востребован показатель эффективности усилий здравоохранения по осуществлению координации деятельности общества по охране здоровья граждан. Комплексный анализ потерь здоровья предоставит доказательную базу для ранжирования срочности решения конкретных задач здравоохранения, позволит определить, на решение каких проблем в действительности надо направить усилия сегодня.

Данный фрагмент исследования проводился в целях выяснения резервов снижения перинатальной и материнской смертности от предотвратимых причин.

В исследование было включено мнение 164 врачей акушеров-гинекологов и неонатологов, из них 16,7% составили мужчины и 83,3% женщины, в возрасте от 23 до 68 лет, средний возраст составил 43,4±10,2 года. Распределение респондентов по возрасту и стажу работы представлено на рисунок 5.1. Следует отметить, на долю лиц предпенсионного и

пенсионного возраста приходилось только 29,6%, наиболее многочисленной была группа в возрасте 40-49 лет (40,7%).

Среди них 39,5% работали в поликлиниках, 60,5% – в стационарах. Средний стаж работы составлял 19,5±8,6 лет. Более половины (53,3%) опрошенных врачей имели продолжительный стаж – 20-29 лет. Следует отметить, что каждый десятый респондент трудился более 30 лет (рисунок 5.2).

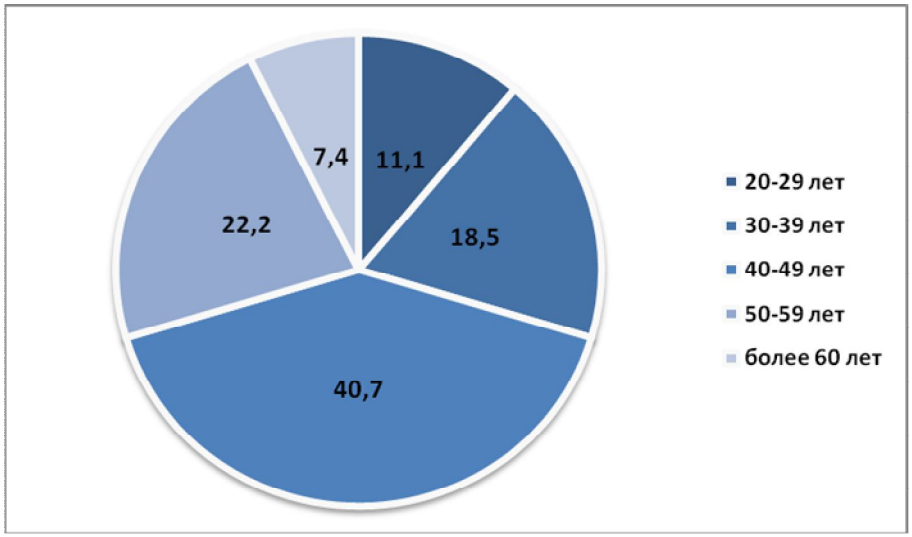


Рисунок 5.1. Распределение опрошенных врачей по возрасту (в %)

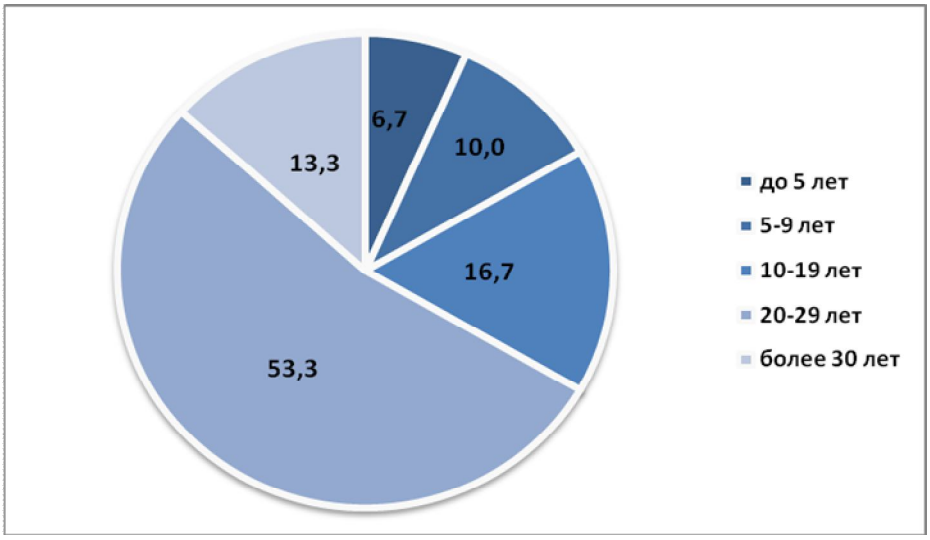


Рисунок 5.2. Распределение опрошенных врачей по стажу работы (в %)

Значительная часть врачей относилась к высококвалифицированным специалистам. Так, высшую и 1 категорию имели по 26,3% врачей. На долю лиц, не имевших квалификационную категорию, приходилось 10,5% (рисунок 5.3).

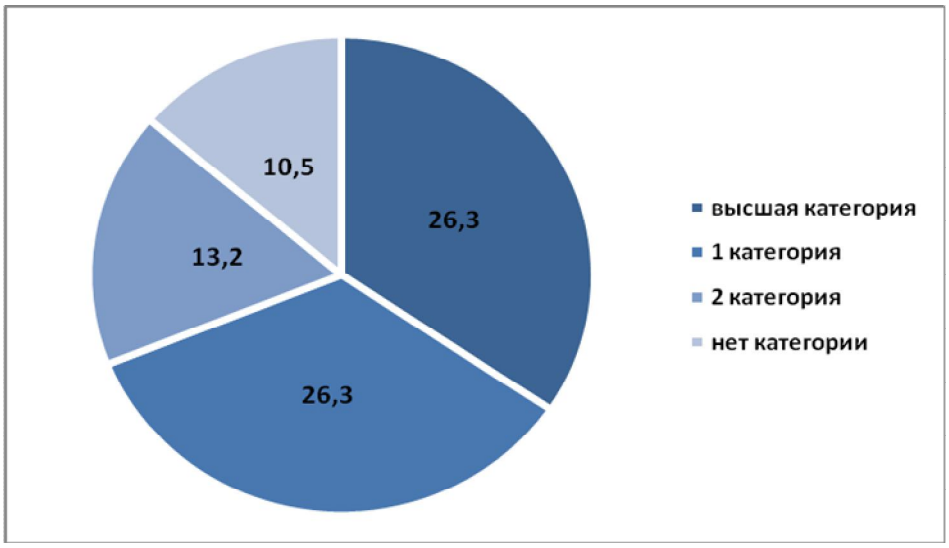


Рисунок 5.3. Распределение опрошенных врачей по квалификационной категории (в %)

Из числа опрошенных доля лиц, имеющих ученую степень, составляла 4,9%.

Большая часть опрошенных (84,8%) работали врачами, 8,4% были заведующими отделением, 4,8% занимали должность заместителя главного врача и 1,2% респондента были главными врачами.

Помимо общих вопросов, касающихся пола возраста, места и стажа работы, занимаемой должности, квалификационной категории и ученой степени, анкета содержала вопросы, с помощью которых можно выяснить мнение врача о предотвратимости смертности и в том числе перинатальной, младенческой и материнской смертности.

При этом изучали мнение врачей о понятии «предотвратимая смертность», ее критериях, степени предотвратимости в различных возрастных группах детского населения и при различных заболеваниях. Особое внимание обращали на наиболее значимые этапы возможной

предотвратимости и экономически эффективное распределение средств по данным этапам.

Как свидетельствуют данные литературы, оценка предотвратимой смертности основывалась на мнении компетентных экспертов о том, от каких причин взрослые и дети не должны умереть ни в коем случае, от каких – они все-таки могут умереть, и от каких – не могут не умереть. Разделение всех причин смерти на эти 3 группы существенно различалось и в разные периоды времени, и в один и тот же период – на разных территориях. Экспертами в данном исследовании были врачи различных специальностей, имеющие отношение к данной проблеме.

Изучение резервов снижения смертности детей от предотвратимых причин, проведенное на основе анализа мнения специалистов акушерской и педиатрической служб, позволило установить ряд закономерностей.

Согласно мнению большинства специалистов (78,1%), понятию «предотвратимая смертность» в наибольшей степени соответствует смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения, исходя из современных знаний и практики, в определенных возрастно-половых группах населения (рисунок 5.4). Довольно большая группа респондентов считала, что этому понятию соответствует смертность, наступившая в результате врачебных ошибок и смертность от любых причин во всех возрастно-половых группах - 11,5% и 8,1%, соответственно. В единичных случаях имело место мнение, что такого понятия не существует (1,2%).

Подавляющее большинство (84,2%) опрошенных врачей отметили, что критерий предотвратимой смертности должен определяться как экспертное мнение врачей-специалистов по данному вопросу. Некоторые (7,9%) респонденты считали, что в основе должны лежать заключения специалистов ВОЗ. По мнению 5,3% врачей с этой целью необходимо использовать зарубежные данные, 2,6% - установить предотвратимость смертности можно в результате статистического исследования (рисунок 5.5).



Рисунок 5.4. Понятие предотвратимой смертности по мнению врачей (в %)

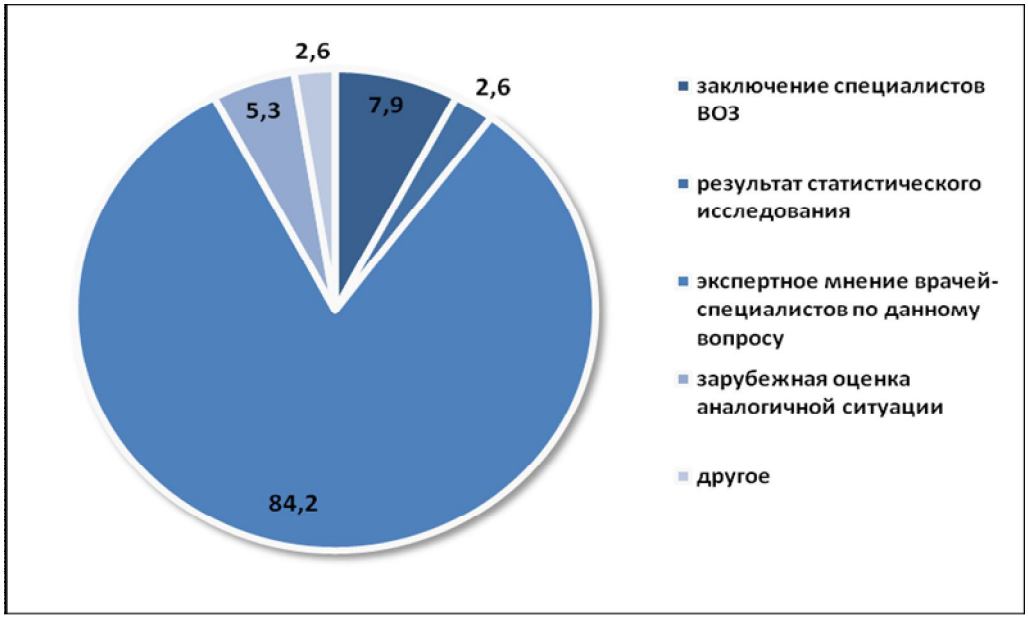


Рисунок 5.5. Методы оценки предотвратимой смертности по мнению врачей (в %)

Характеризуя критерии предотвратимости, 44,7% врачей считали, что они должны быть различными в разные периоды времени, 26,7% - в зависимости от территории и периода времени, 21,1% - универсальными для всех территорий и периодов времени и 7,9% - различными для отдельных территорий (таблица 5.3).

Таблица 5.3

Мнение врачей о том, какими должны быть критерии предотвратимой смертности (в %)

Варианты ответов	%
Универсальными для всех территорий и периодов времени	21,1
Различными для отдельных территорий	7,9
Различными в разные периоды времени (например, 10 лет назад и в настоящее время)	44,7
Различными в зависимости от территории и периода времени	26,3
Другое	-

Определенное практическое значение имеет мнение практических врачей о том, может ли критерий предотвратимости служить показателем эффективной деятельности органов здравоохранения. Результаты опроса показали, что в большинстве случаев респонденты считали данный критерий информативным для оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения. При этом, 36,1% опрошенных врачей дали положительный ответ и 39,5% - ответили на вопрос «может лишь частично». Отрицательный ответ был зарегистрирован в 28,9% случаев (рисунок 5.6).

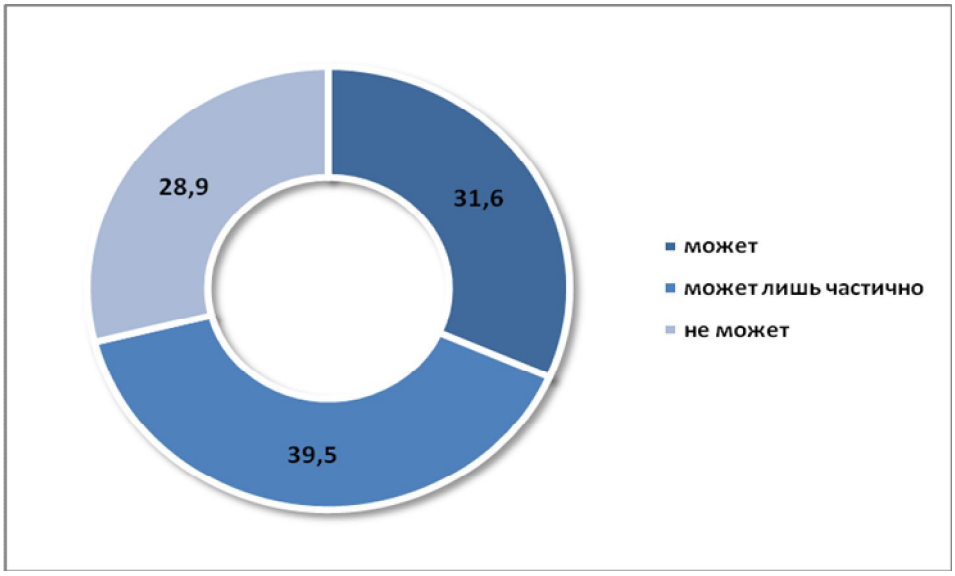


Рисунок 5.6. Мнение врачей о том, может ли критерий предотвратимости служить показателем эффективной деятельности органов здравоохранения (в %)

Далее проводилось изучение мнения врачей о предотвратимости смертности от различных причин в перинатальном периоде и среди родильниц.

При оценке перинатальной смертности как полностью предотвратимой, внутриутробная гипоксия и асфиксия, как ее причина, находилась на первом месте (34,2% врачей), далее следовали родовая травма (31,6%), внутриутробная пневмония (23,7%) и респираторные нарушения (21,1%). Довольно редко полностью предотвратимыми считалась гибель детей в перинатальном периоде от врожденных аномалий (2,6%), патологии плаценты и пуповины (7,8%) (таблица 5.4).

Таблица 5.4

Результаты опроса врачей о степени предотвратимости перинатальной смертности от различных причин (в %)

Причины	Перинатальная смертность		
	полностью предотвратима	частично предотвратима (**на сколько %)**	непредотвратима
Внутриутробная гипоксия и асфиксия	34,2	73,5	-
Врожденные аномалии	2,6	46,4	21,1
Внутриутробная пневмония	23,7	63,3	10,5
Респираторные нарушения	21,1	77,1	-
Патология плаценты и пуповины	7,8	68,1	7,8
Родовая травма	31,6	65,4	-

Следует отметить, что 21,1% врачей к непредотвратимым причинам перинатальной смертности отнесли врожденные аномалии, 10,5% - внутриутробную пневмонию и 7,8% респондентов - патологию плаценты и пуповины. Ни в одном случае непредотвратимой не была названа перинатальная смертность от внутриутробной гипоксии и асфиксии

респираторных нарушений.

При оценке причин частично предотвратимой перинатальной смертности респондентам предлагалось указать предполагаемую степень предотвратимости в процентном отношении.

На 77,1% оказалась предотвратимой перинатальная смертность от респираторных нарушений, на 73,5% - от внутриутробной гипоксии и асфиксии, на 68,1% - от патологии плаценты и пуповины. Наименьшая степень частичной предотвратимости, по мнению врачей, может быть при врожденных аномалиях (46,4%).

Большое практическое значение имеет определение наиболее значимого этапа возможной предотвратимости перинатальной смертности от различных причин. Результаты анкетирования показали, что на этапе профилактики поведенческих факторов риска наиболее предотвратимой была перинатальная смертность от респираторных нарушений (по мнению 60,4% врачей) и врожденных аномалиях (54,1%), наименее предотвратимой - при родовой травме (16,9%) (таблица 5.5).

Таблица 5.5

Результаты опроса врачей о наибольшей значимости этапа возможной предотвратимости перинатальной смертности от различных причин (в %)

Причины	Этап возможной предотвратимости перинатальной смертности		
	профилактика поведенческих факторов риска	своевременная диагностика	адекватное лечение
Внутриутробная гипоксия и асфиксия	26,4	41,0	32,6
Врожденные аномалии	54,1	21,2	24,7
Внутриутробная пневмония	29,6	32,2	38,2
Респираторные нарушения	**60,4**	**53,8**	**66,2**
Патология плаценты и пуповины	26,4	41,0	32,6
Родовая травма	16,9	47,3	35,8

На этапе своевременной диагностики по возможной предотвратимости перинатальной смертности первые места занимают респираторные нарушения (мнение 53,8% врачей) и родовая травма (47,3%). Вместе с тем, оказалось, что своевременная диагностика не является значимой для предупреждения перинатальной смертности от врожденных аномалий и внутриутробной пневмонии, по мнению 21,2% и 32,2% врачей, соответственно.

Большое значение адекватному лечению в предотвращении смертности в перинатальном периоде придавалось врачами только при респираторных нарушениях (в 66,2% случаев). Предотвратимость смертности от других причин на данном этапе была примерно одинаковой и колебалась от 24,7% при врожденных аномалиях до 38,2% при внутриутробной пневмонии.

Таким образом, наиболее предотвратимой на всех этапах оказалась перинатальная смертность от респираторных нарушений.

Не вызывает сомнения, что для профилактики перинатальной смертности большое значение имеет наиболее экономически эффективное распределение средств по этапам возможной ее предотвратимости. Наиболее экономически эффективное распределение средств по этапам возможной предотвратимости в зависимости от причин, по мнению опрошенных врачей, представлено в таблице 5.6.

По мнению, с экономических позиций наиболее эффективным для предупреждения перинатальной смертности от всех перечисленных в таблице причин является направление финансовых средств на обеспечение этапов профилактики поведенческих факторов риска и своевременной диагностики. Так, в первом случае, можно будет предотвратить перинатальную смертность от родовой травмы на 63%, от внутриутробной гипоксии и асфиксии - на 61,9%, от респираторных нарушений – на 59% и от других причин – на 48-52%. Эффективность финансового вложения на этапе своевременной диагностики будет заключаться, по мнению врачей, в сокращении перинатальной смертности от патология плаценты и пуповины

на 62,7%, врожденных аномалий - на 60,1%, респираторных нарушений - на 58,3% и родовой травмы – на 57,5%.

Таблица 5.6

Результаты опроса врачей о наиболее экономически эффективном распределении средств по этапам возможной предотвратимости перинатальной смертности от различных причин (на сколько %)

Причины	Этап возможной предотвратимости перинатальной смертности		
	профилактика поведенческих факторов риска	своевременная диагностика	адекватное лечение
Внутриутробная гипоксия и асфиксия	61,9	41,0	37,3
Врожденные аномалии	48,6	60,1	32,0
Внутриутробная пневмония	48,6	40,0	35,8
Респираторные нарушения	59,0	58,3	29,7
Патология плаценты и пуповины	52,2	62,7	40,0
Родовая травма	63,0	57,5	34,5

Распределение средств на этапе адекватного лечения оказалось не столь эффективным в отношении снижения перинатальной смертности от всех значимых причин, которая, по мнению врачей, может снизиться только в пределах на 29,7-40%.

Таким образом, по данным социологического исследования, перинатальная смертность в основном является предотвратимой от основных причин ее обусловливающих. Наиболее значимыми этапами возможной предотвратимости смертности в перинатальном периоде и экономической эффективности распределения средств с этой целью были названы профилактика поведенческих факторов риска и своевременная диагностика.

По мнению респондентов, наиболее предотвратимой материнская смертность оказалась от сепсиса при родах (76,3%), медицинских абортов (63,2%), внематочной беременности (55,3%) и отеков, протеинурии, гипертензивных расстройств во время беременности (47,4%), менее предотвратимой – от кровотечений в родах (39,5%), экстрагенитальной патологии (34,2%). Как видно из таблицы 5.7, данные причины смерти матерей редко (не более, чем в 5% случаев) назывались как непредотвратимые.

Таблица 5.7

Результаты опроса врачей о степени предотвратимости материнской смертности от различных причин (в %)

Причины	Материнская смертность		
	полностью предотвратима	частично предотвратима (**на сколько %**)	непредотвратима
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	47,4	90,0	2,6
Кровотечения в родах	39,5	97,9	2,6
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и не установленный	23,7	70,1	13,2
Акушерская эмболия	13,2	81,3	63,1
Экстрагенитальная патология	34,2	82,1	7,7
Осложнения анестезии	21,1	84,8	5,3
Внематочная беременность	55,3	83,8	2,6
Медицинский аборт	63,2	90,2	2,6
Сепсис во время родов	76,3	86,8	5,3

Наиболее непредотвратимой причиной материнской смертности считается акушерская эмболия, таково мнение 63,1% опрошенных.

Следует отметить, что большинство врачей дает высокий процент (не менее 70%) возможности частичной предотвратимости материнской

смертности от всех основных причин. При кровотечение в родах ее доля составила 97,9%, при медицинских абортах – 90,2%, гестозах – 90%, а в остальных случаях приближался к 80%.

Доля врачей, считающих наиболее значимым этапом возможной предотвратимости материнской смертности, профилактику поведенческих факторов риска была в основном невысокой. Только при оценке предотвратимости гибели матерей от абортов вне лечебного учреждения они составляли 50,8%, от акушерских эмболий - 23% и от экстрагенитальной патологии - 19,7% (таблица 5.8).

Таблица 5.8

Результаты опроса врачей о наибольшей значимости этапа возможной предотвратимости материнской смертности от различных причин (в %)

Причины	Этап возможной предотвратимости материнской смертности		
	профилактика поведенческих факторов риска	своевременная диагностика	адекватное лечение
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	14,8	60,7	21,3
Кровотечения в родах	4,0	71,5	19,2
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и не установленный	50,8	18,0	29,5
Акушерская эмболия	23,0	54,1	19,7
Экстрагенитальная патология	19,7	52,5	21,3
Осложнения анестезии	2,6	87,4	4,0
Внематочная беременность	2,8	**91,6**	**79,2**
Медицинский аборт	-	**87,4**	**54,1**
Сепсис во время родов	-	**91,6**	**87,4**

Ни один опрошенный врач не назвал значимым этот этап для профилактики материнской смертности от медицинских абортов и сепсиса в родах.

Многие респонденты в целях предотвратимости материнской смертности большое значение придавали этапу своевременной диагностики. Так, наиболее предотвратимой на данном этапе они считали смертность матерей от внематочной беременности и от сепсиса в родах – на них приходилось по 91,6%, осложнения анестезии и медицинский аборт – по 87,4%, а также кровотечение в родах – в 71,5% случаев.

По мнению врачей, наиболее значимым для возможной предотвратимости материнской смертности от сепсиса в родах, внематочной беременности и медицинского аборта является не только этап своевременной диагностики, но и этап адекватного лечения – в 87,4%, 79,2% и 54,1% случаев, соответственно.

В результате анкетирования было установлено, что наиболее экономически эффективным в целях предотвратимости материнской смертности является распределение средств на этапе профилактики поведенческих факторов риска. Особенно это касалось предотвратимости неблагоприятных исходов при экстрагенитальной патологии (на 76,7%), акушерской эмболии (на 75%), осложнениях анестезии (на 73%), внематочной беременности (на 68,3%), медицинского аборта (на 66,7%) и кровотечения в родах (на 64,3%) (таблица 5.9).

На этапе своевременной диагностики по степени экономической эффективности распределения средств на первых местах находились такие причины материнской смертности как аборт вне стационара (60%), сепсис во время родов (54%), кровотечения в родах (50%). Остальные причины на данном этапе имели уровень предотвратимости не менее 40%.

Таблица 5.9

Результаты опроса врачей о наиболее экономически эффективном распределении средств по этапам возможной предотвратимости материнской смертности от различных причин (на сколько %)

Причины	Этап возможной предотвратимости материнской смертности		
	профилактика поведенческих факторов риска	своевременная диагностика	адекватное лечение
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	40,0	40,0	28,6
Кровотечения в родах	64,3	50,0	56,3
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и не установленный	46,7	60,0	70,0
Акушерская эмболия	75,0	43,3	72,0
Экстрагенитальная патология	76,7	40,0	44,4
Осложнения анестезии	73,0	47,0	55,6
Внематочная беременность	68,3	47,5	38,1
Медицинский аборт	66,7	40,0	67,5
Сепсис во время родов	50,0	54,0	58,0

В плане профилактики материнской смертности довольно экономически эффективным представлялось вложение средств на этапе адекватного лечения. Так, по результатам опроса, доля предотвратимости при акушерской эмболии составила 72%, при аборте вне стационара - 70%, медицинском аборте – 67,5%, сепсисе во время родов – 58%, кровотечениях в родах – 56,3%.

Таким образом, установлено, что наиболее предотвратимыми причинами материнской смертности являются сепсис при родах, медицинские аборты и внематочная беременность в основном на этапах своевременной диагностики и адекватного лечения, при этом экономически эффективным представляются финансовые вложения на всех этапах возможной предотвратимости гибели матерей.

В заключении следует отметить, что критерий предотвратимости перинатальной, младенческой и материнской смертности в большинстве случаев признается врачами как показатель эффективной деятельности органов здравоохранения. Поэтому данный критерий может быть использован как один из ключевых при оценке деятельности родовспоможения и педиатрической службы.

5.3. Оказание социально-психологической помощи беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях (на примере Центра «Семья» г.Рязани)

В настоящее время не вызывает сомнения влияние характера семейных отношений на течение и исход беременностей, а также здоровье новорожденных. В связи с этим большую актуальность приобретает оказание доступной и эффективной социально-психологической помощи беременным женщинам, находящимся в критических жизненных ситуациях. В полной мере данное обстоятельство к беременным и молодым матерям, подвергающимся различным формам насилия со стороны супруга/партнера.

По данным проведенного В.Л. Красненковым и А.О. Рудневым (2014) среди 1004 жительниц г. Рязани и районов Рязанской области исследования, на наличие случаев различных форм семейного насилия в отношении них указали 405 респонденток или 40,3% от общего числа опрошенных. При сочетании двух форм воздействия на женщину со стороны мужа/партнера почти все испытывали психологическое (93,9%) и большинство (69,7%) физическое насилие.

Серьезной медико-демографической проблемой является насилие в период беременности, поскольку в этом случае риску подвергаются и мать, и ее будущий ребенок.

Нами установлено, что на момент возникновения настоящей беременности каждая вторая женщина (50,8%) состояла в официально

зарегистрированном браке, 28,5% - в гражданском браке, 18,6% респонденток указали, что не состояли ни в официальном, ни в гражданском браке, а 2,1% находились в разводе.

При проведении социологического исследования респонденткам был задан вопрос о том, изменился ли их семейный статус в связи с возникновением настоящей беременности. Анализ анкетных данных показал, что изменился семейный статус только тех респонденток, которые ранее не состояли в официально зарегистрированном браке. При этом все опрошенные, давшие утвердительный ответ, указали на то, что после возникновения настоящей беременности они вышли замуж, в том числе 65,9% женщин никогда ранее не состоявших в браке, 46,3% состоявших в гражданском браке и 39,9% находившихся в разводе.

Анализ результатов анкетирования показал, что 69,4% замужних женщин имели хорошие отношения с мужем, 18,6% – удовлетворительные, тогда как остальные 12,0% – плохие. При этом в качестве основной причины семейных конфликтов каждая третья опрошенная женщина (31,2%) отметила низкий уровень семейного дохода (рисунок 5.7).

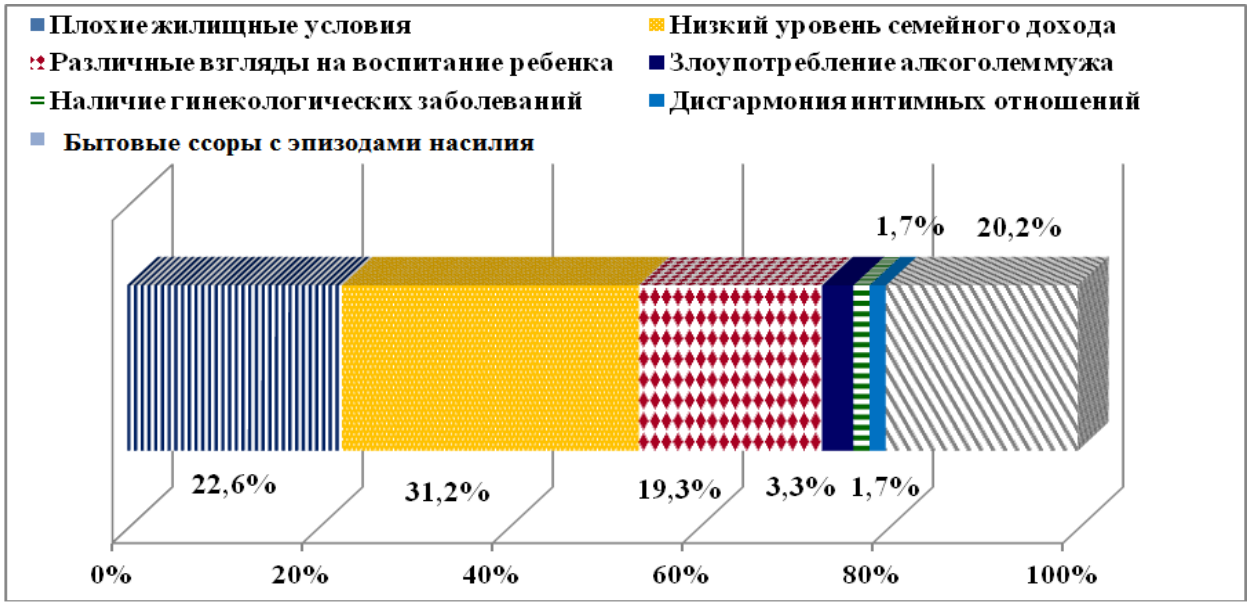


Рисунок 5.7. Причины конфликтов в семьях замужних респонденток (в %).

Второе и третье ранговые места в структуре причин семейных конфликтов в семьях изучаемого контингента занимают плохие жилищные условия и бытовые ссоры (в том числе, сопровождающиеся насильственными действиями со стороны супруга), доли таких ответов составили соответственно 22,6% и 20,2%.

С учетом сказанного заслуживает положительной оценки опыт работы по организации и оказанию социально-психологической помощи беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях в г. Рязани. Например, государственным бюджетным учреждением Рязанской области «Комплексный центр социального обслуживания населения «Семья» проводится работа по оказанию различных видов услуг, в том числе предоставление временного благоустроенного жилья беременным женщинам и молодым матерям с детьми, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

Структура «Комплексного центра социального обслуживания населения «Семья» г. Рязани представлена на рисунке 5.8.

Рассмотрим функции основных структурных подразделений Центра «Семья».

Функции консультативно-диагностического отделения:

- выявляет потребность в различных видах и формах социальной помощи;
- направляет в соответствующие функциональные подразделения Центра;
- предоставляет консультативную помощь по юридическим, социально-экономическим, психолого-педагогическим и иным вопросам, касающимся оформления мер социальной поддержки, пособий;
- оказывает психологическую помощь, в том числе экстренную, по общероссийскому «Телефону доверия».

Функции отделения срочной социальной помощи семье и детям:

- оказывает срочную социальную помощь семьям с детьми, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
- осуществляет патронаж семей, имеющих неблагоприятные психологические и социально-педагогические условия;
- изучает психологическую обстановку в семьях, составляет социально-психологический портрет семьи;
- проводит индивидуальную работу с подростками и молодежью по предупреждению и избавлению от вредных привычек, формированию ценностей создания семьи и рождения ребенка;
- социально-бытовое обслуживание семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- оказывает материальную помощь малообеспеченным семьям;
- оказывает помощь в уходе за детьми, другими нетрудоспособными или тяжело и длительно болеющими членами семьи; покупке и доставке на дом лекарственных средств.

Функции отделения помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации:

- осуществляет социальный патронаж женщин, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке;
- оказывает помощь женщинам в создании в семье благоприятного микроклимата, преодолении конфликтов и иных нарушений супружеских и внутрисемейных отношений;
- осуществляет организацию мероприятий по повышению стрессоустойчивости и психологической культуры женщин, в первую очередь в сфере межличностного, семейного и родительского общения;
- оказывает социально-психологическую помощь женщинам в адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни;
- предоставляет благоустроенное жилье на срок до 6 месяцев;

- оказывает психологическую, юридическую, педагогическую, социальную и иную помощь;
- организует питание и досуг.

Функции отделения временного проживания (социальная гостиница):

- предоставляет благоустроенное жилье приехавшим из муниципальных районов, городских округов Рязанской области:
- родителям, для обследования, лечения детей или освидетельствования (переосвидетельствования) их в учреждении медико-социальной экспертизы;
- одиноким беременным женщинам, для обследования и лечения;
- бывшим воспитанникам детских домов, попавшим в трудную жизненную ситуацию;
- организует питание и досуг граждан, проживающих в отделении.

Считаем, что повышению эффективности работы таких центров будет способствовать организация и оказание в них наряду с другими услугами социально-психологическую и психотерапевтическую помощь беременным и молодым матерям в кризисных ситуация.



Рисунок 5.8. Структура «Комплексного центра социального обслуживания населения «Семья» г. Рязани

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Официальные данные Минздравсоцразвития и Госкомстата Российской Федерации свидетельствуют о неблагоприятной динамике показателей, характеризующих состояние здоровья женщин в репродуктивном возрасте. Ухудшение здоровья женщин сопровождалось ростом акушерской патологии, поскольку течение беременности и родов определяется исходным уровнем соматического здоровья женщины. В течение последних лет отмечается рост частоты и тяжести гестоза, невынашивания беременности, внутриутробного инфицирования плода, плацентарной недостаточности.

По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики, по состоянию на 01.01.2014 г., численность населения Рязанской области равнялась 1140,8 тыс. человек. Удельный вес городского населения был равен 71%. В г. Рязани – крупном промышленном центре, проживает 530 тыс. человек или 46,5% населения Рязанской области. На долю женщин в общей численности населения области приходится 54,9 %. Женщины репродуктивного возраста составляют 25,4% от всего населения области и 46,5% от женского.

По данным Регионального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга, основными загрязнителями атмосферного воздуха являются взвешенные вещества, оксид углерода, оксид азота, диоксид азота, фенол, формальдегид, диоксид серы, свинец.

Ведущими загрязнителями атмосферного воздуха в 2011-2013 годах (превышающими ПДК в 5 и более раз) являлись формальдегид, 3,4-бензапирен, взвешенные вещества, фенол, углерода оксид, сероводород, диоксид азота. В 2013 году в Рязанской области доля проб атмосферного воздуха с превышением гигиенических нормативов составила 3,5 %. Под воздействием вредных веществ, превышающих гигиенические нормативы

(ПДК) в 5 и более раз, в 2011-2013 годах находилось ориентировочно ежегодно 490 тыс. человек.

Наибольшее число жителей Рязанской области, подверженного неблагоприятному воздействию загрязненного атмосферного воздуха, проживает на территории г. Рязани, где зарегистрирован высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха формальдегидом, фенолом, взвешенными веществами, сероводородом, углерода оксидом, диоксидом азота, углеводородами.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в снижении уровня материнской и перинатальной смертности, данные показатели в Рязанской области превышают аналогичные в Российской Федерации. Так, за период 2009—2011 г. уровень материнской смерти в Рязанской области вырос в 1,9 раза (с 25,7 до 51,1 на 100 тыс. родившихся живыми). Динамика перинатальной смертности, хотя и имеет позитивную тенденцию (с 2001 по 2009 г. показатель снизился на 19,6%), однако ее уровень в 2009 г. был на 43,4% выше, чем в Российской Федерации.

Согласно данным официальной статистики, в 2010-2013 гг. сроки окончания беременности до 22 недели у жительниц Рязанской области имели место в 4,9-5,2%; при сроке в 22-27 недель - 0,4-0,8%. В 28-37 недель беременность заканчивалась в 3,3-3,6% случаев, а в 38 и более недель – в 90,9-91,1%.

В 2013 г. сроки окончания беременности в г. Рязани и районах Рязанской области не имели существенных различий. В районах была несколько больше доля рождений при сроке беременности до 38 недель.

В Рязанской области частота заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, в расчете на 100 женщин, закончивших беременность, в 2010-2013 гг. имела устойчивую тенденцию к снижению (с 143,2 до 113,7). В 2013 г. общее число заболеваний и патологических состояний во время беременности и до нее было больше среди жительниц районов, чем у женщин, проживающих в г. Рязани.

Наиболее часто в 2010 г. у беременных по Рязанской области в целом отмечалась анемия, а в 2013 г. преобладала угроза прерывания беременности в сроки до 22 недель. За анализируемый период времени снизилась частота анемии (с 32,1 до 20,1 на 100 женщин, закончивших беременность), отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств (с 14,9 до 11,6), болезней мочеполовой системы (с 17,7 до 12,7), патологических состояний плода (с 17,9 до 12,8).

В г. Рязани по сравнению с районами области имели место повышенные показатели частоты отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств (15,3 и 8,9 соответственно), анемии (35,3 и 15,6), слабость родовой деятельности (7,2 и 4,4), кровотечений в последовом и послеродовом периоде (1,8 и 0,5 на 100 женщин, закончивших беременность).

Распределение родившихся по области в 2013 г. по массе тела представлено на рисунке 3.1. Дети, родившиеся с массой тела 500-999 грамм, составили 0,3%, 1000-1499 грамм – 0,6%, 1500-1999 грамм – 1,4%, 2000-2499 грамм – 3,6%. На детей с массой тела при рождении 4000 и более грамм пришлось 9,4%.

Как видно из таблицы 3.5, среди плодов с массой тела 500-999 грамм родилось мертвыми 57,1%, с массой тела 1000-1499 – 17,4%, с массой тела 1500-1999 – 10,4%. Наименьшей доля мертворожденных была в группе детей с массой тела 3500-3999 грамм и 4000 более грамм (соответственно 2,6 и 1,4%).

Для углубленного изучения заболеваемости беременных и родильниц в г. Рязани проводился социологический опрос 672 женщин, имевших роды в анамнезе. Материалы анкетирования дополнялись данными из медицинской документации.

Анализ анкетных данных показал, что каждая четвертая респондентка (26,7%) имеет в анамнезе хронические заболевания, при этом 22,6% из них отметили наличие двух и более хронических заболеваний.

Первое ранговое в структуре хронических заболеваний респонденток занимают болезни пищеварительной системы (22,0%), второе ранговое место – болезни мочеполовой системы (20,7%), треть – болезни системы кровообращении (17,8%). На четвертом ранговом месте расположились болезни ЛОР-органов (10,3%), на пятом – болезни глаза его придаточного аппарата (9,6%). Необходимо также отметить, что удельный вес хронической гинекологической патологии в изучаемой структуре заболеваний составил 7,4%.

Установлено, что с возрастом респонденток закономерно увеличивается удельный вес лиц, имеющих одно или несколько хронических заболеваний. Так, среди женщин в возрасте 40-45 лет (37,5%), доля лиц, имеющих в анамнезе хронические заболевания, в 1,3 раза превышает аналогичный показатель в возрастной группе респонденток до 20 лет (28,6%). Кроме того, среди опрошенных, контактировавших с профессиональными вредностями, удельный вес лиц, имеющих хронические заболевания (23,8%) в 1,4 раза превышает аналогичный показатель среди женщин, не подвергавшихся негативному воздействию факторов производственной среды (17,3%).

Также необходимо отметить, что 46,6% опрошенных женщин имеют отягощенный гинекологический анамнез. Наиболее распространенной гинекологической патологией в анамнезе респонденток была эрозия шейки матки (16,5 на 100 опрошенных). Второе ранговое место занимают поражения, вызванные грибами рода Candida (16,1), третье - аднексит (8,1). На четвертом и пятом местах по частоте встречаемости расположились киста яичников и кольпит (соответственно 3,9 и 3,8 на 100 опрошенных).

Необходимо отметить, что распространенность ИППП в анамнезе обследованного контингента женщин составила 22,9 на 100 опрошенных. Структура ИППП, перенесенных респондентками, выглядит следующим образом. Более половины опрошенных женщин (57,4%) отметили наличие в

анамнезе уреаплазмоза, почти каждая пятая (18,5%) - хламидиоз, 9,3% - сифилис, по 7,4% женщин ранее болели трихомониазом и генитальной герпетической инфекцией.

Во время настоящей беременности страдали гинекологическими заболеваниями, а также ИППП 20,8% опрошенных женщин. При этом распространенность ИППП среди обследованного контингента во время беременности составила 4,6 на 100 опрошенных, эрозии шейки матки – 8,5, кольпитов – 2,5, аднекситов – 1,8, кист яичников – 1,7 на 100 опрошенных женщин.

В ходе социологического исследования установлено, что больше всего опрошенных женщин имели одну беременность в анамнезе (44,7%). Две и три беременности в анамнезе имели соответственно 23,5% и 15,9% респонденток. Удельные веса женщин, указавших на наличие четырех и пяти беременностей, были еще меньше и составили 6,6% и 4,0% соответственно, от пяти до девяти беременностей – 5,3%.

Рассмотрим структуру исходов беременностей среди опрошенных женщин. Из представленных данных видно, что родами живым ребенком чаще всего заканчивалась первая беременность, при этом их доля составила 61,4% и была больше, чем при второй и третьей беременностях (54,2% и 49,6% соответственно).

Доля респонденток, сделавших искусственный аборт во время третьей беременности составила 42,0% и была больше таковых при первой и второй беременностях соответственно на 10,8% и 4,1%. Следует также отметить, что наибольшая доля выкидышей также наблюдается в структуре исходов третьей беременности (8,4%).

Наиболее распространенной причиной искусственных абортов являлись материальные затруднения. Причем доля таких ответов в структуре причин третьего аборта составила почти половину (49,8%) и была

соответственно в 2 и в 1,7 раза больше, чем при первом и втором абортах ($p<0,01$).

Второй по распространенности причиной первого и второго абортов являлось плохое состояние собственного здоровья, на это указали соответственно 16,4% и 20,8% опрошенных женщин. Такой же удельный вес в структуре причин производства первого аборта пришелся на занятость респонденток в учебе (16,4%). Второе ранговое место в структуре причин третьего аборта пришлось на семейные конфликты, удельный вес таких ответов составил 25,2%.

Третье ранговое место в структуре причин первого и второго абортов занимали семейные конфликты (соответственно 14,5% и 16,7%), тогда как третьего аборта – отсутствие официально зарегистрированного брака (16,7%).

При анализе результатов анкетирования установлено, что у 11,4 на 100 опрошенных женщин наблюдались выкидыши в анамнезе, причем у 81,4% из них был один выкидыш, у 11,2% - два выкидыша и у 7,4% женщин – три и более выкидышей.

Наибольший удельный вес (37,0%) в структуре причин выкидышей приходится на заболевания женщины во время беременности, второе ранговое место заняло сильное нервное напряжение (33,3%), третье – значительные физические нагрузки во время беременности (11,2%).

Четвертое место поделили между собой такие причинные факторы, как семейные конфликты и физическая травма во время беременности (по 7,4%). Попытки самостоятельного избавления от плода (3,7%) расположились на пятом месте в структуре причин выкидышей.

Таким образом, с увеличением числа беременностей в анамнезе увеличивается удельный вес таких исходов, как выкидыши и искусственные аборты. При этом, согласно полученным данным, имели осложнения после

искусственного прерывания беременности 11,9% респонденток, лечились от невынашивания беременности 9,1% опрошенных.

Ранняя постановка на диспансерный учет беременных по Рязанской области в 2010-2013 гг. составляла 86,2-87,6%. При этом наибольший удельный вес женщин, вставших под наблюдение женской консультации по поводу беременности при ее сроке до 12-ти недель, отмечался в г. Рязани.

Согласно отчетным данным, из 6594 закончивших беременность в 2013 г. жительниц г. Рязани, 5706 (86,5%) беременных были осмотрены терапевтом до 12 недель беременности. Обследованы на сифилис в первой половине беременности 6537 беременных, во второй половине беременности – 6232 человека. Все беременные были обследованы на ВИЧ-инфекцию (выявлено 33 сероположительных), на гепатит В (выявлено 32 сероположительных) и на гепатит С (выявлено 54 сероположительных).

Нами была проанализирована частота патологических, осложненных и нормальных родов, в зависимости от наличия или отсутствия дефектов при оказании медицинской помощи родильницам.

Согласно полученным результатам, в 2010 году удельный вес патологических родов при наличии дефектов в оказании помощи составил 35,6%, осложненных родов – 44,1%, нормальных – 20,3%. В случаях отсутствия дефектов при оказании помощи доля патологических родов была равна 13,9%, осложненных – 31,6% и нормальных – 54,5%.

После проведения соответствующей работы с медицинским персоналом роддома, отмечалось улучшение показателей. Удельный вес патологических родов снизился соответственно до 29,0% и 11,7%.

При оценке перинатальной смертности как полностью предотвратимой, внутриутробная гипоксия и асфиксия, как ее причина, находилась на первом месте (34,2% врачей), далее следовали родовая травма (31,6%), внутриутробная пневмония (23,7%) и респираторные нарушения (21,1%).

Довольно редко полностью предотвратимыми считалась гибель детей в перинатальном периоде от врожденных аномалий (2,6%), патологии плаценты и пуповины (7,8%).

На 77,1% оказалась предотвратимой перинатальная смертность от респираторных нарушений, на 73,5% - от внутриутробной гипоксии и асфиксии, на 68,1% - от патологии плаценты и пуповины. Наименьшая степень частичной предотвратимости, по мнению врачей, может быть при врожденных аномалиях (46,4%).

В современных условиях большую актуальность приобретает оказание доступной и эффективной социально-психологической помощи беременным женщинам, находящимся в критических жизненных ситуациях. В полной мере данное обстоятельство к беременным и молодым матерям, подвергающимся различным формам насилия со стороны супруга/партнера.

Считаем целесообразным использовать имеющийся положительный опыт по оказанию помощи беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях, который имеется в г. Рязани на базе Центра социального обслуживания населения «Семья».

ВЫВОДЫ

1. В Рязанской области частота заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, в расчете на 100 женщин, закончивших беременность, в 2010-2013 гг. имела устойчивую тенденцию к снижению (с 143,2 до 113,7). Общее число заболеваний и патологических состояний во время беременности и до нее больше среди жительниц районов, чем у жительниц г. Рязани.

2. В г. Рязани по сравнению с районами области имеют место повышенные показатели частоты отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств (соответственно 15,3 и 8,9 на 100 женщин, закончивших беременность), анемии (35,3 и 15,6), слабости родовой деятельности (7,2 и 4,4), кровотечений в последовом и послеродовом периоде (1,8 и 0,5).

3. Установлено, что 44,7% опрошенных женщин имели одну беременность в анамнезе, две и три беременности в анамнезе имели соответственно 23,5% и 15,9% респонденток. Остальные указали на наличие четырех-девяти беременностей в анамнезе. Родами чаще всего заканчивалась первая беременность, при этом их доля составила 61,4% и была больше, чем при второй и третьей беременностях (54,2% и 49,6% соответственно).

4. С увеличением числа беременностей в анамнезе возрастал удельный вес таких исходов, искусственные и самопроизвольные аборты. При этом, имели осложнения после искусственного прерывания беременности 11,9% респонденток, лечились от невынашивания беременности 9,1% опрошенных.

5. Ранняя постановка на диспансерный учет беременных по Рязанской области в 2010-2013 гг. составляла 86,2-87,6%. При этом наибольший удельный вес женщин, вставших под наблюдение женской консультации по поводу беременности при ее сроке до 12-ти недель, отмечался в г. Рязани. Респондентки, чья беременность была запланирована, в 88,5% случаев рано встали на учет в женскую консультацию, тогда как

величина данного показателя среди женщин с нежеланной беременностью в 1,3 раза ниже (66,7%).

6. Регулярно посещали женскую консультацию 79,3% беременных, не регулярно – 20,7%. Кроме того, среди женщин с запланированной беременностью удельный вес лиц, регулярно посещавших женскую консультацию (84,2%) в 2,5 раза превышает долю таковых с нежеланной беременностью (33,4%). Выполняли все врачебные назначения, полученные в женской консультации, 86,4% респонденток. При этом посещали «Школу беременных» всего лишь 12,9% женщин из числа опрошенных. Выявлена широкая распространенность среди респонденток вредных привычек.

7. При оценке перинатальной смертности как полностью предотвратимой, внутриутробная гипоксия и асфиксия, как ее причина, находилась на первом месте (34,2% врачей), далее следовали родовая травма (31,6%), внутриутробная пневмония (23,7%) и респираторные нарушения (21,1%). Довольно редко полностью предотвратимыми считалась гибель детей в перинатальном периоде от врожденных аномалий (2,6%), патологии плаценты и пуповины (7,8%). С позиции предотвратимости материнской смертности, по мнению акушеров-гинекологов, большое значение имеет своевременная диагностика и адекватное лечение сепсиса, внематочной беременности и других угрожающих жизни состояний.

8. Согласно данным экспертных оценок, дефекты оказания медицинской помощи беременным и родильницам выявлены в 46,6%. В среднем итоговая сумма балла составила 0,81. Замечания по блоку «Обследование» были сделаны в 43,9% случаев, по блоку «Диагностика» - в 12,8%, по блоку «Лечение» - в 29,1%, и по блоку «Экспертиза временной нетрудоспособности» - в 11,5% случаев.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Органам управления здравоохранения предлагается обеспечить систематическое проведение экспертной оценки качества диспансерной работы в женских консультациях и медицинской помощи беременным и родильницам с использованием предлагаемых экспертных карт.

2. Руководителям медицинских организаций внедрять интерактивные формы обучения беременных по вопросам течения и гигиены беременности, подготовки к родам, преимуществ партнерских родов, течения послеродового периода и грудного вскармливания, используя интернет-ресурсы учреждений родовспоможения.

3. Обеспечить взаимодействие женских консультаций с лечебно-профилактическими и образовательными учреждениями с целью повышения эффективности работы по профилактике среди девочек-подростков и женщин активного репродуктивного возраста вредных привычек и искусственных абортов.

4. Акушерам-гинекологам женских консультаций, центров планирования семьи и репродукции, врачам общей практики (семейным врачам) в своей работе по профилактике нарушений репродуктивного здоровья, перинатальных и материнских потерь необходимо учитывать выявленные особенности медицинской активности, репродуктивных установок и поведения жительниц крупного промышленного центра.

5. Рекомендуется развивать в субъектах Российской Федерации сеть комплексных центров социального обслуживания населения «Семья», оказывающих наряду с другими услугами социально-психологическую и психотерапевтическую помощь беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях. При этом целесообразно использовать имеющийся положительный опыт работы подобного центра в г. Рязани.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимова, М.Ю. Состояние здоровья и самосохранительное поведение молодежи (комплексное медико-социальное исследование по материалам республики Татарстан) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.Ю. Абросимова. - Казань, 2005. - 48 с.

2. Актуальные вопросы организации деятельности учреждений здравоохранения по государственному (муниципальному) заданию [Текст] / В.А. Солодкий [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения.- 2011.- № 2. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik. mednet.ru/ content/view/279/30/lang,ru/ (дата обращения 30.04.2012).

3. Александров, Р.И. Научно-организационные основы деятельности перинатального центра в условиях Крайнего Севера [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Р.И. Александров. - СПб., 2006. - 24 с.

4. Алексеева, Е.Г. Социально-гигиеническое исследование соотношения роли врача и беременной женщины в профилактике перинатальной патологии и пути повышения ее эффективности [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Е.Г. Алексеева. - М., 2011. - 24 с.

5. Анализ качества медицинской помощи при родовспоможении [Текст] / Б.Н. Новиков [и др.] // Зам. главного врача. - 2008. - № 11. - С.44-51.

6. Анализ особенностей репродуктивного поведения женщин - путь к разработке программы снижения числа абортов [Электронный ресурс] [Текст] / Г.М. Савельева [и др.] // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. - №1. – Режим доступа: http://medi.ru/doc/8680108.htm (дата обращения 20.05.2012).

7. Андреева, О.В. Аудит эффективности государственных ресурсов в здравоохранении в РФ. Анализ и результат [Текст] / О.В. Андреева, В.О. Флек; под общ. ред. В.П. Горегляда. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2006. - 240 с.

8. Андрусенко, Д.А. Медико-социальные аспекты совершенствования системы профилактики непланируемой беременности [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.А. Андрусенко. - М., 2003. - 24 с.

9. Арзамасцев, А.П. Контрацептивные средства: прогресс продолжается [Текст] / А.П. Арзамасцев, Н.О. Садчикова // Гинекология. - 2001. - № 5. - С. 160-166.

10. Бадоева, Э.А. Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в республиках Северного Кавказа [Текст] / Э.А. Бадоева, С.З. Салбиева, З.И. Яхъяева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2011. - № 1. - С.115-118.

11. Байбарина, Е.Н. Экспертная оценка качества медицинской помощи как методика перинатального аудита [Текст] / Е.Н. Байбарина, З.Х. Сорокина // Проблемы управления здравоохранением. - 2011. - №1. - С. 22-28.

12. Банин, С.А. Модернизация системы здравоохранения Томской области в ходе реализации регионального пилотного проекта [Текст] / С.А. Банин // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011. - № 2. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik. mednet.ru/ content/view/280/30/lang,ru. (дата обращения 30.04.2012).

13. Бантьева, М.Н. Вопросы оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической службы [Текст] / М.Н. Бантьева, Л.П. Суханова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011. - № 3. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/ content/view/309/30/lang,ru. (дата обращения 30.04.2012).

14. Башкирова, Д.Ш. Медико-социальные аспекты формирования репродуктивного здоровья девочек-подростков (по материалам г. Казани) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.Ш. Башкирова.- Уфа, 2003. - 24 с.

15. Бодрова, С.А. Медико-социальное исследование нарушений репродуктивного здоровья женщин, занятых в промышленности [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / С.А. Бодрова. - Рязань, 2004. - 21 с.

16. Боркина, П.А. Социально-гигиеническое исследование использования биомедицинских технологий в охране репродуктивного здоровья населения [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / П.А. Боркина. - М., 2004. - 24 с.

17. Брюхина, Е.В. Беременность у подростков, влияние на репродуктивное здоровье [Текст] / Е.В. Брюхина, О.В. Сафронов, Ф.Ф. Слуднова // Акушерство и гинекология. - 2003. - № 1. - С. 37-37.

18. Булучевская, В.Н. Социально-гигиенические факторы, определяющие репродуктивное поведение девушек в подростковый период [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / В.Н. Булучевская. - Иваново, 2007. - 24 с.

19. Буренков, Г.М. Научно обоснованные подходы к оптимизации службы родовспоможения в крупной области СЗФО РФ [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Г.М. Буренков. - СПб., 2006. - 24 с.

20. Буцык, И.И. Особенности течения послеродового периода и периода новорожденности при совместном пребывании матери и ребенка [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / И.И. Буцык.- Смоленск, 2004.- 28 с.

21. Бушмелева, Н.Н. Научное обоснование мер по повышению эффективности управления профилактикой абортов в регионе (на примере Удмуртской республики) [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Н.Н. Бушмелева. - М., 2006. - 24 с.

22. Вартапетова, Н.В. Обоснованность и безопасность медицинских технологий в учреждениях родовспоможения [Текст] / Н.В. Вартапетова, О.Р. Швабский // Медицинская наука и образование Урала. - 2011. - № 1. - С.97-100.

23. Васильева, Т.П. Автоматизированные программы «Мониторинг беременных» и «Мониторинг перинатальной смертности» как основа обеспечения регионализации перинатальной помощи [Текст] / Т.П. Васильева, А.И. Малышкина, И.А. Панова // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. - 2010. - № 6. - С.11.

24. Васильева, Т.П. Управление качеством воспроизводства населения (теоретические и медико-социальные аспекты) [Текст] / Т.П. Васильева, Г.И. Куценко, Л.В. Посисеева. - Иваново, 2001. - 284 с.

25. Ваулин, А.Н. Региональная информационная система мониторинга родовспоможения РИСАР: материнская и перинатальная смертность - от анализа к решению [Текст] / А.Н. Ваулин // Информационно-измерительные и управляющие системы. - 2009. - № 12. - С.75-78.

26. Величковский, Б.Т. Реформы и здоровье населения (пути преодоления негативных последствий) [Текст] / Б.Т. Величковский. - М., 2001. - 36 с.

27. Виенонен, М. Реформы здравоохранения в Европе: как они повлияли на охрану репродуктивного здоровья? [Текст] / М. Виенон // Планирование семьи. - 2000. - № 1. - С. 2-3.

28. ВОЗ, Европейское региональное бюро. Основная дородовая, пренатальная, перинатальная и постнатальная помощь. Содействие повышению эффективности перинатальной помощи СПЭП [Текст] / ВОЗ. – Женева, 2002.

29. Волгина, В.Ф. Медико-социальные аспекты характеристики аборта в современных условиях [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук / В.Ф. Волгина.- М., 2003.- 26 с.

30. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии [Текст] / Н.Н. Володин. - М.: ГОЭТАР–Мед, 2004.- 448 с.

31. Володина, В.В. Социально-гигиенические аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков и пути профилактики его нарушений в современных условиях [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Володина.- Рязань, 2001. - 24 с.

32. Гаврилова, Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях [Текст] / Л.В. Гаврилова. - М., 2000. - 160 с.

33. Гаджиев, Р.С. Мнение беременных об организации и качестве медико-социальной помощи, оказываемой в женских консультациях [Текст] / Р.С.

Гаджиев, А.М. Бейбутова // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2008. - № 3. - С.29-31.

34. Гайдаров, Г.М. Модернизация здравоохранения субъекта Российской Федерации как новый этап в повышении доступности и качества медицинской помощи населению [Текст] / Г.М. Гайдаров, Н.Ю. Алексеева // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2011. - № 1. - С.11-30.

35. Гайдуков, С.Н. Современные тенденции развития стационарзамещающей помощи беременным [Текст] / С.Н. Гайдуков, В.А. Резник // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2002. – Т.1, вып. 1. - С.34-42.

36. Гарбер Ю.Г. Медико-социальные аспекты насилия в семье [Текст]/ Ю.Г. Гарбер, Р.Н. Терлецкая, А.А. Модестов, И.М. Волков // Актуальные проблемы педиатрии: сб. материалов 12 Конгресса педиатров России. – М., 2008. – С. 79.

37. Гильманов, А.А. Социологическая оценка результатов оптимизации работы межрайонного родовспомогательного учреждения [Текст] / А.А. Гильманов, Л.С. Аберхаева, Р.И. Бурганова // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя».- Геленджик, 2011. - С.322.

38. Гинекологическая заболеваемость в России и факторы, ее определяющие [Текст] / М.Б. Хамошина [и др.] // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». – Геленджик, 2011. - С.342.

39. Голикова, Т.А. О разработке и принятии региональных программ модернизации здравоохранения [Текст] / Т.А. Голикова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2011. - № 1.- С.4-11.

40. Гончарова, В.П. Материнство в раннем репродуктивном возрасте: современные медико-демографические и социальные тенденции [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ В.П. Гончарова. - Рязань, 2002. - 24 с.

41. Гребешева, И.И. Охрана репродуктивного здоровья населения как проблема социальной безопасности России [Текст] / И.И. Гребешева // Планирование семьи. - 2002. - № 1. - С.27-28.

42. Гуркин, Ю.А. Особенности репродуктивного поведения старшеклассниц и студенток [Текст] / Ю.А. Гуркин // Гедеон Рихтер в СНГ. - 2002. - №3(11). - С. 16-18.

43. Гусак, Ю.К. Антенатальная гибель плода. Анализ, перспективы [Текст] / Ю.К. Гусак, В.Г. Чикин, А.В. Новикова // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2002. – Т.1, вып. 1. - С.27-29.

44. Гусева, Е.В. Роль и место абортов в структуре материнской смертности в Российской Федерации [Текст] / Е.В. Гусева, О.С. Филиппов, О.Г. Фролова // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2008. - № 3. - С.19-22.

45. Гусева, Е.В. Эффективность современных организационных технологий в профилактике и снижении материнской смертности в Российской Федерации [Текст] / Е.В. Гусева, О.С. Филиппов // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - № 3. - С. 4-8.

46. Доклад о состоянии здравоохранения в мире [Текст] / ВОЗ.- Копенгаген, 2005.- 78с.

47. Жаркий, Н.А. Повышение эффективности внедрения современных перинатальных технологий [Текст] / Н.А. Жаркий, Н.Д. Подобед // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. - М., 2001. - С.85-88.

48. Закомерная, Е.А. Мониторинг репродуктивного здоровья и качества жизни девочек подросткового возраста в условиях городской популяции (на примере г. Нижнего Новгорода) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Закомерная Екатерина Анатольевна. - М., 2005. - 24 с.

49. Засыпкин, М.Ю. Медико-экономические принципы управления акушерско-гинекологической службой [Текст] / М.Ю. Засыпкин, Р.А. Галкин. - Самара, 2003. - 173 с.

50. Захарова, Т.Г. Репродуктивное здоровье юных матерей и состояние их новорожденных [Текст] / Т.Г.Захарова, Г.Н.Гончарова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2002. - № 3. - С. 11-14.

51. Здоровье матерей и новорожденных в европейском регионе ВОЗ: актуальные задачи и пути их решения [Текст] // Факты цифры ЕРБ ВОЗ.- Копенгаген, 2005.- 5 с.

52. Здравоохранение в России, 2011: стат. сб. [Текст] / Росстат.- М., 2011.- 326 с.

53. Землянова, Е.В. Рождаемость и состояние репродуктивного здоровья девушек в России в целом и Москве за 2000-2008 гг. [Текст] / Е.В. Землянова, Ж.И. Войцеховская // Материалы Междунар. науч. - практ. семинара «Социально-демографические проблемы молодежи в условиях мирового экономического кризиса».- М., 2009. - С.230-234.

54. Зернюк, А.Д. Проблемы формирования репродуктивного поведения старшеклассниц [Текст] / А.Д. Зернюк // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2006. - №1. - С. 79-85.

55. Зимина, Э.В. Модернизация здравоохранения и формирование управленческого потенциала отрасли [Текст] / Э.В. Зимина // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2011. - № 1. - С.39-47.

56. Ивлева, Л.А. Медико-социальные аспекты осложнений беременности и родов и пути их профилактики в современных условиях [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.А. Ивлева. - Рязань, 2004. - 24 с.

57. Игнатьева, Р.К. Регионализация и совершенствование перинатальной помощи [Текст] / Р.К. Игнатьева, С.Г. Марченко, З.Х. Шунгарова // Материалы IV съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. - М., 2002. - С.63-65.

58. Исследование качества жизни беременных женщин как новый интегральный показатель оценки состояния их здоровья [Текст] / Г.Я.

Клименко [и др.] // Успехи современного естествознания. - 2010. - № 9. - С.131-133.

59. Казарин, Б.В. Здоровье населения и модернизация здравоохранения [Текст] / Б.В. Казарин // Международный журнал экспериментального образования. - 2011. - № 3. - С. 106-110.

60. Касымова, З. Течение беременности и родов у женщин, занятых в сельскохозяйственном производстве [Текст] / З. Касымова // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. - С.88.

61. Каткова, И.П. Репродуктивное здоровье россиянок [Текст] / И.П. Каткова // Народонаселение. - 2002. - № 4. - С.27-42.

62. Кибель, О.А. Научное обоснование мер профилактики нарушений репродуктивного здоровья девочек–подростков Краснодарского края [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / О.А. Кибель. - М., 2006. - 24 с.

63. Кирбасова, Н.П. Современные принципы организации оказания медицинских услуг в учреждении акушерско-гинекологического профиля [Текст] / Н.П. Кирбасова // Акушерство и гинекология. - 2005. - № 4. - С.41-44.

64. Киселев, А.М. Медико-социальные аспекты гинекологической заболеваемости и пути оптимизации специализированной помощи женщинам позднего репродуктивного возраста [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А.М. Киселев. - Рязань, 2011. - 24 с.

65. Кича, Д.И. Клинико-экономические аспекты внедрения семейно-ориентированной технологии ведения самопроизвольных родов [Текст] / Д.И. Кича, О.Е. Коновалов, Н.С. Брынза // Экономика здравоохранения. - 2010.- № 4. - С.26-29.

66. Кича, Д.И. Эффективность профилактики осложнений родов и послеродового периода [Текст] / Д.И. Кича, О.Е. Коновалов, Н.С. Брынза // Проблемы управления здравоохранением. - 2009. - № 5. - С.121-126.

67. Ковалевская, О.И. Организационная модель оптимизации специализированной медицинской помощи женщинам с преждевременными

родами [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / О.И. Ковалевская. - Красноярск, 2004.- 24 с.

68. Коломеец, Е.А. Репродуктивное здоровье и поведение современных девочек и девушек-подростков из групп риска [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Е.А. Коломеец. - СПб., 2006. - 24 с.

69. Комплексный подход к оценке результативности дородовой перинатальной профилактики в системе «врач - беременная женщина» [Текст] / Т.П. Васильева [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. - 2010. - №5 (54). - С.30-35.

70. Коновалов, О.Е. Репродуктивное здоровье женщин позднего фертильного возраста как медико-социальная проблема [Текст] / О.Е. Коновалов, А.М. Киселев // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. - 2011.- № 2.- С. 63–69.

71. Красненков В.Л., Руднев А.О. Медико-социальная характеристика семей с различными формами насилия в отношении женщин [Текст] / В.Л. Красненков, А.О. Руднев // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 18-й Всерос. науч. – практ. конф. с международным участием. – Рязань, 2014. – вып. 18. - С. 37-41.

72. Кузнецова, Т.В. Эволюция акушерской патологии в России [Текст] / Т.В. Кузнецова, Л.П. Суханова, В.А. Глушенкова // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2010. - № 4. - С. 27-32.

73. Кузнецова, Т.В. Медико-социальные факторы, определяющие репродуктивное поведение женщин в современных условиях [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Т.В. Кузнецова.- М., 2004.- 24 с.

74. Кулаков В.И. Бесплодный брак: руководство для врачей [Текст] / В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2005. - 437 с.

75. Кулаков, В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии [Текст] / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. - 2002. - № 5. - С.3-5.

76. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России [Текст] / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. - 2002. - № 2. - С. 4-7.

77. Кулаков, В.И. Состояние акушерско-гинекологической помощи в современных условиях [Текст] / В.И.Кулаков // Материалы VI Всерос. форума «Мать и дитя». - М., 2005. - С. 6-10.

78. Куликов, А.М. Клиники, дружественные к молодежи, в системе охраны репродуктивного здоровья подростков [Текст] / А.М. Куликов, П.Н. Кротин, Т.Ю. Кожуховская // Мать и дитя: материалы V Рос. форума. - М., 2003. – С.580.

79. Купеева, И.А. Научное обоснование комплексных профилактических программ охраны материнства и детства на территориальном уровне [Текст]: автореф. дис.... д-ра мед. наук / И.А. Купеева.- М., 2001.- 48 с.

80. Курдюкова, О.Г. Формирование социально-ориентированных инструментов модернизации здравоохранения [Текст]: автореф. дис. … канд. экон. наук / О.Г. Курдюкова.- Кисловодск, 2010.- 24 с.

81. Лабинская, И.А. Совершенствование медицинской помощи девушкам и молодым женщинам с гинекологической патологией [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / И.А. Лабинская. - СПб., 2005.- 24 с.

82. Лавров, А.Н. Медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья и разработка организационной модели системы охраны здоровья женщин фертильного возраста [Текст]: автореф. дис. … д-ра мед. наук / А.Н. Лавров.- М., 2004.- 48 с.

83. Лазарева, Н.В. Новые направления организации перинатальной помощи в охране и реализации репродуктивного потенциала [Текст]: автореф. дис. … д-ра мед. наук / Н.В. Лазарева. - Самара, 2010. - 48 с.

84. Левина, Н.Н. Проблемы, обусловленные современными тенденциями госпитализаций беременных и рожениц в перинатальные центры разных уровней [Текст] / Н.Н. Левина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2005. - № 2. - С. 41-43.

85. Липатов, А.Н. Комплексное социально-гигиеническое исследование причин абортов и организация мероприятий по планированию семьи в условиях сельского района [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / А.Н. Липатов. – Казань,1997. – 24 с.

86. Локшин, В.Н. Научное обоснование современных организационных форм улучшения репродуктивного здоровья женщин (на материале Республики Казахстан) [Текст]: автореф. дис. … д-ра мед. наук / В.Н. Локшин. - СПб., 2005.- 48 с.

87. Маринина, Е.И. Медико-социальное исследование гинекологической заболеваемости девочек-подростков и организация ее профилактики в современных условия [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Е.И. Маринина. - Рязань, 2006. - 24 с.

88. Методика оценки и состояние личного потенциала беременных женщин как потребительского ресурса качества перинатальных услуг [Текст] / Т.П. Васильева [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. - 2012. - № 3. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/410/27/lang,ru/ (дата обращения 10.08.2012).

89. Методическое письмо Минздравсоцразвития России № 15-4/10/2-6796 от 13 июля 2011 г. «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий» [Текст].- М.,2011.

90. Михайлова Ю.В., Шестаков М.Г., Соболева Ю.В., Сабгайда Т.П., Назаров В.И. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа // Экономика здравоохранения. 2008. № 2 (123). С.37-42.

91.Модернизация здравоохранения региона: направления, формы и методы [Текст] / К.В. Павлов [и др.] // Региональная экономика: теория и практика. - 2011. - №30(213) - С.55-64.

92. Молчанова, С.Ю. Беременность у несовершеннолетних как медико-социальная проблема [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Ю. Молчанова.- СПб., 2003.- 24 с.

93. Мурашко, М.А. Современные аспекты оказания акушерской помощи в регионе с низкой плотностью населения [Текст]: автореф. дис. … д-ра мед. наук / М.А. Мурашко.- М., 2006.- 46 с.

94. Мыльникова, И.В. Эпидемиолого-гигиеническая оценка состояния здоровья беременных, рожениц и новорожденных в условиях промышленного города Восточной Сибири [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / И.В. Мыльникова.- Красноярск, 2002.- 28 с.

95. Назаренко, Ю.Г. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности и пути профилактики [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Ю.Г. Назаренко. - М., 2006.- 24 с.

96. Нечаева, И.В. Социально-гигиеническая оценка формирования и сохранения репродуктивного потенциала у женщин начального фертильного возраста (по материалам исследований учащихся колледжей в Новосибирской области) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Нечаева. - Новосибирск, 2004. - 24 с.

97. Никифоров, С.А. Муниципальное здравоохранение: пути повышения ресурсного потенциала [Текст] / С.А. Никифоров // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2008. - № 4. - С.19-21.

98. Никонов, Е.Л. Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения [Текст] / Е.Л. Никонов // Кремлевская медицина. - 2009. - № 1. - С.128-131.

99. О состоянии и мерах по профилактике и снижению абортов, материнской смертности после абортов в Российской Федерации: Решение коллегии Минздрава РФ от 21 октября 2003 г. [Текст].- М.,2003.

100. Обеспечение безопасной беременности [Текст] / ВОЗ.- Женева, 2005.- 257 с.

101. Оленева, М.А. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в оптимизации здоровья матерей и новорожденных [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / М.А. Оленева. - М., 2006. - 24 с.

102. Основные направления государственного регулирования развития здравоохранения Российской Федерации на 2000-2010 гг. [Текст] // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 2000. - № 3.- С.3-14.

103. Основные направления работы органов и учреждений здравоохранения в снижении материнской и младенческой смертности: оценка эффективности деятельности исполнительной власти субъектов РФ страховой медицинской организацией [Текст] / А.А. Старченко [и др.] // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». – Геленджик, 2011. - С.336.

104. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии [Текст]. - М., 2001. - 246 с.

105. Панков, В.М. Научное обоснование организации деятельности акушерской службы региона в современных условиях [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / В.М. Панков. - СПб., 2005.- 24 с.

106. Пенжоян, Г.А. Реформирование акушерско-гинекологической службы региона [Текст] / Г.А. Пенжоян, О.П. Щепин. - Краснодар, 2003. - 342 с.

107. Петренко, Л.Ю. Клинико-статистическая оценка и оптимизация организационно-экономических форм деятельности родовспомогательных учреждений [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Л.Ю. Петренко. - СПб., 2004. - 24 с.

108. Петрова, Е.И. Служба родовспоможения в Рязанской области [Текст] / Е.И. Петрова, О.В. Медведева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013.- № 2. - С.11-13.

109. Петрова, Е.И. Анализ деятельности перинатального центра в многоуровневой системе оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде (на примере Рязанской

области) [Текст] / Е.И. Петрова, О.В. Медведева // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. - 2013. - № 3. - С. 83–87.

110. Петрова, М. Состояние здоровья беременной женщины и формирование аллергических заболеваний у ребенка [Текст] / М. Петрова, М. Вахарловская, О. Лаврова // Врач. - 2012. - № 2. - С. 71.

111. Платонова, С.Н. Научное обоснование организации специализированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи на региональном уровне [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / С.Н. Платонова. - Иваново, 2006.- 24 с.

112. Позднеева, Т.В. Мониторинг репродуктивного здоровья молодежи [Текст] / Т.В. Позднеева, И.А. Камаев, И.Ю. Самарцева // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2004. - № 5. - С. 42-43.

113. Помощь при беременности, родах, в послеродовом и неонатальном периоде: руководство по надлежащей практике [Текст] / ВОЗ.- Женева, 2006. - 186 с.

114. Пономарев, В.А. Новые формы информационного обеспечения работы отделения плановой и экстренной консультативной помощи женщинам с акушерско-гинекологической патологией в регионе [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Пономарев Виталий Анатольевич. - Самара, 2004. - 24 с.

115. Попова, Е.С. Особенности репродуктивного потенциала девушек юга России [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.С. Попова.- СПб., 2002. - 24 с.

116. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. №85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» [Текст].- М.,2011.

117. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / Под ред. Ю.В. Михайлова А.Е. Иванова. М.:ЦНИИОИЗ, 2006. 308 с.

118. Предотвратимая смертность: пути снижения и оценка эффективности мероприятий / Под ред. Ю.В.Михайловой, Т.П. Сабгайда. М., 2006. 113 с.

119. Приказ МЗ РСФСР № 186 от 15.11.1991г. «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению Российской Федерации» [Текст].- М.,1991.

120. Приказ Минздрава РФ № 293 от 30.07.2001 г. «О Национальном плане действий по улучшению положения женщин в Российской Федерации» [Текст].- М.,2001.

121. Приказ Минздрава РФ № 462 от 30.12.1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным» [Текст].- М.,1999.

122. Приказ Минздрава РФ № 50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании организации акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» [Текст].- М.,2003.

123. Приказ Минздравсоцразвития России № 808н от 02.10.2009 г. «О порядке оказания акушерско-гинекологической помощи» [Текст].- М.,2009.

124. Причины антенатальной гибели плода [Текст] / И.Б. Манухин [и др.] // Материалы IV Рос. форума «Мать и дитя»: тез. докл. - М., 2002. – Ч.1.- С.394-395.

125. Проблемы организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в период реализации национального проекта «Здоровье» [Текст] / М.В. Кулигина [и др.] // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». - Геленджик, 2011. - С.331.

126. Прогнозирование формирования репродуктивного здоровья и поведения девочек-подростков в современных условиях (по материалам социально-гигиенического исследования) [Текст] / В.В. Володина [и др.]. - Воронеж, 2003. - 178 с.

127. Программа "Родовый сертификат": результаты и перспективы [Текст] / Е.В. Гусева [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2010. - №1. - С.46-49.

128. Психическое здоровье беременных (обзор литературы) [Текст] / И.Е. Куприянова [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2012. - № 2. - С. 80-84.

129. Пути улучшения качества медицинской помощи в акушерском стационаре [Текст] / Е.В. Богданова [и др.] // Главная медицинская сестра. - 2010. - № 6. - С. 41-45.

130. Радзинский, В.Е. Безопасное акушерство [Текст] / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 5.- С.12-16.

131. Растегаева И.Н. Научное обоснование повышения роли диспансеризации в охране здоровья беременных женщин и родильниц [Текст]: автореф. дис. …докт. мед. наук / И.Н. Растегаева.- М., 2013.- 48 с.

132. Регионализация перинатальной помощи и ее информационное обеспечение в субъекте Российской Федерации [Текст] / Т.П. Васильева [и др.] // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя».- Геленджик, 2011. - С.320.

133. Региональная модель организации перинатальной помощи [Текст] / О.И. Линева [и др.] // Материалы IV Рос. форума "Мать и дитя". - М., 2002. - Ч.1.- С.60-61.

134. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России [Текст] / В.Ю. Альбицкий [и др.]. - М., 2001. - 248 с.

135. Римашевская, Н.М. Социальный вектор развития России [Текст] / Н.М. Римашевская // Народонаселение. - 2007. - №1. - С.5-9.

136. Роль информационно-образовательных программ в репродуктивном поведении студенток ВУЗа [Текст] / М.Б. Хамошина [и др.] // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». – Геленджик, 2011. - С.343.

137. Российский статистический ежегодник, 2010: стат. сб. [Текст] / Росстат. - М., 2010. - 813 с.

138. Руководство по анализу деятельности службы охраны материнства и детства Российской Федерации [Текст]. - М.: ЦНИИОИЗ, 2009. - 216 с.

139. Руководство по контрацепции [Текст] / под ред. В.Н. Прилепской. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 400 с.

140. Савельева, Г.М. Акушерство и гинекология [Текст] / Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Г.Т. Сухих.- М.: ГЕОТАР-МЕДИА, 2009. - 880 с.

141. Савельева, И.С. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков и пути его сохранения (реферативный обзор) [Текст] / И.С. Савельева // Гедеон Рихтер в СНГ. - 2001. - №3. - С. 5-8.

142. Савичева, А.М. Перинатальные инфекции: проблемы и пути решения [Текст] / А.М. Савичева, Е.В. Шипицына // Акушерство и гинекология. - 2009. - №3. - С.33-37.

143. Салтман, Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий [Текст] / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас. - М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. - 431 с.

144. Сенькина, Е.Л. Медико-социальное исследование гинекологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста и пути ее профилактики [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Л. Сенькина. - Рязань, 2002. - 24 с.

145. Серов, В.Н. Неотложные состояния в акушерстве [Текст] / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, И.И. Баранов. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2011. - 784 с.

146. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему [Текст] / В.М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. - 2007. - №5. - С.24-26.

147. Сидельникова, В.М. Профилактика и лечение угрожающих преждевременных родов [Текст] / В.М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. - 2008. - №3. - С.43-47.

148. Слепнева, Г.З. Состояние репродуктивного здоровья женского населения и пути оптимизации медицинской помощи беременным женщинам на основе технологии акушерского реанимационно-консультативного центра

[Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Г.З. Слепнева. - Красноярск, 2004. - 24 с.

149. Сметанин, В.Н. К характеристике репродуктивного здоровья городских девочек-подростков [Текст] / В.Н. Сметанин, В.И. Швачкина // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2001. - № 1. - С.31-32.

150. Совершенствование нормативной базы здравоохранения как условие формирования структурно эффективных территориальных программ государственных гарантий оказания населению субъектов РФ бесплатной стационарной медицинской помощи в условиях модернизации региональных систем здравоохранения [Текст] / И.М. Сон [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011. - Т. 21, № 5. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/ content/view/351/30/lang,ru/ (дата обращения 25.05. 2012).

151. Сорокина, З.Х. Выживаемость недоношенных детей в зависимости от метода родоразрешения [Текст] / З.Х. Сорокина // Вопросы практической педиатрии. - 2008.- Т.3,№ 5.- С.50.

152. Сорокина, З.Х. Задачи совершенствования трехуровневой системы помощи новорожденным [Текст] / З.Х. Сорокина // Материалы IX Всерос. форума «Мать и дитя». - М., 2007. - С. 620-621.

153. Сорокина, З.Х. Международный опыт и анализ различных организационных моделей оказания помощи при родоразрешении и выхаживании детей экстремально низкой массой тела [Текст] / З.Х. Сорокина // Акушерство и гинекология. - 2010. - № 5. - С.88-92.

154. Сорокина, З.Х. Оценка кадрового обеспечения и профессиональной подготовки персонала неонатологических подразделений в регионах Российской Федерации [Текст] / З.Х. Сорокина // Российский педиатрический журнал. - 2010. - № 4. - С.43-45.

155. Сорокина, З.Х. Современные технологии организации медицинской помощи новорожденным в акушерских стационарах [Текст] / З.Х. Сорокина // Проблемы управления здравоохранением. - 2010. - № 4. - С.23-27.

156. Социологическое исследование российских врачей, акушерок и рожениц [Текст]. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://www.midwifery.ru/today/opros_woman.htm (дата обращения 30.08.2012).

157. Стандарты на оказание медицинской помощи матерям и новорожденным [Текст] / ВОЗ. – Женева, 2006. - 34 с.

158. Стародубов, В.И. Здоровье населения России в социальном контексте. 90-х годов: проблемы и перспективы [Текст] / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова.- М., 2003.- 288 с.

159. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Проблемы Российской смертности, ее последствия и приоритетные направления действий // Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерий потери здоровья населения: Научн. тр. Всерос. науч.-практич. конф. 30-31 мая 2006 г. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. С.4-41.

160. Стародубов, В.И. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России [Текст] / В.И. Стародубов, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова // Современные медицинские технологии. - 2009. - № 2. - С.11-16.

161. Старченко, А.А. Менеджмент качества медицинской помощи: классификация дефектов оказания помощи в акушерстве и гинекологии [Текст] / А.А. Старченко // Клиническая анестезиология и реаниматология.- 2008. – Т.5,№ 3. - С.66-72.

162. Стратегический план действий по охране здоровья женщин в Европе [Текст] / ВОЗ. - Женева, 2002. - 53 с.

163. Стратегия в области репродуктивного здоровья [Текст] / ВОЗ. – Женева, 2004. – 34 с.

164. Стрижаков, А.Н. Современные методы и перспективы развития пренатальной диагностики [Текст] / А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев, И.В. Игнатко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2002. - № 2. - С.17-22.

165. Суханова, Л.П. Перинатальные проблемы воспроизводства населения России в переходный период [Текст] / Л.П. Суханова. - М.,2006. – 240 с.

166. Суханова, Л.П. Проблемы родовспоможения в условиях реализации национального проекта «Здоровье» в России [Текст] / Л.П. Суханова, З.З. Токова, М.А. Усова // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». – Геленджик, 2011. - С.337.

167. Суханова, Л.П. Родовспоможение в России – состояние, тенденции развития, пути совершенствования [Текст] / Л.П. Суханова, С.А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. - № 2. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/ content/view/201/30/lang,ru_RU.CP1251/ (дата обращения 30.05.2012).

168. Суханова, Л.П. Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в России [Текст] / Л.П. Суханова, М.С. Скляр, Г.Ю. Уткина // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2008. - № 5. - С.37-42.

169. Суханова, Л.П. Эволюция репродуктивного процесса в России в переходный период (с позиций службы охраны материнства и детства) (электронный ресурс) [Текст] / Л.П. Суханова, В.А. Глушенкова // Социальные аспекты здоровья населения: информационно-аналитический вестник. - 2007. - № 3. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik. mednet.ru/ content/view/38/30/lang,ru_RU.CP1251/ (дата обращения 21.05.2012).

170. Титова, А.А. Оценка воздействия факторов окружающей среды на репродуктивную функцию женщин [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Титова. – Казань, 2001. - 24 с.

171. Тихомиров, А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Тихомиров. - М., 2008. - 38 с.

172. Улумбекова, Г.Э. Научное обоснование стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года [Текст]: автореф. дис ... канд. мед. наук / Г.Э. Улумбекова. - М., 2011. - 24 с.

173. Усова, М.А. Медико-демографические процессы в регионе и их зависимость от состояния здоровья беременных, рожениц и родильниц [Текст] / М.А. Усова, Г.Я. Клименко, В.П. Косолапов // Врач-аспирант. - 2012. - Т. 51, № 2.1. - С. 243-252.

174. Федеральная программа «Безопасное материнство» [Текст] // Российская газета. - 1997. - № 206. - С. 1-3.

175. Федеральная программа «Планирование семьи» [Текст] // Российская газета. - 1997. - № 206. - С. 3-4.

176. Филиппов, О.С. Многоуровневая система организации акушерской помощи и показатель материнской смертности [Текст] / О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Здравоохранение. - 2009. - № 7. - С. 29-37.

177. Филиппов, О.С. Финансовое обеспечение службы родовспоможения и его влияние на показатель материнской смертности [Текст] / О.С. Филиппов, В.О. Флек, Е.В. Гусева // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2008. - № 6. - С.33-37.

178. Филиппова, Т.Ю. Медико-организационные технологии в снижении репродуктивных потерь как один из компонентов решения демографической политики региона [Текст]: автореф. дис. … д-ра мед. наук / Т.Ю. Филиппова. - М., 2006. - 48 с.

179. Фокин, Ю.А. Научное обоснование медико-организационных мероприятий по снижению частоты внебольничных абортов и их последствий в г. Красноярске [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Ю.А. Фокин. – Красноярск, 2006. - 24 с.

180. Фролова, О.Г. Региональные особенности причин материнской смертности в России [Текст] / О.Г. Фролова, З.З. Токова, И.А. Ильичева // Материалы IV Рос. Форума «Мать и дитя». - М., 2002. - Ч. 2. - С.127-128.

181. Фролова, О.Г. Медико-социальные аспекты преждевременных родов [Текст] / О.Г. Фролова, Н.А. Дурасова // Акушерство и гинекология. - 2008. - № 3. - С.48-51.

182. Фролова, О.Г. Организационные технологии повышения качества акушерской и неонатальной помощи [Текст] / О.Г. Фролова, В.В. Гудимова, Т.Н. Пугачева // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т.2,прил. № 1. - С.382-383.

183. Фролова, О.Г. Организация акушерско-гинекологической помощи в современных условиях [Текст] / О.Г. Фролова // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 5. - С.76-79.

184. Фролова, О.Г. Организация первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения [Текст] / О.Г. Фролова, Е.И. Николаева, И.Н. Рябинкина // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 3. - С.59-61.

185. Фролова, О.Г. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья [Текст] / О.Г. Фролова, З.З. Токова // Акушерство и гинекология. - 2005. - № 1. - С.3-6.

186. Фролова, О.Г. Перинатальный центр, его роль в оказании акушерской и неонатальной помощи [Текст] / О.Г. Фролова, В.В. Гудимова // Акушерство и гинекология. - 2003. - № 5. - С.48-50.

187. Хамошина, М.Б. Влияние аборта на репродуктивную функцию юных женщин [Текст] / М.Б. Хамошина, Л.А. Кайгородова, Л.В. Седая // Гедеон Рихтер в СНГ. - 2001. - №3. - С.22-23.

188. Цуркан, С.В. Новые организационные технологии в родовспоможении: общепопуляционная догестационная подготовка [Текст] / С.В. Цуркан, С.А. Вдовенко // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011. - № 3. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik. mednet.ru/ content/view/310/30/lang,ru/ (дата обращения 30.05.2012).

189. Черданцева, Г.А. Региональный перинатальный центр как модель управляемой медицинской помощи в системе охраны здоровья матери и

ребенка [Текст] / Г.А. Черданцева // Материалы Респ. науч. - практ. конф. "Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование". – Екатеринбург, 2000. - С.10-14.

190. Шарапова, О.В. Роль перинатальных центров в службе родовспоможения [Текст] / О.В. Шарапова, Н.Г. Баклаенко // Главврач. - 2008. - № 9. - С.47-55.

191. Шевелёва, А.А. Социально-гигиенический мониторинг репродуктивного поведения, образа жизни, репродуктивного и соматического здоровья подростков и молодежи, вступающей в первый брак [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Шевелева. - М., 2000. - 48 с.

192. Шевченко, Ю.Л. Здравоохранение России. Проблемы и перспективы развития: федеральный справочник [Текст] / Ю.Л. Шевченко. - М., 2002. - 671 с.

193. Шедько, Ю.Н. Региональные программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации [Текст] / Ю.Н. Шедько, Н.М. Лагутова // Экономика. Налоги. Право. - 2011. - № 5. - С.114-121.

194. Шеин, А.Ф. Анализ эффективности инновационной деятельности в лечебно-профилактических учреждениях [Текст] / А.Ф. Шеин // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011. - № 1. – Электрон. дан.- Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/ content/view/274/30/lang,ru/ (дата обращения 30.04.2012).

195. Шемаринов, Г.А. Проблемы регионального родовспоможения: состояние, пути использования ресурсов для обеспечения медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным [Текст] / Г.А. Шемаринов. - Воронеж, 2005. - 335 с.

196. Широкова, В.И. Состояние здоровья женщин и основные направления развития службы родовспоможения в Российской Федерации [Текст] / В.И. Широкова, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Здравоохранение. - 2009. - № 11. - С. 25-31.

197. Шувалова, М.П. Мониторинг материнской смертности в России и мире [Текст] / М.П. Шувалова, С.С. Ратушняк // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». - Геленджик, 2011. - С.347.

198. Щепин, В.О. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития [Текст] / В.О. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 2. - С.3-7.

199. Юсупова, А.Н. Аборты в России [Текст] / А.Н. Юсупова. - М.: ГОЭТАР-МЕД, 2004. – 208 с.

200. Юсупова, А.Н. Аборты: региональные особенности, причины, стратегия и тактика профилактики [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Н. Юсупова. - М., 2001. – 48 с.

201. Юсупова, А.Н. Опыт работы и задачи перинатальных центров по снижению перинатальной и материнской смертности: информационное письмо [Текст] / А.Н. Юсупова, О.Г. Фролова, З.Х. Сорокина. - М., 2009. - 51 с.

202. Яковлева, О.В. Социальные и медицинские аспекты недонашивания [Текст] / О.В. Яковлева, Л.В. Музурова // Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». - Геленджик, 2011. - С.349.

203. Яковлева, Т.В. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи [Текст] / Т.В. Яковлева, А.А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - № 2. - С.3-7.

204. Яковлева, Т.В. Проблемы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации [Текст] / Т.В. Яковлева, З.Х. Сорокина // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2011. - № 2. - С.14-19.

205. Abasiattai, A.M. Misconception of emergency contraception among tertiary school students in Akwa Ibom State, South-south, Nigeria [Text] / A. M. Abasiattai, A. J. Umoiyoho, E.A. Bassey // Niger J Clin Pract. - 2007. - Vol. 10, N 1. - P.30-34.

206. Adelman, W. Who sees the young women? A resource-sharing model for providing comprehensive adolescent women's health care [Text] / W. Adelman // Mil Med.- 2004.- Vol. 169, N 11.- P. 877-879.

207. Al-Saigul, A.M. Audit of well-baby care in primary health care centers in Buraidah, Saudi Arabia [Text] / A.M. Al-Saigul, M.A. Al-Alfi // Saudi Med J. - 2009. - Vol. 30, N 7. - P.956-960.

208. Alvarez-Díaz, J.A. Comments about depenalization of voluntary interruption of pregnancy among undergraduate students of the Universidad Autonoma de Ciudad Juarez Medicine Faculty [Text] / J.A. Alvarez-Díaz // Rev Invest Clin. - 2007. - Vol. 59, N 5. - P.348-355.

209. Amendolia, B. Hope and parents of the critically ill newborn: a concept analysis [Text] / B. Amendolia // Adv Neonatal Care. - 2010. - Vol. 10,№ 3. - P.140-144.

210. Anderson, D.J. Coca-Cola douches and contraception [Text] / D.J. Anderson // BMJ. - 2008. - Vol. 337.- P. a2873. doi: 10.1136/bmj.a2873.

211. Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nursing. Health information technology for the perinatal setting [Text] // Nurs Womens Health. - 2011. - Vol. 15,№ 4. - P.346-348.

212. Baecher, L. Increased access to emergency contraception: why it may fail [Text] / L. Baecher, M.A. Weaver, E.G. Raymond // Hum Reprod.- 2009.- Vol.24,№4.- P.815-819. doi: 10.1093/humrep/den460. Epub 2008 Dec 18.

213. Balabanova, D. Health Care Reform in the Former Soviet Union: Beyond the Transition [Text] / D. Balabanova, B. Roberts, E. Richardson // Health Serv Res.- 2012.- Vol. 47, N 2.- P.840-864. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01323.x. Epub 2011 Sep 23.

214. Balcazar, H. Community health workers can be a public health force for change in the United States: three actions for a new paradigm [Text] / H. Balcazar, E.L. Rosenthal, J.N. Brownstein // Am J Public Health. - 2011. - Vol. 101,№ 12. - P.2199-2203.

215. Bech, M. Choice in the Danish health care system [Text] / M. Bech // Euro Observer. - 2004. - Vol. 6. - P.5-6.

216. Bessa, G.H. Medicalization, Reproductive Agency, and the Desire for Surgical Sterilization among Low-Income Women in Urban Brazil [Text] / G.H. Bessa // Medical Anthropology. - 2006. - № 25. - P.221-263.

217. Betz, C. Adolescents in transition of adult care: why the concern? [Text] / C. Betz // Nurs Clin North Am. - 2004. - Vol. 39,№ 4. - P. 681-713.

218. Bloor, K. Universal Coverage and Cost Control: The United Kingdom National Health Service: Handbook of International Health Care Systems [Text] / K. Bloor, A. Maynard. - New York: Marcel Dekker, 2002. - 264 p.

219. Bozkurt, A.I. Induced abortion and effecting factors of ever married women in the Southeast. Anatolian Project Region, Turkey: a cross sectional study [Text] / A.I. Bozkurt, B. Ozcirpici, S. Ozgur // BMC Public Health. - 2004. - Vol. 22, N 4. - P.65.

220. Can the Internet be used effectively to provide sex education to young people in China? [Text] / C.H. Lou [et al.] // J Adolesc Health. - 2006. - Vol. 39, N 5. - P.720-728.

221. Chen, B. Sexual and reproductive health service needs of university/college students: updates from a survey in Shanghai, China [Text] / B. Chen, Y.N Lu, H.X. Wang // Asian J Androl. - 2008. - Vol. 10, N 4. - P.607-615.

222. Coltart, C.E. Prioritizing WHO normative work on maternal and perinatal health: a multicountry survey [Text] / C.E. Coltart, J.P. Souza, A.M. Gülmezoglu // Reprod Health. - 2011. - № 8. - P.30.

223. Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education [Text] / M. Schmitt [et al.] // Acad Med. - 2011. - Vol. 86,№ 11. - P.1351.

224. Crawford, N.W. Immunisation practices in infants born prematurely: neonatologists' survey and clinical audit [Text] / N.W. Crawford, V. Yeo, R.W. Hunt // J Paediatr Child Health. - 2009. - Vol. 45,№ 10. - P.602-609.

225. Dahl, L.B. Antenatal, neonatal and postnatal deaths evaluated by medical audit. A population based study in northern Norway – 1978 to 1997 [Text] / L.B. Dahl, L.N. Berge, H. Dramsdahl // Acta Obstet Gynecol Scandinavia. - 2000. - Vol. 79,№ 12. - P.1075–1082.

226. de Irala, J. Analysis of content about sexuality and human reproduction in school textbooks in Spain [Text] / J. de Irala, I.G. Urdiain, C. López Del Burgo // Public Health. - 2008. - Vol. 122, N 10. - P.1093-1103.

227. de Reu, P. The Dutch Perinatal Audit Project: a feasibility study for nationwide perinatal audit in the Netherlands [Text] / P. de Reu, M. Van Diem, M. Eskes // Acta Obstet Gynecol Scand. - 2009. - Vol. 88,№ 11. - P.1201-1208.

228. Delva, W. HIV testing and sexually transmitted infection care among sexually active youth in the Balkans [Text] / W. Delva, F. Wuillaume, S. Vansteelandt // AIDS Patient Care STDS. - 2008. - Vol. 22, N 10. - P.817-821.

229. Di Lallo, D. Information systems in neonatology and health planning [Text] / D. Di Lallo, A. Di Napoli // J Matern Fetal Neonatal Med. - 2011. - № 24 (Suppl. 1). - P.101-103.

230. Diedrick, L.A. A practical communication strategy to improve implementation of evidence-based practice [Text] / L.A. Diedrick, M.A. Schaffer, K.E. Sandau // J Nurs Adm. - 2011. - Vol. 41,№ 11. - P.459-465.

231. Dowler, C. Health bill amendments. Ministers row back on FT finance reform [Text] / C. Dowler // Health Serv J. - 2011. - Vol. 121,№ 6273. - P.4-5.

232. Edgardh, K. Adolescent sexual health in Sweden [Text] / K. Edgardh // Sex Transm Infect. - 2002. - Vol. 78, N 5. - P.352-356.

233. Effectiveness of web-based education on Kenyan and Brazilian adolescents' knowledge about HIV/AIDS, abortion law, and emergency contraception: findings from TeenWeb [Text] / C.T. Halpern [et al.] // Soc Sci Med. - 2008. - Vol. 67, N 4. - P.628-637.

234. Ely, G.E. A psychosocial profile of adolescent pregnancy termination patients [Text] / G.E. Ely, C.N. Dulmus // Soc Work Health Care. - 2008. - N 3. - P.69-83.

235. Emanuel, E.J. Where are the health care cost savings? [Text] / E.J. Emanuel // JAMA. - 2012. - Vol. 307,№ 1. - P.39-40.

236. Emmerson, C. Should private medical insurance be subsidised? [Text] / C. Emmerson, C. Frayne, A. Goodman // Health Care. - 2001. - Vol. 51. - P.49-65.

237. Evolution of an integrated public health surveillance system [Text] / D.A. Chapman [et al.] // J Registry Manag. - 2011. - № 1. - P.15-23.

238. Faucher, P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: a prospective study of 433 patients [Text] / P. Faucher, N. Baunot , P. Madelenat // Gynecol Obstet Fertil. - 2005. - Vol. 33, N 4. - P. 220-227.

239. Fox, D.M. Systematic reviews and health policy: the influence of a project on perinatal care since 1988 [Text] / D.M. Fox // Milbank Q. - 2011. - Vol. 89,№ 3. - P.425-449.

240. Geller, S.E. The Continuum of Maternal Morbidity and Mortality: Factors Associated with Severity [Text] / S.E. Geller, D. Rosenberg, S.M. Cox // Am J of Obst and Gynec. - 2004. - Vol. 191. - P.939-944.

241. Gérvas, J. Longitudinality, prestige, good reputation (social and professional) and general/family medicine. Clinical and public health aspects. SESPAS Report 2012 [Text] / J. Gérvas, M.P. Fernández, R.J. Sánchez // Gac Sanit.- 2012.- Vol. 26 (Suppl.1).- P.52-56. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.024. Epub 2011 Dec 22.

242. Getting results used: evidence from reproductive health programmatic research in Guatemala [Text] / C. Brambila [et al.] // Health Policy and Planning. - 2007. - № 22. - P.234-245.

243. Glasier, A. Should healthcare professionals be advocating long-acting reversible contraception? [Text] / A. Glasier // Womens Health (Lond Engl). - 2009. - Vol. 5, N 1. - P. 1-4.

244. Gray, C.L. The Pregnancy Medical Home: use of the power of the Medicaid program to improve the standard of care across North Carolina [Text] / C.L. Gray // N C Med J. - 2011. - Vol. 72,№ 3. - P.232-233.

245. Grosby, R.A. Adolescents use of school-based health clinics for reproductive health services: data from the National Longitudinal Study of Adolescent Health [Text] / R.A. Grosby, J. Stlawrence // J. Sch .Health. - 2000. - Vol. 70, № 10. - P. 22-27.

246. Gubert, D. The onset of sexual activity in male adolescents [Text] / D. Gubert, V.S. Madureira // Cien Saude Colet. - 2008. - Vol. 13, N 2. - P.2247-2256.

247. Health access and status of adolescents and young adults using youth employment and training programs in an urban environment [Text] / S.D. Tandon [et al.] // J Adolesc Health. - 2008. - Vol. 43, N 1. - P.30-37.

248. Heikinheimo, O. Can the outcome of the next pregnancy be predicted at the time of induced abortion? [Text] / O. Heikinheimo, M. Gissler, S. Suhonen // Hum Reprod.- 2009.- Vol.24,N4.- P.820-826. doi: 10.1093/humrep/den465. Epub 2008 Dec 24.

249. Herbert, D.L. Birth outcomes after spontaneous or assisted conception among infertile Australian women aged 28 to 36 years: a prospective, population-based study [Text] / D.L. Herbert, J.C. Lucke, A.J. Dobson // Fertil Steril.- 2012.- Vol.97,N3.- P.630-638. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.12.033. Epub 2012 Jan 21.

250. Hill, P.E. Support and counseling after maternal death [Text] / P.E. Hill // Semin Perinatol. - 2012. - Vol. 36, № 1. - P.84-88.

251. Hu, S. Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities [Text] / S. Hu, S. Tang // Lancet.- 2008.- Vol. 372,№ 9652.-P.1846-1853. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61368-9. Epub 2008 Oct 17.

252. Jain, R.K. In vitro testing of rationally designed spermicides for selectively targeting human sperm in vagina to ensure safe contraception [Text] / R.K. Jain, A. Jain , J.P. Maikhuri // Hum Reprod.- 2009.- Vol.24,№ 3.- P.590-601. doi: 10.1093/humrep/den415. Epub 2008 Dec 16.

253. Johansen, J.K. Surgeons experience of complication frequency - registration validity for legal abortion [Text] / J.K. Johansen, K.L. Schmidt // Ugeskr Laeger. - 2001. - N 11. - P.1569-1572.

254. Jones, D.A. Why Emergency Contraception Remains Controversial [Text] / D.A Jones, T. Stammers // South Med J.- 2009.- Vol.102,№ 1.- P.5-7. doi: 10.1097/SMJ.0b013e31818eb40e.

255. Jones, R. Confidential reproductive health services for minors: the potential impact of mandated parental involvement for contraception [Text] / R. Jones, H. Boonstra // Perspect-Sex-Reprod-Health. - 2004. - Vol.36,№ 5. - P. 82-91.

256. Kanelleas, A.I. Suggestions for effective contraception in isotretinoin therapy [Text] / A.I. Kanelleas, S. Thornton, J. Berth-Jones // Br J Clin Pharmacol.- 2009.- Vol.67,№1.- P.137-138. doi: 10.1111/j.1365-2125.2008.03235.x. Epub 2008 Nov 17.

257. Kauffman, R.P. Science, Ideology, and the Public Good: The Precarious State of Emergency Contraception in America [Text] / R.P. Kauffman // South Med J.- 2009.- Vol.102,№1.- P.3-4. doi: 10.1097/SMJ.0b013e318188bf26.

258. Khalifeh, A. An audit of caesarean sections for very low birth weight babies [Text] / A. Khalifeh, N. Farah, M. Turner // J Obstet Gynaecol. - 2010. - Vol. 30,№ 3. - P.261-263.

259. Knottnerus, J.A. Dutch Doctors and Their Patients Effects of Health Care Reform in the Netherlands [Text] / A.J. Knottnerus, ten G.H.M. Velden // N Engl J Med.- 2007.- Vol.357,№ 24.- P. 2424-2426.

260. Larsson, M. Evalution of a sexual education intervention among Swedish high school students [Text] / M. Larsson, K. Eurenius, R. Westerling // Scand. J. Public Health. - 2006. - Vol. 34, N 2. - P.124-131.

261. Leon, D.A. International perspectives on health inequalities and policy [Text] / D.A. Leon // BMJ.- 2001. - Vol. 322. - P.591-594.

262. Lewis, G. Saving Mothers' Lives: The Continuing Benefits for Maternal Health From the United Kingdom (UK) Confidential Enquires Into Maternal Deaths [Text] / G. Lewis // Semin Perinatol. - 2012. - Vol. 36,№ 1. - P.19-26.

263. Maccr, R.J. Sense of autonomy is preserved under Chinese reproductive policies [Text] / R.J. Maccr // New Genetics and Society. - 2005. - Vol. 24, № 1. - P.15-29.

264. Mbaruku, G. Perinatal audit using the 3-delays model in western Tanzania [Text] / G. Mbaruku, J. van Roosmalen, I. Kimondo // Int J Gynaecol Obstet. - 2009. - Vol. 106,№ 1. - P.85-88.

265. McLaughlin, M. Inequalities in the provision of sexual health information for young people [Text] / M. McLaughlin, K. Thompson, K. Parahoo // J Fam Plann Reprod Health Care. - 2007. - Vol. 33, N 2. - P.99-105.

266. Middleton, J. Healthy people, healthy lives. The English public health white paper: risks and challenges for a new public health system [Text] / J. Middleton // Clin Med. - 2011. - Vol. 11,№ 5. - P.430-433.

267. Min, Y.H. Applicability of the ISO Reference Terminology Model for Nursing to the Detailed Clinical Models of Perinatal Care Nursing Assessments [Text] / Y.H. Min, H.A. Park // Healthc Inform Res. - 2011. - Vol. 17,№ 4. - P.199-204.

268. Moral Distress in Neonatal Intensive Care Unit RNs [Text] / T.A. Cavaliere [et al.] // Adv Neonatal Care. - 2010. - Vol. 10,№ 3. - P.145-156.

269. Mungrue, K. Has early initiation of sexual activity in adolescence had an impact on teenage childbearing in Trinidad and Tobago? [Text] / K. Mungrue // Int J Adolesc Med Health. - 2008. - Vol. 20, N 3. - P.255-260.

270. Naib, J.M. A review of septic induced abortion cases in one year at Khyber Teaching Hospital, Peshawar [Text] / J.M. Naib, M.I. Siddiqui, B. Afridi // J Ayub Med Coll Abbottabad. - 2004. - Vol. 16, N 3. - P. 59-62.

271. Naz, R.K. Status of contraceptive vaccines [Text] / R.K. Naz // Am J Reprod Immunol. - 2009. - Vol. 61, N 1. - P.11-18.

272. Okamoto, E. Integrated care through disease-oriented clinical care pathways: experience from Japan's regional health planning initiatives [Text] / E. Okamoto, M. Miyamoto, K. Hara // Int J Integr Care.- 2011.- Vol. 11(Spec 10th Anniversary Ed).- e125. Epub 2011 Sep 23.

273. Okoli, U. Prenatal care and basic emergency obstetric care services provided at primary healthcare facilities in rural Nigeria [Text] / U. Okoli, M.J. Abdullahi, M.A. Pate // Int J Gynaecol Obstet.- 2012.- Vol. 117, N 1.- P.61-65. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.11.014. Epub 2012 Jan 20.

274. Olukoya, P. Reducing maternal mortality from unsafe abortion among adolescents in Africa [Text] / P. Olukoya // Afr J Reprod Health. – 2004. - Vol. 8, N 1. - P. 57-62.

275. Oyedeji, O.A. A gendered study of young adult contraceptive use at one university in KwaZulu-Natal [Text] / O.A. Oyedeji, R. Cassimjee // Curationis. - 2006. - Vol. 29, N 3. - P.7-14.

276. Papaharitou, S. Exploring sexual attitudes of students in health professions [Text] / S. Papaharitou, E. Nakopoulou, M. Moraitou // J Sex Med. - 2008. - Vol. 5, N 6. - P. 1308-1316.

277. Parkes, A. Contraceptive Method at First Sexual Intercourse and Subsequent Pregnancy Risk: Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old Girls from the RIPPLE and SHARE Studies [Text] / A. Parkes, D. Wight, M. Henderson // J Adolesc Health. - 2009. - Vol. 44, N 1. - P.55-63.

278. Program for expectant and new mothers: a population-based study of participation [Text] / M.D. Brownell [et al.] // BMC Public Health. - 2011. - № 11. - P.691.

279. Provision of Contraceptive Counseling by Internal Medicine Residents [Text] / P.A. Lohr [et al.] // J Womens Health (Larchmt).- 2009.- Vol.18,№ 1.- P.127-131. doi: 10.1089/jwh.2008.0809.

280. Rich, L.V. Employment and the sexual and reproductive behavior of female adolescents [Text] / L.V. Rich, S.B. Kim // Perspectives on sexual and reproductive health. - 2002. - Vol. 34, № 3. - P. 127- 134.

281. Romoren, T.I. Promoting coordination in Norwegian health care [Text] / T.I. Romoren, D.O. Torjesen, B. Landmark // Int J Integr Care. - 2011. - № 11(Spec 10th Anniversary Ed). - P.127.

282. Roopnarinesingh, R. A 27-year review of obstetric hysterectomy [Text] / R. Roopnarinesingh, L. Fay, P. McKenna // Obstet Gynaecol. - 2003. - N 3. - P.252-254.

283. Rowlands, S. New technologies in contraception [Text] / S. Rowlands // BJOG. - 2009. - Vol. 116, N 2. - P.230-239.

284. Saltman, R.B. Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes [Text] / R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek.- Oxford: Open University Press, 2007. – 298 p.

285. Sarangarm, P. Agreement between self-report and prescription data in medical records for pregnant women [Text] / P. Sarangarm, B. Young, W. Rayburn // Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.- 2012.- Vol. 94, N 3.- P.153-161. doi: 10.1002/bdra.22888. Epub 2012 Jan 18.

286. Saucedo, M. Understanding regional differences in maternal mortality: a national case-control study in France [Text] / M. Saucedo, C. Deneux-Tharaux, M.H. Bouvier-Colle //Bjog.- 2012.- Vol.119,N5.- P.573-581. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03220.x. Epub 2011 Dec 13.

287. Sociodemographic and symptom correlates of fatigue in an adolescent primary care sample [Text] / C. Mears [et al.] // J-Adolesc-Health. - 2004. - Vol. 35, N 6. - P. 6-21.

288. Socio-demographic profile of women undergoing abortion in a tertiary centre [Text] / A. Bahadur [et al.] // Arch Gynecol Obstet. - 2008. - Vol. 278, N 4. - P.329-332.

289. Socioeconomic disadvantage and adolescent womens sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries [Text] / S. Singh [et al.] // Family Planning Perspectives. - 2001. - Vol. 33,№ 6. - P. 251-258.

290. Soto-Ramirez, N. The use of oral contraceptive before pregnancy and breastfeeding duration: A cross-sectional study with retrospective ascertainment

[Text] / N. Soto-Ramirez, W. Karmaus // Int Breastfeed J. - 2008. - Vol. 16, N 1. - P.29.

291. Souza, J.P. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol [Text] / J.P. Souza, A.M. Gülmezoglu, G. Carroli // BMC Health Serv Res. - 2011. - Vol. 26,№11. - P.286.

292. Su, B. A sense of autonomy is preserved under Chinese reproductive policies [Text] / B. Su, D.R. Macer // New Genet Soc. - 2005. - Vol. 24, N 1. - P. 15-29.

293. The need for sexual health information: perceptions and desires of young adults [Text] / V. von Sadovszky [et al.] // MCN Am J Matern Child Nurs. - 2006. - Vol. 31, N 6. - P.373-380.

294. Vallgarda, S. Widening the scope, targeting interventions, creating risk groups: maternal and child health in Denmark and Sweden from 1930s and onwards [Text] / S. Vallgarda // J. Epidemiol Community Health. - 2008. - Vol. 62,№ 5. - P.382-386.

295. Walker, E. Socio-demographic and clinical characteristics of Jamaican adolescents with HIV/AIDS [Text] / E. Walker, B. Mayes, H. Ramsay // West Indian Med J. - 2004. - Vol. 53, N 5. - P. 332.

296. Weaver, M.A. Attitude and behavior effects in a randomized trial of increased access to emergency contraception [Text] / M.A. Weaver, E.G. Raymond, L. Baecher // Obstet Gynecol. - 2009. - Vol. 113, N 1. - P.107-116.

297. Willcox, S. Issues in international health policy: strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands [Text] / S. Willcox, G. Lewis, J. Burgers // Issue Brief (Commonw Fund). - 2011. - № 27. - P.1-19.

298. Williams, O. Screening for sexually transmitted infections in children and adolescents in the United Kingdom: British Co-operative Clinical Group [Text] / O. Williams, G. Forster, A. Robinson // Int J STD AIDS. –2001. - N8. - P.487-492.

КАРТА-АНКЕТА

изучения репродуктивного здоровья женщин

Уважаемые женщины!

Настоящее анкетирование проводится с целью изучения акушерско-гинекологического анамнеза и выявления факторов риска развития патологии беременности, родов и послеродового периода. Убедительно просим Вас внимательно отнестись к заполнению анкеты и откровенно ответить на поставленные в ней вопросы. Подчеркните или впишите правильные ответы.

Возраст:	17 - 20 лет 21 - 25 лет 26 - 30 лет 31 -35 лет 36 – 40 лет	01 02 03 04 05
Уровень Вашего образования:	неполное среднее среднее общее среднее специальное неоконченное высшее высшее	01 02 03 04 05
Укажите кем Вы являетесь:	рабочей промышленного предприятия служащей бюджетной организации наемной рабочей в коммерческой структуре предпринимателем-бизнесменом занимающейся индивидуальной трудовой деятельностью безработной домохозяйкой инвалидом	01 02 03 04 05 06 07 08 09
Контактировали ли Вы с профессиональными вредностями?	да нет	01 02
Ваше семейное положение:	состоите в зарегистрированном браке состоите в «гражданском браке» разведены вдова никогда не состояли в браке	01 02 03 04 05
Если Вы состоите в браке, то каким по счету для Вас он	первым вторым третьим	01 02 03

является?		
В каком возрасте Вы вступали в каждый брак?	в первый во второй в третий	в___ лет в___ лет в___ лет
Продолжительность Вашего пребывания в каждом браке:	в первом во втором в третьем	___ лет ___ лет ___ лет
Когда возникла настоящая беременность Вы:	не состояли в браке состояли в зарегистрированном браке состояли в «гражданском браке» были разведены были вдовой	01 02 03 04 05
Изменился ли Ваш семейный статус, когда узнали о возникновении настоящей беременности, и если да, то укажите как:	нет, не изменился да, изменился	01 02
Ваша оценка собственного здоровья:	практически здорова чувствуете себя больной имеете хронические заболевания	01 02 03
Перечислите гинекологические заболевания, которыми Вы страдали на протяжении жизни:	_____ _____ _____ _____ _____	
Есть ли гинекологические заболевания у Вас в настоящее время:	есть нет	01 02
Если есть, то укажите какие:	_____ _____	
Как часто Вы посещали женскую консультацию до беременности?	несколько раз в год один раз в год один раз в 2 года реже, чем один раз в 2 года	01 02 03 04
Настоящая беременность была:	запланирована не запланирована, но желанная не желанная	01 02 03
Считаете ли Вы наличие детей необходимым условием для создания прочной семьи?	да нет	01 02
Сколько бы детей Вы хотели иметь в своей семье?	ни одного одного ребенка двоих	01 02 03

	троих более трех	04 05
Ваш возраст к моменту начала половой жизни?		___ лет
Сколько всего беременностей у Вас было?		_____
Укажите в каком году и чем закончилась (родами живым ребенком, мертворождением, выкидышем, искусственным абортом) каждая беременность:	первая _____ вторая _____ третья _____ четвертая _____ пятая _____ шестая _____ седьмая _____ восьмая _____ девятая _____ десятая _____	в _____г. в _____г. в _____г. в _____г. в _____г. в _____г. в _____г. в _____г. в _____г. в _____г.
Если у Вас были искусственные аборты, то укажите причины их производства (материальные затруднения, плохие жилищные условия, семейные конфликты, плохое здоровье у Вас, плохое здоровье у мужа, занятость в работе, занятость в учебе, брак не был зарегистрирован, нежелание мужа иметь детей, Ваше нежелание иметь детей, другие причины впишите сами):	первого _____ _____ второго _____ _____ третьего _____ _____ _____ четвертого _____ _____ пятого _____ _____	
Все ли искусственные аборты были сделаны Вам в медицинском учреждении?	да нет	01 02
Были ли у Вас осложнения после абортов?	да нет	01 02
Если у Вас были выкидыши, то укажите их возможные причины (заболевания во время беременности, сильное нервное напряжение, семейные конфликты, Ваши попытки избавиться от плода, другие причины впишите сами):	первый _____ _____ второй _____ _____ третий _____ _____	

Лечились ли Вы от бесплодия?	да нет	01 02
Лечились ли Вы от невынашивания беременности?	да нет	01 02
В каком сроке встали на учет по данной беременности?		___ нед
Сколько раз посетили женскую консультацию за беременность?		___ раз
Были ли осложнения в течении настоящей беременности, и если да, то какие?	нет да _____ _____ _____ _____	01 02
Проводилось ли стационарное лечение по поводу осложнений в течении настоящей беременности. Если да, то по поводу чего и каков результат?	Нет, беременность протекала без осложнений Нет, лечение проводилось амбулаторно Нет, лечение проводилось амбулаторно, в связи с моим отказом от госпитализации Да, проводилось _____ _____ _____ _____	01 02 03 04
Посещали ли Вы школу беременных?	да нет	01 02
Выполняли ли Вы все назначения и рекомендации врача женской консультации?	да нет	01 02
Из каких источников получали информацию о течении беременности, родов?	женская консультация специальная литература интернет телевидение другие источники	01 02 03 04 05
Укажите в каких знаниях Вы нуждаетесь:	Питание беременных Физиология беременности Поведение в родах Грудное вскармливание Физиология послеродового периода	01 02 03 04 05
Какой метод родоразрешени Вы бы предпочли и если кесарево сечение, то почему:	Через естественный родовой путь Путем кесарева сечения _____ _____	01 02
Как Вы относитесь к партнерским родам и почему?	_____ _____ _____	
Повлияло ли появление материнского капитала на решение вопроса планирования	да нет	01 02

беременности?		
Считаете ли Вы, что полностью реализовали свои планы в отношении рождения детей?	да нет	01 02
Если нет, то укажите причины, которые заставили Вас отказаться от рождения детей, хотя Вы хотели этого:	занятость в работе занятость в учебе пребывание вне брака общие заболевания у Вас гинекологические заболевания заболевания у мужа материальные затруднения плохие жилищные условия семейные конфликты злоупотребление мужа алкоголем нежелание мужа другие причины (впишите сами) _____ _____	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11

Заполняется только лицами, состоящими в браке

Возраст Вашего мужа:		___ лет
Уровень образования мужа:	неполное среднее среднее общее среднее специальное неоконченное высшее высшее	01 02 03 04 05
Укажите кем он является:	рабочим промышленного предприятия служащим бюджетной организации наемным рабочим в коммерческой структуре предпринимателем-бизнесменом занимающимся индивидуальной трудовой деятельностью безработным инвалидом пенсионером	01 02 03 04 05 06 07 08
Как Вы оцениваете отношения с мужем?	хорошие удовлетворительные плохие	01 02 03
Укажите основные причины конфликтов в Вашей семье:	плохие жилищные условия низкий уровень семейного дохода различные взгляды на воспитание детей злоупотребление алкоголем мужа злоупотребление алкоголем Вами наличие гинекологических заболеваний у Вас половая слабость у мужа дисгармония интимных отношений бесплодие в браке нежелание супруга иметь детей Ваше нежелание иметь детей Другие причины (впишите сами)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11

Были ли контакты у мужа с профессиональными вредностями?	да нет	01 02
Страдал ли бесплодием Ваш муж?	да нет	01 02
Если настоящий брак у Вас повторный, то есть ли дети от предыдущего брака?	нет один двое трое	01 02 03 04
Каким по счету является настоящий брак для мужа?	первым вторым третьим	01 02 03
Если настоящий брак у Вашего мужа повторный, то есть ли у него дети от предыдущего брака?	нет один двое трое	01 02 03 04

спасибо! Заполняется врачом

51.Особенности течения беременности: _____

_____

_____

_____

_____

_____

52.Особенности течения
родов:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

53.Особенности течения послеродового
периода:_____
_____
_____