

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Сергиенко Ольга Игоревна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГИИ
БЕРЕМЕННОСТИ**

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

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
доцент Моисеева К.Е.

Санкт-Петербург – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1 СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	20
1.1. Нормативно-правовое обеспечение и организация специализированной медицинской помощи беременным.....	20
1.2. Репродуктивное здоровье и проблемы оказания медицинской помощи беременным женщинам с патологией беременности.....	25
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	35
Глава 3. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ В АСПЕКТЕ ВЛИЯНИЯ НА РОДОВСПОМОЖЕНИЕ И МАТЕРИНСКУЮ СМЕРТНОСТЬ	45
3.1. Материнская смертность и родовспоможение в акушерских стационарах ..	45
3.2. Заболеваемость женщин, осложнившая течение беременности и родов	57
Глава 4. ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	69
4.1. Обеспеченность женского населения койками патологии беременности ...	69
4.2 Мониторинг показателей использования коечного фонда отделений патологии беременности.....	72
4.3. Структура акушерской патологии и показатели деятельности отделений патологии беременности акушерских стационаров второго и третьего уровней	79
4.4. Организация медицинских консилиумов и их роль в оказании специализированной медицинской помощи беременным.....	87
Глава 5. ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	94
5.1. Медико-социальная характеристика пациенток отделений патологии беременности.....	94
5.2. Анамнестическая характеристика пациенток отделений патологии беременности.....	96
5.3. Субъективная оценка организации медицинской помощи в отделениях патологии беременности.....	104
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	113

ВЫВОДЫ.....	124
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	128
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	131
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	132
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	134
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	161
Приложение 1	161
Приложение 2	162
Приложение 3	163
Приложение 4	164
Приложение 5	165
Приложение 6	166
Приложение 7	167

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В настоящее время в Российской Федерации отмечается прогрессирующее снижение рождаемости на фоне роста показателей смертности, обуславливающее увеличение противоестественной убыли населения [12]. Такая ситуация в сфере демографии обуславливает внедрение мер, направленных на стимуляцию рождаемости и снижение смертности во всех возрастных группах [126, 164, 167]. Президент Российской Федерации В.В. Путин в своем послании Федеральному собранию обозначил среди приоритетных задач улучшение демографической ситуации [100]. Задача «сбережения людей» является приоритетной в Конституции России и в программе «Стратегия национальной безопасности России» [62, 99]. Решением данной задачи стали разработка и внедрение федеральных и региональных социально-экономических программ, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи населению [119, 120]. Особое внимание государства уделяется сохранению здоровья матери и ребенка [8, 10, 31, 165]. В соответствии с выделенным вектором в государственной политике нашей страны 2018–2027 гг. Указом Президента России были объявлены Десятилетием детства, а 2024 год – Годом семьи [106]. В рамках указанных периодов, среди необходимых первоочередных преобразований, имеющих фундаментальное значение, обозначены решение демографических проблем и вопросы всесторонней поддержки системы охраны материнства и детства [2, 96, 98, 109, 160].

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приоритетной задачей деятельности системы охраны материнства и детства является обеспечение оптимальных условий для реализации женщиной ее важнейшей социальной функции - рождение и воспитание здоровых детей [105]. В нашей стране достигнуты заметные успехи в акушерстве и перинатологии, что в значительной мере связано с формированием трехуровневой системы оказания медицинской помощи

беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Деятельность акушерских стационаров 3-го уровня – перинатальных центров, которые стоят во главе системы охраны материнства и детства субъектов Российской Федерации, позволила значительно снизить материнскую, перинатальную и младенческую смертностью [89, 150]. Важная роль в снижении данных показателей принадлежит маршрутизации беременных, которая обеспечивает возможность оказания им своевременной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и, как следствие, позволяет снизить негативные перинатальные исходы [127, 158, 162].

В нашей стране организация медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовой период осуществляется в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в котором закреплены принципы этапности и преемственности в ее оказании [107, 101, 116]. Приоритетной задачей амбулаторного этапа является профилактика в период диспансерного наблюдения беременных женщин, в том числе выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода [5, 158]. Когда состояние беременной требует круглосуточного наблюдения и лечения, их госпитализируют в отделения патологии беременности родильных домов и перинатальных центров [8]. Их задачами являются выявление и лечение патологии беременности, профилактика материнской смертности, подготовка к родам, родоразрешение, в том числе с применением КС, консультирование и психологическая поддержка и др. [116, 128].

Деятельность ОПБ во многом направлена на пролонгирование беременности с целью снижения преждевременных родов и частоты недоношенности [2, 34]. Наихудший прогноз для жизни и инвалидизации имеют рожденные в гестационном сроке 22–25 недель с массой тела 500–750 гр., из которых выживает только 30–50% детей, большинство выживших – инвалиды по данным рецензируемых научных изданий [64, 130, 166]. Проблема актуальности

совершенствования оказания специализированной медицинской помощи беременным в ОПБ обусловлены общими тенденциями ухудшения здоровья населения России в целом, увеличением среднего возраста женщин, планирующих беременность, увеличением числа детей с пороками и отклонениями в развитии, а также стабильно высоким уровнем патологических родов [1, 11, 16, 26, 54, 80]. Все вышеперечисленное во многом связано с разным уровнем оказания медицинской помощи женщинам в различных регионах страны [48, 67, 71, 73, 76, 93]. Таким образом, учитывая важность улучшения перинатальных исходов беременности для демографической ситуации в целом в России, как в настоящее время, так и в перспективе, оценка состояния организации специализированной медицинской помощи в ОПБ и научное обоснование методов её улучшения обуславливает актуальность выбранной темы диссертационного исследования.

Степень разработанности темы исследования

Оценке качества медицинской помощи и разработке мер по профилактике материнской смертности посвящена работа Филимончиковой И.Д. (2004 г.) [180]. Поиск путей повышения эффективности акушерско-гинекологической помощи для снижения репродуктивных потерь проводился Обоскаловой Т.А. (2005 г.) [108]. Медицинские и социально-демографические аспекты материнской смертности в Приморском крае изучались Лещанкиной С.Н. (2006 г.) [71]. Изучением акушерско-гинекологической и перинатальной помощи занималась Вартапетова Н.В. (2011 г.) [18]. Созданием региональной системы, направленной на улучшение организации акушерской и неонатальной помощи осуществлялось Мысяковым В.Б. (2012 г.) [93]. Модель профилактических мер по снижению перинатальной патологии в регионе с низкой плотностью населения была разработана по результатам исследования Ступака В.С. (2013 г.) [7]. Анализом материнских потерь и изучением роли инновационных технологий в организации акушерско-гинекологической помощи в снижении материнской смертности занималась в своей работе Рыжова Н.К. (2014 г.) [149]. Созданию научно-обоснованных практических рекомендаций повышения эффективности

системы организации акушерской помощи, направленных на снижение перинатальной смертности, посвящена работа Торубарова С.Ф. (2014 г.) [175]. Научно-исследовательская работа по оценке здоровья беременных, рожениц и родильниц в крупном промышленном центре проводилась Кабочкиным А.А. (2014 г.) [57]. Совершенствованию мер по повышению качества в организациях родовспоможения в Республике Дагестан посвящено исследование Магомедовой А.М. (2014 г.) [73]. Оценка организации специализированной медицинской помощи женщинам с патологией беременности, осложнениями родов, а также в послеродовом периоде выполнена Ворыхановым А.В. (2017 г.) [25]. Разработка мер по улучшению акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам с острыми нарушениями мозгового кровообращения различной этиологии лежала в основе работы Арустамяна Р.Р. (2017 г.) [6]. Современные проблемы лечебно-диагностической и профилактической помощи женщинам при тяжелых инфекционно-воспалительных и геморрагических осложнениях позднего послеродового периода рассмотрены в исследовании Глухова Е.Ю. (2017 г.) [29]. Модернизации оказания акушерской помощи, способствующей повышению качества деятельности родовспомогательных организаций посвящена работа Ярославского К.В. (2019 г.) [204]. Прогнозирование осложнений гестации при острых цереброваскулярных нарушениях, ассоциированных с беременностью выполнено Шаповаловой О.А. (2019 г.) [190]. Оптимизация работы областного перинатального центра стала темой исследования Харитонов А.К. (2019 г.) [186]. Прогнозирование и дифференциальная диагностика различных вариантов преэклампсии осуществлено Покусаевой К.Б. (2020 г.) [125]. Усовершенствование маршрутизации беременных, базирующееся на перинатальном мониторинге, лежит в основе исследования Курбанисмаилова Р.Б. (2021 г.) [69]. Оценке организации медицинской помощи новорожденных в акушерских стационарах проводилась Моисеевой К.Е. (2021 г.) [83].

Вопросам здоровья и проблемам оказания специализированной медицинской помощи беременным посвящено значительное число научных исследований, которые выполнялись отдельных субъектах Российской

Федерации. Однако работ, посвящённых улучшению деятельности ОПБ в зависимости от уровня акушерского стационара в мегаполисе, ранее не проводилось.

Цели и задачи исследования

Цель исследования – на основании оценки состояния здоровья и организации медицинской помощи беременным, разработать и научно обосновать комплекс мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной помощи в отделениях патологии беременности акушерских стационаров.

Задачи исследования:

1. Оценить заболеваемость женщин, осложнившую течение беременности и родов и ее влияние на показатели родовспоможения и материнской смертности.
2. Изучить основные показатели работы отделений патологии беременности в РД и ПЦ.
3. Провести сравнительную оценку медико-социальной и анамнестической характеристики пациенток и изучить удовлетворенность беременных оказанием специализированной медицинской помощи в акушерских стационарах 2-го и 3-го уровней.
4. Разработать научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию организации специализированной медицинской помощи в ОПБ.

Научная новизна исследования:

1. Проведена сравнительная оценка показателей материнской смертности, частоты осложненных родов, частоты применения кесарева сечения в родах, заболеваемости женщин репродуктивного возраста болезнями класса XV (Беременность, роды и послеродовой период), заболеваемости женщин, осложнившей беременность и роды, Санкт-Петербурга с аналогичными показателями в России и Северо-Западном федеральном округе за период 2018–2022 гг.

2. Осуществлена оценка основных показателей деятельности ОПБ, среди которых обеспеченность женского населения койками патологии беременности, мониторинг показателей использования коечного фонда ОПБ Санкт-Петербурга с аналогичными показателями в стране и СЗФО в 2018–2022 гг.

3. Проанализирована структура акушерской патологии и изучены показатели работы ОПБ в зависимости от уровня акушерского стационара, среди которых движение пациентов в стационаре, распределение пациенток ОПБ по виду и по способу родоразрешения. Проведена оценка организации врачебных консилиумов по вопросам госпитализации беременных в ОПБ ПЦ.

4. Выполнена сравнительная оценка характеристики контингента госпитализированных в ОПБ и определены основные причины неудовлетворенности пациенток оказанием специализированной медицинской помощи в акушерских стационарах мегаполиса в зависимости от уровня стационара.

5. Установлена целесообразность в дифференцированном подходе при разработке мер, медико-организационного характера, которые позволят улучшить оказание специализированной медицинской помощи женщинам с патологией беременности в родовспомогательных организациях.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Теоретическая значимость исследования.

1. Обусловлена применением комплекса основных методов изучения показателей здоровья женщин в период беременности и оценки показателей, характеризующих уровень организации им акушерской помощи в стационарных условиях.

2. Установлены статистически значимые различия между показателями заболеваемости беременных, родовспоможения и использования коечного фонда ОПБ Санкт-Петербурга и аналогичными показателями в Российской Федерации.

3. Проведенная оценка позволила получить новые сведения о контингенте госпитализированных в ОПБ и выявить негативные тренды в оказании

медицинской помощи пациенткам с выявленной патологией беременности на стационарном этапе.

4. Доказаны положения, которые, базируясь на проведенной комплексной оценке, позволяют разработать научно обоснованные практические рекомендации по совершенствованию оказания медицинской помощи в ОПБ акушерских стационаров.

Практическая значимость исследования.

1. Полученные в ходе настоящего исследования результаты дали возможность разработать практические рекомендации, которые позволят улучшить организацию медицинской помощи в ОПБ РД и ПЦ.

2. Результаты исследования использованы при разработке базы данных «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (Приложение 1 и 2).

3. Получен акт о внедрении результатов исследования в деятельность ОПБ: СПб ГБУЗ «Родильный дом №9», СПб ГБУЗ «Родильный дом №16», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Приложение 3–5).

4. Результаты исследования и основные положения, которые содержатся в диссертации, применяются в образовательном процессе студентов педиатрического и стоматологического факультетов, факультетов «Лечебное дело» и «Медико-профилактическое дело», магистров «Общественное здравоохранение» и клинических ординаторов на кафедре общественного здоровья и здравоохранения и у клинических ординаторов и слушателей кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (Приложение 6-7).

Методология и методы исследования

В качестве методологической основы диссертационного исследования были использованы нормативно-правовая база Российской Федерации и многочисленные работы российских и зарубежных ученых в области охраны материнства и детства, здоровья населения и организации акушерско-гинекологической помощи.

В работе использовались следующие методы сбора информации: мета-анализ, эпидемиологический, статистический, аналитический, графико-аналитический, социологический методы, ретроспективный и корреляционный анализ, сплошной и выборочный методы. Оценка показателей здоровья беременных, показателей, характеризующих родовспоможение, и показателей материнской смертности была осуществлена на основании сведений, полученных из статистических сборников ФГБУ «ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России и статистических бюллетеней Федеральной службы государственной статистики. Объективная оценка организации специализированной медицинской помощи беременным проводилась методом анализа сведений, полученных при выкопировке данных из учетных форм N003/у (в РД – 1621 единица наблюдения, в ПЦ – 644 ЕН). Также использовались сведения, полученные из отчетов ОПБ четырех акушерских стационаров: трех 2-го уровня и одного 3-го уровня. Для оценки организации врачебных консилиумов проведена выкопировка из 515 учетных форм N113/у-20 и 515 заключений врачебных консилиумов. Для субъективной оценки оказания медицинской помощи в ОПБ был проведен анонимный социологический опрос, охват которым в РД и ПЦ составил 580 и 388 ЕН соответственно.

В исследовании были рассчитаны и проанализированы все виды величин, используемых в статистике, включая количественные значения; экстенсивные и интенсивные показатели; показатели соотношения и наглядности; средняя арифметическая и ее стандартная ошибка. Сравнение групп между собой осуществлялось путем определения Student's T-test or Mann-Whitney U-test.

Создание, статистическая обработка и анализ информационной базы данных с последующей визуализацией полученных в ходе данного исследования результатов было осуществлено с помощью Microsoft Office Excel 2019 (Word, Excel) и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Положения, выносимые на защиту:

1. Более высокий, чем в среднем по стране, уровень осложнённых родов и материнской смертности в Санкт-Петербурге в значительной степени обусловлен высокими распространённостью экстрагенитальной патологии и заболеваний беременных, осложнивших течение родов.

2. Оптимальное использование коечного фонда ОПБ в мегаполисе достигается путем рациональной маршрутизации беременных, рожениц и родильниц в организациях родовспоможения в соответствии с видом и тяжестью акушерской патологии, что требует дифференцированного подхода к ее совершенствованию.

3. При довольно высоком уровне удовлетворённости оказанием специализированной медицинской помощи в родовспомогательных организациях Санкт-Петербурга, существенные отличия в медико-социальной и анамнестической характеристике пациенток ОПБ 2-го и 3-го уровней акушерских стационаров создают необходимость в разработке различных направлений для ее улучшения.

4. На защиту выносятся комплекс практических рекомендаций, медико-организационного характера, направленных на совершенствование организации специализированной медицинской помощи в ОПБ.

Основные научные результаты

Данное диссертационное исследование проведено с использованием эпидемиологического, социологического, графико-аналитического и социологического методов в 2018–2022 гг. Формирование статистической совокупности проводилось сплошным и выборочным методом.

Проведённая выкопировка сведений из первичной медицинской документации легла в основу баз данных «Медико-социальная характеристика

беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях» [3, 13, 77, 78].

Результаты анкетирования пациенток и выкопировки сведений из первичной учётной и отчетной медицинской документации дали возможность установить основные проблемы в оказании специализированной медицинской помощи беременным в ОПБ акушерских стационаров и разработать управленческие решения для повышения эффективности, доступности и качества медицинской помощи в организациях родовспоможения мегаполиса.

Полученные результаты исследования используются в процессе обучения студентов педиатрического и лечебного факультетов, клинических ординаторов на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России [50, 51, 52, 63, 65, 77, 78, 84, 85, 87, 89, 91, 92].

Предложенные по результатам работы практические рекомендации, направленные на совершенствование организации специализированной медицинской помощи в ОПБ, были внедрены в практическую деятельность родовспомогательных организаций г. Санкт-Петербурга (Приложения 3–5).

Основные результаты и положения научной работы представлены:

1. Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Шевцова К.Г., Заступова А.А., Соколова В.В., Харбедия Ш.Д., Сергиенко О.И., Кузьмин А.Н. Высокая масса тела при рождении, как фактор риска течения родов. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2024. № 1–2. С. 38-48 [85].

2. Крот И.Ф., Рухляда Н.Н., Романова Л.А., Резник В.А., Сергиенко О.И., Чихладзе В.У., Варганян Р.А. Миомэктомия во время кесарева сечения. Акушерство и гинекология. 2024. № 2. С. 72–78 [65].

3. Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Сергиенко О.И., Заступова А.А., Карайланов М.Г., Хведелидзе М.Г., Бакшеева Л.И. Влияние заболеваемости женщин в период беременности, родов и послеродовой период

на показатели использования коечного фонда отделений патологии беременности. Менеджер здравоохранения. 2024. № 2. С. 35–43 [84].

4. Рухляда Н.Н., Цечоева Л.Ш., Дудова К.А., Сергиенко О.И., Квеквескири Е.Н., Абдаладзе Н.С., Кузьмина А.С. Влияние микрофлоры влагалища на течение беременности. Учебно-методическое пособие для студентов и клинических ординаторов / Санкт-Петербург, 2024, 24 с [148].

5. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Межидов К.С., Юрьев В.К., Шевцова К.Г., Алексеева А.В., Глущенко В.А., Харбедия Ш.Д., Белохов Н.В., Заступова А.А., Сергиенко О.И. Роль акушерских факторов риска и ресурсного обеспечения акушерской службы в снижении младенческой смертности. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024. № 1. С. 726–746 [50].

6. Заступова А.А., Сергиенко О.И., Моисеева К.Е. Оценка применения кесарева сечения в организациях родовспоможения. В сборнике: Актуальные аспекты медицинской деятельности в молодежной среде. сборник статей III научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2023. С. 133–137 [47].

7. Сергиенко О.И. Оценка контингента беременных, поступивших в отделение патологии беременности перинатального центра ЗБ уровня. В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Под редакцией Н.И. Вишнякова. Санкт-Петербург, 2023. С. 258–263 [153].

8. Моисеева К.Е., Иванов Д.О., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н., Заступова А.А., Сергиенко О.И. Заболеваемость беременных мегаполиса. Вестник Ивановской медицинской академии. 2023. Т. 28. № 1. С. 5–11 [87].

9. Коргожа М.А., Евмененко А.О., Сергиенко О.И. Перинатальная тревога и ее предикторы: эмпирическое исследование у женщин с первой беременностью. Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2023. Т. 12. № 3 (44). С. 128–132 [63].

10. Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н., Яковлев А.В., Леваднева М.И., Сергиенко О.И., Заступова А.А., Хведелидзе М.Г., Симонова О.В., Гажева А.А. Организация медицинской помощи новорожденным в условиях перинатального центра: состояние, преимущества и проблемы. Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 112–123 [89].

11. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Межидов К.С., Шевцова К.Г., Алексеева А.В., Яковлев А.В., Харбедия Ш.Д., Карайланов М.Г., Сергиенко О.И., Заступова А.А. Роль качества диспансерного наблюдения в период беременности в снижении младенческой смертности. Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 4. С. 4–15 [51].

12. Моисеева К.Е., Иванов Д.О., Алексеева А.В., Березкина Е.Н., Сергиенко О.И., Заступова А.А. Ресурсное обеспечение акушерской службы Санкт-Петербурга койками и медицинскими кадрами. Здоровье мегаполиса. 2023. Т. 4. № 4. С. 98–111 [91].

13. Иванов Д.О., Харбедия Ш.Д., Заступова А.А., Сергиенко О.И., Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Резник В.А. База данных «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Свидетельство о регистрации базы данных RU 2023624962, 25.12.2023. Заявка от 08.12.2023. [77]

14. Иванов Д.О., Харбедия Ш.Д., Заступова А.А., Сергеенко О.И., Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Резник В.А. База данных «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях». Свидетельство о регистрации базы данных RU 2023624873, 21.12.2023. Заявка от 06.12.2023. 28. [78]

14. Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Сергиенко О.И. Динамика удельного веса организаций родовспоможения и родов в акушерских стационарах Российской Федерации и северо-западного федерального округа в 2013–2019 гг. В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Санкт-Петербург, 2022. С. 181–183 [86].

15. Моисеева К.Е., Сергиенко О.И., Березкина Е.Н., Глущенко В.А. Оценка динамики родов в акушерских стационарах отдельных субъектов Северо-Западного федерального округа в 2013–2019 гг. В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Санкт-Петербург, 2022. С. 184–187 [90].

16. Моисеева К.Е., Заступова А.А., Сергиенко О.И. Некоторые вопросы изучения влияния факторов риска течения беременности на здоровье детей в перинатальном периоде. В книге: VI неделя образования в Елизаветинской больнице. Сборник тезисов многопрофильного медицинского форума. Москва, 2022. С. 23–25 [88].

17. Моисеева К.Е., Михайлова Ю.П., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Сергиенко О.И., Мызникова И.В. Формирование, современное состояние и основные проблемы организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в России. Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 2. С. 89–99 [92].

18. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Сергиенко О.И., Заступова А.А. Сравнительная оценка акушерского анамнеза матерей детей, родившихся больными и заболевших, и здоровых новорожденных. Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 3. С. 4–11 [52].

19. Заступова А.А., Березкина Е.Н., Сергиенко О.И. Некоторые особенности медико-социальной характеристики и течения беременности у матерей здоровых и больных новорожденных детей. Forcipe. 2022. Т. 5. № S2. С. 213–214 [46].

20. Курдынко Л.В., Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Сергиенко О.И. Опыт ведения беременных с новой коронавирусной инфекцией. Forcipe. 2022. Т. 5. № S2. С. 291 [70].

21. Баранова Н.А., Бржеский В.В., Дискаленко О.В., Ефимова Е.Л., Зерцалова М.А., Иванов Д.О., Иванова С.В., Коникина О.А., Кулева С.А., Присич Н.В., Садовникова Н.Н., Сергиенко О.И., Струпенева У.А., Чистякова М.Н. Неонатальная офтальмология. Руководство для врачей / Москва, 2021, 288 с [13].

22. Алексеева А.В., Моисеева К.Е., Сергиенко О.И. Несоответствие сроков неонатального скрининга срокам выписки детей из организаций родовспоможения. Медицинское право: теория и практика. 2021. Т. 7. № 2 (14). С. 16–22 [3].

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Степень достоверности полученных результатов исследования подтверждается использованием достаточной по объему репрезентативной базы данных. Были проанализированы: 12 форм отчетной медицинской документации; 5 статистических материалов Росстата; 25 статистических материалов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 968 анкетных форм и 3295 карт выкопировки из учетной медицинской документации. Статистический анализ осуществлялся с использованием современных параметрических и непараметрических методов анализа. Общее количество информационных единиц - 4305.

Апробация результатов исследования проводилась в трех ОПБ организаций родовспоможения г. Санкт-Петербурга и в образовательном процессе в СПбГПМУ, что подтверждается Актами о внедрении результатов диссертационного исследования «Совершенствование организации специализированной медицинской помощи в отделениях патологии беременности» (Приложение 3–7). Апробация результатов исследования: материалы диссертации были представлены и обсуждены на следующих научно-практических мероприятиях: Конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2021), конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2022), Многопрофильном форуме «VI Неделя образования». «Некоторые вопросы изучения влияния факторов риска течения беременности на здоровье детей в перинатальном периоде» (Санкт-Петербург, 2022 года), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Профилактическая медицина - 2022» (Санкт-Петербург, 2022), Многопрофильный форум «VI Неделя образования» (Санкт-Петербург, 2023), V Международной научно-

практической конференции «Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения» (Ташкент, 2023), VIII Международная научно-практическая конференция Прикаспийских государств «Актуальные вопросы современной медицины» (Астрахань, 2023), XIII Балтийском конгрессе по детской неврологии с международным участием (Санкт-Петербург, 2023), конгресс с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2023), Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны материнства и детства: приоритет на профилактику» (Москва, 2023), II заочной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные аспекты медицинской деятельности в молодежной среде» (Киров, 2023), Международной научно-практической конференции «Здоровье и окружающая среда» (г. Минск, 2023), XIV Балтийском конгрессе по детской неврологии с международным участием (Санкт-Петербург, 2024), Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны материнства и детства: в фокусе семьи» (Москва, 2024), Конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2024).

Публикации. Всего по диссертационной работе было опубликовано 22 научные работы, в том числе 10 работ в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, 1 в научных изданиях, индексированных в международной базе Scopus, 2 Свидетельства о регистрации базы данных.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно проанализированы литературные источники по теме исследования, разработан дизайн исследования, осуществлена статистическая обработка и анализ полученных данных, проведена формулировка выводов и разработка практических рекомендации. Диссертантом проведен социологический опрос пациенток ОПБ, осуществлена выкопировка сведений из форм N003/у, форм N113/у-20 и заключений врачебных консилиумов.

Структура и объём диссертации. Содержание диссертации изложено на 167 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, трех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспектив дальнейшей разработки темы, списка литературы и 7 приложений. Список литературы включает 232 источника, в том числе 204 работ отечественных и 28 – зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 29 рисунками и 43 таблицами.

Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Нормативно-правовое обеспечение и организация специализированной медицинской помощи беременным

Забота о здоровье граждан Российской Федерации [62] является одной из важнейшей задач государства. Основным закон нашей страны – Конституция Российской Федерации- в 41 статье закрепляет за каждым гражданином нашей страны право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь. Государство финансирует федеральные программы, направленные на укрепление и охрану здоровья, активно участвует в развитии всех систем здравоохранения. Государством положительно оценивается программы, направленные на укрепление здоровья своих граждан.

В современных условиях, когда уровень рождаемости в нашей стране упал, особенное внимание обращено на здоровье девочек и женщин детородного возраста. В федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [105] глава № 6 посвящена здоровью матери и ребенка, вопросам семьи и репродуктивному здоровью. Особого внимания заслуживает статья 52 «Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья», которая содержит информацию о том, что материнство охраняется и поощряется государством; медицинская помощь в период беременности, родов и послеродовой период оказывается бесплатно; беременные женщины, осуществляющие естественное кормление, а также дети в возрасте до трех лет обеспечиваются полноценным питанием. Статья 55 посвящена применению вспомогательных репродуктивных технологий в семьях, страдающих бесплодием. В этой статье отмечается, что право на данный вид медицинской помощи, при наличии обоюдного информированного добровольного согласия, имеют как пары, состоящие в браке, так и вне его, а также одинокие женщины при наличии ее информированного добровольного согласия.

В концепции демографической политики нашей страны на период до 2025 года [106] кроме таких основополагающих задач, как улучшение здоровья населения, снижение смертности, увеличение продолжительности жизни, снижение заболеваемости, улучшение оказания медицинской помощи, большое внимание уделено решению задач по увеличению уровня рождаемости в стране. Мероприятия по решению задачи повышения рождаемости включают в себя увеличение государственной поддержки семей, имеющих детей (пособия в связи рождением и воспитанием детей, предоставление материнского капитала, увеличение строительства доступного жилья для семей с детьми, предоставление ипотечного кредитования на приобретение доступного жилья молодым семьям, целенаправленная материальная помощь малоимущим семьям с детьми), а также увеличение использования гибких форм занятости женщин, выходящих из отпуска по уходу за ребенком, укрепление института семьи, реализация современных мер по дальнейшему снижению уровня преждевременного прерывания беременности (аборта) и т.д. К 2025 году предполагается повышение суммарного коэффициента рождаемости в 1,5 раза по сравнению с 2006 годом.

Необходимо отметить, что большое количество правовых нормативных актов, регулирующих вопросы правовой защиты беременных женщин, содержит в себе «Трудовой кодекс Российской Федерации» [176]. Если оценивать данный нормативно-правовой акт с точки зрения защиты материнства и детства, то можно заметить, что беременные женщины и женщины, имеющие ребенка, наделяются широким спектром прав в области охраны труда и социальной защиты.

В семейном кодексе Российской Федерации [152] указано, что муж в период беременности жены и в течение одного года после рождения ребенка не имеет право, без согласия женщины, подавать в суд дело о разводе (статья 17).

Однако, правовые гарантии, предоставляемые государством в области охраны материнства и детства, не всегда могут быть реализованы без собственной ответственности женщины за свое здоровье и здоровье своего ребенка [76].

Организацию специализированной медицинской помощи женскому населению регламентирует приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 1130-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»» [107]. Данный приказ обозначает, что специализированная акушерско-гинекологическая помощь женщинам оказывается в следующих медицинских организациях:

- в малочисленных населенных пунктах первичная доврачебная медико-санитарная помощь беременным женщинам оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах и фельдшерских здравпунктах, а первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается в офисах врачей общей практики (семейных врачей);

- в женских консультациях оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь;

- отделения акушерского ухода организованы для заблаговременной дородовой госпитализации беременных женщин из удаленных от акушерских стационаров мест проживания;

- женщинам со сроком беременности до 22 недель и женщинам в послеродовой период оказание медицинской помощи без круглосуточного наблюдения обеспечивают дневные стационары;

- акушерские стационары (родильные дома) предназначены для оказания специализированной медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период, а также новорожденным. Они бывают трех уровней: 1-й уровень – акушерские стационары без круглосуточной работы врача акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача анестезиолога-реаниматолога с наличием urgentного родильного зала; 2-й уровень – акушерские стационары (родильные дома, отделения) имеющие палаты интенсивной терапии (отделения анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Кроме того, ко 2-му уровню относятся межрайонные перинатальные центры, имеющие данные структурные подразделения; 3-й уровень А – акушерские стационары имеющие отделение

анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, акушерский дистанционный консультативный центр с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации, отделения 2-го этапа выхаживания новорожденных; 3-й уровень Б – акушерские стационары Федерального подчинения, которые оказывают всю специализированную медицинскую помощь (в том числе и высокотехнологичную) женщинам и новорожденным;

- ПЦ – медицинская организация, которая оказывает консультативно-диагностическую и лечебную помощь беременным женщинам, роженицам и родильницам, а также новорожденным, которые нуждаются в интенсивной помощи, в том числе высокотехнологичной, а также женщинам с репродуктивными проблемами;

- предназначение ургентного родильного зала - оказание экстренной или неотложной помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, а также новорожденным, в населенных пунктах менее 100 человек при невозможности их эвакуации в акушерские стационары 2-го и 3-го уровня;

- центр охраны материнства и детства: данная медицинская организация предназначена для оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, по сохранению и восстановлению репродуктивной функции у гинекологических больных, а также детям (в том числе новорожденным) [92, 107].

Важнейшим специализированным структурным подразделением акушерского стационара является ОПБ. Функцией этого отделения является оказание помощи женщинам, у которых во время беременности возникли какие-либо осложнения или заболевания.

Основное число женщин с обнаруженной патологией беременности, при необходимости, госпитализируется на это отделение с 22-й недели гестации, когда реально существует возможность преждевременных родов, однако, женщины с высоким риском досрочного прерывания беременности из-за

обнаруженной патологии, госпитализируются на отделение и ранее этого срока, на так называемое «сохранение» [115].

Основными функциями деятельности этого отделения являются диагностика, лечение и профилактика тех патологических состояний, которые могут возникнуть или уже возникли у беременной женщины. В связи с этим ОПБ должно быть оборудовано современной диагностической аппаратурой для проведения различных обследований и диагностики.

Таким образом, основными задачами данного отделения являются:

- своевременная диагностика и лечение патологических состояний, возникающих у женщин во время беременности;
- постоянное наблюдение за развитием плода, чтобы своевременно обнаружить неблагоприятные изменения в его состоянии и при необходимости оказать ему необходимую помощь;
- проведение специальной подготовки беременной к родам и, если нужно, оказание дополнительной медицинской помощи непосредственно в процессе родов.

Важно заметить, что ОПБ в процессе работы находится в постоянном взаимодействии с другими отделениями РД. Постоянный контакт ОПБ с другими отделениями позволяет предоставить женщинам с патологией беременности комплексную, скоординированную и преемственную медицинскую помощь. Своевременные консультации с гинекологами, неонатологами и другими специалистами позволяет обеспечить эффективную медицинскую помощь, как самой беременной женщине, так и ее будущему ребенку.

Немаловажной функцией данного отделения является эмоциональная поддержка женщин с патологией беременности, которая позволяет им справиться с их тревожным состоянием, а иногда и стрессом, связанным с обнаруженным патологическим течением беременности [116, 117].

1.2. Репродуктивное здоровье и проблемы оказания медицинской помощи беременным женщинам с патологией беременности

Здоровье населения – это основное богатство общества. От него зависит его благосостояние, экономическое и культурное развитие, обороноспособность страны [165].

Всемирная организация здравоохранения еще в 1995 году дала определение понятию репродуктивного здоровья: «Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство и гармонию в психосоциальных отношениях в семье». Таким образом, репродуктивное здоровье оказывает большое влияние, как на общественное здоровье, так и на социальное благополучие страны, от него во многом зависит качество жизни, как отдельного человека, так и всей популяции [16].

Однако, начиная с конца двадцатого века в нашей стране отмечается постоянное ухудшение демографических показателей [12, 24, 94, 121].

Работы многих ученых нашей страны свидетельствуют об ухудшении здоровья населения, что в первую очередь выражается в высокой смертности трудоспособного населения, увеличивающейся заболеваемости и низкой рождаемости [163, 165].

В большом количестве научных публикаций отмечается, что особого внимания заслуживают женщины фертильного возраста, чье здоровье – это репродуктивный потенциал страны [21, 57, 58, 96, 126, 150, 177, 187, 191, 199].

Авторы отмечают значительные потери от самопроизвольных выкидышей при сроках беременности до 22 недель гестации и потери от нарушения плодовитости. Достаточно высоким остается уровень бесплодия среди женского населения. Проведенное обследование населения в Иркутской области позволило выявить бесплодие почти у 20% женщин [49, 72].

Некоторыми учеными отмечается сокращение фертильного периода у женщин, что связано с откладыванием рождения ребенка на более старший возраст, и уже к 40 годам детородными остаются лишь половина из них [97].

Многочисленные факторы влияют на репродуктивное здоровье и рождаемость. Это и социально-экономическое состояние государства, и уровень акушерско-гинекологической помощи, и национальные особенности и традиции [7].

В настоящее время у молодого поколения отмечается переориентация семейных ценностей. На главные места они ставят благосостояние, карьеру и профессиональный рост, а лишь затем материнство. Анонимное анкетирование показало, что $\frac{3}{4}$ опрошенных девушек считают главным карьерный рост, а не материнство. Рождение ребенка они планируют после 30 лет [15, 193].

Несмотря на то, что в современном обществе превалирует направление на семью с небольшим количеством детей, в регионах сохраняющих свои национальные традиции и традиционный семейный уклад жизни уровень рождаемости выше, чем у семей, проживающих в городских условиях, особенно в мегаполисах [48, 60, 75, 179, 193].

Многими авторами указывается, что начало двадцать первого века характеризуется неблагоприятным влиянием на демографическую ситуацию, как в нашей стране, так и за рубежом. Такие изменения, как более раннее начало сексуальной жизни, размывание сексуальной морали, ломка гендерных устоев, установка на более позднее рождение ребенка и малодетность, неблагоприятно сказываются на репродуктивном здоровье женщин [151, 183]. Проведенные исследования показали, что возраст вступления девушек в половые отношения колеблется от 15,8 до 16,2 лет, как в России, так и за рубежом [33, 181, 215, 223].

По мнению многих авторов, низкая медико-санитарная грамотность в области сексуальной жизни, особенно среди подростков и молодежи, часто приводит к возникновению нежеланной беременности, которая чаще всего заканчивается искусственным абортom, и высоким риском заражения инфекциями, передающимися половым путем. Исследование, проводившееся

среди девушек Московской области, позволило установить не только их повышенную сексуальную активность, и не с одним партнером, но и отсутствие знаний по методам контрацепции у 70% из них. Эти данные свидетельствуют о необходимости целенаправленного консультирования подростков и молодежи по вопросам контрацепции, и особенно планирования семьи [1, 27, 32].

Результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что при беременности, возникшей на фоне незрелой репродуктивной функции, часто наблюдаются осложнения, которые приводят к неблагоприятным последствиям, как непосредственно для матери, так и для ее ребенка [68, 83].

Многими авторами отмечается большой вред, наносимый репродуктивному здоровью женщин и репродуктивному потенциалу, от искусственного прерывания беременности. По данным Министерства Здравоохранения число аборт в нашей стране неуклонно снижается и в 2023 году составило 300 тысяч. Однако демограф, руководитель оргкомитета проекта «Демографическая платформа РФ», член координационного совета Общественной палаты РФ по национальным проектам и народосбережению, координатор общероссийского общественного движения в защиту детей до рождения и семейных ценностей «За жизнь!» Сергей Чесноков, высказывает точку зрения, что в России количество реальных аборт превышает данные официальной статистики в пять раз и их количество приближается к полутора миллионам в год. Такая ситуация, по мнению авторов, в большей мере, связана с недостаточным использованием современных средств контрацепции. Исследования показали, что комбинированные оральные контрацептивы и внутриматочные средства использовали менее трети респондентов [20, 36, 129, 182].

По данным отечественных и зарубежных авторов заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе социально значимыми (сифилис, гонорея, ВИЧ-инфекция), не снижается, негативно влияя на репродуктивное здоровье и создавая уже нежелательную социально-медицинскую проблему [131, 213].

Эндометриоз и воспалительные заболевания органов малого таза часто становятся причиной бесплодия и невынашивания беременности. Отмечается, что у 80% женщин, обследованных в возрасте от 20 до 45 лет, выявлен хронический эндометрит [45].

Особого внимания требует ранняя диагностика и профилактика онкологической заболеваемости репродуктивной сферы. Своевременное выявление предраковых состояний и ранней онкологии, проведение вакцинотерапии, направленной на вирус папилломы человека, позволили странам Западной Европы и США добиться значительного снижения заболеваемости и смертности от данной патологии. В России данный вопрос еще не решен. Каждый год диагностируется до 15 тысяч новых заболеваний только раком шейки матки. В структуре всех онкологических заболеваний женщин более трети приходится на рак яичников, тела и шейки матки [168].

Следует заметить, что имеется ряд работ, где авторы утверждают, что ухудшение физического развития нынешнего поколения подростков (астенизация, грациализация, хроническая энергетическая недостаточность у девушек) приводит к нарушениям репродуктивного здоровья и расстройствам менструальной функции [28, 33, 185].

На репродуктивное здоровье негативно влияет и ожирение в подростковом периоде. При ожирении отмечается нарушение менструального цикла, возрастает риск невынашивания беременности и бесплодия [82].

Важно указать, что на сокращение репродуктивного потенциала также оказывают влияние дети с аномалиями развития половой сферы и нарушением формирования пола. Число таких детей за первые десятилетия этого века увеличилось в 4 раза у мальчиков и 3,3 раза у девочек [162].

Одной из сложных проблем в сохранении и улучшении репродуктивного здоровья, особенно в современной демографической обстановке, сложившейся в Российской Федерации, является проблема невынашивания беременности [25, 34].

Во всем мире отмечается до 13 млн. родов в год, которые происходят преждевременно и распространенность невынашивания крайне высока [9, 14, 38, 123, 156, 229].

При этом авторы отмечают, что многоплодная беременность повышает риск невынашивания [232].

Удельный вес невынашивания составляет пятую часть от числа желанных беременностей, причем основное количество выкидышей приходится на первый триместр беременности (85%). Во второй половине беременности привычное невынашивание приводит к рождению недоношенных детей, которые являются самой сложной группой в прогнозировании инвалидности. Часто у таких детей выявляется неврологическая патология [30].

Критериями оценки работы учреждений родовспоможения являются материнская и перинатальная смертность. В России созданы серьезные основы оказания акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, однако при организации помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности недостаточно используются показатели, акцентирующие внимание на факторах возникновения данного осложнения и профилактике этой патологии [167].

В этом плане заслуживают особого внимания результаты исследования, которое было осуществлено на базе родильного комплекса ГБУЗ «ГКБ им. М.П.Кончаловского Департамента Здравоохранения города Москвы». Социологический опрос женщин, у которых в анамнезе было невынашивание беременности, позволил установить ряд факторы, способных оказать существенное влияние на исход данной беременности. Исследование проводилось методами экспертных оценок и среди экспертов были руководители медицинских организаций и структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих помощь женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности.

Исходя из результатов исследования, все факторы риска были распределены на две группы: профилактируемые и не профилактируемые.

Группа факторов, которые возможно контролировать и управлять ими, вызвала наибольший интерес экспертов. Все факторы были подвержены ранговому распределению по бальной системе, которая учитывала их значимость. На первом ранговом месте по своей значимости и вкладу в оказание медицинской помощи данной категории пациенток оказались организационные факторы риска (средний балл 4,46). Второе ранговое место принадлежало медицинским факторам риска (средний балл 3,51). На третьем ранговом месте психологические факторы (средний балл 3,37). И только на последнем месте, по мнению экспертов, были социальные факторы риска (средний балл 3,0).

Генетические и экстрагенитальные заболевания, нарушения в системе гемостаз приобретают наибольшее значение среди факторов риска, которые очень сложно поддаются профилактике. Такие факторы, как экология и условия быта по степени воздействия на первичное невынашивание беременности являются наименее значимыми среди неуправляемых причин [34].

Вышеприведенные данные свидетельствуют, что невынашивание, недонашивание, выкидыши и мертворождение составляют значимую часть репродуктивных потерь [66, 184].

По мнению ряда ученых, так как на формирование репродуктивного здоровья оказывает влияние большое количество различных факторов, необходима оптимизация межведомственного подхода к данной проблеме [17, 197].

В своем послании Федеральному Собранию Президент Российской Федерации в мае 2006 года прямо указал, что сложившаяся демографическая ситуация в стране является одной из ведущих проблем России [100].

В соответствии с утвержденной в 2007 году «Концепцией демографической политики РФ на период до 2025 гг.» отмечено, что на фоне падения рождаемости, проблема охраны репродуктивного здоровья является одним из наиболее приоритетных направлений политики государства [5, 106].

По данным многих авторов уровень материнской и перинатальной смертности во многом зависит от репродуктивного и соматического здоровья женщин к моменту беременности и родов [196, 206, 219, 231].

В многочисленных научных работах указывается, что в структуре материнской смертности от причин косвенно связанных с акушерскими первое место занимают болезни системы кровообращения [18, 53, 164, 170, 171, 196].

По данным большого количества авторов, у беременных женщин очень часто отмечается артериальная гипертензия [81, 192, 212, 220, 225].

Артериальная гипертензия может привести к инсульту, при этом более трети случаев приходится на женщин фертильного возраста [210, 217].

Преждевременные роды и антенатальная гибель плода чаще встречаются у беременных, страдающих АГ [188].

По результатам исследования зарубежных авторов гипертензивные состояния и гестационный сахарный диабет чаще отмечается у возрастных беременных [221].

Крайне важной является проблема высокой распространенности анемии, особенно железодефицитной, на удельный вес которой приходится до 80% от всех анемий у беременных женщин. Авторы акцентируют внимание на том факте, что к концу беременности почти у всех женщин развиваются железодефицитные состояния. У беременных, страдающих анемией, отмечается более частое возникновение акушерских осложнений [22, 35, 61, 147, 154, 173, 178, 194, 207, 208, 222, 228].

Также одной из актуальных проблем является влияние эндокринных нарушений на развитие осложнений беременности. Сахарный диабет может вызвать фетоплацентарную недостаточность и без своевременной коррекции привести к перинатальным осложнениям, а иногда и летальному исходу [37, 59].

Избыточная масса тела женщины негативно сказывается на течении беременности и родов и увеличивает угрозу досрочного прерывания беременности. У таких женщин чаще наблюдается слабость родовой деятельности. Чем выше степень ожирения, тем больше тяжесть осложнений [4].

В научных трудах многих ученых отмечается, что почти 80,0% беременных страдают соматическими заболеваниями и это негативно влияет на их репродуктивное здоровье [31, 54, 189]. Эти данные свидетельствуют, что здоровью детей и населения детородного возраста необходимо уделять более тщательное внимание [56].

В работах многих авторов указывается, что причиной многих преждевременных родов является преэклампсия, которая впоследствии негативно отражается на здоровье женщины и ее ребенка, и вместе с эклампсией является одной из причин материнской смертности [23, 74, 79, 155, 157, 159, 169, 172, 174, 195, 196, 205, 209, 211, 216, 218, 224, 226, 227, 230].

Всемирная организация здравоохранения, а также ряд других авторов, указывают, что на вторую половину беременности приходится до 8% случаев преэклампсии [158, 165, 214].

Авторы отмечают, что эклампсия и преэклампсия оказывает негативное влияние на весь организм женщины, затрагивая головной мозг [157, 209].

Нами обозначены наиболее значимые причины, приводящие к патологии беременности и материнской смертности, но и они позволяют сделать вывод о важности своевременного обследования беременных с целью целенаправленной профилактики как акушерских причин, так и соматической патологии, вызывающих осложнения в период беременности. Основная нагрузка по решению этих проблем ложится на женские консультации и ОПБ.

В настоящее время, с целью сохранения репродуктивного здоровья населения, обращено внимание не только на женскую его часть, но и на мужскую. Для реализации этих мероприятий Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2024 году направлено в органы здравоохранения Письмо «О направлении методических рекомендаций по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья» Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 апреля 2024 г. N 17-6/И/2-6434 [98].

В данный момент в России сложилась трехуровневая система оказания перинатальной помощи. Первый уровень включает в себя родильные отделения и родильные дома муниципального района, ко второму уровню относятся родильные отделения или родильные дома межрайонных центров, к 3-му - ПЦ [10, 67].

Реализация такой системы позволяет повысить качество перинатальной помощи, одновременно с этим снижает перинатальные потери и приводит к оптимизации использования коечного фонда учреждений родовспоможения [69, 122].

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1130-н беременные женщины, при наличии у них экстрагенитальных заболеваний, требующих госпитализации, вне зависимости от срока беременности, направляются на лечение в профильные отделения медицинских организаций с совместным наблюдением врача данного отделения и врача акушера-гинеколога. При наличии акушерских осложнений беременности у женщины требуется госпитализация ее в акушерский стационар. При наличии у женщины одновременно осложнения беременности и экстрагенитальной патологии, то такую беременную направляют в стационар медицинской организации, который специализируется на лечении данного заболевания. В таком стационаре определяют тяжесть состояния и разрабатывают дальнейшую тактику ведения данной пациентки. [107].

Наиболее частыми показаниями к госпитализации женщин с осложнением беременности являются тяжелый токсикоз ранних сроков беременности, гестоз (преэклампсия), низкий уровень гемоглобина в крови, болевые ощущения в пояснице и внизу живота, появившиеся кровяные выделения, повышенный тонус матки, пиелонефрит, наличие хронических заболеваний [124, 160].

Необходимо отметить, что беременные женщины с наиболее тяжелыми осложнениями беременности должны направляться в ОПБ ПЦ. Эта категория беременных имеет более широкий спектр показаний для госпитализации, в сравнении с обычным родильным домом 2-го уровня. Показания для их

госпитализации более широкие, чем в обычном родильном доме 2-го уровня. В первую очередь к ним относятся дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель; преждевременные роды; предлежание плаценты; тяжелая преэклампсия, эклампсия; холестааз, гепатоз беременных; КС в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке; многоплодная беременность; перенашивание беременности; плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плод [128].

Трудов по организации и оптимизации работы ОПБ за последние 15 лет практически нет. Нами отмечена лишь одна работа, посвященная интеграция учреждений родовспоможения в многопрофильные лечебные учреждения [26]. Основное количество научных работ посвящено выявлению факторов риска осложнений беременности, медико-социальной характеристике женщин с данной патологией и исследованиям клинической направленности [8, 19, 55, 64, 95, 109, 127, 161].

Обзор отечественной и зарубежной литературы позволяет подчеркнуть необходимость сохранения и поддержания репродуктивного здоровья женщин. Крайне важной и актуальной является специализированная помощь женщинам с патологией беременности в системе оказания акушерско-гинекологической помощи. Большая доля этой помощи ложится на ОПБ. От их деятельности зависит не только уровень рождаемости, но и здоровье матери и ребенка. Настоящее исследование посвящено вопросам организации и оптимизации работы данных отделений.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данная диссертация выполнена в ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России на кафедре общественного здоровья и здравоохранения в соответствии с кафедральной темой, имеющей номер государственной регистрации АААА-А16-116031710019.

Для выполнения установленной цели и задач была создана системно-логическая схема (дизайн исследования). Этапы работы детализированы в сводной таблице (таблица 2.1).

Таблица - 2.1 Этапы научного исследования

Этап научного исследования	Реализация
1 этап (подготовительный)	
На данном этапе была определена цель и задачи, разработан дизайн исследования, определены методы отбора единиц и сбора статистической информации, проведена нормативно-правовая оценка действующей системы организации специализированной медицинской помощи беременным на современном этапе.	Для реализации поставленной цели был осуществлен метаанализ отечественных и зарубежных источников литературы по проблемам организации специализированной помощи беременным.
2 этап	
Медико-социальная характеристика	Для реализации поставленной цели были проведены анонимный социологический опрос беременных и осуществлена выкопировка сведений из учетных форм N003/у и N113/у-20 отчетов ОПБ акушерских стационаров, заключений врачебных консилиум, статистических бюллетеней и сборников.
3 этап	
Изучение показателей здоровья беременных и оценка организации им специализированной медицинской помощи в ОПБ	Изучены состояние здоровья беременных; проведена объективная и субъективная оценка организации специализированной медицинской помощи в ОПБ; выполнен статистический анализ и графическое отображение полученных результатов.
4 этап	
Разработка практических рекомендаций	Анализ и интерпретация полученных данных

Руководствуясь правилами проведения медико-социальных исследований, данное исследование включало 4 последовательных этапа. Результатом такой градации стала возможность не только оценить организацию медицинской помощи беременным, но и разработать комплекс мероприятий, направленных на развитие специализированной помощи в отделениях патологии беременности акушерских стационаров мегаполиса и других регионов России.

Диссертационное исследование осуществлялось в г. Санкт-Петербурге, который, после г. Москвы, является вторым по численности населения мегаполисом, имеет федеральное значение. При этом Санкт-Петербург является составной частью СЗФО.

В качестве базы исследования для данной диссертационной работы были отобраны четыре государственных бюджетных учреждения родовспоможения г. Санкт-Петербурга, которые в полном объеме осуществляют оказание медицинских услуг в период беременности, родов и в послеродовом периоде и совокупная доля родов в которых от общего числа родов в городе составила 36,4%: Родильный дом №9 (11,7%); Родильный дом №10 (12,8%); Родильный дом №16 (8,0%) и ПЦ СПбГПМУ (3,9%). Выбор данных учреждений был обусловлен не только их ролью в объемах оказания медицинской помощи, но и дифференцированностью данных учреждений по виду патологии.

Предмет исследования - оценка организации специализированной медицинской помощи в ОПБ акушерских стационаров г. Санкт-Петербурга. Объект исследования – беременные, получающие специализированную медицинскую помощь в ОПБ РД и ПЦ. Единица наблюдения – пациентка ОПБ акушерского стационара.

В диссертационной работе применялись сведения, которые были получены из статистических бюллетеней и сборников Росстата и ЦНИИОИЗ [39, 40–44, 110–114, 132–146]. Общее число единиц информации в исследовании составило 4305. Разработанная системно-логическая схема (дизайн исследования), представленная в таблице 2.2.

Таблица 2.2 - Системно-логическая схема исследования (дизайн исследования)

Цель исследования: на основании оценки состояния здоровья и организации медицинской помощи беременным, разработать и научно обосновать комплекс мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной помощи в отделениях патологии беременности			
1	2	3	4
№	Задача	Методы	Учетные и отчетные документы (объем наблюдений)
I	Оценить заболеваемость женщин, осложнившую течение беременности и родов и ее влияние на показатели родовспоможения и материнской смертности	Эпидемиологический Статистический Ретроспективный Аналитический	Статистические бюллетени Росстата «Естественное движение населения Российской Федерации» (N=5) Статистические сборники ЦНИИОИЗ за 2019–2023 гг. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации (N=5) Заболеваемость взрослого населения России с диагнозом, установленным впервые в жизни (N=5)
II	Изучить основные показатели работы отделений патологии беременности в РД и ПЦ	Статистический Аналитический	Статистические сборники ЦНИИОИЗ за 2019–2023 гг. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 3 часть Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей) (N=5) Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 4 часть Коечный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания на койке в году) (N=5) Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 5 часть Коечный фонд (оборот койки и летальность) (N=5) Отчеты ОПБ за 2020–2022 гг. (N=12) Форма N113/у-20 «Обменная карта беременной, роженицы и родильницы» (N=515); Заключения врачебных консилиумов (N=515).

III	Провести сравнительную оценку медико-социальной и анамнестической характеристики пациенток и изучить удовлетворенность беременных оказанием специализированной медицинской помощи в акушерских стационарах 2-го и 3-го уровней	Статистический, Социологический Аналитический	«Анкета пациентки ОПБ» (N=968) Форма N003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (N=2265).
IV	Разработать научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию организации специализированной медицинской помощи в ОПБ	Аналитический	Материалы и результаты проведенного исследования.

Для определения минимально необходимого числа ЕН с целью соблюдения репрезентативности исследования с помощью формулы 1 был проведен расчёт объема выборочной совокупности:

$$n_p = \frac{N \cdot t^2 \bar{p}(1-\bar{p})}{N \cdot \Delta \bar{p}^2 + t^2 \bar{p}(1-\bar{p})}, \text{ где:}$$

N – генеральная совокупность (число родов в 2022 г. в РД – 39558, в ПЦ - 10312);

\bar{p} – ориентировочная частота (доля) неизвестна, значит берём 0,5;

t – критическое значение критерия Стьюдента (берем min – 95%, соответственно $t=1,96$).

$\Delta \bar{p}$ – желаемая max ошибка частоты (доли) (берем – 5% (0,05)).

Установлено, что для исследования, которое включало социологический опрос и выкопировку сведений из медицинской документации, объем выборки в РД должен быть не менее 380 ЕН, а в ПЦ не менее 370 ЕН. В нашем диссертационном исследовании объем анкетирования и выкопировки данных в РД составил 588 ЕН и 1621 ЕН соответственно. В ПЦ объем выборки в анкетировании составил 388 ЕН, выкопировки данных из форм N 003/у и N113/у-

20–644 ЕН и 515 ЕН соответственно. Кроме того, дополнительная проверка репрезентативности осуществлялась по методике Отдельновой К.А. [118], согласно которой при для исследований средней точности при желаемой точности исследования 0,2 и $t=3,0$ необходимое число ЕН для социально-гигиенических исследований составляет 225.

Для решения *I поставленной в диссертационном исследовании задачи* были использованы и изучены:

- данные официальной статистики Росстата и ЦНИИОИЗ;
- показатели материнской смертности;
- показатели, позволяющие оценить родовспоможение;
- показатели заболеваемости женщин XV классом болезней по МКБ-10 в целом и отдельными нозологическими формами, исходя из их значимости на течение беременности и родов.

Первым этапом решения задачи был анализ показателей материнской смертности как в России, так и во всех федеральных округах, что позволило выделить СЗФО, как лидирующий округ по уровню высокой смертности женщин в период беременности, родов и в 42 дня после окончания беременности (начиная с 2020 г.), а также округ, имевший самый высокий показатель материнской смертности в среднем за последние пять лет. Установлено, что в среднем за 2018–2022 г. в доля умерших матерей Санкт-Петербурга среди всех умерших матерей СЗФО составляла почти половину, а уровень среднего показателя материнской смертности мегаполиса в сравнении с Россией и СЗФО был значительно выше. Исходя из того, что материнская смертность является одним из главных показателей, служащих для оценки состояния системы охраны материнства и детства, и учитывая вклад Санкт-Петербурга в материнскую смертность, не только СЗФО, но и Российской Федерации, мегаполис был выбран в качестве региона для исследования, а его организации родовспоможения - в качестве базы для настоящего исследования.

Далее были рассчитаны и проанализированы следующие показатели, характеризующие родовспоможение, в период 2018–2022 гг.:

- удельный вес родов федеральных округов в общем числе родов Российской Федерации;
- доля родов, осложненных родов и родов с применением КС Санкт-Петербурга в общем числе родов, осложненных родов и родов с применением КС в СЗФО;
- средние за анализируемых пять лет показатели частоты осложненных родов в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге;
- частота осложненных родов в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге;
- средние за пять лет показатели частоты применения КС в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге;
- частота применения КС в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге.

Рассчитаны коэффициенты корреляции между показателями частоты осложненных родов и уровнем материнской смертности, а также между показателями частоты применения КС и частотой осложненных родов в целом по стране и в Санкт-Петербурге.

Анализ заболеваемости женщин, осложнившей течение беременности и родов, проводился при помощи расчета и последующей сравнительной оценки следующих показателей в 2018–2022 гг.:

- доля заболеваний женщин 15–49 лет XV классом болезней федеральных округов в общем числе заболеваний женщин данной возрастной группы этим классом болезней в России;
- средний за пять лет показатель заболеваемости женщин XV классом болезней в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге;
- частота заболеваемости женщин XV классом болезней в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге;
- доля заболеваний женщин фертильного возраста классом болезней XV Санкт-Петербурга в общем числе заболеваний женщин 15–49 лет этим классом болезней в СЗФО.

Рассчитаны коэффициенты корреляции между показателями заболеваемости классом болезней XV и частотой осложненных родов, а также показателями заболеваемости и частотой применения КС в родах. Кроме того, была проведена сравнительная оценка по отдельным формам заболеваний, осложнивших течение беременности и родов, среди которых частота выявляемости угрозы преждевременных родов, ГСД, болезней мочеполовой и эндокринной системы, венозных осложнений, анемии, БСК, преэклампсии средней тяжести и тяжелой, эклампсии, предлежания плаценты с кровотечением и без, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, нарушений родовой деятельности, затрудненных родов, разрывов матки, в том числе вне стационара, в динамике за 2018-2022 гг.

Для реализации **II задачи** исследования на основании официальных статистических данных, выкопировки из «Отчетов ОПБ» РД и ПЦ за 2020–2022 гг., форм N113/у-20 и заключений врачебных консилиумов ПЦ были изучены показатели обеспеченности женского населения койками патологии беременности, использования коечного фонда и проведена оценка структуры акушерской патологии и показателей деятельности ОПБ акушерских стационаров на разных уровнях акушерских стационаров. Сравнительная оценка обеспеченности женского населения койками патологии беременности Санкт-Петербурга проводилась с аналогичными показателями по России и СЗФО в динамике за пять лет. Была проведена оценка следующих показателей:

- обеспеченность койками ОПБ.
- удельный вес коек патологии беременности в общем числе акушерских коек Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурга.
- удельный вес коек патологии беременности Санкт-Петербурга в общем числе коек патологии беременности СЗФО.

Мониторинг показателей использования коечного фонда ОПБ проводился с использованием статистического анализа и сравнения со средними значениями по стране и СЗФО средней занятости койки в году (работа или функция койки), средней длительности пребывания на койке, среднего времени простоя койки и

оборота койки.

В ходе исследования были рассчитаны коэффициенты корреляции между показателями заболеваемости женщин фертильного возраста (XV класс болезней по МКБ-10) и показателями использования коечного фонда ОПБ. В ходе исследования был проведен анализ эффективности использования коечного фонда ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-ого уровней Санкт-Петербурга в динамике по следующим показателям: работа койки, средние сроки пребывания пациенток на койке, оборот и простой койки.

Для выполнения II задачи исследования также была проведена сравнительная оценка следующих показателей деятельности ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-го уровней:

- структура акушерской патологии пациенток.
- движение больных.
- показатели внешней и внутренней маршрутизации.
- распределение пациенток по виду и форме родоразрешения.

Учитывая, что в функции ПЦ входит своевременная маршрутизация беременных с тяжелыми осложнениями гестационного процесса, пороками развития плода и экстрагенитальной патологией, были изучена организация врачебных консилиумов и их роль в оказании специализированной медицинской помощи беременным, которая включала в себя сравнительную оценку в зависимости от возраста по следующим показателям: распределение беременных по месту проживания; распределение беременных по сроку беременности; распределение беременных по наличию пороков плода; структура патологий плода у беременных; распределение беременных по прогнозу для жизни и для здоровья плода; распределение беременных по маршрутизации и по полученным рекомендациям по родоразрешению и лечению ребенка после родов. Для оценки врачебных консилиумов выборка была сформирована случайным методом (оценка репрезентативности выборки приведена выше).

Для решения III задачи изучена характеристика контингента беременных, госпитализированных в ОПБ. Для оценки медико-социальной и

анамнестической характеристики использовались сведения, полученные при помощи выкопировки данных из формы N003/у. При сравнительном анализе медико-социальной характеристики пациенток РД и ПЦ были изучены показатели распределения пациенток по: возрасту; семейному положению; уровню образования; наличию трудоустройства и источнику оплаты получения медицинской помощи. Анамнестическая характеристика пациенток ОПБ была сформирована на основании: распределения пациенток по форме госпитализации; способу поступления в стационар; количеству беременностей и родов; наличию заболеваний; диспансерного учета и гинекологических операций в анамнезе; по способу наступления данной беременности и исходу предыдущих беременностей и родов; по наличию проведения прегравидарной подготовки и вида беременности, а также по наличию акушерского риска в данной беременности. Кроме того, была проведена сравнительная оценка структуры соматической патологии, наследственных заболеваний и гинекологической заболеваемости в анамнезе.

Для оценки удовлетворенности пациенток ОПБ оказанием специализированной медицинской помощи были использованы результаты их анонимного анкетирования. По специальным разработанным для данного исследования анкетным формам, включавшим 15 вопросов, случайным методом было проанкетировано 968 пациенток, из которых 580 респонденток в РД и 388 в ПЦ. Согласием участия в исследовании служило заполнение анкетной формы. Результаты проведенного анонимного анкетирования позволили провести сравнительную оценку удовлетворенности пациенток ОПБ по следующим показателям: распределение пациенток в зависимости от срока ожидания госпитализации, количества человек в палате, удовлетворенности и причин неудовлетворенности условиями пребывания в отделении, оценке человеческих качеств и деятельности врачей и среднего медперсонала, оценке организации медицинской помощи в ОПБ и в медицинской организации в целом. Кроме того, в открытом вопросе анкетной формы респонденткам было предложено дать рекомендации, которые позволили бы, по их мнению, улучшить деятельность

ОПБ родовспомогательного учреждения. Также пациенток попросили оценить возможность рекомендовать данное ОПБ и эту медицинскую организацию для оказания медицинской помощи беременным в условиях акушерского стационара.

Выполнение **IV задачи** диссертационной работы, которая заключалась в разработке научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию организации специализированной медицинской помощи в ОПБ, базировалось на полученных материалах и результатах проведенного исследования.

Таким образом, в настоящем диссертационном исследовании был использован комплекс базовых и современных статистических методов и методик. Статистическая совокупность была сформированы сплошным и выборочным методами. Были рассчитаны и проанализированы все виды величин, используемых в статистике, включая количественные значения; экстенсивные и интенсивные показатели; показатели соотношения и наглядности; средняя арифметическая и ее стандартная ошибка. Сравнение групп между собой осуществлялось путем определения Student's T-test or Mann-Whitney U-test. Создание, статистическая обработка и анализ информационной базы данных с последующей визуализацией полученных в ходе данного исследования результатов было осуществлено с помощью Microsoft Office Excel 2019 (Word, Excel) и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Глава 3. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ В АСПЕКТЕ ВЛИЯНИЯ НА РОДОВСПОМОЖЕНИЕ И МАТЕРИНСКУЮ СМЕРТНОСТЬ

3.1. Материнская смертность и родовспоможение в акушерских стационарах

Приоритетной задачей современного здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Ведущим показателем, отражающим состояние системы охраны материнства и детства в регионе, является материнская смертность. Несмотря на то, что она не оказывает столь явного влияния на демографическую ситуацию, материнская смертность относится к важнейшим демографическим показателям, которые характеризуют состояние медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период.

Согласно определению, которое дает ВОЗ, под материнской смертностью следует понимать «обусловленную беременностью, независимо от продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившую в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».

Достоверно известно, что большинство случаев материнской смертности относятся к предотвратимым или условно предотвратимым, то есть в большинстве своем обусловленными оказанием медицинской помощи. Соответственно, своевременное пролонгирование беременности, лечение экстрагенитальной патологии и выбор тактики родовспоможения оказывают непосредственное влияние на жизнь и здоровье матери и ребенка, что невозможно без грамотной работы отделений патологии беременности (дородовых отделений) акушерских стационаров. Учитывая значимость уровня материнской смертности в оценке деятельности организаций родовспоможения страны, была проведен сравнительный анализ показателей смертности женщин

по Российской Федерации и ее федеральных округах (таблица 3.1). Установлено, что, как в целом в России, так и во всех федеральных округах в отдельности, уровень материнской смертности в 2018–2022 гг. вырос. Наиболее существенное увеличение показателей прослеживалось в СЗФО (+52,7%) и Дальневосточном федеральном округе (+38,2%), а наименее значительное – в Приволжском федеральном округе (+7,2%) и Центральном федеральном округе (+17,4%). Исследование выявило, что подъем показателей в стране и округах наблюдался как раз через год после начала пандемии COVID-19 - в 2021 году, когда в целом по Российской Федерации уровень материнской смертности достиг 34,5‰, при этом наиболее значительное повышение показателя было в СЗФО (52,9‰).

Таблица 3.1 - Показатели материнской смертности в Российской Федерации и ее федеральных округах в 2018–2022 гг. (на 100 000 детей, родившихся живыми)

Тер. Ед.	2018	2019	2020	2021	2022	Разница между 2018 и 2022 гг. (%)
РФ	9,1	9,0	11,2	34,5	13,0	+30,0
ЦФО	9,5	10,1	10,4	30,2	11,5	+17,4
СЗФО	9,6	12,0	18,9	52,9	20,3	+52,7
ЮФО	6,3	8,7	11,5	42,0	9,9	+36,4
СКФО	7,1	8,9	4,4	8,4	10,0	+29,0
ПФО	9,0	5,7	11,9	42,3	9,7	+7,2
УФО	6,8	6,7	7,6	22,5	9,1	+25,3
СФО	12,2	7,9	10,6	37,6	20,8	+41,3
ДФО	12,3	17,6	17,8	39,6	19,9	+38,2

Для нивелирования влияния средовых факторов на показатели смертности матерей в России и ее федеральных округах был проведен анализ их средних значений материнской смертности за пятилетний период. Данные проведенного исследования позволяют установить (рисунок 3.1), что усредненный пятилетний показатель в России составил 15,4‰. При этом самые высокие средние показатели материнской смертности наблюдались в СЗФО (22,7‰) и в ДФО (21,4‰), а самые низкие - в Северо-Кавказском федеральном округе (7,8‰) и Уральском федеральном округе (10,5‰). А в таких округах, как Южный федеральный округ и ПФО, различия между показателями не превышали 1,9% или 0,3‰ в абсолютном выражении.

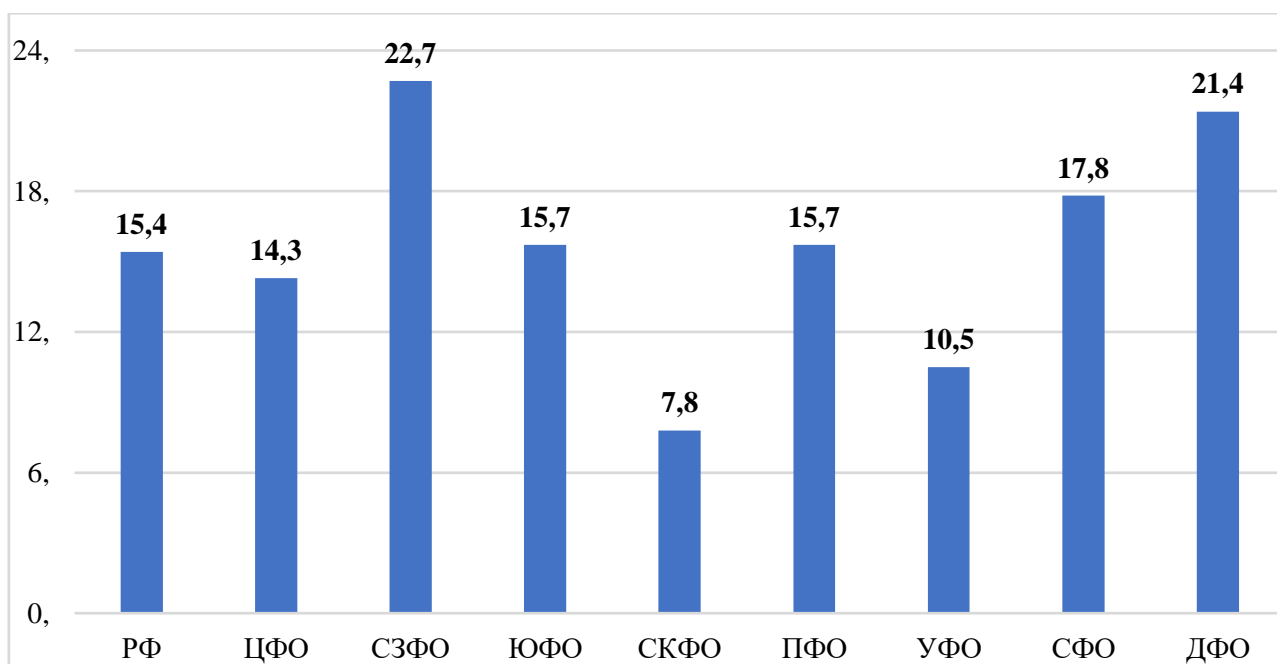


Рисунок 3.1 - Средние показатели материнской смертности в Российской Федерации и ее федеральных округах в 2018–2022 гг. (на 100 000 детей, родившихся живыми)

Таким образом, СЗФО является округом, где за последние пять лет наблюдался самый высокий уровень материнской смертности, имеющий самый высокий ее прирост. С целью оценки вклада отдельных регионов в уровень материнской смертности округа была проведена оценка средних показателей материнской смертности в субъектах Российской Федерации, входящих в состав СЗФО (рисунок 3.2). Самый низкий показатель наблюдался в Новгородской области, где на 100 000 детей, родившихся живыми, в период беременности, родов и в течение 42 дней после окончания беременности умирало 3,4 женщины. Наиболее высокий уровень данного показателя был в Псковской (46,6‰), Ленинградской (29,6‰) и Калининградской областях (27,1‰), а также в Санкт-Петербурге (24,9‰). Однако, в силу особенностей расчета показателей, по его величине не всегда можно адекватно судить о составных частях и размере явления в целом. Для этого целесообразно проводить оценку не только интенсивных, но и экстенсивных показателей – доли умерших матерей в регионах СЗФО в общем числе умерших матерей федерального округа (рисунок 3.3).

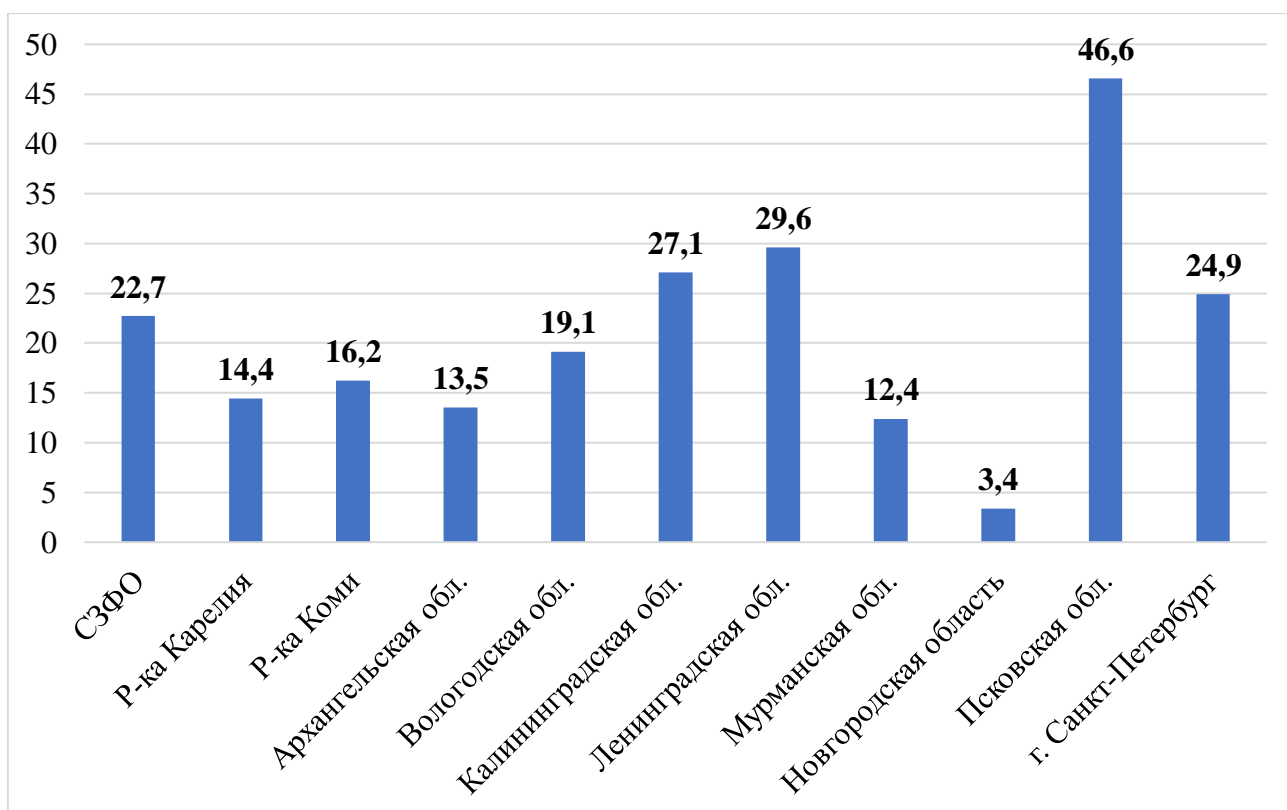


Рисунок 3.2 - Средние показатели материнской смертности в СЗФО и его субъектах в 2018–2022 гг. (на 100 000 детей, родившихся живыми)

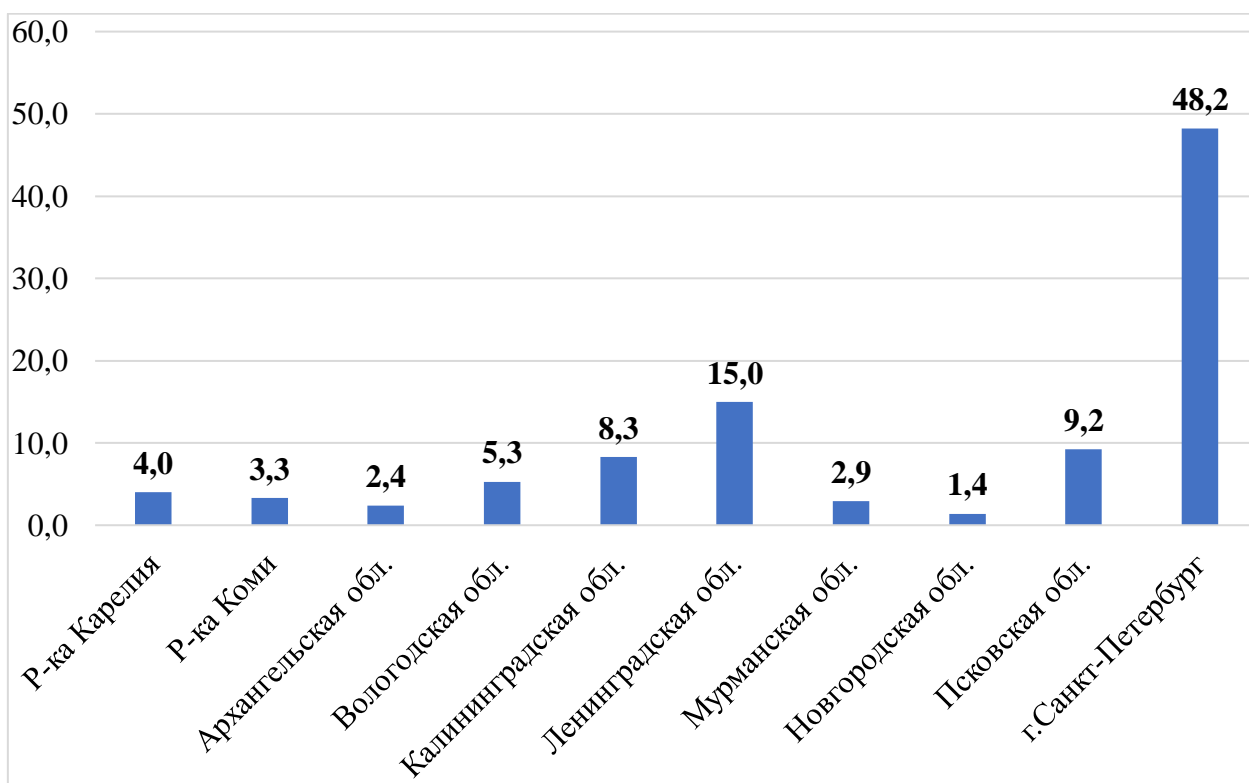


Рисунок 3.3 - Средняя доля умерших матерей в регионах СЗФО в общем числе умерших матерей федерального округа в 2018–2022 гг. (в %)

Как следует из рисунка 3.3, в СЗФО на долю Санкт-Петербурга приходилось в среднем 48,2% умерших матерей. При этом данный показатель являлся стабильно высоким на протяжении всего периода 2018–2022 гг. и составлял 42,9%–54,2%, а за пять изучаемых лет абсолютный прирост доли материнской смертности мегаполиса составил +4,9%. Доля умерших матерей Санкт-Петербурга в общем числе умерших матерей СЗФО в 2018–2022 гг. представлена на рисунке 3.4.

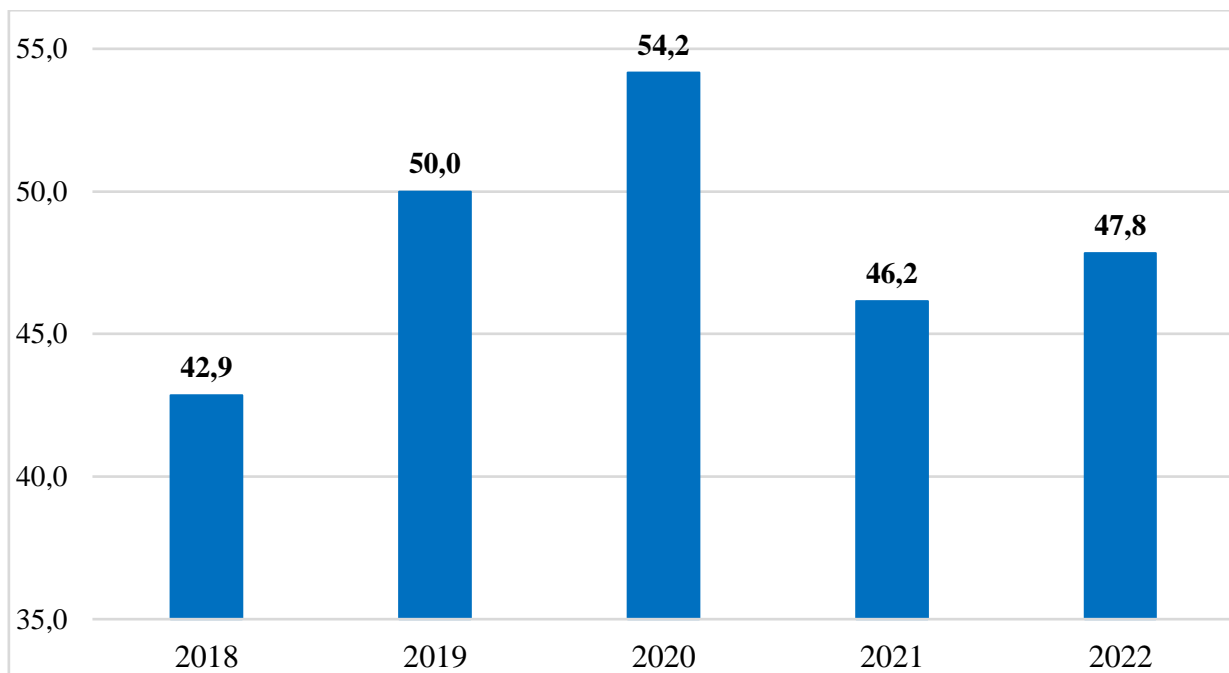


Рисунок 3.4 - Доля умерших матерей Санкт-Петербурга в общем числе умерших матерей СЗФО в 2018–2022 гг. (в %)

Проведенный расчет средней доли умерших матерей мегаполиса в общем числе летальных исходов матерей Российской Федерации выявил, что вклад города составил 6,2%. Исходя из столь существенного удельного веса в показателях по стране, была осуществлена сравнительная оценка показателей материнской смертности Санкт-Петербурга с показателями по Российской Федерации в динамике за 2018–2022 гг. (рисунок 3.5) Установлено, что весь изучаемый период материнская смертность в городе была выше, чем в среднем по России в среднем в 1,6 раза (на 38,2%). При этом наиболее существенные отличия она имела 2020 и 2021 гг., когда в стране была объявлена пандемия COVID-19 (12,3‰ и 21,7‰). Однако, несмотря на рост материнской

смертности, как в России, так и в мегаполисе (+30,0% и 56,9%), оценка разницы между показателями 2018 и 2022 гг. не выявила достоверных различий, о чем свидетельствует низкий коэффициент аппроксимации ($R^2=0,31$).

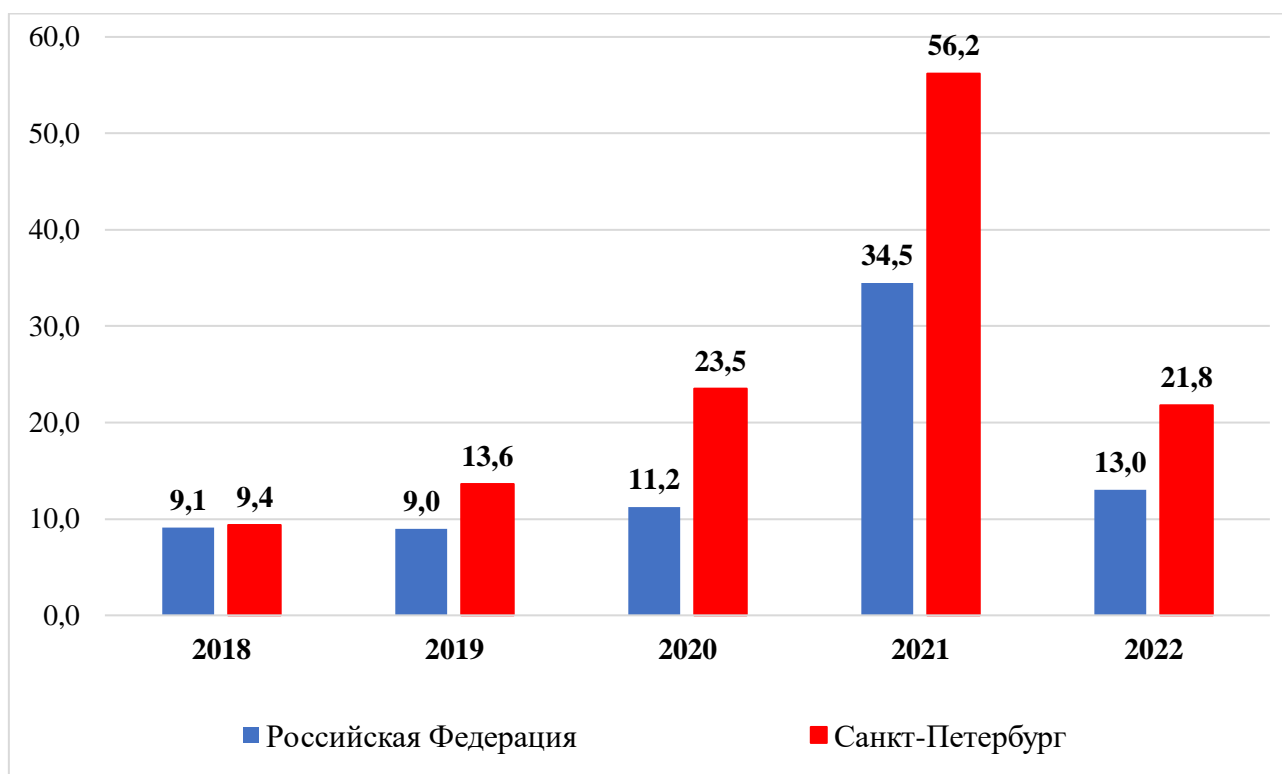


Рисунок 3.5 - Динамика показателей материнской смертности в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

При оценке материнской смертности проводится анализ показателей по периодам смерти женщин (беременность, роды, послеродовый период), поэтому для комплексной оценки целесообразно изучать, как течение беременности, так и родов. Для оценки влияния родовспоможения на смертность матерей была рассчитана и проведена оценка показателей частоты осложненных родов и частоты применения в КС. Однако, сначала целесообразно изучить вклад всех федеральных округов в общее число родов в Российской Федерации.

Согласно проведенному анализу и оценке доли родов федеральных округов в числе родов Российской Федерации видно, что вклад СЗФО, наряду с ДФО, в общее число родов является одним из самых низких (рисунок 3.6). Иными словами, наименьшая доля родов в стране (в среднем 8,7% и 6,3% соответственно) приходится на федеральные округа с наиболее высокими показателями материнской смертности. В то же время, самая высокая доля родов

была в федеральных округах, где за пять лет наблюдались наименее существенный прирост показателей материнской смертности – в ЦФО и ПФО (в среднем 24,5% и 18,7%).

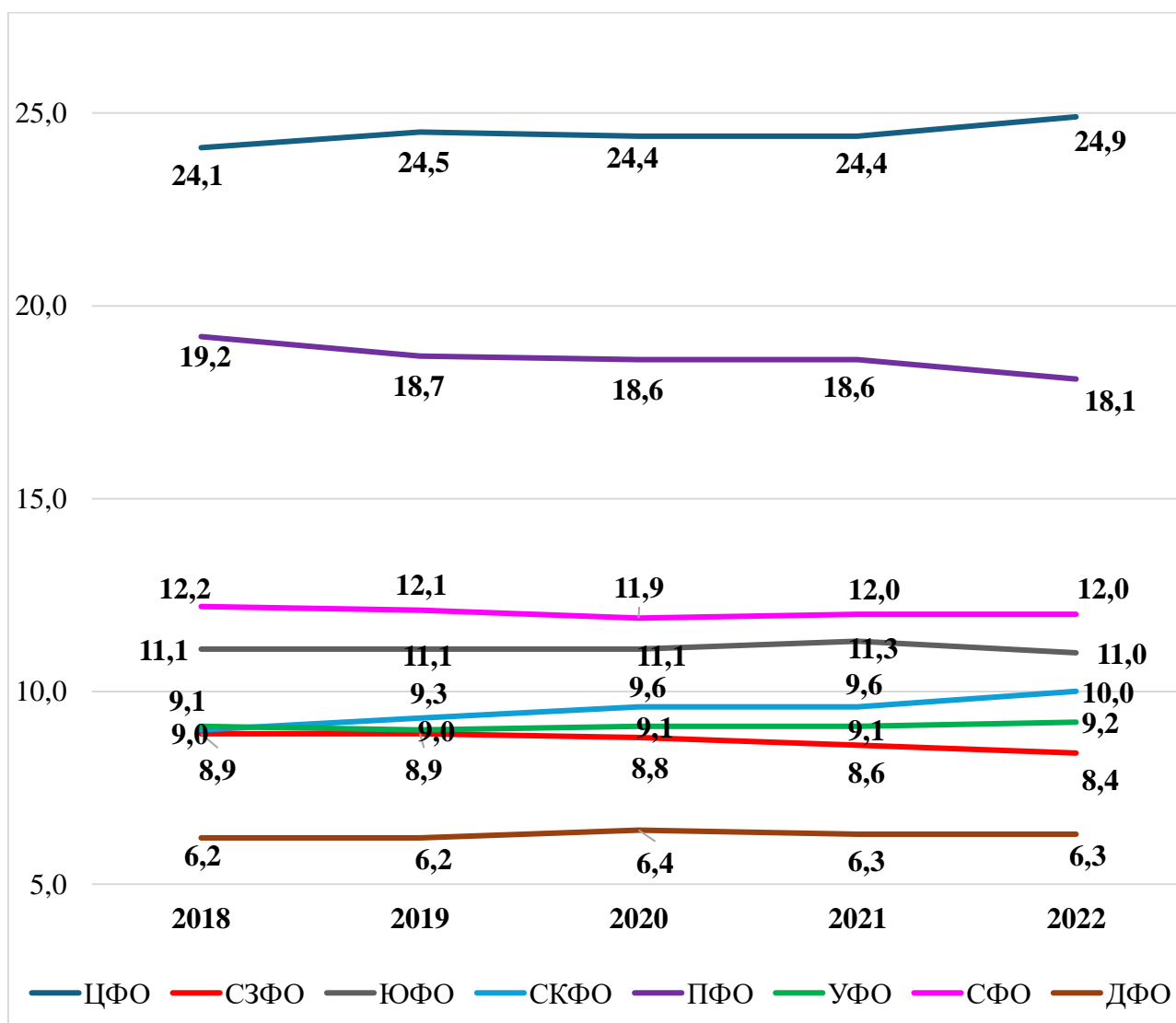


Рисунок 3.6 - Удельный вес родов федеральных округов в общем числе родов Российской Федерации в 2018–2022 гг. (в %)

Оценка доли родов мегаполиса в общем числе родов СЗФО показала (рисунок 3.7), что в 2018–2022 гг. она составляла 42,9–43,9% (в среднем 43,4%) и за пять лет она незначительно снизилась (-1,0%). При этом доля осложненных родов в общем числе осложненных родов СЗФО составляла 44,8–46,8% (в среднем 45,7%) и она за изучаемый период несколько выросла (+1,9%) [88].

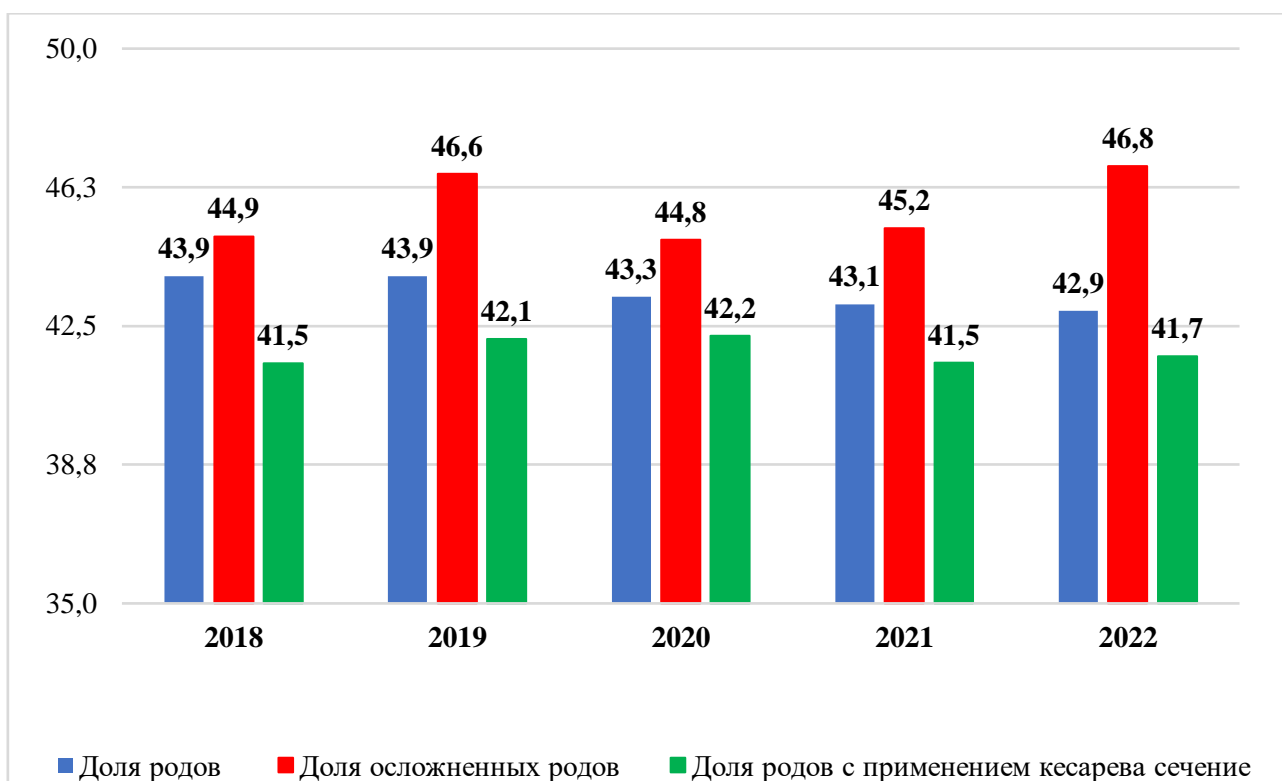


Рисунок 3.7 - Доля родов, осложненных родов и родов с применением КС Санкт-Петербурга в общем числе родов, осложненных родов и родов с применением КС в СЗФО в 2018–2022 гг. (в %)

Выявлено (рисунок 3.8), что за пять лет самая высокая частота осложненных родов из всех федеральных округов России была в СЗФО (672,81‰) и СФО (674,17‰), а самая низкая – в ЮФО (599,07‰) и СКФО (591,88‰). Согласно оценке динамики показателей установлено, что как в целом по стране, так и в ее федеральных округах, в 2018-2022 гг. прослеживалась хоть и не большая, но отрицательная динамика роста частоты осложненных родов: в Российской Федерации – на 1,8%, в ЦФО – на 0,6%, в СЗФО – на 2,9%, в ЮФО – на 2,3%, в СКФО – на 6,9%, в ПФО – на 2,9%, в УФО – 1,1%, в СФО – 4,4%, в ДФО – 3,1%. При этом и в целом по стране, и во всех ее округах, кроме ЦФО, снижение показателей в 2022 г. к уровню 2018 г. было статистически значимым ($t=3,1-16,2$; $p<0,05$). Также исследование выявило наличие достоверной разницы между средними значениями показателей в Российской Федерации и в федеральных округах, что показывает наличие в них высокой вариабельности показателей ($t=4,6-29,1$; $p<0,01$) [85, 86, 90].

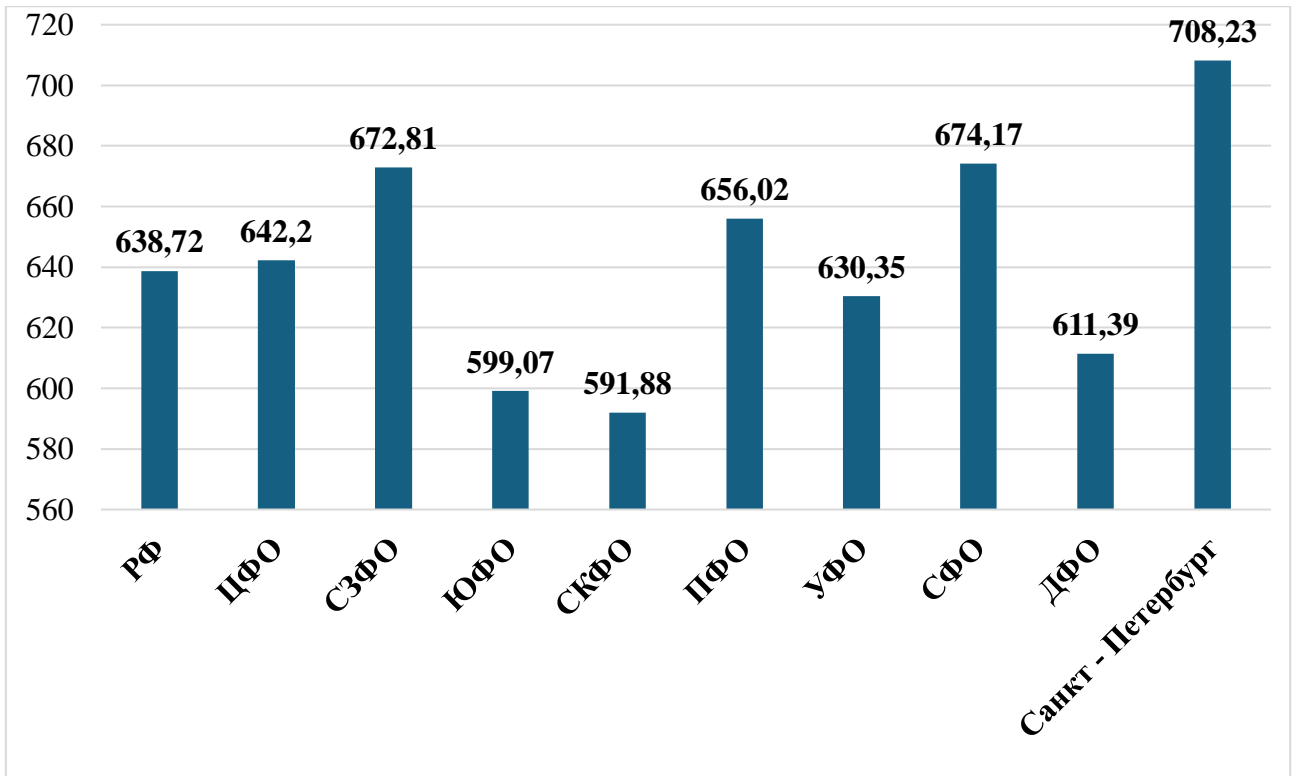


Рисунок 3.8 - Средние показатели частоты осложненных родов в Российской Федерации, ее федеральных округах и в Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

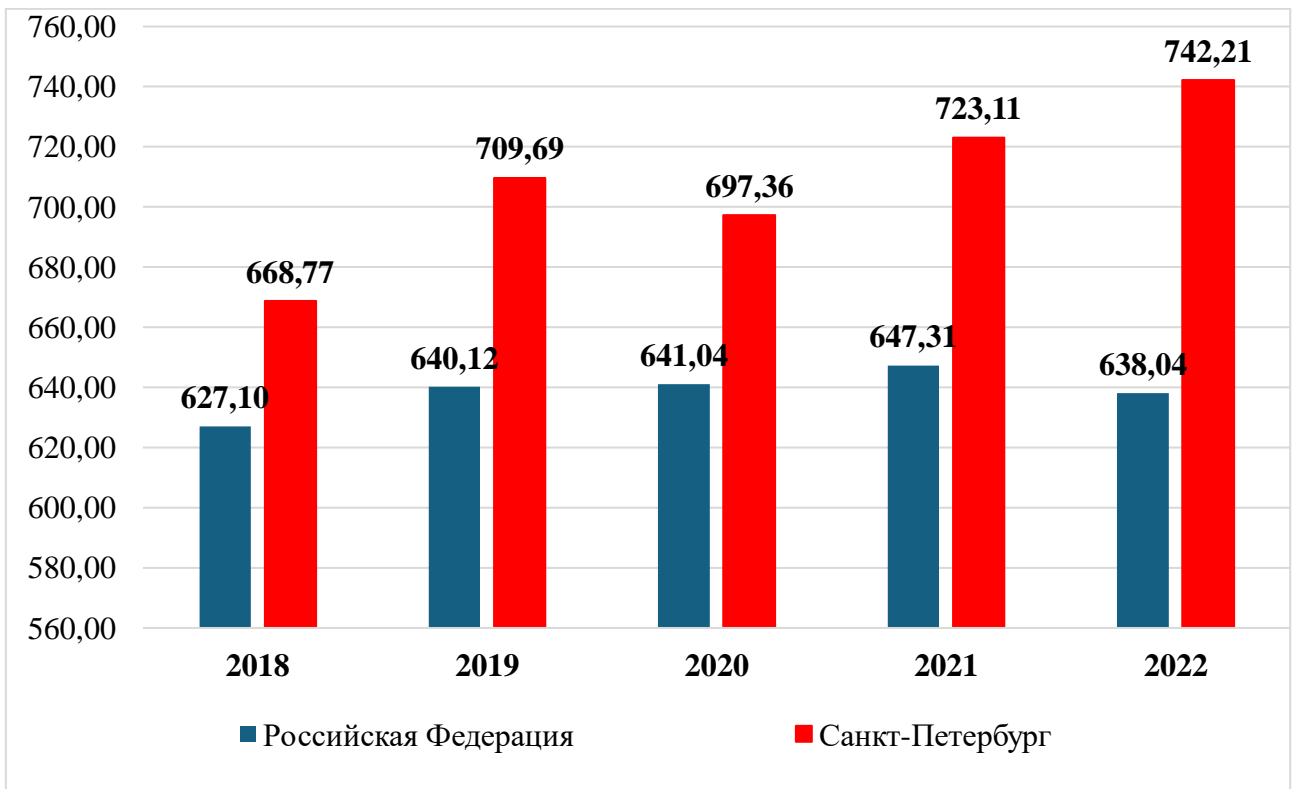


Рисунок 3.9 - Частота осложненных родов в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Как следует из рисунка 3.9, частота осложненных родов в мегаполисе была существенно выше, чем в целом по России. В отдельные годы изучаемого периода в разнице составляла 1,1-1,2 раза (6,3-14,9%) и была статистически значима ($t=16,7-29,1$; $p<0,01$). В 2018–2022 гг. показатели частоты осложненных родов в Санкт-Петербурге имели сходную с Россией и ее федеральными округами тенденцию роста (+5,5%), что подтверждается высоким значением коэффициента аппроксимации ($R^2=0,84$).

Анализ результатов проведенного исследования показывает, что существует прямая умеренная корреляционная связь ($r_{xy}=0,68$ и $r_{xy}=0,47$ соответственно) между показателями частоты осложненных родов и уровнем материнской смертности в Российской Федерации и Санкт-Петербурге, а в СЗФО – прямая сильная ($r_{xy}=0,86$). Соответственно, рост частоты осложненных родов может оказывать выраженное влияние на повышение материнской смертности в СЗФО, а в Российской Федерации и мегаполисе его влияние, умеренно выраженное и может быть обусловлено влиянием и других факторов.

Большое число осложнений приходится на долю аномалий родового акта, они занимают одно из ведущих мест в структуре показаний к КС и являются одной из причин перинатальных и материнских осложнений, в том числе приводящих к смерти ребёнка и матери [2, 130]. Проведенная оценка применения КС в родах показала (рисунок 3.10), что в наиболее высокий уровень данных показателей был в ДФО и ПФО (в среднем 331,30‰ и 323,86‰ соответственно), а самый низкий в СЗФО (в среднем 278,40‰). Установлено, что имелись достоверные различия среднероссийского уровня со всеми среднеокружными показателями (при $t=3,2-12,0$; $p<0,05$). При этом в 2018-2022 гг. прослеживалось ежегодное повышение показателей, которое в 2022 г. к уровню 2021 г. составило: в России – 3,7%, в ЦФО – 2,4%, в СЗФО – 2,2%, в ЮФО – 3,1%, в СКФО – 14,2%, в ПФО – 2,8%, в УФО – 1,4%, в СФО – 5,1% и в ДФО – 0,6%. Статистический анализ показал наличие достоверных различий в динамике показателей частоты применения КС в России, ЦФО, ЮФО, СКФО, ПФО и СФО (при $t=3,4-12,8$;

$p < 0,05$). В то же время рост показателей в ДФО, УФО и СЗФО не имел статистически достоверной разницы ($t=0,5-1,8$; $p > 0,05$) [47, 65].

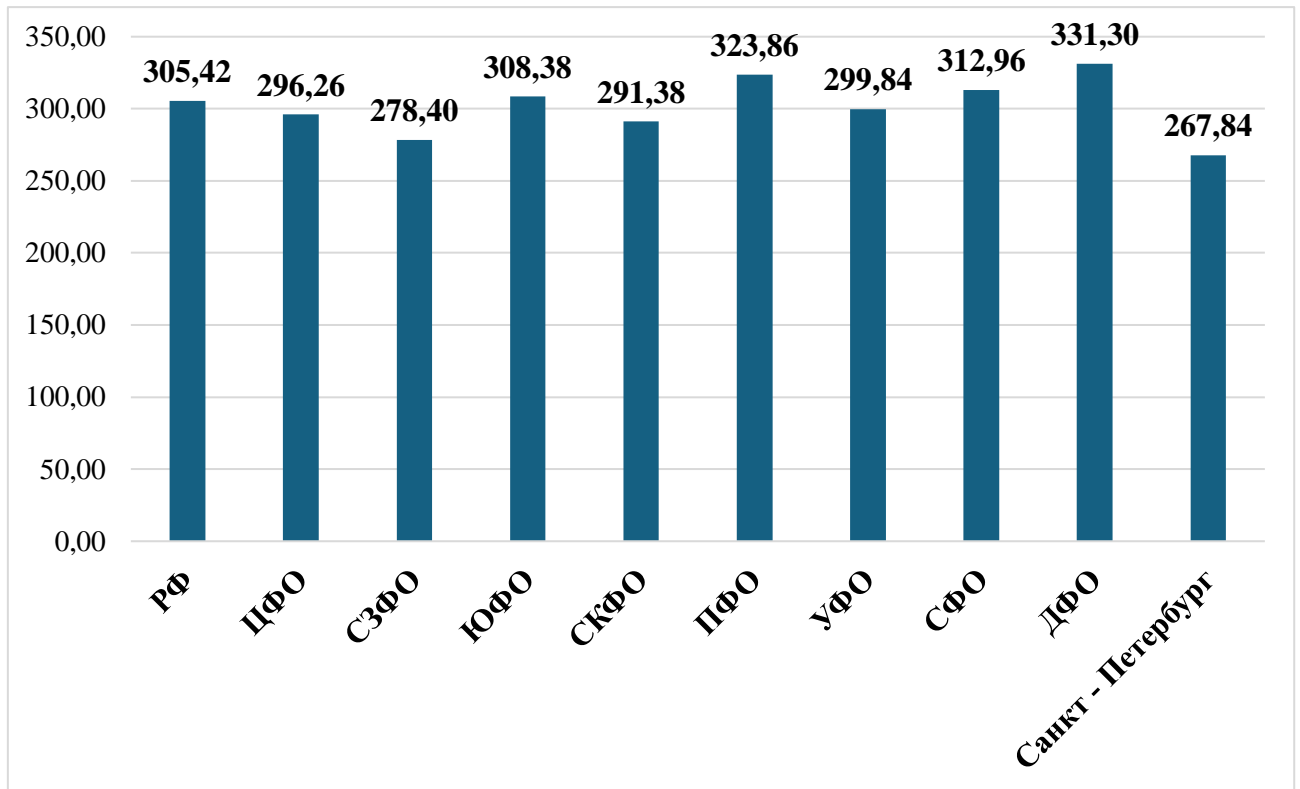


Рисунок 3.10 - Средние показатели частоты применения КС в Российской Федерации, ее федеральных округах и в Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Доля родов с применением КС в Санкт-Петербурге в общем числе родов с применением данного акушерского пособия в СЗФО в 2018–2022 гг. составила 41,5–42,8% и за пять лет, как и доля осложненных родов, выросла только на 1,0% (рисунок 3.7). Как можно судить по рисунку 3.10, средний за пять лет уровень частоты применения КС в родах в мегаполисе был ниже среднего по стране значения на 37,58% или 12,3%. Все изучаемые годы показатели были значимо выше средних по стране ($t=11,3-13,8$; $p > 0,01$). Однако, в отличие от СЗФО рост показателя в 2022 г. к уровню 2018 г. был достоверно значим ($t=2,3-13,8$; $p > 0,05$), что и подтверждается высоким значением коэффициента аппроксимации ($R^2=0,82$). Динамика частоты применения КС в Санкт-Петербурге представлена на рисунке 3.11.

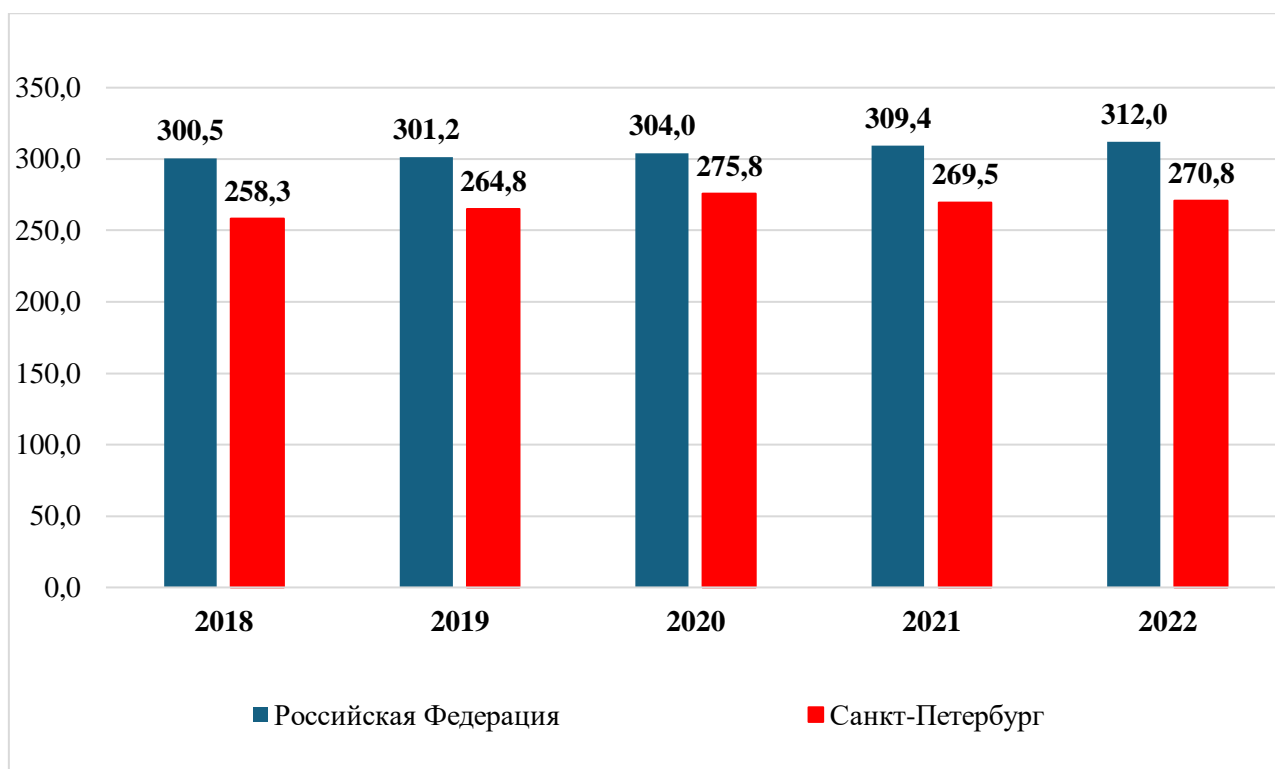


Рисунок 3.11 - Динамика частоты применения кесарева сечения в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Установлено, что между показателями частоты применения КС и частотой осложненных родов в Российской Федерации и Санкт-Петербурге имелась прямая умеренная корреляционная связь ($r_{xy}=0,52$ и $r_{xy}=0,55$ соответственно), а в СЗФО она была прямая сильная ($r_{xy}=0,71$). Соответственно, рост применения КС в стране и мегаполисе может быть умеренно выражено связан с повышением частоты осложненных родов. В то же время в СЗФО повышение частоты осложненных родов в большей степени оказывает влияние на применение в родах оперативного родоразрешения.

Таким образом, СЗФО в 2018–2022 гг. имел самый высокий уровень материнской смертности и частоты осложненных родов в стране при самых низких показателях применения в родах КС. На значение данных показателей оказывал значительное влияние уровень данных показателей в мегаполисе, который входит в состав СЗФО. Это обусловлено тем, что доля умерших матерей, родов, осложненных родов и родов с применением КС Санкт-Петербурга в общем числе умерших матерей, родов, осложненных родов и родов с применением КС федерального округа составляла более 40%. Соответственно,

состояние системы охраны материнства мегаполиса оказывает существенное влияние на состояние системы охраны материнства и детства округа в целом.

3.2. Заболеваемость женщин, осложнившая течение беременности и родов

Неблагоприятное состояние здоровья беременной и роженицы является основополагающим при возникновении любых нарушений сократительной работы матки. В связи с этим целесообразен комплексный подход к изучению не только характеристик родового процесса, но и всего течения беременности. С этой целью необходимой задачей для улучшения организации акушерской помощи в родовспомогательных учреждениях является оценка здоровья беременных женщин в контексте его влияния на родовспоможение.

На уровень материнской смертности оказывает влияние значительное число факторов, особое значение из них имеют течение беременности и родов. Проведенное исследование выявило (рисунок 3.12), что доля заболеваний женщин 15-49 лет классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) федеральных округов в общем числе заболеваний женщин фертильного возраста этим классом болезней в Российской Федерации в 2018-2022 гг. была самой высокой в тех же округах, где была самая высокая доля родов в стране - в ЦФО и ПФО (в среднем 23,9% и 21,5% соответственно). А самая низкая доля заболеваний женщин классом болезней XV (O00-O99) была в ДФО и СКФО (в среднем 5,7% и 7,8% соответственно). Исследование показало, что при одном из самых низких вкладов СЗФО в общее число родов в стране, данный округ занимает средние позиции по вкладу в число заболеваний женщин фертильного возраста классом заболеваний Беременность, роды и послеродовой период (в среднем 9,8%). При этом доля мегаполиса в общем числе заболеваний (O00-O99) в среднем за пять лет составляла 4,0% [84, 87].

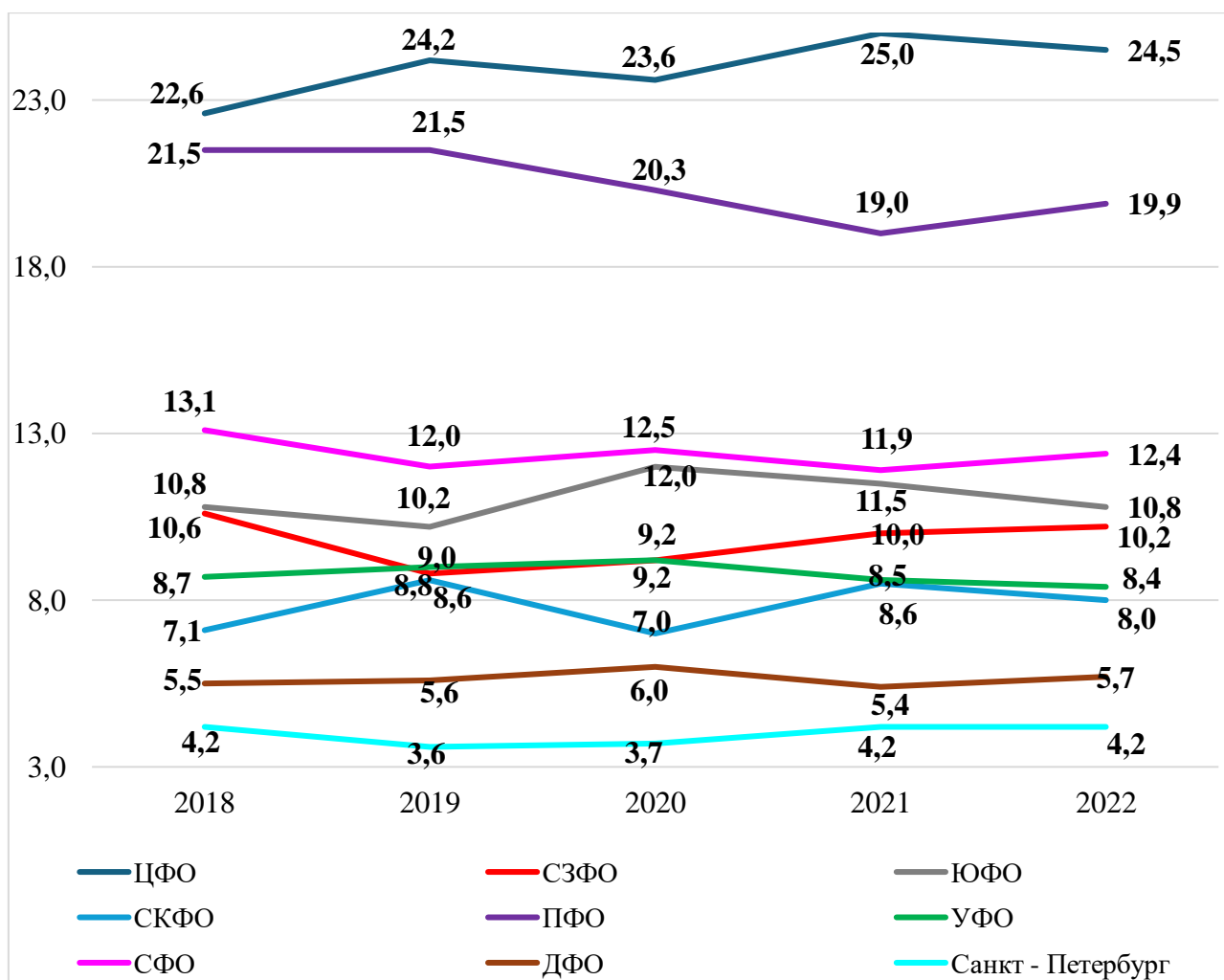


Рисунок 3.12 - Доля заболеваний женщин 15–49 лет классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период федеральных округов в общем числе заболеваний женщин 15–49 лет этим классом болезней в Российской Федерации в 2018-2022 гг. (в %)

Установлено (рисунок 3.13), что в 2018–2022 гг. наиболее высокий уровень заболеваемости женщин классом болезней Беременность, роды и послеродовой период был в ПФО и СКФО (65,60%, 64,64% и 64,63% соответственно), а низкий - в ЦФО и ДФО (54,87% и 62,72% соответственно). В СЗФО уровень показателя заболеваемости (O00-O99) был средним и превышал значения по России на 1,28% или 2,0%. Выявлено, что, кроме ДФО, между средними значениями показателей в Российской Федерации и показателями в федеральных округах имелась достоверная разница ($t=2,2-18,9$; $p<0,05$). Оценка динамики показателей выявила, что как в целом по стране, так и в ее федеральных округах, в изучаемый временной интервал наблюдалось снижение заболеваемости беременных, рожениц и родильниц: в России – на 16,5%, в ЦФО – на 10,9%, в СЗФО – на 21,4%, в ЮФО – на 6,5%, в СКФО – на 14,5%, в ПФО – на 20,4%, в

УФО – 18,3%, в СФО – 19,0%, в ДФО – 12,9%. При этом, как в целом по стране, так и во всех ее округах, снижение показателей заболеваемости в 2022 г. к уровню 2018 г. было статистически значимым ($t=7,8-27,6$; $p<0,01$).

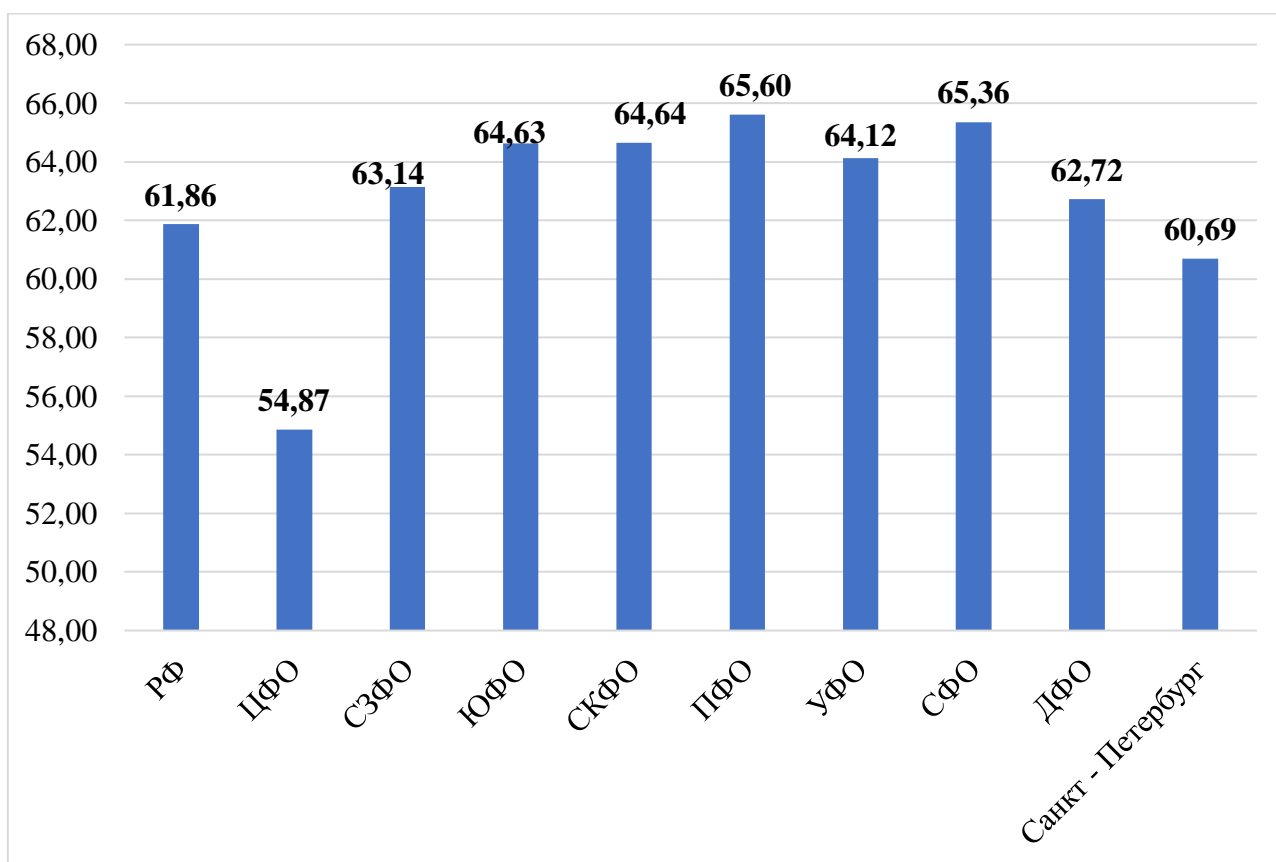


Рисунок 3.13 - Средний показатель заболеваемости женщин фертильного возраста классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период в Российской Федерации, ее федеральных округах и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

В мегаполисе уровень заболеваемости беременных, рожениц и родильниц был не только ниже среднероссийских значений, но и ниже среднеокружных (60,69‰ против 61,86‰ и 63,14‰ соответственно). При этом сравнительная оценка показала, что средний за пять лет показатель заболеваемости (O00-O99) в Санкт-Петербурге имел статистически значимые различий со средним показателем по стране ($t=2,1$; $p>0,05$) и с федеральным округом ($t=2,6$; $p<0,05$). Оценка динамики показателей в городе позволила установить, что в отличие от Российской Федерации, где имелся устойчивый тренд к снижению ($R^2=0,96$), в Санкт-Петербурге эта тенденция была менее выражена ($R^2=0,68$), но снижение заболеваемости в 2022 г. к уровню 2018 г. было более ощутимым и составило 25,2% (против 16,5% в России). Средний показатель заболеваемости женщин

фертильного возраста классом болезней XV в Российской Федерации, ее федеральных округах и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. представлена на рисунке 3.14.

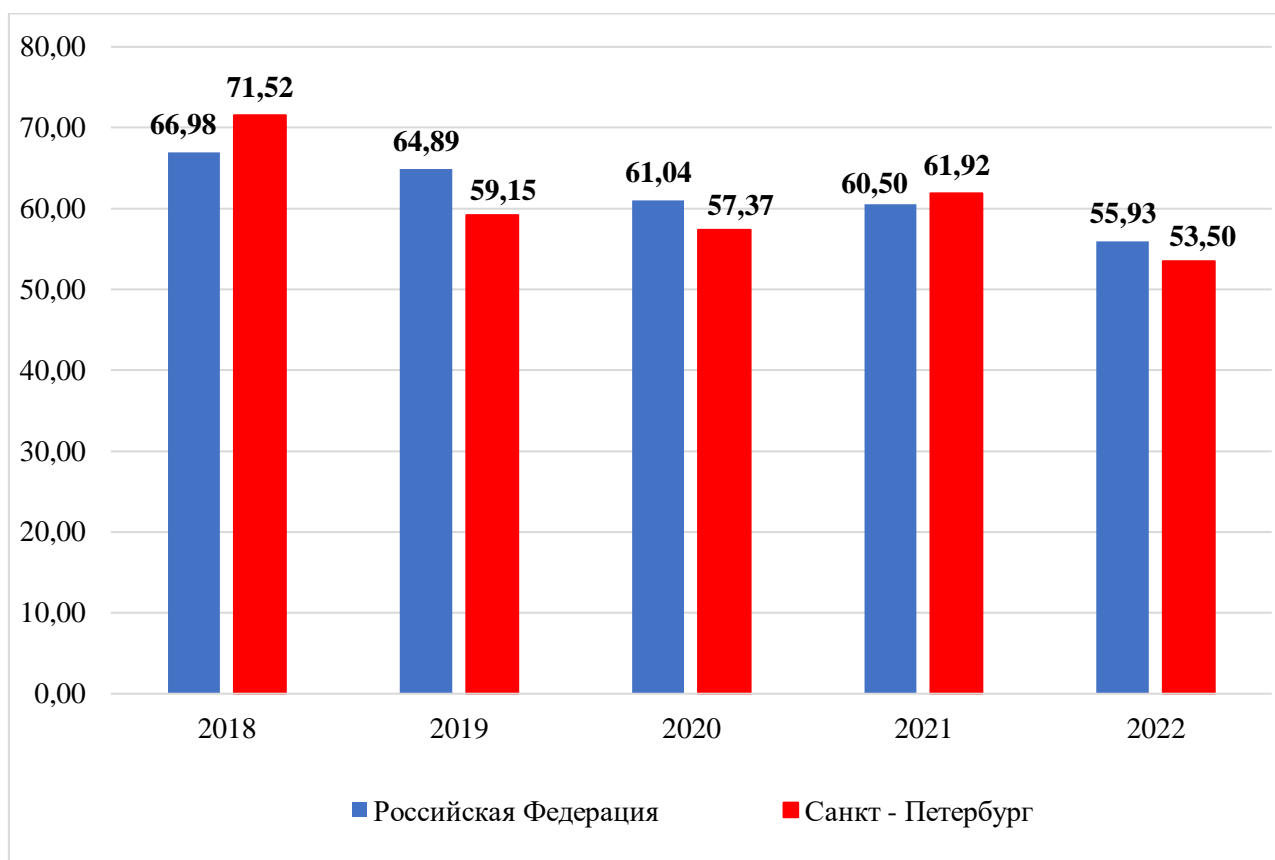


Рисунок 3.14 - Частота заболеваемости женщин фертильного возраста классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Оценка доли заболеваний женщин фертильного возраста Санкт-Петербурга классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период в общем числе заболеваний женщин фертильного возраста этим классом болезней в СЗФО выявила, что в период 2018–2022 гг. она составила 39,4–42,4% (в среднем 40,7%). За пять изучаемых лет абсолютный прирост показателя в мегаполисе был незначительный и составил только 1,7%. Уровень и динамика доли заболеваний женщин фертильного возраста классом болезней XV в Санкт-Петербурге за пятилетний временной интервал детально отображены на рисунке 3.15.

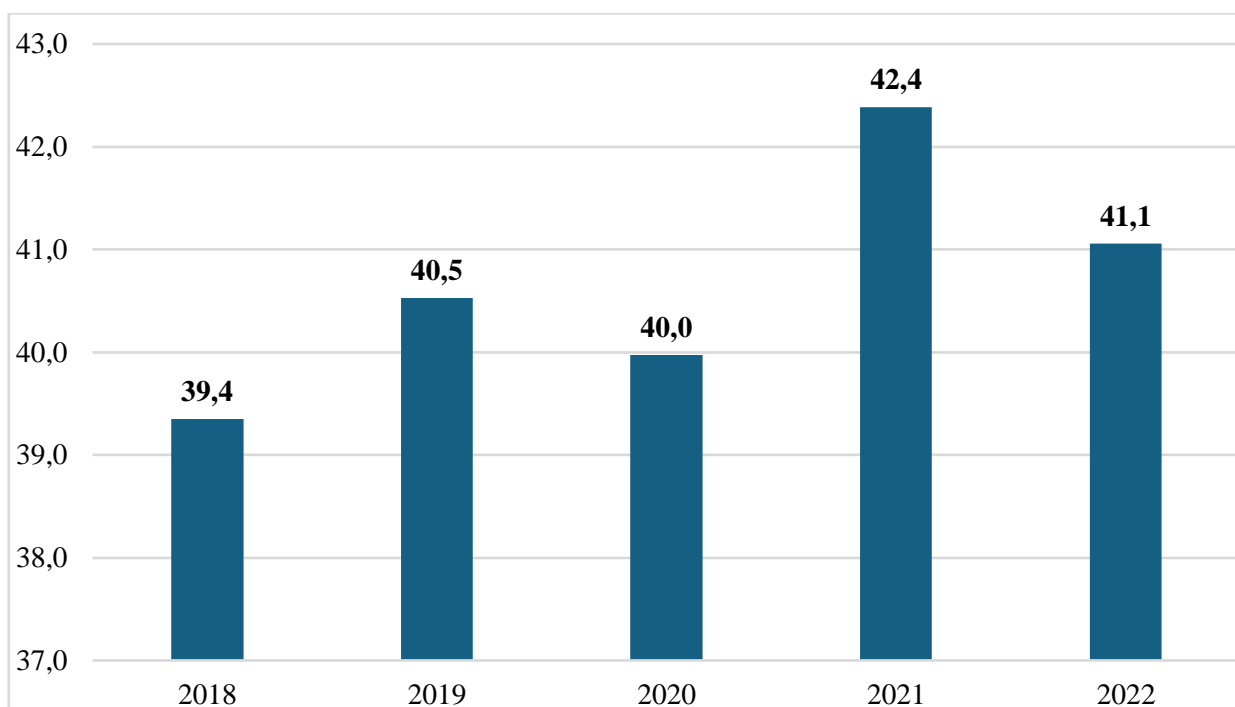


Рисунок 3.15 - Доля заболеваний женщин фертильного возраста классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период Санкт-Петербурга в общем числе заболеваний женщин 15–49 лет этим классом болезней в СЗФО в 2018–2022 гг. (в %)

В рамках исследования произведен анализ влияния уровня заболеваемости беременных, рожениц и родильниц на частоту осложненных родов и применения КС. Между показателями заболеваемости классом болезней XV и частотой осложненных родов в Российской Федерации и СЗФО отмечается обратная умеренная корреляционная связь ($r_{xy}=-0,52$ и $r_{xy}=-0,66$ соответственно), а в Санкт-Петербурге – обратная сильная ($r_{xy}=-0,82$). А между показателями заболеваемости и частотой применения КС в родах в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге имелась обратная сильная корреляционная связь ($r_{xy}=-0,94$, $r_{xy}=-0,75$ и $r_{xy}=-0,80$ соответственно). Таким образом, в Санкт-Петербурге фактор снижения заболеваемости женщин фертильного возраста классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период может быть связан не с улучшением здоровья женщин, а скорее всего является результатом ухудшения диагностики заболеваний у беременных, что в свою очередь влечет повышение частоты осложнений в родах и применения в них КС ($p<0,05$).

Проведенная оценка заболеваемости женщин, осложнившей течение беременности, показала, что на 100 женщин, закончивших беременность,

частота угрозы преждевременных родов в Санкт-Петербурге в среднем за пять изучаемых лет была на 6,0% ниже, чем в целом по стране ($t=1,4$; $p>0,05$) и федеральному округу ($t=1,7$; $p>0,05$) и имела тенденцию к незначительному снижению в 3,7% [13] (таблица 3.2).

Таблица 3.2 - Частота выявляемости угрозы преждевременных родов, ГСД и болезней БМС и БЭС, осложнивших течение беременности, в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Класс болезней	Тер. Ед.	2018	2019	2020	2021	2022	Среднее за пять лет	Разница между 2018 и 2022 гг. (%)	Разница между 2018 и 2022 гг. t (p)
Угроза преждевременных родов	РФ	12,7	12,9	11,4	10,5	10,5	11,6	-17,3	19,5 (<0,01)
	СЗФО	14,6	13,4	11,0	9,7	9,1	11,6	-20,8	14,3 (<0,01)
	СПб	11,3	11,7	10,6	10,8	10,0	10,9	-3,7	2,2 (<0,05)
БМС	РФ	16,6	16,9	16,3	15,8	16,1	16,3	-1,8	4,5 (<0,01)
	СЗФО	25,3	22,1	22,6	22,3	22,0	22,9	-13,0	9,2 (<0,01)
	СПб	21,2	19,6	20,2	20,3	19,6	20,1	-7,5	2,9 (<0,05)
ГСД	РФ	5,84	7,21	7,76	9,01	10,45	8,1	+44,1	40,2 (<0,01)
	СЗФО	9,37	10,64	10,92	12,25	14,23	11,5	+18,5	12,7 (<0,01)
	СПб	11,67	13,30	13,61	15,70	17,71	14,4	+34,1	10,6 (<0,01)
БЭС	РФ	8,42	9,29	9,54	10,18	11,14	9,7	+24,4	23,9 (<0,01)
	СЗФО	13,3	13,67	13,96	14,19	14,83	14,0	+10,3	4,0 (<0,05)
	СПб	16,0	16,57	17,3	17,7	17,17	16,9	+6,8	2,1 (<0,05)

Также в мегаполисе в этот период снижались БМС (-7,7%), уровень которых был выше, чем в среднем в Российской Федерации на 18,8% ($t=9,4$; $p<0,01$), но ниже, чем в среднем по СЗФО на 12,2% ($t=6,0$; $p<0,01$) [148]. В то же время заболеваемость беременных города ГСД превышала значения по России на 43,8% ($t=15,5$; $p<0,01$) и по округу на 20,1% ($t=6,0$; $p<0,01$), а в 2018-2022 гг. она в городе повысилась на 34,1%. Установлено, что в целом за пять лет в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге выросла вся заболеваемость беременных болезнями эндокринной системы, однако в мегаполисе рост был менее существенный и составил 6,8%. Заболеваемость беременных Санкт-Петербурга этим классом болезней превышала средние показатели по стране на 42,7% ($t=17,9$; $p<0,01$), а по СЗФО – на 17,8% ($t=6,2$; $p<0,01$).

Исследование показало (таблица 3.3), что в Санкт-Петербурге при снижении заболеваемости беременных БСК (-4,6%), значительно выросла частота выявляемости у женщин в период беременности венозных осложнений (+11,0%) и анемии (+14,4%). При этом частота венозных осложнений превышала значения по России в 2,2 раза ($t=17,9$; $p<0,01$), а по округу – в 1,4 раза ($t=7,9$; $p<0,01$), а заболеваемость БСК была выше средних по стране в 1,5 раз ($t=7,9$; $p<0,01$) и по округу в 1,2 раза ($t=4,1$; $p<0,01$). Заболеваемость беременных анемией в мегаполисе была выше на 4,4%, чем в среднем по стране ($t=4,6$; $p<0,01$), и на 2,8%, чем в федеральном округе ($t=2,3$; $p<0,05$).

Таблица 3.3 - Частота выявляемости венозных осложнений, анемии и БСК, осложнивших течение беременности, в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Класс болезней	Тер. Ед.	2018	2019	2020	2021	2022	Среднее за пять лет	Разница между 2018 и 2022 гг. (%)	Разница между 2018 и 2022 гг. t (p)
Венозные осложнения	РФ	5,8	6,5	6,1	6,4	6,7	6,3	+7,9	7,8 (<0,01)
	СЗФО	9,4	9,9	9,5	9,9	10,2	9,8	+7,8	2,1 (<0,05)
	СПБ	12,9	13,2	13,4	14,3	14,5	13,7	+11,0	2,8 (<0,05)
Анемия	РФ	35,6	36,0	35,5	35,4	34,6	35,4	-2,8	10,4 (<0,01)
	СЗФО	37,3	38,5	37,9	37,9	38,5	38,0	+3,1	3,7 (<0,05)
	СПБ	33,9	36,8	37,5	37,4	39,6	37,0	+14,4	11,6 (<0,01)
БСК	РФ	7,59	7,38	6,64	6,19	5,93	6,7	-21,9	14,4 (<0,01)
	СЗФО	8,95	8,92	7,92	7,17	7,34	8,1	-18,0	4,1 (>0,05)
	СПБ	10,37	10,76	10,04	9,17	9,91	10,1	-4,6	0,8 (>0,1)

Из всей экстрагенитальной патологии в акушерстве особая роль отводится АГ (существовавшей ранее гипертензии, осложняющей беременность, роды и послеродовый период), что связано с высоким риском для жизни матери и ребенка при наличии данной патологии. АГ способна осложнять течение беременности такими состояниями, как плацентарная недостаточность, антенатальная и перинатальная гибель плода или синдром задержки его роста, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, акушерские кровотечения, эклампсия и др. Выявлено (таблица 3.4), что в Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. данный вид экстрагенитальной патологии был на 7,3% и 8,0%

выше, чем в среднем в Российской Федерации ($t=11,5$; $p<0,01$) и СЗФО ($t=9,9$; $p<0,01$) и имел тенденцию к снижению (-13,6%). В то же время заболеваемость преэклампсией средней тяжести и тяжелой существенно превышала средние по стране и федеральному округу значения.

Таблица 3.4 - Заболеваемость беременных АГ, преэклампсией и эклампсией, осложнившими течение родов в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Класс болезней	Тер. Ед.	2018	2019	2020	2021	2022	Среднее за пять лет	Разница между 2018 и 2022 гг. (%)	Разница между 2018 и 2022 гг. t (p)
АГ	РФ	47,9	47,9	46,4	46,3	48,0	47,3	-0,2	1,1 (>0,05)
	СЗФО	46,5	46,5	45,5	48,8	50,8	47,6	+8,5	14,7 (<0,01)
	СПБ	47,8	47,8	39,4	42,6	41,3	43,8	-13,6	14,0 (<0,01)
Преэклампсия средней тяжести	РФ	30,5	30,5	28,4	29,4	28,0	29,4	-8,2	24,8 (<0,01)
	СЗФО	38,4	38,4	40,6	38,9	36,5	38,6	+4,9	5,9 (<0,01)
	СПБ	50,6	50,6	53,9	52,2	50,0	51,5	+1,2	1,4 (>0,05)
Преэклампсия тяжелая	РФ	9,4	9,4	9,3	9,3	9,0	9,3	-4,3	3,5 (<0,05)
	СЗФО	13,4	13,4	14,1	12,0	12,9	13,2	-3,7	1,9 (>0,05)
	СПБ	19,4	19,4	18,8	15,2	18,3	18,2	-5,7	2,0 (<0,05)
Эклампсия во время беременности	РФ	0,13	0,13	0,13	0,13	0,16	0,10	-18,8	0,3 (>0,1)
	СЗФО	0,11	0,11	0,15	0,13	0,29	0,20	+62,1	0,4 (>0,1)
	СПБ	0,12	0,12	0,11	0,10	0,20	0,10	-40,0	0,1 (>0,1)

Как следует из таблицы 3.4, частота преэклампсии средней тяжести в мегаполисе была выше среднероссийских значений в 1,8 раза ($t=66,4$; $p<0,01$), а среднеокружных – в 1,3 раза ($t=35,0$; $p<0,01$) и выросла в 2022 г. к уровню 2018 г. на 1,2%. Частота тяжелой преэклампсии в Санкт-Петербурге превышала средние по России значения в 2,0 раза ($t=22,2$; $p<0,01$), а в СЗФО – в 1,4 раза ($t=10,9$; $p<0,01$) и снизилась на 5,7%. Также прослеживалось снижение эклампсия во время беременности, однако, оно было статистически не значимо, и ее частота не имела достоверных отличий от среднероссийских и среднеокружных значений.

В процессе исследования проанализирована частота выявляемости у беременных предлежания плаценты и ее преждевременной отслойки (таблица 3.5)

Таблица 3.5 - Заболеваемость беременных предлежанием плаценты и ее преждевременной отслойкой, осложнившими течение родов, в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Класс болезней	Тер. Ед.	2018	2019	2020	2021	2022	Среднее за пять лет	Разница между 2018 и 2022 гг. (%)	Разница между 2018 и 2022 гг. t (p)
Предлежание плаценты с кровотечением	РФ	1,85	1,85	1,66	1,60	1,71	1,7	-7,6	1,2 (>0,05)
	СЗФО	1,92	1,92	1,69	1,99	2,54	2,0	+4,0	1,5 (>0,05)
	СПБ	1,94	1,94	1,67	2,11	3,66	2,3	+15,7	2,8 (<0,05)
Предлежание плаценты без кровотечения	РФ	4,31	4,31	4,33	1,60	1,71	3,3	-26,2	22,0 (<0,01)
	СЗФО	4,47	4,47	4,72	1,99	2,54	3,6	-19,4	4,8 (<0,01)
	СПБ	6,62	6,62	7,24	2,11	3,66	5,3	-19,9	4,8 (<0,01)
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	РФ	9,3	9,3	9,1	9,1	9,2	9,2	-1,1	0,9 (>0,1)
	СЗФО	9,4	9,4	10,2	9,9	9,1	9,6	-2,1	0,8 (>0,1)
	СПБ	8,2	8,2	9,6	8,4	7,7	8,4	-2,4	0,8 (>0,1)

Выявлено, что предлежание плаценты с кровотечением и без кровотечения диагностировалось у беременных и родильниц мегаполиса существенно чаще, чем в среднем по стране и округу. Уровень частоты предлежания плаценты без кровотечения был выше среднего значения по стране в 1,6 раза ($t=4,6$; $p<0,01$) и по федеральному округу – в 1,5 раза ($t=3,4$; $p<0,05$) и за пять лет снизился на 19,9%. Несмотря на то, что частота предлежания плаценты с кровотечением была выше среднего значения по стране в 1,4 раза, а по федеральному округу в 1,2 раза, данные различия не были статистически значимы ($t=1,4$ и $0,6$; $p>0,05$). В городе прослеживался рост выявляемости предлежания плаценты с кровотечением, который составил 15,7%. Оценка частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты показала, что в Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. она была ниже среднеокружных значений на 8,7% ($t=2,0$; $p<0,05$), а среднероссийских – на 12,5% ($t=2,4$; $p<0,05$) и к 2022 г. ее частота выросла.

Одной из основных функций отделений патологии беременности является пролонгация беременности и определение тактики ведения родов с целью наименьшего риска для здоровья матери и ребенка. Учитывая превышающую

средние по Российской Федерации и СЗФО значения частоты осложненных родов, была изучена частота нарушений родовой деятельности (слабость родовой деятельности, стремительные роды, дискоординация родовой деятельности и др.), затрудненных родов и разрывов матки (таблица 3.6).

Таблица 3.6 - Частота затрудненных родов, нарушений родовой деятельности и разрывов матки в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (на 1000 родов)

Класс болезней	Тер. Ед.	2018	2019	2020	2021	2022	Среднее за пять лет	Разница между 2018 и 2022 гг. (%)	Разница между 2018 и 2022 гг. t (p)
Нарушение родовой деятельности	РФ	77,2	77,2	76,0	68,1	68,6	73,4	-11,1	136,8 (<0,01)
	СЗФО	89,2	89,2	86,4	78,8	83,7	85,5	-6,2	36,1 (<0,01)
	СПБ	58,4	58,4	58,7	54,2	64,3	58,8	+9,2	15,4 (<0,01)
Затрудненные роды	РФ	60,9	60,9	59,6	54,4	51,5	57,5	-15,4	118,0 (<0,01)
	СЗФО	71,7	71,7	62,3	66,6	53,0	65,1	-26,1	73,4 (<0,01)
	СПБ	52,5	52,5	52,4	43,4	47,8	49,7	-9,0	10,7 (<0,01)
Разрыв матки	РФ	0,18	0,18	0,18	0,18	0,19	0,2	+5,3	0,1 (>0,1)
	СЗФО	0,27	0,27	0,33	0,33	0,38	0,3	+28,9	0,3 (>0,1)
	СПБ	0,34	0,34	0,38	0,50	0,55	0,4	+38,2	0,3 (>0,1)

Проведенное исследование позволило установить, что в изучаемый период в Санкт-Петербурге частота нарушений родовой деятельности определялась значительно реже, чем в среднем в Российской Федерации в 1,2 раза ($t=51,8$; $p<0,01$) и в СЗФО - в 1,5 раза ($t=89,3$; $p<0,01$). В отличие от страны и округа в целом, частота осложненных родов в мегаполисе имела тенденцию к росту (+9,2%). Оценка частоты затрудненных родов выявила, что показатель в Санкт-Петербурге в среднем за пять изучаемых лет был ниже среднероссийского ($t=89,3$; $p<0,01$) и среднеокружного значений ($t=89,3$; $p<0,01$) в 1,2 и в 1,3 раза соответственно. Частота затрудненных родов в городе в 2022 г. снизилась на 9,0% к уровню 2018 г.

Как правило разрывы матки являются следствием несостоятельности рубца на матке, возникшим в результате проведенных ранее на ней оперативных вмешательств. Среди них наиболее частой причиной рубца на матке является применения в предыдущих родах КС. Оценка частоты разрывов матки в 2018–2022 гг. в Санкт-Петербурге выявила, что на каждые 1000 родов встречаемость

этого осложнения была в среднем 0,4 случая и в 2022 г. к уровню 2018 г. она выросла в 1,6 раза (рисунок 3.16). Несмотря на то, что уровень частоты разрывов матки в изучаемый период в мегаполисе был выше, чем в среднем по стране и федеральному округу, данные различия не были статистически значимыми ($p>0,1$).

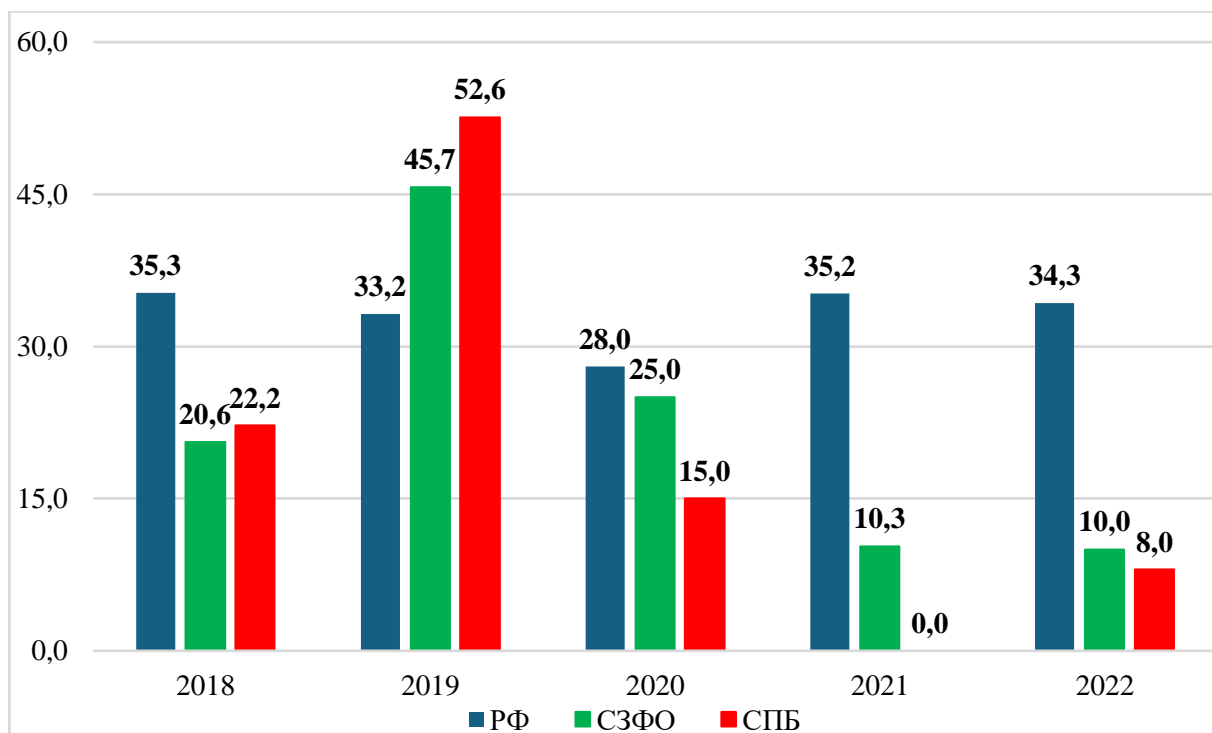


Рисунок 3.16 - Удельный вес разрывов матки вне стационара от общего числа разрывов матки в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. (в %)

Удельный вес разрывов матки вне организации родовспоможения от общего числа разрывов матки является показателем, характеризующим своевременность оказания медицинской помощи родильницам в акушерских стационарах. Выявлено, что кроме 2019 г., доля разрывов матки вне стационара в Санкт-Петербурге была существенно ниже, чем в Российской Федерации и СЗФО (19,6% против 33,2% и 22,3% соответственно). В 2022 г. удельный вес разрывов матки вне стационара от общего числа разрывов матки в Санкт-Петербурге снизился к уровню 2018 г. в 2,8 раз. При этом в 2021 г. данный показатель в мегаполисе достиг нулевого значения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при более низкой заболеваемости беременных рожениц и родильниц, имеющей тенденцию к снижению, в мегаполисе наблюдается более высокая в сравнении со

среднероссийским уровнем, заболеваемость БМС и БЭС (на 18,8% и 42,7% соответственно), ГСД (на 43,8%), БСК (на 33,7%), венозными осложнениями (на 54,0%), анемией (на 4,4%), преэклампсией средней тяжести (на 42,5%) и тяжелой (на 48,9%), предлежанием плаценты с кровотечением (на 26,1%) и частотой разрывов матки (на 50,0%). В то же время в Санкт-Петербурге была ниже частота угрозы преждевременных родов (на 6,0%), АГ (на 7,4%), преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (на 12,5%), нарушений родовой деятельности (на 19,9%) и затрудненных родов (на 13,5%). Снижение заболеваемости беременных, рожениц и родильниц в 2018–2022 гг. обеспечивалось снижением частоты угрозы преждевременных родов (-3,7%), БСК (-4,6%), АГ (-13,6%), тяжелой преэклампсии (-5,7%), предлежания плаценты без кровотечения (-19,9%), преждевременной отслойки плаценты (-2,4%) и затрудненных родов (-9,0%).

Подводя итог под вышесказанным следует отметить, что в мегаполисе при низких достаточно низких показателях заболеваемости классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период наблюдался высокий уровень осложненных родов и материнской смертности, а частота применения КС в родах была значительно ниже, чем в целом по стране. С одной стороны, это может быть связано с недостатками в работе медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля по своевременному выявлению и лечению заболеваний во время беременности. С другой стороны - с концентрацией беременных, рожениц и родильниц из регионов СЗФО и всей Российской Федерации для родоразрешения в акушерских стационарах города. Учитывая сложившуюся ситуацию, целесообразно провести всесторонний комплексный анализ дородового этапа лечения беременных в отделениях патологии беременности на всех уровнях акушерских стационаров Санкт-Петербурга.

Глава 4. ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

4.1. Обеспеченность женского населения койками патологии беременности

Показатель обеспеченности населения больничными койками позволяет судить о доступности специализированной медицинской помощи. Соответственно, показатель обеспеченности женщин фертильного возраста койками патологии беременности может дать представление о доступности акушерско-гинекологической помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями или осложнениями беременности в стационарных условиях. Установлено, что обеспеченность койками патологии беременности мегаполиса была ниже показателей по Российской Федерации в течение всего изучаемого пятилетнего периода и только в 2020 г. она на 1,2% превысила уровень по СЗФО (рисунок 4.1).

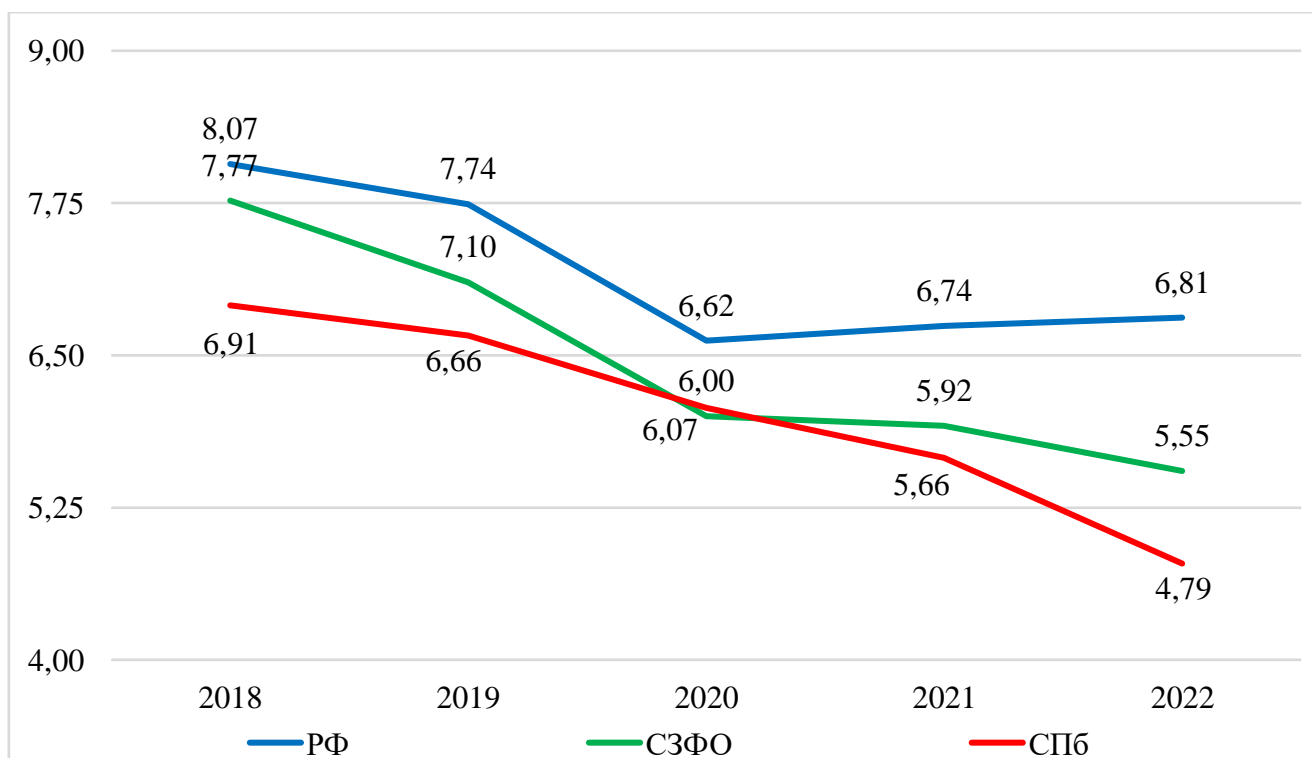


Рисунок 4.1 - Динамика обеспеченности койками патологии беременности Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурга в 2018–2022 гг. (на 10 000 женщин фертильного возраста)

При этом средний в 2018-2022 гг. показатель обеспеченности койками данного профиля составил 6,02‰, что было ниже среднего значения в

Российской Федерации на 16,4% или 1,18 ‰ в абсолютных значениях (7,20 ‰; $t=4,44$; $p<0,01$) и ниже на 7,0% или 0,45 ‰, чем в среднем в СЗФО (6,47 ‰; $t=0,67$; $p>0,05$). Исследование показало, что, как в целом по стране, так и в федеральном округе и городе, наблюдались ежегодные темпы снижения, как обеспеченности койками, так и абсолютного числа коек данного профиля. Общее снижение обеспеченности койками патологии беременности женщин фертильного возраста мегаполиса в 2018-2022 гг. составило 30,7% ($t=13,28$; $p<0,01$), что превышало темпы снижения этих показателей в Российской Федерации и СЗФО (15,5% и 28,6%; $t=19,79$ и $10,91$; $p<0,01$) [91].

Оценка вклада коек патологии беременности в акушерский коечный фонд в Санкт-Петербурга выявила, что в среднем в 2018–2022 гг. удельный вес этих коек в мегаполисе был ниже, чем в среднем по стране и федеральному округу (42,7% против 46,3% и 45,2%). Разница со среднероссийским показателем составила 7,6% или в абсолютных значениях 5,1% ($t=0,22$; $p>0,1$), а со среднеокружным - 5,4% и 3,4% соответственно ($t=0,36$; $p>0,1$). Сравнительный анализ динамики показателей удельного веса коек патологии беременности в общем числе акушерских коек города показал, что, если в Российской Федерации показатели в 2018–2022 гг. практически не менялись (незначительное снижение на 0,2%), то в СЗФО и Санкт-Петербурге удельный вес коек данного профиля снизился на 6,4% и 10,4% соответственно. Однако, несмотря на более высокие темпы снижения показателей, как в СЗФО, так и в мегаполисе, изменения этих показателей не имели статистически достоверной разницы ($t=1,97$; $p>0,05$). Пятилетняя динамика удельного веса коек патологии беременности в общем числе акушерских коек представлена на рисунке 4.2.

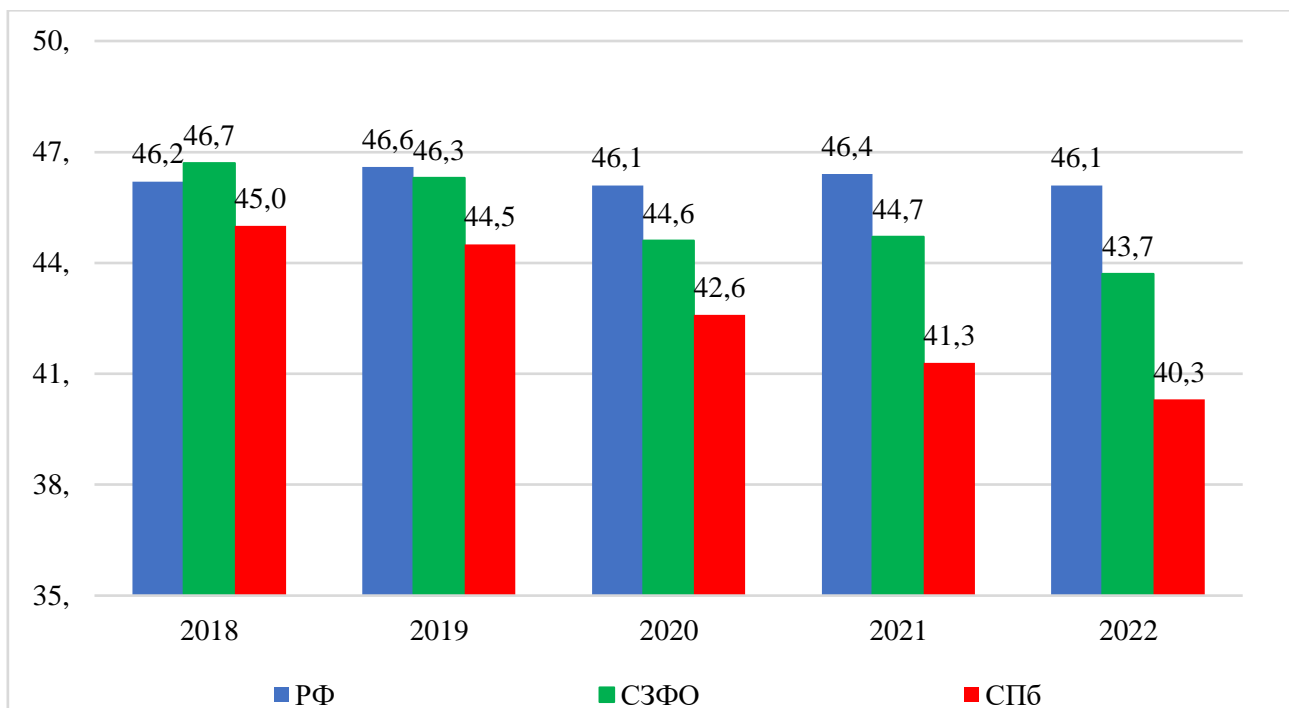


Рисунок 4.2 - Динамика удельного веса коек патологии беременности в общем числе акушерских коек Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурга в 2018–2022 гг. (в %)

Оценка и анализ представленных выше данных позволили изучить показатели удельного веса коек патологии беременности Санкт-Петербурга в числе коек патологии беременности СЗФО, которые представлены на рисунке 4.3.

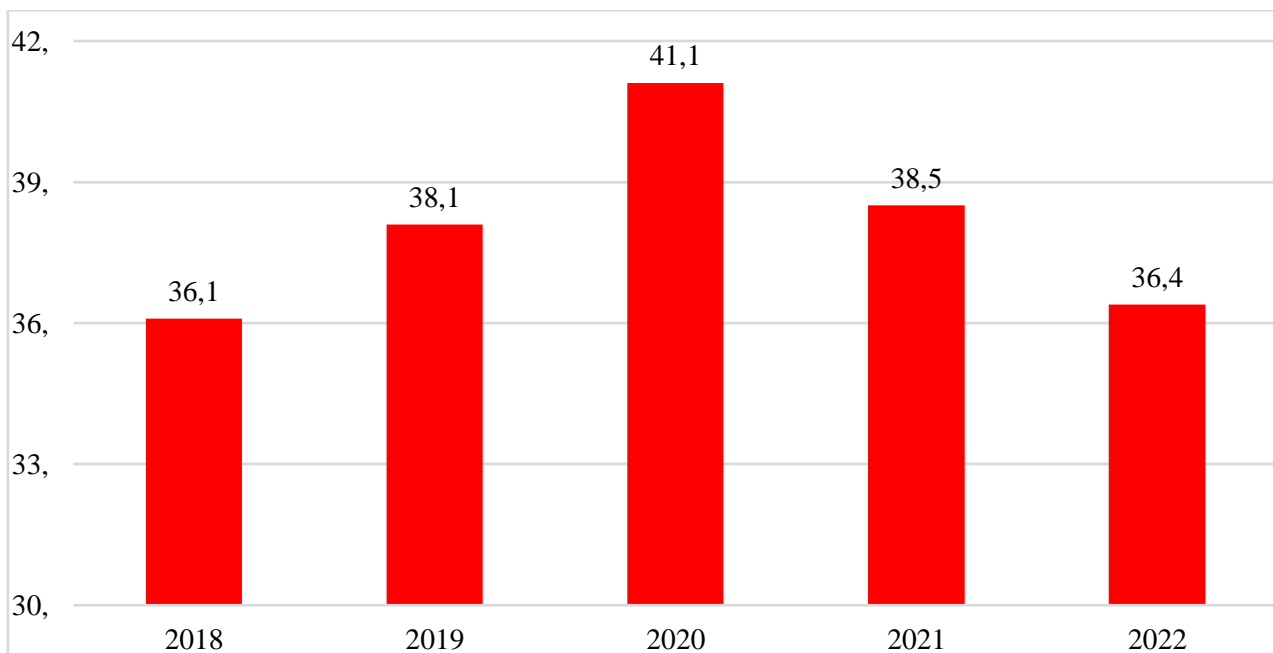


Рисунок 4.3 - Динамика удельного веса коек патологии беременности Санкт-Петербурга в общем числе коек патологии беременности СЗФО в 2018–2022 гг. (в %)

Отмечено, что удельный вес коек данного профиля составлял 36,1% в 2018 г. и максимального значения показатель достиг в ковидном 2020 г. (41,1%), а далее снова наблюдалось ежегодное снижение до уровня в 36,4% в 2022 г. В среднем за пять лет удельный вес коек патологии беременности Санкт-Петербурга в общем числе коек этого профиля СЗФО составил 38,0%, а пятилетний прирост показателя составил 0,8% или 0,3% в абсолютных значениях ($t=0,14$; $p>0,1$).

Таким образом, в сравнении с Российской Федерацией и СЗФО, мегаполис имел более низкую обеспеченность койками патологии беременности и более низкий удельный вес коек данного профиля в структуре акушерского коечного фонда. При этом доля коек патологии беременности Санкт-Петербурга в общем числе коек патологии беременности федерального округа составляла в среднем 38,0%.

4.2 Мониторинг показателей использования коечного фонда отделений патологии беременности

С целью анализа эффективности работы коек патологии беременности организаций родовспоможения города было осуществлено исследование показателей использования коек коечного фонда ОПБ мегаполиса. Для оценки результативности использования кадровых, материально-технических, финансовых и других ресурсов акушерских стационаров первоначально была проведена сравнительная оценка показателей среднего числа дней занятости койки патологии беременности в году (работа или функция койки патологии беременности). Установлено, что в Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг. в среднем она составляла 264,6 дней и была ниже среднероссийского показателя на 6,4% или 18,2 дня, а среднеокружного показателя – на 5,4% или 15,2 дня (таблица 4.1). При этом в 2020 г., как в России в целом, так и в СЗФО и мегаполисе, наблюдалось резкое снижение показателей среднего числа дней занятости койки патологии беременности в году. Однако, если в целом по стране работа этих коек ежегодно росла, то в федеральном округе и Санкт-Петербурге после подъема в

2021 г. последовало снижение показателей. К 2022 г. средняя занятость койки в городе снизилась до минимального за пять лет значения в 242 дня. В целом к уровню 2018 г. работа койки патологии беременности в 2022 г. снизилась на 15,1% или 43 дня, что существенно превышало темпы снижения по России (-2,0% или 6,0 дней), но не значительно в СЗФО (14,1% или 43 дня).

Таблица 4.1 - Динамика показателей использования коечного фонда ОПБ в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018–2022 гг.

Тер. Ед.	2018	2019	2020	2021	2022	Среднее за пять лет	Разница между 2018 и 2022 гг. (%)
Средняя занятость койки в году (в днях)							
Россия	299,0	292,0	262,0	268,0	293,0	282,8	-2,0
СЗФО	304,0	304,0	262,0	268,0	261,0	279,8	-14,1
Санкт-Петербург	285,0	288,0	239,0	269,0	242,0	264,6	-15,1
Средняя длительность пребывания на койке (в днях)							
Россия	7,6	7,4	7,0	6,7	6,7	7,1	-11,8
СЗФО	8,1	7,9	7,3	6,8	6,7	7,4	-17,3
Санкт-Петербург	7,0	6,8	6,3	5,9	5,6	6,3	-20,0
Оборот койки							
Россия	39,34	39,46	37,43	40,00	38,96	39,04	-1,0
СЗФО	37,53	38,48	35,89	39,41	39,40	38,14	+4,7
Санкт-Петербург	40,71	42,35	37,94	45,59	45,36	42,39	+10,3
Среднее время простоя койки (в днях)							
Россия	1,68	1,85	2,75	2,43	1,85	2,11	+9,2
СЗФО	1,63	1,59	2,87	2,46	2,64	2,24	+38,3
Санкт-Петербург	1,97	1,82	2,79	2,11	2,71	2,28	+27,3

Критерием, характеризующим организацию и качество стационарного лечения беременных в организациях родовспоможения, является средняя длительность пребывания пациенток на койках патологии беременности. Проведенная оценка средней длительности пребывания пациенток на койках патологии беременности в Санкт-Петербурге позволяет определить, что, как и средняя занятость койки в году, данный показатель был ниже средних по стране и округу значений все изучаемые годы. Средний за пять лет показатель в мегаполисе был ниже среднего по стране на 10,7% или 0,8 дней, а по федеральному округу – на 14,1% или 1,0 день. В мегаполисе, как и в Российской

Федерации и СЗФО, прослеживается динамика снижения средней длительности пребывания беременных на койках патологии беременности, только с более существенной разницей за пятилетний период (-20,0% или 1,4 дня) [3]. Одновременно с этим выявлено, что только в Санкт-Петербурге показатели средней длительности пребывания пациенток на койках патологии беременности не превышали рекомендуемые Письмами Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» показатели по профилю «акушерство-гинекология» установленным в 6,6 дней [104].

Как видно из таблицы 4.1, снижение сроков пребывания женщин на койках патологии беременности в России, СЗФО и Санкт-Петербурге было достигнуто за счет повышения оборота этих коек. Показатель оборота койки отделений патологии беременности дает представление о среднем числе беременных, пролеченных на одной такой койке в акушерском стационаре. Выявлено, что в мегаполисе показатели оборота этих коек все изучаемые годы превышали показатели по стране и федеральному округу. При этом разница со среднероссийским показателем составила 7,9% или 3,35 в абсолютных значениях, а со среднеокружным уровнем – 10,0% или 4,25 соответственно. Прирост показателя оборота койки патологии беременности в Санкт-Петербурге в 2022 г. к уровню 2018 г. составил 10,3% или 4,65, что более существенно, чем в среднем по округу, где прирост был только 4,7% и 1,87 соответственно. В то же время в целом по стране оборот койки патологии беременности снизился (на 1,0% и 0,38).

При анализе эффективности использования коечного фонда, включая акушерские стационары, ключевым показателем является среднее время простоя койки (время простоя на один оборот). Этот показатель дает возможность оценить, сколько времени в среднем койка для лечения патологий беременности оставалась незанятой между выпиской одной пациентки и поступлением следующей. Простой койки напрямую зависит от работы койки патологии беременности и среднего числа пролеченных на ней беременных. Как показало

проведенное исследование, в среднем за пять лет показатель простоя коек патологии беременности в мегаполисе составил 2,28 дня, что было ниже среднего по стране значения на 7,4% или 0,17 дня, а среднего значения в федеральном округе – на 1,8% или 0,04 дня соответственно. Оценка динамики простоя коек выявила, что, как в целом по стране, так и в СЗФО и Санкт-Петербурге, показатели к 2022 г выросли по сравнению с уровнем 2018 г. Однако, если в мегаполисе рост составил 27,3% или 0,74 дня, то федеральном округе он был более ощутимый – 38,3% или 1,01 дня. В то же время в целом по стране среднее время простоя за пять изучаемых лет снизилось менее существенно – 9,2% или 0,17 дней. Выявлено, что средняя продолжительность простоя койки для патологии беременности в Санкт-Петербурге на протяжении всего исследуемого периода не превышала рекомендованных значений для акушерских коек, составляющих 2,5–3,0 дня [104]. В 2018, 2019 и 2021 годах данный показатель оказался даже ниже указанного диапазона.

Оценка корреляционной связи между показателями заболеваемости женщин фертильного возраста по XV классу болезней МКБ-10 и использованием коечного фонда отделений патологии беременности в период с 2018 по 2022 годы выявила сильную корреляцию только между заболеваемостью и средней продолжительностью пребывания беременных в стационаре патологии беременности в Российской Федерации ($r_{xy}=0,93$) и Санкт-Петербурге ($r_{xy}=0,71$). В СЗФО корреляционная связь между данными показателями была прямая умеренная ($r_{xy}=0,59$). Соответственно, фактор снижения заболеваемости беременных, рожениц и родильниц мегаполиса в Российской Федерации и мегаполисе оказывает значимое влияние на уменьшение средней длительности пребывания беременных на койке патологии беременности.

Таким образом, работа койки патологии беременности и средняя длительность пребывания на них пациенток в Санкт-Петербурге была ниже значений по стране и федеральному округу, а оборот коек выше. Однако, в мегаполисе, как в России и СЗФО, наблюдалось снижение данных показателей, но с более существенной разницей за пятилетний период (на 15,1% 20,0%

соответственно), что достигалось за счет повышения оборота коек этого профиля. Несмотря на колебания показателей, простой койки в мегаполисе вырос, как целом в России и СЗФО, но рост, было менее значительным, чем в федеральном округе, но более значительным, чем в целом по стране (+27,3%). Средняя продолжительность пребывания беременных на койке в отделении патологии беременности и среднее время простоя этой койки в мегаполисе не превышали рекомендованных норм. Таким образом, несмотря на меньшую обеспеченность женщин мегаполиса койками патологии беременности, их использование оказывается более эффективным по сравнению с общими показателями по стране и федеральному округу. В то же время заболеваемость женщин в период беременности, родов и послеродовой период не оказывает существенного влияния на среднегодовую занятость койки патологии беременности, ее среднее время простоя и оборот, а влияет только на среднюю длительность пребывания женщин на койках данного профиля [50].

В процессе исследования был проведен анализ эффективности использования коечного фонда ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-ого уровней Санкт-Петербурга. Оценка средней длительности пребывания пациенток в ОПБ выявила, что в акушерских стационарах 2-го уровня беременные находились в среднем в 2020–2022 гг. в 1,4 раза дольше, чем в акушерских стационарах 3-ого уровня (6,1 дня против 4,5 дней). В ОПБ РД отмечено сокращение средней продолжительности пребывания пациенток на койке патологии беременности, которое за три года составило 0,5 дней или 8,0%. В ОПБ ПЦ также прослеживалось снижение данного показателя в 2022 г. к уровню 2020 г., которое было более существенным и составило 0,9 дней или 18,4%. Средняя длительность пребывания пациенток на койке ОПБ в РД и ПЦ представлена на рисунке 4.4.

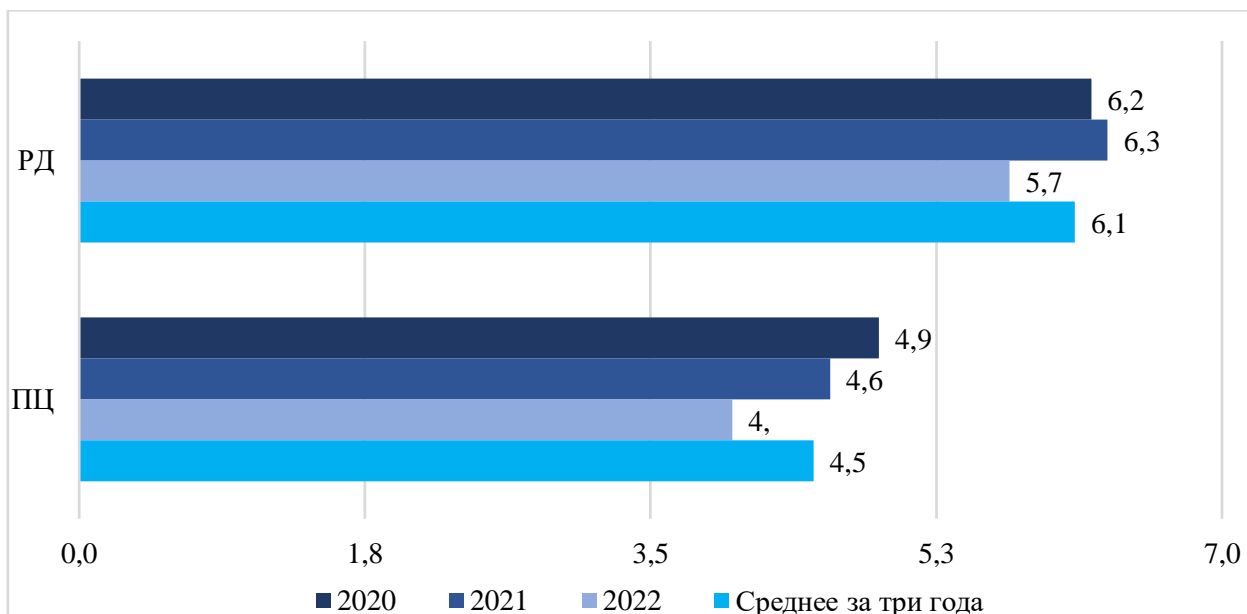


Рисунок 4.4 - Средняя длительность пребывания пациенток на койке ОПБ в РД и ПЦ (в днях)

Оценка среднего числа пациенток пролеченных в течение года на койке ОПБ выявила, что в среднем оборот койки в РД был меньше в 1,4 раз, чем в ПЦ (38,9 против 53,4). При этом наблюдалась тенденция к ежегодному увеличению показателей, как в РД, так и в ПЦ, которая была особенно выражена в ОПБ ПЦ, где прирост показателя в 2022 г. составил 1,8 раз. Оборот койки ОПБ в РД и ПЦ представлен на рисунке 4.5.

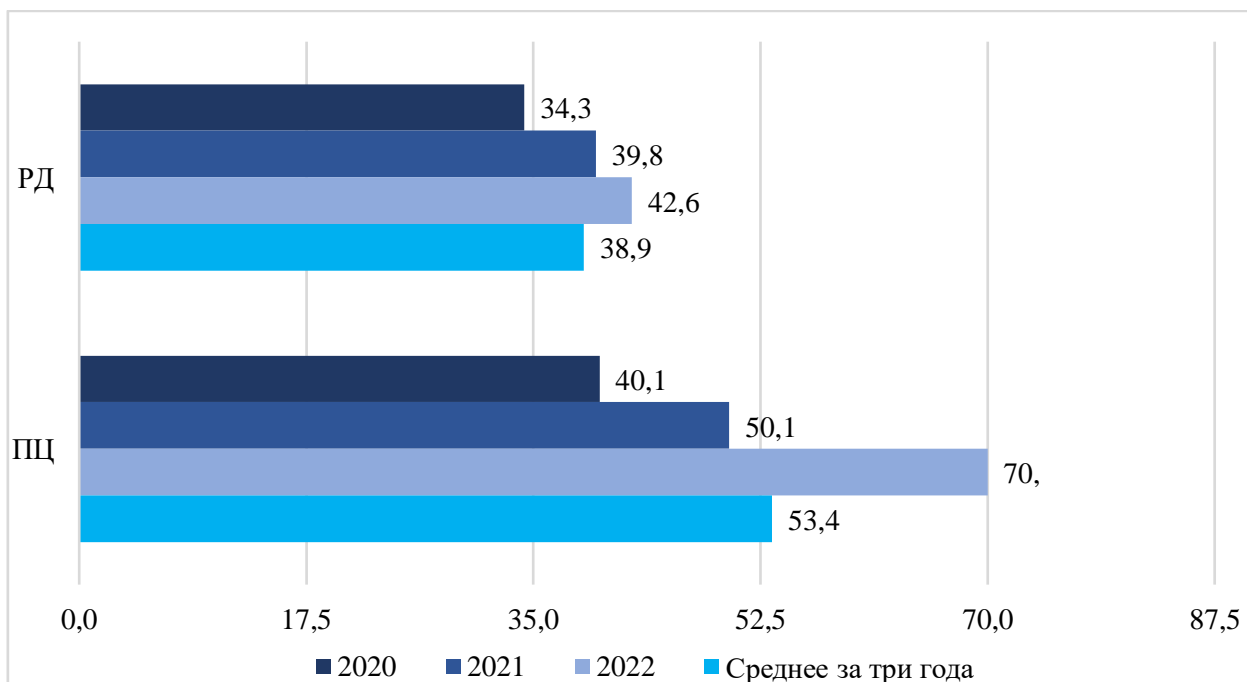


Рисунок 4.5 - Оборот койки ОПБ в РД и ПЦ

Анализ, который был проведен, показал, что в среднем за изучаемый период работа койки ОПБ в РД и ПЦ была практически одинаковой (235,5 и 236,3 дня соответственно). Работа койки ОПБ в РД и ПЦ представлена на рисунке 4.6.

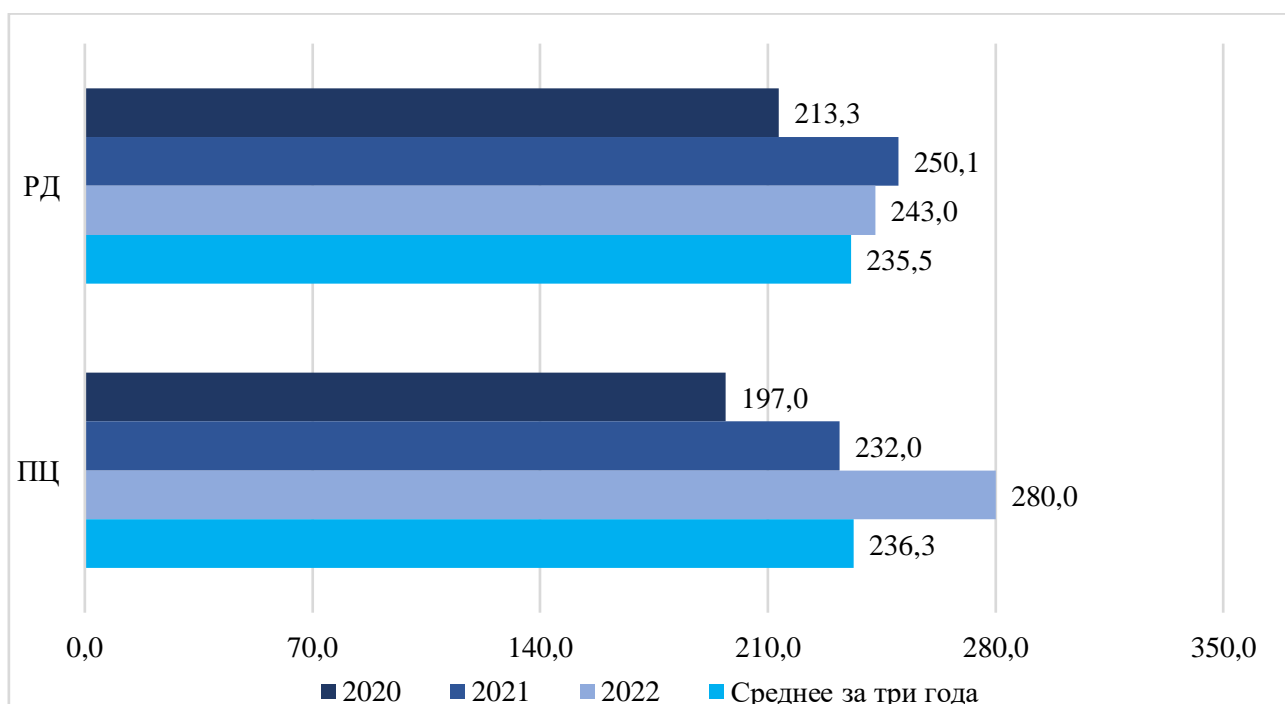


Рисунок 4.6 - Работа койки ОПБ в РД и ПЦ (в днях)

При этом наиболее длительно койка ОПБ РД работала в 2021 г., когда прирост к 2020 г. составил 36,8 дней или 14,7%, после чего произошло снижение функции койки на 7,1 дней или 2,8%. А в целом за три года работа койки РД выросла на 29,7 дней или 12,2%. Показатель работы койки ОПБ ПЦ в период 2020–2022 гг. ежегодно увеличивался: в 2021 г. прирост за год составил 35,0 дней или 15,1%, в 2022 г. – 48,0 дней или 17,1%. В целом за три года прирост работы койки был в 1,4 раза (83,0 дня или 29,6%).

Оценка показателя среднего времени простоя койки ОПБ на разных уровнях акушерских стационаров выявила, что наблюдалось ежегодное снижение простоя койки. Выявлено, что средний за три года показатель времени простоя в РД был в 1,3 раза выше, чем в ПЦ. В 2020 г., как в РД, так и в ПЦ, среднее время простоя койки превышало 4 дня. Далее в 2021 г. в РД время простоя койки снизилось на 1,51 дней или 34,3%, в 2022 г. – на 0,05 дней или 1,7%, а в целом за три года снижение составило 1,6 дней или 35,3%. В ОПБ ПЦ снижение в 2021 г. составило 1,57 дней или 37,4%, в 2022 г. – 1,42 дня или 54,0%, а в целом

за три года простой снизился на 2,99 дней или 71,2%. Среднее время простоя койки ОПБ в РД и ПЦ представлено на рисунке 4.7.

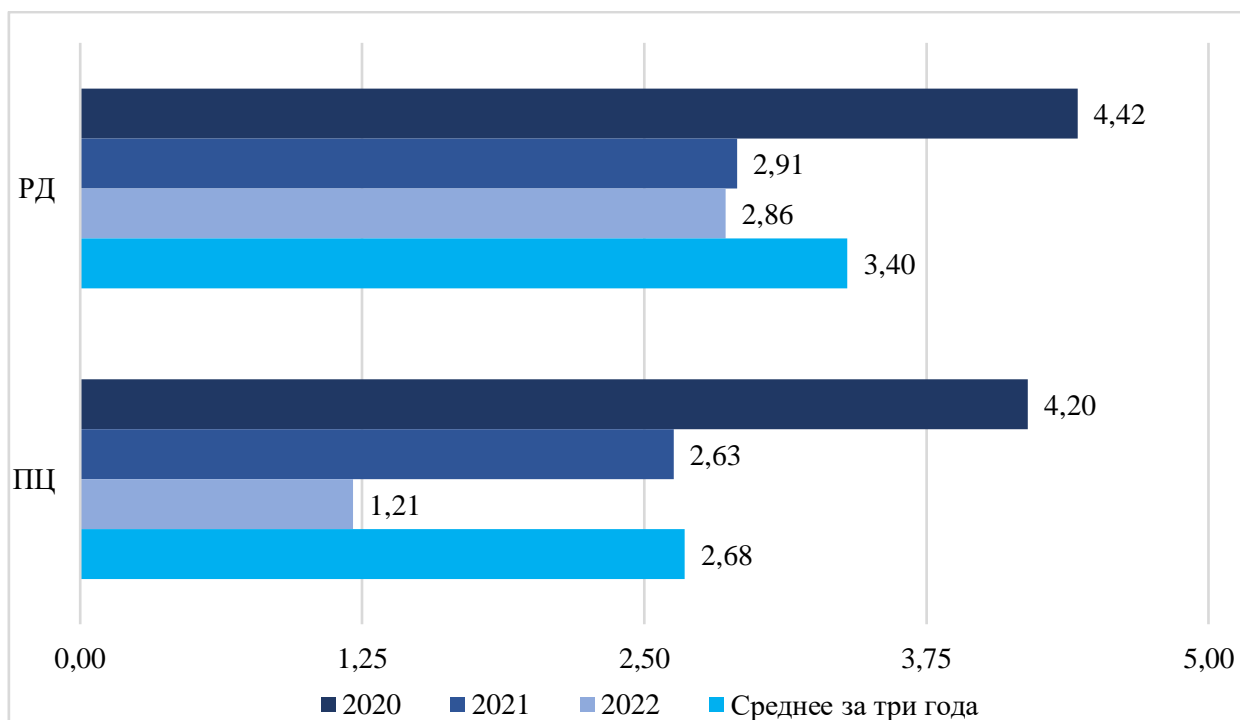


Рисунок 4.7 - Среднее время простоя койки ОПБ в РД и ПЦ (в днях)

Эффективность использования коек в ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-го уровней достигалась различными способами: в ОПБ РД это обеспечивалось за счет более продолжительного пребывания на койке при меньшем количестве госпитализированных беременных; в ОПБ ПЦ за счет коротких сроков госпитализации при большем числе пациенток, что позволило достичь оптимального времени простоя для акушерских коек.

4.3. Структура акушерской патологии и показатели деятельности отделений патологии беременности акушерских стационаров второго и третьего уровней

Согласно приказу 1130н [107], в РД, которые относятся к акушерским стационарам 2-го уровня, госпитализируют беременных, которые относятся к низкой и средней группе акушерского риска. Беременных высокой группы риска со 2-го уровня переводят на 3-й уровень в ПЦ. Основная акушерская патология, при которой беременных госпитализируют в ОПБ на второй уровень акушерских

стационаров являются: пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений; компенсированные заболевания дыхательной, эндокринной и пищеварительной систем, а также органов зрения; перенесенная беременность; крупный плод; анатомическое сужение таза I-II степени; тазовое предлежание; наличие в анамнезе мертворождение; рубец на матке при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового КС; после лечения бесплодия, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ); преждевременные роды при сроке гестации 34-36 нед.; преэклампсия средней степени тяжести и др.

Установлено (таблица 4.2), что в структуре акушерской патологии пациенток ОПБ РД Санкт-Петербурга значительно преобладала угроза прерывания беременности, которая в 2020-2022 гг. в среднем составляла 43,5%, но имела тенденцию к снижению (-8,5%; $t=2,4$ ($p<0,05$)).

Таблица 4.2 - Структура акушерской патологии пациенток ОПБ РД Санкт-Петербурга в 2020–2022 гг. (в % к итогу)

Вид патологии	Код по МКБ	2020	2021	2022	В среднем за три года	Разница между 2020 и 2022 гг. (%)	Разница между 2020 и 2022 гг. t (p)
Почечная патология	O23.0	11,5	10,4	10,8	10,9	-6,1	0,7 (>0,1)
Отеки беременных	O10-O12	7,3	9,0	9,4	8,6	+22,3	2,4 (<0,05)
Угроза прерывания беременности	O20.0, O47.0	45,7	42,1	41,8	43,2	-8,5	2,5 (<0,05)
Тазовое предлежание	O32.1	2,3	1,8	1,7	1,9	-26,1	1,3 (>0,05)
Преэклампсия средней тяжести	O14	6,8	4,9	6,3	6,0	-7,4	0,6 (>0,1)
Рубец на матке	O34.2	6,9	6,1	6,4	6,5	-7,2	0,6 (>0,1)
Плацентарная недостаточность	O43.8	1,2	1,7	2,0	1,6	+40,0	2,0 (<0,05)
ОРВИ	O98.5	1,3	1,5	2,4	1,7	+45,8	2,6 (<0,05)
Предвестники родов	O47.1	10,3	14,1	11,8	12,1	+12,7	1,5 (>0,05)
Преждевременное излитие околоплодных вод	O42	5,2	6,8	5,0	5,7	+3,8	0,3 (>0,1)
Прочие	-	1,5	1,6	2,4	1,8	+37,5	2,1 (<0,05)
Итого	-	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-

Предвестники родов (11,8%) занимают второе ранговое место, третье – почечная патология (10,9%). Помимо этого, отеки беременных, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде занимают существенную долю и в среднем составляли 8,6%. Установлено, что за три изучаемых года статистически значимо вырос удельный вес ОРВИ (+45,8%; $t=2,6$ ($p<0,05$), плацентарной недостаточности (+40,0%; $t=2,0$ ($p<0,05$) и отеков беременных (+22,2%; $t=2,4$ ($p<0,05$) и снизилась доля угрозы прерывания беременности (-8,5%; $t=2,5$ ($p<0,05$). Кроме того, прослеживался рост предвестников родов (+12,7%) и преждевременного излития околоплодных вод (+3,8%) и снижение – тазового предлежания (-26,1%), почечной патологии (-6,1%), преэклампсии средней тяжести (-7,4%), рубца на матке (-7,2%), но изменение данных показателей не имело статистически значимых различий [70].

ОПБ акушерских стационарах 3-го уровня ориентировано на круглосуточный прием беременных женщин с различной акушерской и соматической патологией: гестозы различной степени тяжести; угрожающие преждевременные роды, с ультразвуковыми и клиническими проявлениями несостоятельности шейки матки различной степени выраженности, в том числе и с пролабированием плодного пузыря (истмико-цервикальная недостаточность); предлежание и вращение плаценты; рубец на матке; миома матки; беременные с пороками развития плода; многоплодная беременность; ГСД на диете и инсулинотерапии; холестатический гепатоз; беременные с иммунной и неиммунной водянкой плода; беременные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, наследственной тромбофилией, ожирением, варикозной болезнью, заболеваниями щитовидной железы и др. [153].

Как показало исследование, структура акушерской патологии пациенток ОПБ ПЦ значительно отличалась от структуры акушерской патологии пациенток ОПБ РД. Первое ранговое место в ОПБ ПЦ принадлежало ГСД, удельный которого в среднем в 2020–2022 гг. был 19,3% (таблица 4.3.). На втором ранговом месте были анемии беременных (16,8%), на третьем - рубец на матке (14,5%), а на четвертом – врожденные аномалии (пороки развития), деформации и

хромосомные нарушения (10,3%). Выявлено, что в ОПБ ПЦ удельный вес угрозы прерывания беременности был в 4,7 раз реже, чем в ОПБ РД ($t=27,7$; $p<0,01$), рубец на матке в 2,2 раза ($t=7,9$; $p<0,01$) и чаще в 2,7 раза плацентарная недостаточность ($t=4,7$; $p<0,01$).

Таблица 4.3 - Структура акушерской патологии пациенток ОПБ ПЦ Санкт-Петербурга в 2020–2022 гг. (в % к итогу)

Вид патологии	Код по МКБ	2020	2021	2022	В среднем за три года	Разница между 2020 и 2022 гг. (%)	Разница между 2020 и 2022 гг. t (p)
Отеки беременных	O10-O12	7,6	10,4	6,3	8,1	-17,1	1,4 (>0,05)
Угроза прерывания беременности	O20.0, O47.0	11,1	9,8	6,8	9,1	-38,7	4,1 (<0,01)
Многоплодная беременность	O30	3,3	3,2	2,8	3,1	-15,2	0,8 (>0,1)
Преэклампсия средней тяжести и тяжелая	O14	3,2	3,1	2,9	3,1	-9,4	0,6 (>0,1)
Рубец на матке	O34.2	14,4	15,0	14,2	14,5	-1,4	0,2 (>0,1)
Плацентарная недостаточность	O43.8	2,3	5,5	4,7	4,3	+51,1	3,7 (<0,01)
Анемии беременных	O99.0	16,3	14,2	19,9	16,8	+18,1	2,6 (<0,05)
ВПР	Q00- Q99	12,2	10,0	9,1	10,3	-25,4	2,8 (<0,05)
Предлежание плаценты	O44.0	3,1	2,6	2,8	2,8	-9,7	0,5 (>0,1)
ГСД	O24.4	17,9	17,3	22,3	19,3	+19,7	3,0 (<0,05)
ИЦН	O34.3	3,6	3,9	3,2	3,6	-11,1	0,6 (>0,1)
Прочие	-	4,8	5,1	5,0	5	+4,0	0,3 (>0,1)
Итого	-	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-

Выявлено, что к 2022 г. к уровню 2020 г. в ОПБ ПЦ статистически значимо вырос удельный вес плацентарной недостаточности (+51,1%; $t=3,7$ ($p<0,01$)), ГСД (+19,7%; $t=3,0$ ($p<0,05$)) и анемии беременных (+18,1%; $t=2,6$ ($p<0,05$)) и снизился – удельный вес угрозы прерывания беременности (-38,7%; $t=4,1$ ($p<0,01$)) и ВПР (-25,4%; $t=2,8$ ($p<0,05$)). В то же время за изучаемый период снизилась доля отеков беременных (-17,1%), многоплодной беременности (-15,2%), ИЦН (-11,1%), предлежания плаценты и преэклампсии средней тяжести и тяжелой (-9,7% и -9,4% соответственно), но изменения значений показателей не имели статистической значимости.

Сравнительная оценка движения больных ОПБ РД и ОПБ ПЦ выявила существенные отличия в структуре (таблицы 4.4 и 4.5).

Таблица 4.4 - Движение больных ОПБ РД Санкт-Петербурга в 2020–2022 гг. (в % к итогу)

	2020	2021	2022	В среднем за три года	Разница между 2020 и 2022 гг. (%)	Разница между 2020 и 2022 гг. t (p)
Пролечено и выписано	67,1	65,7	63,3	65,4	-5,7	3,1 (<0,05)
Переводы, в т.ч.	4,4	3,5	3,6	3,8	-18,2	1,6 (>0,05)
- внутренние	1,7	1,8	1,3	1,6	-23,5	1,3 (>0,05)
- внешние	2,7	1,7	2,3	2,2	-14,8	1,0 (>0,05)
Родоразрешение	28,5	30,9	33,1	30,8	+13,9	4,1 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-

Как следует из таблицы 4.4, в ОПБ РД около двух третей пациенток (в среднем за три года 65,4%) было пролечено и выписано, переведено 3,8% и у 30,8% пациенток было родоразрешение в акушерском стационаре этого родильного дома. В 2020-2022 гг. статистически значимо снизилась доля пролеченных и выписанных беременных (-5,7%; %; t=3,1 (p<0,05) и выросла доля пациенток, госпитализация которых в ОПБ закончилась родами (+13,9%; %; t=4,1 (p<0,01)).

В ОПБ ПЦ наблюдалась противоположная тенденция: удельный вес пролеченных и выписанных беременных составлял меньшую часть исходов госпитализации (в среднем 24,7%), а родоразрешений большую часть (79,0%).

Таблица 4.5 - Движение больных ОПБ ПЦ Санкт-Петербурга в 2020–2022 гг. (в % к итогу)

Исход госпитализации	2020	2021	2022	В среднем за три года	Разница между 2020 и 2022 гг. (%)	Разница между 2020 и 2022 гг. t (p)
Пролечено и выписано	23,6	26,1	24,3	24,7	+2,9	0,4 (>0,1)
Родоразрешение	76,4	73,9	75,7	79,0	-0,9	0,4 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-

В отличие от ОПБ РД, где прослеживалась существенная разница между показателями 2020 и 2022 гг., которые во многом были обусловлены карантинными мероприятиями, связанными с пандемией новой коронавирусной инфекции, в ОПБ ПЦ значимых отличий между ними не наблюдалось. Удельный

вес пролеченных и выписанных беременных вырос с 23,6% до 24,3% (+2,9%), а доля пациенток, госпитализация которых в ОПБ закончилась родами, снизилась с 76,4% до 75,7% (-0,9%).

Важным отличием ОПБ РД от ОПБ ПЦ является наличие переводов пациенток с акушерской, соматической патологией и инфекционными заболеваниями в акушерские стационары 2-го уровня в соответствии с профилем, а также в перинатальные центры (рисунок 4.8). Наиболее часто пациенток ОПБ РД маршрутизировали в ПЦ 3А уровня, доля таких пациенток в среднем за три изучаемых года составила 52,6% и к 2022 г., в сравнении с 2020 г., при ежегодном росте она выросла в 1,4 раза ($t=1,7$; $p>0,05$). В то же время доля переведенных в ПЦ 3Б уровня и в другие акушерские стационары города снизилась в 1,3 и 1,9 раза соответственно. При этом максимальный удельный вес беременных, переведённых в ПЦ 3Б уровня, был в период карантинных ограничений.

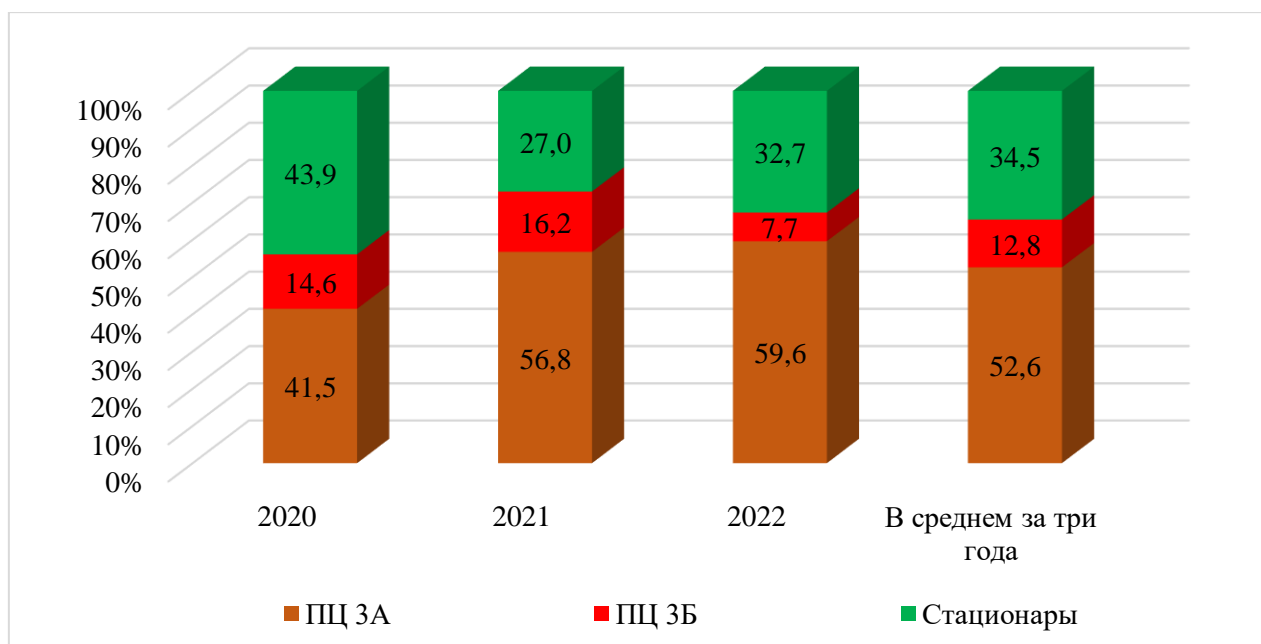


Рисунок 4.8 - Структура внешних переводов в РД Санкт-Петербурга в 2020–2022 гг. (в % к итогу)

Как говорилось ранее, доля пациенток, госпитализация которых в ОПБ закончилась родами, была в ПЦ в 2,6 раз выше и имела статистически значимые отличия от ОПБ РД ($t=25,0$; $p<0,01$). С целью определения медико-организационных особенностей оказания медицинской помощи на разных

уровнях акушерских стационаров была проведена оценка распределения пациенток ОПБ по виду родоразрешения (рисунки 4.9 и 4.10).

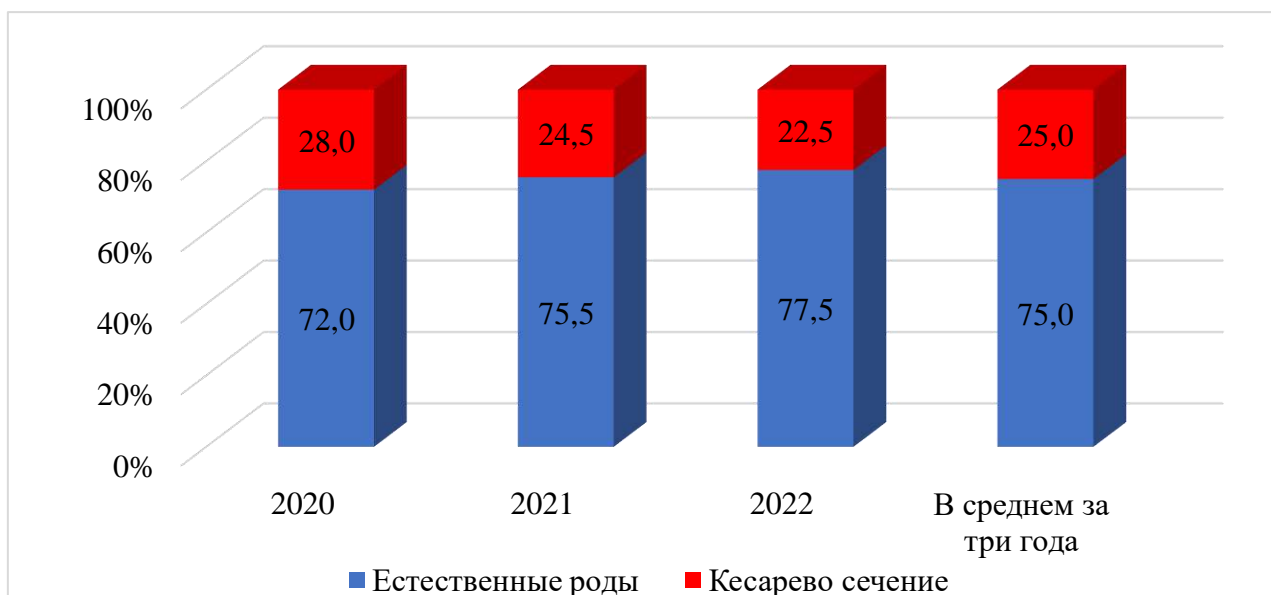


Рисунок 4.9 - Распределение пациенток ОПБ по виду родоразрешения в РД (в % к итогу)

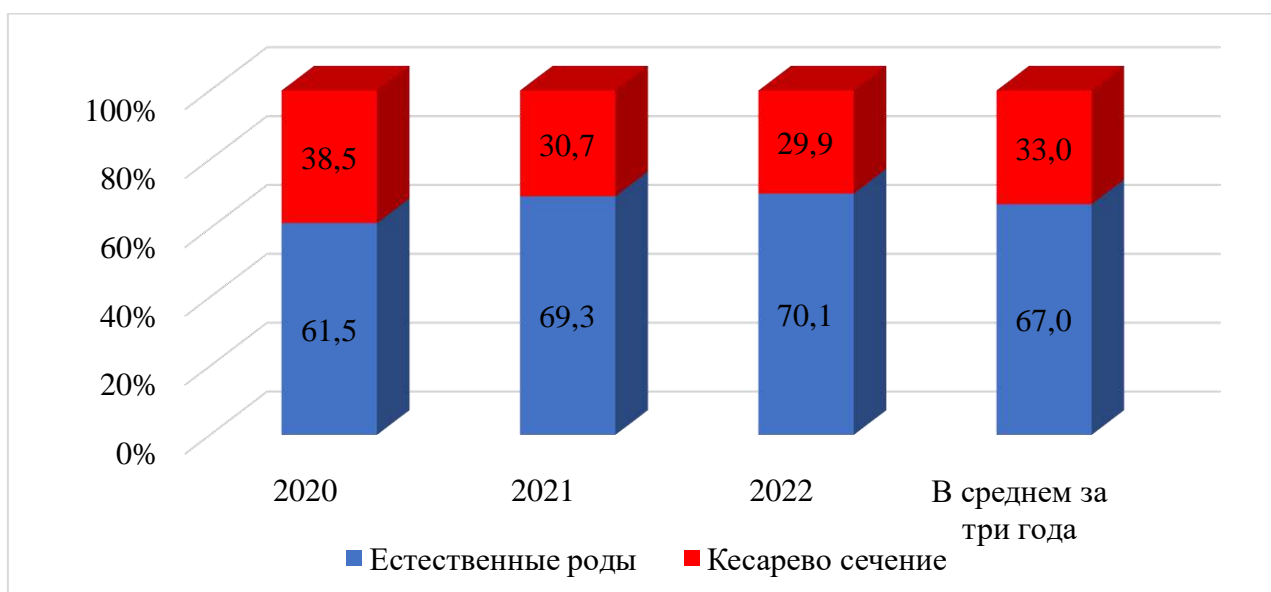


Рисунок 4.10 - Распределение пациенток ОПБ по виду родоразрешения в ПЦ (в % к итогу)

Установлено, что, как в РД, так и в ПЦ, у пациенток ОПБ в большинстве случаев были естественные роды. Но доля естественных родов в РД в среднем за 2020-2022 гг. была на 10,7% выше ($t=4,0$; $p<0,01$). Соответственно, в ПЦ более часто у пациенток ОПБ после госпитализации родоразрешение происходило с применением КС. Для сравнения организации родов у пациенток ОПБ с данным видом родоразрешения была проведена сравнительная оценка распределения пациенток ОПБ по форме КС. Выявлено, что в РД у пациенток ОПБ наиболее

часто применялось экстренное КС, а в ПЦ – плановое (рисунки 4.11 и 4.12). В среднем за три изучаемых года в РД в 7,4 раза чаще проводилось экстренное КС (66,9% против 9,0%; $t=34,4$; $p<0,01$). При этом рост применения экстренного КС в 2022 г. к уровню 2020 г. в РД составил 8,7% ($t=3,0$; $p<0,05$). А в ПЦ применение экстренного КС снизилось в 2,3 раза ($t=5,3$; $p<0,01$).

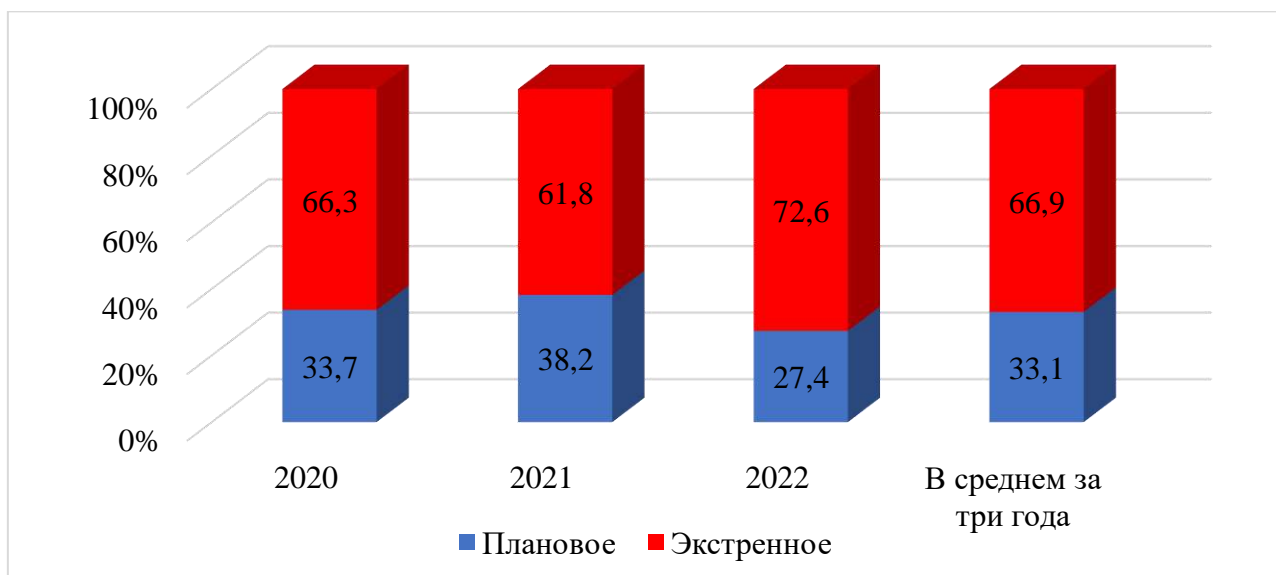


Рисунок 4.11 - Распределение пациенток ОПБ по форме КС в РД (в % к итогу)



Рисунок 4.12 - Распределение пациенток ОПБ по форме КС в ПЦ (в % к итогу)

Таким образом, установлены значительные отличия в структуре акушерской патологии пациенток ОПБ РД и ПЦ, как в нозологических формах, так и в тяжести состояния беременных, что во многом объясняется уровнем акушерских стационаров. Имеются существенные различия в исходах

госпитализации пациенток: в ОПБ РД значительно чаще исходом госпитализации является выписка после полученного лечения, в ОПБ ПЦ - роды. Несмотря на то, что, как в РД, так и в ПЦ, у пациенток ОПБ наиболее часто было естественное родоразрешение, доля КС в ПЦ была выше и чаще, чем в РД, применение КС там было плановым.

4.4. Организация медицинских консилиумов и их роль в оказании специализированной медицинской помощи беременным

В основе оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде лежит организация маршрутизации беременных, которая должна осуществляться строго в соответствии с действующей нормативно-правовой базой регионального уровня в рамках приказа Минздрава РФ. Главенствующая роль в данном вопросе отводится ПЦ, деятельность которых дала возможность сконцентрировать в одной медицинской организации беременных высокого акушерского и перинатального риска. Своевременная маршрутизация беременных с тяжелыми осложнениями гестационного процесса и экстрагенитальной патологией в ОПБ ПЦ и применение современных инновационных технологий позволило существенно снизить показатели материнской, перинатальной и младенческой смертности. Значительная роль в преодолении этой проблемы принадлежит врачебным консилиумам, в процессе которых принимается решение о госпитализации беременной в перинатальный центр. Данный аспект является одной из функций врачей акушер-гинекологов отделений патологии беременности акушерских стационаров 3-го уровня. Состав участников консилиума напрямую зависит от заболевания беременной или состояния плода, которое послужило причиной его проведения. В процессе консилиума врачами на основании оценки состояния здоровья беременной определяется диагноз, прогноз и тактика дальнейшего медицинского обследования и лечения беременной, а также устанавливается целесообразность ее направления на госпитализацию в акушерский стационар 3-го уровня. Решение врачебного

консилиума фиксируется в протоколе, который подписывают все участники данного процесса.

Исследование продемонстрировало, что большинство беременных, в отношении которых был организован врачебный консилиум, относились к возрастной группе 30–39 лет (63,6%) и средний возраст беременной составил $31,8 \pm 0,24$ лет. Удельный вес беременных до 25 лет составил 10,2%, 25–34 лет – 55,3% и 35 лет и старше – 34,5%. Средний возраст беременной в возрастной группе до 25 лет был $21,7 \pm 0,32$ лет, 25–34 года - $30,2 \pm 0,15$ лет, 35 лет и старше - $37,4 \pm 0,16$ лет.

Установлено, что более половины беременных вне зависимости от возрастной группы постоянно проживали в Санкт-Петербурге (таблица 4.6). Среди всех беременных, по поводу которых проводился консилиум, 37,5% были жительницами Ленинградской области, доля которых была наибольшей в возрастной группе 25–34 года (40,4%). Лишь 8,9% беременных женщин проживали в других регионах, при этом наибольший процент таких женщин наблюдался среди беременных в возрасте 35 лет и старше (11,2%), а наименьший - среди молодых пациенток до 25 лет (3,8%).

Таблица 4.6 - Распределение беременных по месту проживания в зависимости от возраста (в % к итогу)

Регион	До 25 лет	25–34 года	35 лет и старше	Все женщины
Санкт-Петербург	57,7	51,2	56,2	53,6
Ленинградская область	38,5	40,4	32,6	37,5
Другие регионы	3,8	8,4	11,2	8,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

* – статистически значимые различия между показателями в группах ($p < 0,05$)

– статистически значимые различия между показателями в группе ($p < 0,05$)

Анализ данных, полученных в процессе исследования, позволяет сделать вывод, что среди всех беременных, по поводу которых были организованы врачебные консилиумы, 93,4% были на сроке беременности 28 нед. и более и только 6,6% беременных имели срок беременности 14-27 нед. (таблица 4.7). Средний срок беременности составил $33,1 \pm 0,15$ нед. Выявлено, что наибольшая

доля беременных, консилиум которых проводился во II триместре, была среди женщин 25–34 лет (7,7%), а наименьшая – у беременных до 25 лет (3,8%).

Таблица 4.7 - Распределение беременных по сроку беременности в зависимости от возраста (в % к итогу)

Срок беременности (нед.)	До 25 лет	25–34 года	35 лет и старше	Все женщины
I триместр (до 14 нед.)	-	-	-	-
II триместр (14 нед. - 27 нед.)	3,8 #	7,7 #	5,6 #	6,6 #
III триместр (28 нед. и более)	96,2 #	82,8 #	94,4 #	93,4 #
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

* – статистически значимые различия между показателями в группах ($p < 0,05$)

– статистически значимые различия между показателями в группе ($p < 0,05$)

Оценка распределения беременных по наличию пороков плода показала, что только у 8,1% женщин, по поводу которых был организован консилиум, они отсутствовали (рисунок 4.13). Несмотря на отсутствие статистически достоверной разницы, наибольшая доля женщин с наличием пороков плода была в возрастных группах до 25 лет (92,3%) и 35 лет и старше (92,1%).

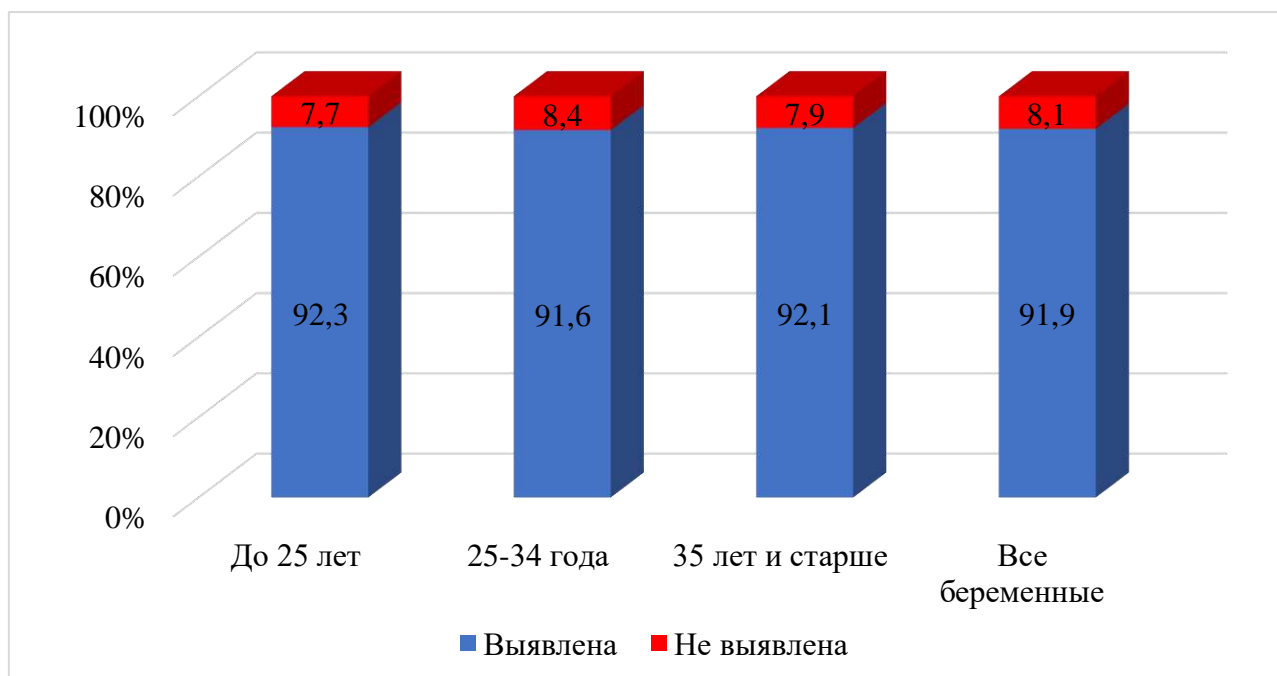


Рисунок 4.13 - Распределение беременных по наличию пороков плода в зависимости от возраста (в % к итогу)

Оценка структуры патологий плода показала (таблица 4.8), что наиболее часто это были пороки мочевыделительной и сердечно-сосудистой систем (32,7%

и 25,3% соответственно). Менее часто встречались образования брюшной полости (10,8%), пороки желудочно-кишечного тракта (10,8%), центральной нервной системы (8,0%) и другие. У женщин до 25 лет выше, чем в других возрастных группах, была доля пороков ЖКТ и легких (16,7% и 6,7%); у женщин в возрасте 25-34 года - мочевыделительной системы (34,8%) и образований брюшной полости (12,7%); у женщин 35 лет и старше - ССС и ЦНС (30,2% 9,3% соответственно) и пороки челюстно-лицевой области (2,3%) [77].

Таблица 4.8. Структура патологий плода у беременных в зависимости от возраста (в %)

Вид патологии	До 25 лет	25–34 года	35 лет и старше	Все женщины
Мочевыделительная система	26,9	34,8	31,4	32,7
ССС	26,5	21,7	30,2	25,3
ЦНС	6,7	7,5	9,3	8,0
ЖКТ	16,7	9,0	7,0	9,2
Образование брюшной полости	10,0	12,7	8,1	10,8
Порок развития легких	6,7	5,2	3,5	4,8
Пороки челюстно-лицевой области	0,0	0,0	2,3	0,8
Прочее	6,7	9,0	8,1	8,4
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

* – статистически значимые различия между показателями в группах ($p < 0,05$)

– статистически значимые различия между показателями в группе ($p < 0,05$)

Как показало проведенное исследование, в преобладающем большинстве случаев прогноз для жизни плода был благоприятный (91,5%), в 8,1% случаев он был сомнительный и в 0,4% - неблагоприятный, который был установлен у беременных 25–34 лет. Наибольший удельный вес сомнительных прогнозов был у беременных до 25 лет (15,4%), а благоприятных - в возрасте 25–34 года (93,0%). Распределение беременных по прогнозу для жизни плода представлено в таблице 4.9.

Таблица 4.9 - Распределение беременных по прогнозу для жизни плода в зависимости от возраста (в % к итогу)

Прогноз	До 25 лет	25–34 года	35 лет и старше	Все женщины
Благоприятный	84,6 #	93,0 #	91,0 #	91,5 #
Сомнительный	15,4 #	6,3 #	9,0 #	8,1 #
Неблагоприятный	-	0,7 #	-	0,4 #
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

* – статистически значимые различия между показателями в группах ($p < 0,05$)# – статистически значимые различия между показателями в группе ($p < 0,05$)

Выявлено, что удельный вес благоприятных прогнозов для здоровья плода был ниже, чем удельный вес благоприятных прогнозов для жизни плода (86,1% против 91,5%; $t=2,5$ ($p < 0,05$)) и выше была доля сомнительных (12,4% против 8,1%; $t=2,3$ ($p < 0,05$)) и неблагоприятных прогнозов (0,8% против 0,4%; $t=0,83$ ($p > 0,1$)). Наибольший удельный вес сомнительных прогнозов также был у беременных до 25 лет (15,4%), а благоприятных - в возрасте 25–34 года (87,4%). Распределение беременных по прогнозу для здоровья плода представлено в таблице 4.10.

Таблица 4.10 - Распределение беременных по прогнозу для здоровья плода в зависимости от возраста (в % к итогу)

Прогноз	До 25 лет	25–34 года	35 лет и старше	Все женщины
Благоприятный	84,6 #	87,4 #	86,5 #	86,8 #
Сомнительный	15,4 #	11,2 #	13,5 #	12,4 #
Неблагоприятный	-	1,4 #	-	0,8 #
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

* – статистически значимые различия между показателями в группах ($p < 0,05$)# – статистически значимые различия между показателями в группе ($p < 0,05$)

Анализ маршрутизации беременных выявил, что родоразрешение по месту жительства в родильном доме было направлено только 11,3% беременных, так как им не был необходим более высокий уровень акушерских стационаров. Было показано родоразрешение только в ПЦ 88,7% женщинам. Установлено, что наиболее часто нуждались в госпитализации для родоразрешения в организацию родовспоможения 3-го уровня беременные до 25 лет (92,3%), реже – женщины 35 лет и старше (87,6%). Распределение беременных по маршрутизации в зависимости от возраста представлено в таблице 4.11.

Таблица 4.11 - Распределение беременных по маршрутизации в зависимости от возраста (в % к итогу)

Маршрутизация	До 25 лет	25–34 года	35 лет и старше	Все женщины
Родоразрешение в ПЦ	92,3 #	88,8 #	87,6 #	88,7 #
Родоразрешение по месту жительства	7,7 #	11,2 #	12,4 #	11,3 #
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

* – статистически значимые различия между показателями в группах ($p < 0,05$)# – статистически значимые различия между показателями в группе ($p < 0,05$)

Как показал анализ результатов врачебных консилиумов 98,4% женщин получили рекомендациям по естественному родоразрешению и только 1,6% беременных было показано родоразрешение с помощью КС (таблица 4.12). При этом доля показаний для родоразрешения с применением КС снижалась с увеличением возраста. Если женщинам до 25 лет было рекомендовано КС в 3,8% случаев, то всем беременным 35 лет и старше было показано естественное родоразрешение (100,0%).

Таблица 4.12. Распределение беременных по полученным рекомендациям по родоразрешению в зависимости от возраста (в % к итогу)

Роды	До 25 лет	25–34 года	35 лет и старше	Все женщины
Естественные роды	96,2 #	97,9 #	100,0	98,4 #
КС	3,8 #	2,1 #	-	1,6 #
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

* – статистически значимые различия между показателями в группах ($p < 0,05$)# – статистически значимые различия между показателями в группе ($p < 0,05$)

Оценка рекомендаций по лечению после рождения ребёнка выявила, что хирургическое лечение было показано 10,9% беременных, а 90,1% женщин рекомендовано проведение обследования (таблица 4.13).

Таблица 4.13 - Распределение беременных женщин по рекомендациям лечения после рождения ребёнка в зависимости от возраста (в % к итогу)

Лечение	До 25 лет	25–34 года	35 лет и старше	Все женщины
Обследование	84,6 #	88,0 #	93,3 #	90,1 #
Хирургическое	15,4 #	12,0 #	6,7 #	10,9 #
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

* – статистически значимые различия между показателями в группах ($p < 0,05$)

– статистически значимые различия между показателями в группе ($p < 0,05$)

Наиболее часто хирургическое лечение рекомендовалось беременным до 25 лет (15,4%) и снижалось с увеличением возраста женщины: 12,0% у беременных 25–34 года и 6,7% у беременных 35 лет и старше.

Таким образом, врачебный консилиум наиболее часто проводился по поводу маршрутизации беременных в возрасте 30–39 лет (63,6%) при среднем сроке беременности $33,1 \pm 0,15$ нед. с выявленной патологией плода (91,9%). Родоразрешение в ПЦ было показано 88,7% женщин. Только 1,6% беременных было показано родоразрешение с помощью КС и 10,9% беременных рекомендовано хирургическое лечение ребенка после родов. У беременных до 25 лет чаще, чем в других возрастных группах, встречалась патология плода, был выше удельный вес пороков ЖКТ и легких, доля сомнительных прогнозов для его жизни и здоровья, они чаще нуждались в родоразрешении в ПЦ с применением КС и им чаще было рекомендовано хирургическое лечение после рождения ребенка. У беременных в возрасте 25–34 года чаще встречались пороки мочевыделительной системы (34,8%) и образований брюшной полости (12,7%) плода и был наибольший удельный вес благоприятных прогнозов для его жизни и здоровья. У беременных 35 лет и старше чаще встречались пороки ССС (30,2%) и ЦНС (30,2%) плода, им всем рекомендовалось естественное родоразрешение и хирургическое лечение ребенка после родов.

Глава 5. ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Медико-социальная характеристика пациенток отделений патологии беременности

Оценивая организацию специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, необходимо рассматривать не только объективные показатели работы ОПБ, но и факторы, которые обусловлены медико-социальной характеристикой беременной и особенностями акушерского анамнеза пациенток ОПБ. Кроме того, комплексная оценка не может быть осуществлена без анализа удовлетворенности пациенток оказанием медицинской помощи на стационарном этапе. Оценку социальных факторов риска целесообразно начинать с возраста, который вместе с полом и наследственностью относится к неуправляемым. Исследование показало (таблица 5.1), что удельный вес пациенток раннего репродуктивного возраста в акушерских стационарах 2-го уровня был статистически значимо выше, чем в ПЦ (75,5% против 61,8%; $t=6,2$ ($p<0,01$)).

Таблица 5.1 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по возрасту, семейному положению и уровню образования (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Возраст				
До 25 лет	16,3	13,0	20,2	2,1 (<0,05)
25–34 года	59,2	48,8	17,6	4,8 (<0,01)
35 лет и старше	24,5	38,2	35,9	6,2 (<0,01)
Средний возраст($M\pm m$)	30,05±0,48	32,8±0,32	-	8,4 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
Семейное положение				
Брак зарегистрирован	84,4	76,7	9,1	4,1 (<0,01)
Гражданский брак	10,1	12,4	18,5	1,6 (>0,1)
Не замужем	5,5	8,2	32,9	2,2 (<0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-
Уровень образования				
Высшее/не оконченное высшее	58,3	69,3	15,9	5,1 (<0,01)
Среднее (общее/специальное)	39,3	20,5	47,8	9,4 (<0,01)
Неполное среднее	2,4	0,3	87,5	4,8 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-

Доля пациенток 35 лет и старше была достоверно выше в ОПБ акушерских стационаров 3-го уровня (24,5% против 38,2; $t=8,4$ ($p<0,01$)). Средний возраст пациенток ОПБ акушерских стационаров 2-го уровня также имел статистически значимые отличия с аналогичным показателем в ПЦ ($30,05\pm 0,48$ против $32,8\pm 0,32$ лет; $t=8,4$ ($p<0,01$)). Оценка распределения пациенток ОПБ семейному положению выявила, что в ОПБ РД было значимо больше беременных, состоящих в браке (84,4% против 76,7%; $t=4,1$ ($p<0,01$)) и меньше незамужних женщин (5,5% против 8,2%; $t=2,2$ ($p<0,05$)).

Установлено, что в ОПБ РД на 47,8% был выше удельный вес пациенток со средним общим/специальным (39,3% против 20,5%; $t=9,4$ ($p<0,01$)) и в 8,0 раз выше доля с неполным средним образованием (3,4% против 0,3%; $t=4,8$ ($p<0,01$)). В тоже время в ПЦ на 15,9% была выше доля пациенток, имевших высшее/неоконченное высшее образование (58,3% против 69,3%; $t=5,1$ ($p<0,01$)).

Выявлено, что в ОПБ РД и ПЦ не было достоверных различий между удельным весом работающих пациенток, как и между удельным весом неработающих женщин. В обеих группах доля работающих пациенток (рабочая, служащая, предприниматель) статистически значимо превышала долю пациенток, которые не имели официального трудоустройства (домохозяйка, безработная, обучающаяся).

Таблица 5.2 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по наличию трудоустройства и источнику оплаты лечения (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Трудоустройство				
Работали	76,1	74,1	2,6	0,98 (>0,05)
Не работали	23,9	25,9	7,7	0,98 (>0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-
Источник оплаты лечения				
ОМС	87,6	91,7	4,5	2,8 (<0,05)
ДМС	3,1	1,0	67,7	3,6 (<0,01)
Личные средства	9,3	7,2	22,6	1,7 (>0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-

Большинство пациенток ОПБ, как в РД, так и в ПЦ, получали медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования. Доля таких пациенток была статистически значимо выше в ОПБ ПЦ (91,7% против 87,6%;

$t=2,8$ ($p<0,05$). А в ОПБ РД была в 3,1 раза выше доля беременных, лечение которых было оплачено средствами добровольного медицинского страхования (ДМС).

Таким образом, в ОПБ РД, в сравнении с ОПБ ПЦ, значительно чаще проходили лечение пациентки моложе 25 лет, в зарегистрированном браке, с полным и неполным средним образованием и лечение которых было оплачено средствами ОМС. В ОПБ ПЦ чаще, чем в ОПБ РД, получали лечение беременные 35 лет и старше, не замужем с высшим/не оконченным высшим образованием и с оплатой пребывания в рамках ДМС.

5.2. Анамнестическая характеристика пациенток отделений патологии беременности

В выборе тактики лечения пациенток, госпитализированных в ОПБ, огромная роль принадлежит их акушерско-гинекологическому анамнезу. Как показала выкопировка данных из учетных форм №111/у-20 «Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы», (таблица 5.3) у пациенток ОПБ РД статистически значимо была выше экстренная госпитализация (65,6% против 34,4%), а у пациенток ОПБ ПЦ – плановая (72,6% против 34,4%) ($t=18,0$ ($p<0,05$)).

Таблица 5.3 Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по форме госпитализации и способу поступления в стационар (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Форма госпитализации				
Экстренная	65,6	27,4	58,2	18,0 (<0,01)
Плановая	34,4	72,6	52,6	18,0 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
Способ поступления в стационар				
По направлению врача акушера-гинеколога (ЖК)	49,5	60,2	17,8	4,7 (<0,01)
СМП	38,2	3,1	65,7	25,3 (<0,01)
Самотеком	10,2	32,6	54,9	11,2 (<0,01)
Переводом из другой медицинской организации	2,1	4,1	48,8	2,3 (<0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-

Выявлено, что возраст средний возраст начала менструации у пациенток ОПБ РД и Пациенток ОПБ ПЦ не имел статистически значимых отличий ($13,32 \pm 0,07$ против $13,25 \pm 0,0$ лет; $t=0,3$ ($p>0,1$)). При оценке среднего возраста начала половой жизни также не было установлено достоверных различий ($18,05 \pm 0,12$ против $18,39 \pm 0,11$ лет; $t=1,22$ ($p>0,05$)).

Как у пациенток ОПБ РД, так и у пациенток ОПБ ПЦ, наиболее часто это была первая беременность и первые роды. Однако, у пациенток ОПБ РД доля первобеременных женщин была статистически значимо выше ($42,0\%$ против $35,7\%$; $t=2,7$ ($p<0,01$)). В среднем у пациенток ОПБ РД было $2,17 \pm 0,07$ беременностей, а у пациенток ОПБ ПЦ - $2,41 \pm 0,06$ ($t=5,9$ ($p<0,01$)). В то же время между средним числом родов у пациенток ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-го уровней не было статистически значимых различий ($1,81 \pm 0,02$ и $1,75 \pm 0,04$ родов; $t=1,5$ ($p>0,1$)) [46, 52]. Соответственно, у пациенток ПЦ меньше беременностей заканчивались родами в сравнении с пациентками РД. Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по количеству беременностей и родов представлено в таблице 5.4.

Таблица 5.4 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по количеству беременностей и родов (в % к итогу)

п/п №	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Беременность				
Первая	42,0	35,7	15,0	2,7 (<0,01)
Вторая	26,8	28,6	6,3	0,9 (>0,1)
Третья	15,3	17,4	12,1	1,2 (>0,1)
Четвертая и более	16,0	18,3	12,6	1,3 (>0,1)
Среднее (M±m)	$2,17 \pm 0,07$	$2,41 \pm 0,06$	-	5,9 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
Роды				
Первая	46,0	50,3	8,5	1,8 (>0,05)
Вторая	37,8	33,9	10,3	1,8 (>0,05)
Третья	11,8	12,4	4,8	0,4 (>0,1)
Четвертая и более	4,4	3,4	22,7	1,1 (>0,1)
Среднее (M±m)	$1,81 \pm 0,02$	$1,75 \pm 0,04$	-	1,5 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Выявлены достоверные различия между пациентками ОПБ РД и ПЦ по наличию заболеваний в анамнезе. Исследование показало, что большинство пациенток ОПБ акушерского стационара 3-й уровня, в сравнении с пациентками ОПБ акушерского стационара 2-й уровня, значительно чаще имели соматические заболевания (56,1% против 40,6%), наследственные заболевания (44,4% против 37,6%), гинекологические заболевания (76,1% против 68,2%) и заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП) (18,6% против 14,0%). В таблице 5.5 представлено распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров в зависимости от наличия заболеваний в анамнезе.

Таблица 5.5 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по наличию заболеваний в анамнезе (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Соматические заболевания				
Наличие	40,6	56,1	27,6	6,7 (<0,01)
Отсутствие	59,4	43,9	26,1	6,7 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
Наследственные заболевания				
Наличие	37,6	44,4	15,3	3,0 (<0,01)
Отсутствие	62,4	55,6	10,9	3,0 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
Гинекологические заболевания				
Наличие	68,2	76,1	10,4	3,9 (<0,01)
Отсутствие	31,8	23,9	24,8	3,9 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
ЗППП				
Наличие	14,0	18,6	24,7	2,6 (<0,01)
Отсутствие	86,0	79,8	7,3	2,6 (<0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-

Установлено, что большинство пациенток ОПБ РД и ПЦ в когда-либо состояли на диспансерном учете (таблица 5.6). Выявлено, что между долей состоявших на ДУ, в ПЦ и в РД была статистически значимая разница ($t=2,1$ ($p<0,05$)). Среди пациенток, госпитализированных в ОПБ ПЦ она была ниже (75,3% против 80,3%) [51]. Соответственно, при более значительном удельном весе пациенток с патологией, доля наблюдавшихся в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, таких, как поликлиника и женская консультация, была ниже.

Таблица 5.6 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по наличию диспансерного учета и гинекологических операций в анамнезе (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Диспансерный учет				
Состояла	80,3	75,3	6,2	2,1 (<0,05)
Не стояла	19,7	24,7	20,2	2,1 (<0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-
Гинекологические операции				
Наличие	24,2	31,7	-23,7	3,5 (<0,01)
Отсутствие	75,8	68,3	-9,9	3,5 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-

В тоже время доля беременных, которые имели гинекологические операции была достоверно выше среди пациенток ПЦ (24,2% против 31,7%; $t=3,5$ ($p<0,01$)). Таким образом, выявлены значительные различия в анамнезе пациенток, как в части акушерско-гинекологического статуса, так и соматического здоровья.

С целью оценки соматической заболеваемости была проведена оценка структуры соматической патологии в анамнезе пациенток ОПБ акушерских стационаров, которая отражена в таблице 5.7.

Таблица 5.7 - Структура соматической патологии в анамнезе пациенток ОПБ акушерских стационаров (в %)

Заболевание	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
ССС	9,1	15,4	40,9	3,9 (<0,01)
Глаза и его придаточного аппарата	2,4	3,9	38,5	1,8 (>0,05)
Пищеварительной системы	23,2	20,4	12,1	1,5(>0,1)
Мочеполовой системы	25,0	8,3	66,8	10,9 (<0,01)
Ожирение	7,9	14,1	44,0	4,1 (<0,01)
Щитовидной железы	4,9	4,9	3,9	-
СД	1,8	5,8	69,0	4,0 (<0,01)
Костно-мышечной системы	7,3	10,7	30,5	2,4 (<0,05)
Кожи и соединительной ткани	1,8	1,5	16,7	0,5 (>0,1)
Дыхательной системы	3,7	5,8	56,8	2,0 (<0,05)
Прочие	12,8	9,2	28,1	2,6 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-

Выявлено, что у пациенток ПЦ была выше на 69,0% доля СД (5,8% против 1,8%), на 56,8% - заболеваний дыхательной системы (5,8% против 3,7%), на 44,5% – ожирения на (14,1% против 7,9%), на 40,9% - ССС (15,4% против 9,1%)

и на 30,5% - заболеваний костно-мышечной системы (10,7% против 7,3%). При этом удельный вес заболеваний мочеполовой системы был ниже на 66,8% (25,0% против 8,3%).

Выявлено, что в структуре наследственных заболеваний у пациенток ОПБ ПЦ был достоверно выше удельный вес острого инфаркта миокарда на 43,8% (4,8% против 2,7%), заболеваний гемостаза – на 40,0% (6,5% против 3,9%), и СД на 13,3% (33,1% против 28,7%). В то же время среди наследственных заболеваний значимо ниже была доля онкологии (20,4% против 25,3%) и ишемической болезни сердца (ИБС) (11,4% против 6,9%). Структура наследственных заболеваний в анамнезе пациенток ОПБ представлена в таблице 5.8.

Таблица 5.8 - Структура наследственных заболеваний в анамнезе пациенток ОПБ акушерских стационаров (в %)

Заболевание	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
СД	28,7	33,1	13,3	2,0 (<0,05)
Онкология	25,3	20,4	19,4	2,6 (<0,01)
ГБ	16,4	17,7	7,3	0,7 (>0,1)
ИБС	11,4	6,9	39,5	3,5 (<0,01)
Заболевания гемостаза	3,9	6,5	40,0	2,4 (<0,05)
ОНМК	3,6	4,8	25,0	0,9 (>0,1)
ОИМ	2,7	4,8	43,8	2,2 (<0,05)
Варикозная болезнь	1,8	2,8	35,7	1,4 (>0,1)
Прочее	6,2	4,9	21,0	1,2 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Анализ структуры гинекологических заболеваний в анамнезе показал, что у пациенток акушерских стационаров 3-го уровня наблюдается статистически значимо более высокий удельный вес невоспалительных заболеваний женских половых органов на 31,7% (59,3% против 40,5%), а также доброкачественных новообразований женских половых органов, на 53,1% (9,8% против 4,6%). В то же время, у этих пациенток отмечается меньшая доля воспалительных заболеваний женских половых органов на 69,2% (8,9% против 28,9%) и нарушений менструального цикла 39,2% (7,6% против 12,5%). Структура гинекологической заболеваемости в анамнезе пациенток ОПБ представлена в таблице 5.9.

Таблица 5.9 - Структура гинекологической заболеваемости в анамнезе пациенток ОПБ акушерских стационаров (в %)

Заболевание	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Воспалительные заболевания женских половых органов	28,9	8,9	69,2	12,6 (<0,01)
Невоспалительные заболевания женских половых органов	40,5	59,3	31,7	8,2 (<0,01)
Нарушение менструального цикла	12,5	7,6	39,2	3,7 (<0,01)
Пороки развития женских половых органов	0,5	0,4	20,0	0,3 (>0,1)
Бесплодие	9,4	11,6	19,0	1,5 (>0,1)
Доброкачественные новообразования женских половых органов	4,6	9,8	53,1	4,1 (<0,01)
Злокачественные новообразования	0,0	0,4	100,0	-
Прочие	2,6	1,8	30,8	1,2 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Установлено, что у пациенток ОПБ акушерских стационаров 2-го уровня достоверно чаще встречалась естественно наступившая беременность (91,8% против 88,5%), а на 3-ем уровне – ВРТ (11,5% против 9,5%). Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по способу наступления беременности представлено в таблице 5.10.

Таблица 5.10 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по способу наступления данной беременности и исходу предыдущих беременностей и родов (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Способ наступления беременности				
Самопроизвольно	91,8	88,5	3,6	2,3(<0,05)
ВРТ	9,9	11,5	53,8	2,2 (<0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-
Исход предыдущей беременности				
Естественные роды	74,5	64,1	-14,0	4,8 (<0,01)
КС	12,1	17,9	-32,4	3,4 (<0,01)
Самопроизвольный выкидыш / неразвивающаяся беременность	13,4	18,0	-25,6	2,7 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-

Как показало проведенное исследование, у пациенток ОПБ РД исходом предыдущей беременности статистически значимо чаще, чем у пациенток ОПБ ПЦ, были естественные роды (74,5% против 64,1%). В то же время у пациенток ОПБ ПЦ достоверно чаще применялось КС (17,9% против 12,1%) и итогом

предыдущей беременности был самопроизвольный выкидыш / неразвивающаяся беременность (18,0% против 13,4%). Соответственно, в предыдущей беременности соотношение естественные роды/КС у пациенток ОПБ РД было 86,1%/13,9% и на 6,2 естественные роды приходилось 1 КС. У пациенток ОПБ ПЦ соотношение было 78,2%/21,8% и на 3,6 естественных родов приходилось 1 КС. При этом доля естественных родов в РД была выше, чем в ПЦ на 9,2%, а КС была ниже на 36,2% ($t=4,3$ ($p<0,05$)).

Выявлено (таблица 5.11), что прегравидарная подготовка достоверно чаще была у пациенток ОПБ акушерских стационаров 3-го уровня (35,4% против 22,3%). Кроме того, в ОПБ ПЦ достоверно чаще госпитализировались женщины с многоплодной беременностью (3,8% против 1,8%).

Таблица 5.11 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров в зависимости от наличия проведения прегравидарной подготовки и вида беременности (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Прегравидарная подготовка				
Да	22,3	35,4	-37,0	6,1 (<0,01)
Нет	77,7	64,7	-16,7	6,1 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
Вид беременности				
Одноплодная	98,2	96,3	-1,9	2,3 (<0,05)
Многоплодная	1,8	3,8	-52,6	2,3 (<0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-

Выявлены достоверные различия между пациентками ОПБ РД и ПЦ по уровню акушерского риска по преэклампсии, риске задержка роста плода и трисомии 21. Установлено, что у пациенток ОПБ акушерских стационаров 3-го уровня доля высокого акушерского риска по преэклампсии выше на 33,0% (10,9% против 7,3%), по задержке роста плода на 14,1% (7,8% против 7,7%) и по трисомии 21 (Синдром Дауна) на 68,8% (1,6% против 0,5%). Несмотря на то, что исследование не выявило достоверных различий по удельному весу высокого акушерского риска преждевременных родов, трисомии 18 (Синдром Эдвардса) и трисомии 13 (синдром Патау) в изучаемых группах, доля высокого риска по этим заболеваниям у пациенток ОПБ акушерских стационаров 3-го уровня была выше [78]. Удельный вес пациенток с высоким риском отображён в таблице 5.12.

Таблица 5.12 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров с наличием акушерского риска (в % к итогу)

Уровень	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Преэклампсия				
Низкий	92,7	89,1	-3,9	2,6 (<0,01)
Высокий	7,3	10,9	-33,0	2,6 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
Преждевременные роды				
Низкий	96,2	95,3	-0,9	0,9 (>0,1)
Высокий	3,8	4,7	-19,2	0,9 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-
Задержка роста плода				
Низкий	95,3	92,2	-3,2	2,6 (<0,01)
Высокий	6,7	7,8	14,1	2,6 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-
21 трисомии				
Низкий	99,5	98,4	-1,1	2,1 (<0,05)
Высокий	0,5	1,6	-68,8	2,1 (<0,05)
Итого	100,0	100,0	-	-
18 трисомии				
Низкий	99,8	99,5	0,3	1,0 (>0,1)
Высокий	0,2	0,5	60,0	1,0 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-
13 трисомии				
Низкий	99,9	99,4	0,5	1,6 (>0,1)
Высокий	0,1	0,6	83,0	1,6 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Таким образом, установлены существенные отличия в анамнестической характеристике пациенток ОПБ 2-го и 3-го уровней. У пациенток ОПБ РД статистически значимо чаще была экстренная госпитализация (65,6%), посредством СМП (38,2%), при первой беременности (42,0%), закончившейся родами (74,5%), которые чаще были естественными (74,5%) и на 6,2 естественных роды приходилось 1 КС. Пациентки ОПБ 2-го уровня реже имели отягощенный акушерско-гинекологический, наследственный анамнез, соматические заболевания (56,1%) и гинекологические операции (24,2%), но чаще состояли на ДУ (80,3%). В структуре их соматической патологии чаще встречались заболевания мочеполовой системы (25,0%), в наследственной - онкология (25,3%) и ИБС (11,4%), в гинекологической - воспалительные заболевания женских половых органов и нарушения менструального цикла (28,9% и 12,5% соответственно). У пациенток ОПБ ПЦ значимо чаще

госпитализация была плановая (72,6%), по направлению ЖК (60,2%) и самотеком (32,6%), итогом предыдущей беременности было родоразрешение с применением КС (17,9%) и самопроизвольный выкидыш/неразвивающаяся беременность (18,0%), на 3,6 естественных родов приходилось 1 КС. В структуре их соматической патологии значительно чаще были ССС (15,4%), ожирение (14,1%), заболевания костно-мышечной (10,7%), дыхательной системы и СД (по 5,8%), в наследственной – СД (33,1%), заболевания гемостаза (6,5%) и ОИМ (4,8%), в гинекологической - невоспалительные заболевания и доброкачественные новообразования женских половых органов (59,3% и 9,8%) и они имели более высокий акушерский риск по преэклампсии, риске задержка роста плода и трисомии 21.

5.3. Субъективная оценка организации медицинской помощи в отделениях патологии беременности

Удовлетворённость пациентов является ключевым показателем качества и доступности медицинской помощи. В соответствии с законом Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (ТППГ), уровень удовлетворённости населения доступностью медицинской помощи (в процентах от числа опрошенных) должен составлять не менее 80%. Однако в 2024 году этот показатель, согласно ТППГ на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов, составил лишь 63%. Так как оценка удовлетворённости проводилась в 2023–2024 гг., то для сравнения был взят уровень в 80% [102–103].

Среди наиболее значимых показателей, влияющих на удовлетворенность населения оказанием стационарной помощи, можно выделить сроки ожидания госпитализации и количество человек в палате (таблица 5.13). Исследование показало, что как пациенток ОПБ РД, так пациенток ОПБ ПЦ, госпитализировали на отделение сразу. Однако, доля госпитализированных сразу была достоверно выше в ОПБ РД и разница между показателями составила

10,8% (91,7% против 81,8%: $t=5,9$ ($<0,01$)). А срок ожидания госпитализации 2–4 дня был статистически значимо выше в ОПБ ПЦ (18,2% против 8,3%), что было связано с высокой долей плановых госпитализаций из регионов.

Таблица 5.13 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров в зависимости от срока ожидания госпитализации и количества человек в палате (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Срок ожидания госпитализации				
Сразу	91,7	81,8	10,8	5,9 ($<0,01$)
Через 2–4 дня	8,3	18,2	54,4	5,9 ($<0,01$)
Итого	100,0	100,0	-	
Количество человек в палате				
1	21,5	27,9	22,9	3,1 ($<0,01$)
2	44,2	27,2	38,5	7,6 ($<0,01$)
3	30,9	27,4	11,3	1,7 ($>0,05$)
4	3,5	17,4	79,9	8,9 ($<0,01$)
Итого	100,0	100,0	-	-
В среднем	2,02±0,02	2,34±0,05		3,2 ($<0,01$)

Установлено, что в ОПБ ПЦ пациенты в зависимости от количества человек в палате размещались практически равномерно в одно-, двух- и трехместных палатах. А в ОПБ РД большинство лежало в двух- и трехместных палатах (44,2% и 30,9% соответственно). В то же время в ОПБ ПЦ, в сравнении с ОПБ РД, лежало больше пациентов в одноместных палатах на 22,9% (27,9% против 21,5%; $t=5,9$ ($<0,01$)) и на 79,9% - в четырехместных палатах (17,9% против 3,5%; $t=8,9$ ($<0,01$)). А в ОПБ РД статистически значимо (на 38,8%) больше лежало в двухместных палатах (44,2% против 27,2%; $t=7,6$ ($<0,01$)). В среднем в ОПБ РД в одной палате лежало статистически значимо меньше человек, чем в ОПБ ПЦ (2,02±0,02 против 2,34±0,05; $t=3,2$ ($<0,01$)).

Выявлено, что независимо от уровня акушерского стационара, уровень удовлетворенности условиями пребывания в отделении был очень высокий и значимо превышал показатель, установленный ТППГ (таблица 5.14). В ОПБ РД и ОПБ ПЦ отсутствовала статистически значимая разница между полностью (94,1% и 94,8% соответственно) и частично (4,6% и 4,1%) удовлетворенными, а также между полностью неудовлетворенными (1,3% и 1,1%) пациентками.

Таблица 5.14 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров в зависимости от удовлетворенности условиями пребывания в отделении (в % к итогу)

Степень удовлетворенности	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Да, вполне	94,1	94,8	0,7	0,7 (>0,1)
Не всегда	4,6	4,1	10,9	0,5 (>0,1)
Не удовлетворена	1,3	1,1	15,4	0,4 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Таким образом, среди пациенток ОПБ РД 5,9% женщин выразили частичное или полное недовольство условиями пребывания в отделении, в то время как в ОПБ ПЦ этот показатель составил 5,2%. Основными причинами недовольности условиями пребывания в ОПБ РД и ОПБ ПЦ были неудовлетворительное питание (таблица 5.15), удельный вес которого был выше на 15,8% в ПЦ (42,5% против 35,8%; $t=2,9$ ($<0,05$)). Второе ранговое место занимала неудовлетворённость освещением, доля которого была выше в РД (24,4% против 13,3%; $t=6,5$ ($<0,01$)). Третье ранговое место отличалось: в ОПБ РД это была неудовлетворенность запретом на посещение (11,8%), а в ОПБ ПЦ - отсутствие туалетных принадлежностей (10,6%) [89].

Таблица 5.15 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров в зависимости от причин недовольности условиями пребывания в отделении (в % к итогу)

Причина	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Запрет на посещение	11,8	9,7	17,8	1,5 (>0,1)
Наличие сквозняков	0,7	5,3	86,8	5,0 (<0,01)
Отсутствие туалетных принадлежностей	4,2	10,6	60,4	4,9 (<0,01)
Недостаточное освещение	24,4	13,3	45,5	6,5 (<0,01)
Неудовлетворительное питание	35,8	42,5	15,8	2,9 (<0,05)
Завышенная стоимость размещения	2,8	8,0	65,0	4,5 (<0,01)
Отсутствие ремонта помещений	11,1	1,8	83,8	9,9 (<0,01)
Прочее	9,2	8,8	4,3	0,3 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Также в ОПБ РД наблюдалась достаточно высокая доля неудовлетворенных отсутствием ремонта помещений (11,1%), а в ОПБ ПЦ - завышенной стоимостью размещения (8,0%).

Существенный вклад в оценку удовлетворённости пациентов вносит отношение медицинского персонала. Несмотря на то, что частично или полностью неудовлетворенные условиями пребывания в отделении пациентки не называли его среди причин неудовлетворенности, данный аспект качества медицинской помощи был изучен отдельно (таблица 5.16). Исследование выявило, что преобладающее большинство пациенток ОПБ считали, что их лечащий врач (акушер-гинеколог) всегда доброжелателен, тактичен (91,8% и 93,3%; $t=1,3$ ($>0,1$)) и уделял им достаточно времени и внимания (93,8% и 91,3%; $t=1,3$ ($>0,1$)). Однако, имелась статистически значимая разница между удельным весом пациенток полагающих, что акушер-гинеколог иногда бывает нетактичен и груб в ОПБ РД и ОПБ ПЦ и таких пациенток было больше в РД на 62,8% (4,3% против 1,6%; $t=3,8$ ($<0,01$)).

Таблица 5.16 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров в зависимости от мнения о лечащем враче (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Человеческие качества				
Всегда доброжелателен, тактичен	91,8	93,3	1,6	1,3 ($>0,1$)
Иногда бывает нетактичен и груб	4,3	1,6	62,8	3,8 ($<0,01$)
Всегда нетактичен и откровенно груб	0,8	0,5	37,5	0,8 ($>0,1$)
Затрудняюсь ответить	3,1	4,7	34,0	1,7 ($>0,05$)
Итого	100,0	100,0	-	-
Достаточность уделяемого времени и внимания				
Достаточно времени и внимания	93,6	91,3	2,7	1,8 ($>0,05$)
Иногда недостаточно, хотелось бы больше	4,0	6,2	35,5	2,3 ($<0,05$)
Уделяет недостаточно и всегда спешит	2,4	2,5	4,0	0,1 ($>0,1$)
Итого	100,0	100,0	-	-

Также имелись достоверные различия между удельным весом пациенток считавших, что акушер-гинеколог иногда уделял им недостаточно времени и внимания. Таких респонденток было больше в ОПБ ПЦ на 35,5%, чем в ОПБ РД (6,2% против 4,0%; $t=2,3$ ($<0,05$)).

Оценка мнения пациенток о среднем медицинском персонале в ОПБ РД и ОПБ ПЦ выявила, что также преобладающее большинство женщин считали, что с ними всегда были доброжелательны и тактичны (91,3% и 92,4%; $t=0,9 (>0,1)$). Хотя большинство пациенток отметили, что им уделяли достаточное время и внимание, таких респонденток оказалось больше в ОПБ РД (96,0% и 92,7%; $t=2,9 (<0,01)$). В ОПБ ПЦ же наблюдалось больше пациенток, которые не смогли оценить человеческие качества среднего медицинского персонала (2,8% против 0,8%; $t=2,9 (<0,01)$), а также тех, кто полагал, что медицинские сестры не всегда уделяли пациенткам достаточно времени и внимания (7,3% против 4,0%; $t=2,9 (<0,01)$). Распределение пациенток ОПБ в зависимости от мнения о среднем медицинском персонале представлено в таблице 5.17.

Таблица 5.17 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров в зависимости от мнения о среднем медицинском персонале (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Человеческие качества				
Всегда доброжелательны, тактичны	91,3	92,4	1,2	0,9 (>0,1)
Иногда бывают нетактичны и грубы	6,3	4,8	23,8	1,4 (>0,1)
Всегда нетактичны и откровенно грубы	1,6	0,0	100,0	-
Затрудняюсь ответить	0,8	2,8	71,4	2,9 (<0,01)
Итого	100,0	100,0		
Достаточность уделяемого времени и внимания				
Достаточно времени и внимания	96,0	92,7	3,4	2,9 (<0,01)
Иногда недостаточно, хотелось бы больше	4,0	7,3	45,2	2,9 (<0,01)
Уделяют недостаточно и всегда спешат	2,1	2,8	25,0	0,9 (>0,1)
Итого	100,0	100,0		

Проведенная пациентками ОПБ РД и ПЦ оценка работы медицинского персонала по пятибалльной шкале позволила установить (таблица 5.18), что деятельность акушер-гинекологов пациентки оценили практически равнозначно и средний балл был практически одинаковый ($4,90 \pm 0,03$ и $4,92 \pm 0,02$; $t=0,6 (>0,1)$). Однако, пациентки акушерских стационаров 2-го уровня поставили больше

оценок «хорошо» работе лечащего врача, чем пациентки акушерских стационаров 3-го (7,5% против 1,0%; $t=8,5$ ($<0,01$)).

Таблица 5.18 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по оценке работы лечащего врача и среднего медицинского персонала (в %)

Баллы	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Лечащий врач				
2 балла	0,9	0,5	44,4	1,1 ($>0,1$)
3 балла	1,1	2,1	47,6	1,6 ($>0,1$)
4 балла	7,5	1,0	86,7	8,5 ($<0,01$)
5 баллов	90,7	92,2	1,6	1,2 ($>0,1$)
Средняя оценка	4,90±0,03	4,92±0,02	-	0,6 ($>0,1$)
Итого	100,0	100,0	-	-
Средний медицинский персонал				
2 балла	0,0	0,0	0,0	-
3 балла	1,5	0,3	80,0	3,2 ($<0,01$)
4 балла	13,5	4,9	63,7	7,2 ($<0,01$)
5 баллов	85,0	93,8	9,4	6,8 ($<0,01$)
Средняя оценка	4,86±0,01	4,92±0,01	-	2,7 ($<0,05$)
Итого	100,0	100,0	-	-

Анализ распределения пациенток ОПБ акушерских стационаров по оценке работы среднего медицинского персонала выявил достоверные различия, как в удельном весе 5-и, 4-х и 3-балльных оценок, так и в среднем балле. В ОПБ ПЦ доля оценок «отлично» была выше на 9,4% (93,8% против 85,0%; $t=6,8$ ($<0,01$)); «хорошо» - ниже в 2,8 раз (4,9% против 13,5%; $t=7,2$ ($<0,01$)) и «удовлетворительно» - ниже в 5,0 раз (0,3% против 1,5%; $t=3,2$ ($<0,01$)).

Выявлено, что распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-го уровней по оценке организации медицинской помощи в отделении патологии беременности не имело статистически значимых отличий не по удельному весу оценок, не по среднему баллу (таблица 5.19). Тем не менее, пациентки оценили работу врачей и средних медицинских работников выше, чем работу отделения, выставив ему более низкие оценки по сравнению с медицинским персоналом ($p<0,05$).

Таблица 5.19 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по оценке организации медицинской помощи в отделении патологии беременности (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
2 балла	0,0	0,0	0,0	-
3 балла	0,0	0,0	0,0	-
4 балла	12,5	10,8	13,6	1,2 (>0,1)
5 баллов	87,5	89,2	1,9	1,2 (>0,1)
Средняя оценка	4,73±0,01	4,77±0,01	-	1,3 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Пациенткам, принимавшим участие в анкетировании, предложили высказать свои рекомендации по улучшению качества медицинской помощи в ОПБ. (таблица 5.20).

Таблица 5.20 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по рекомендациям улучшения медицинской помощи в ОПБ (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Обеспечит возможность забронировать палату заранее	0,0	7,8	100,0	-
Индивидуальный подход к пациентам	10,9	5,3	-51,4	4,8 (<0,01)
Наладить работу приемного отделения	15,8	10,5	-33,5	3,5 (<0,01)
Разрешить прогулки по территории	5,9	6,4	-7,8	0,4 (>0,1)
Увеличить число 2-местных палат	15,8	6,3	-60,1	7,2 (<0,01)
Более тактично общаться с пациентами	12,3	6,7	-45,5	4,3 (<0,01)
Оборудовать буфет для пациенток	0,0	4,7	100,0	-
Улучшить питание	19,8	17,6	-11,1	1,2 (>0,1)
Разрешить посещения	6,9	11,3	-38,9	3,1 (<0,01)
Сделать единую электронную карту	8,8	16,1	-45,3	4,5 (<0,01)
Другое	3,8	7,3	-47,9	3,1 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	-	-

Полученные результаты позволили установить, что имелись значительные отличия в зависимости от уровня акушерского стационара, общей рекомендации, занявшей первое место, по улучшению питания. Второе место по популярности в ОПБ РД разделили предложение по улучшению работы приемного отделения и увеличению числа 2-местных палат (по 15,8%), а на третьем была

рекомендация более тактично общаться с пациентами (12,3%). В ОПБ ПЦ на втором месте было предложение сделать единую электронную карту (16,1%), а на третьем - разрешить посещения (11,3%).

Исследование продемонстрировало, что пациентки в целом высоко оценили работу медицинской организации, независимо от уровня акушерского стационара. В то же время средние оценки, выставленные за работу медицинской организации в целом, были значительно выше, чем организации медицинской помощи в ОПБ ($p < 0,05$). Единственным исключением стало то, что пациентки оценили работу медицинского персонала ОПБ выше, чем работу всей медицинской организации. Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по оценке работы медицинской организации в целом представлено в таблице 5.21.

Таблица 5.21 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по оценке работы медицинской организации в целом (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
3 балла	2,1	2,6	19,2	0,7 (>0,1)
4 балла	4,1	3,1	24,4	1,2 (>0,1)
5 баллов	93,8	94,3	0,5	0,9 (>0,1)
Средняя оценка	4,85±0,01	4,89±0,01	-	0,7 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Проведенное исследование выявило, что преобладающее большинство пациенток порекомендуют, как отделение, так и организацию родовспоможения в целом для оказания медицинской помощи беременным. Не желающих рекомендовать ОПБ не было (таблица 5.22). Только 4,2% пациенток в РД и 3,3% - в ПЦ затруднились ответить на вопрос о желании порекомендовать ОПБ. Доля женщин, которые не захотели рекомендовать организацию родовспоможения для оказания медицинской помощи беременным, составила 2,3% в ОПБ РД, в то время как в ОПБ ПЦ таких респонденток не оказалось. Однако, удельный вес затруднившихся ответить на данный вопрос был выше в ОПБ ПЦ, чем в ОПБ РД, и составил 5,3% и 4,8% соответственно.

Таблица 5.22 - Распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров по желанию порекомендовать отделение и организацию родовспоможения для оказания медицинской помощи беременным (в % к итогу)

Характеристика	2-й уровень	3-й уровень	Показатель наглядности (в%)	T (p)
Отделение				
Да	95,8	96,4	0,6	0,7 (>0,1)
Нет	0,0	0,0	-	-
Затрудняюсь	4,2	3,6	14,3	0,7 (>0,1)
Итого	100,0	100,0		
Организация родовспоможения в целом				
Да	92,9	94,7	1,9	1,7 (>0,05)
Нет	2,3	0,0	100,0	-
Затрудняюсь	4,8	5,3	-9,4	0,5 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	-	-

Таким образом, в ОПБ РД, в сравнении с ОПБ ПЦ, был меньше срок ожидания госпитализации и в палатах размещалось меньшее число пациенток ($2,02 \pm 0,02$ против $2,34 \pm 0,05$). Вне зависимости от уровня акушерского стационара уровень удовлетворенности условиями пребывания в отделении был очень высокий и превышал показатель, установленный ТПГГ. Только 5,9% пациенток в ОПБ РБ и 5,2% ОПБ ПЦ были частично или полностью неудовлетворены условиями пребывания в отделении, основными причинами неудовлетворенности которых были питание и освещение. В ОПБ РД наблюдалась достаточно высокая доля неудовлетворенных запретом на посещения (11,8%) и отсутствием ремонта помещений (11,1%), а в ОПБ ПЦ - отсутствием туалетных принадлежностей (10,6%) и завышенной стоимостью размещения (8,0%). Работу отделения в целом пациентки ОПБ оценили несколько ниже, чем организацию деятельности медицинской организации в целом и работу медицинского персонала. Более 90% пациенток порекомендуют, как ОПБ, так и организацию в целом, для оказания медицинской помощи женщинам с патологией беременности. Установлены существенные отличия в общих рекомендациях по улучшению работы отделений в зависимости от уровня акушерского стационара. Только 2,3% пациенток не порекомендуют ОПБ в организациях родовспоможения 2-го уровня для прохождения лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Улучшение доступности и качества медицинской помощи для беременных, рожениц, родильниц и новорожденных является ключевой задачей современного здравоохранения. Северо-Западный федеральный округ (СЗФО) за последние пять лет демонстрирует самый высокий уровень материнской смертности, а также наибольший ее прирост. Данный показатель в Санкт-Петербурге был одним из самых высоких в СЗФО на протяжении всего периода 2018–2022 гг. и на долю города приходилось в среднем 48,2% умерших в округе матерей, а средняя доля умерших матерей мегаполиса в общем числе летальных исходов в стране составила 6,2%. Исходя из того, что материнская смертность является одним из главных показателей, служащих для оценки состояния системы охраны материнства и детства, и учитывая вклад Санкт-Петербурга в материнскую смертность, не только СЗФО, но и Российской Федерации, мегаполис был выбран в качестве региона для исследования, а его организации родовспоможения - в качестве базы для настоящего исследования.

При одном из самых низких вкладов СЗФО в общее число родов в стране, в округе наблюдался один из самых высоких показателей частоты осложненных родов (672,81‰). Доля родов мегаполиса в общем числе родов СЗФО в среднем составляла 43,4%, а доля осложненных родов в общем числе осложненных родов СЗФО в среднем была 45,7%. Частота осложненных родов в городе (708,23‰) была на 5,0% выше, чем в целом по России, и имела тенденцию к росту (+5,5%). Рост частоты осложненных родов оказывал умеренно выраженное влияние на повышение материнской смертности в мегаполисе и мог быть обусловлен влиянием и других факторов.

Проведенная оценка применения Кс в родах выявила, что в СЗФО были самые низкие показатели в стране (в среднем 278,40‰). В Санкт-Петербурге частота была ниже не только средних по стране значений (на 37,58‰), но и средних в СЗФО (на 10,56‰), но имела тенденцию к росту. Доля родов с применением КС в Санкт-Петербурге в общем числе родов с применением

данного акушерского пособия в СЗФО составила 41,8% и за пять лет, как и доля осложненных родов, выросла незначительно. Установлено, что рост применения КС в стране и мегаполисе может быть умеренно выражено связан с повышением частоты осложненных родов.

Уровень заболеваемости женщин фертильного возраста мегаполиса классом заболеваний Беременность, роды и послеродовой период был не только ниже среднероссийских значений, но и ниже среднеокружных (60,69‰ против 61,86‰ и 63,14‰ соответственно) и, как и в целом по стране, он снижался (-25,2%). Проведена оценка влияния уровня заболеваемости на частоту осложненных родов и применения КС, выявила, что в Санкт-Петербурге фактор снижения заболеваемости женщин XV классом болезней может быть связан не с улучшением здоровья женщин, а скорее всего является результатом ухудшения диагностики заболеваний у беременных, что в свою очередь влечет повышение частоты осложнений в родах и применения в них КС.

Анализ заболеваемости женщин, осложнившей течение беременности, показал, что на каждые 100 женщин, завершивших беременность, частота угрозы преждевременных родов в Санкт-Петербурге в среднем была на 6,0% ниже, чем в целом по стране и федеральному округу, с тенденцией к незначительному снижению (-3,7%). При снижении заболеваемости беременных БСК (-4,6%) и БМС (-7,7%), значительно выросла частота выявляемости венозных осложнений (+11,0%), БЭС (+6,8%), в том числе ГСД (+34,1%). Частота венозных осложнений превышала значения по России в 2,2 раза, а по округу – в 1,4 раза, БСК в 1,5 раз и в 1,2 раза соответственно, анемией - на 4,4% и 2,8% соответственно, БЭС превышала средние показатели по стране на 42,7% и 17,8% соответственно, ГСД - на 43,8% и 20,1% соответственно, а уровень БМС был выше среднего в Российской Федерации на 18,8%, но ниже, чем в среднем по СЗФО на 12,2%. Уровень АГ был на 7,3% и 8,0% выше, чем в среднем в Российской Федерации и СЗФО и имел тенденцию к снижению (-13,6%). Заболеваемость преэклампсией средней тяжести превышала средние значения по стране в 1,8 раз и по федеральному округу – в 1,3 раза и незначительно росла

(+1,2%). Частота тяжелой преэклампсии превышала средние по России значения в 2,0 раза, а в СЗФО – в 1,4 раза и снизилась на 5,7%.

Предлежание плаценты без кровотечения и с кровотечением диагностировалось у беременных и родильниц мегаполиса было существенно чаще, чем в среднем по стране (в 1,6 и 1,4 раза соответственно) и округу (в 1,5 и 1,2 раза) и за пять лет частота этой патологии снизилась на 19,9% и 15,7%. Частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты была ниже среднеокружных значений на 8,7%, а среднероссийских – на 12,5% и к 2022 г. она выросла.

В Санкт-Петербурге частота нарушений родовой деятельности и затрудненных родов возникала значительно реже, чем в среднем в Российской Федерации (в 1,2 раза) и в СЗФО (в 1,5 и 1,3 раза соответственно) и имела тенденцию к росту (+9,2% и +9,0%). Уровень частоты разрывов матки в изучаемый период в мегаполисе был незначительно выше, чем в среднем по стране и федеральному округу и вырос в 1,6 раз. Доля разрывов матки вне стационара в Санкт-Петербурге была существенно ниже, чем в Российской Федерации и СЗФО (19,6% против 33,2% и 22,3% соответственно) и снизилась в 2,8 раз.

С целью выявления отличий в медико-социальной характеристике, акушерско-гинекологическом, наследственном и соматическом статусе, была проведена сравнительная оценка пациенток ОПБ РД и ОПБ ПЦ. Выявлено, что в структуре акушерской патологии пациенток ОПБ РД Санкт-Петербурга значительно преобладала угроза прерывания беременности, (43,5%), на втором месте были предвестники родов (11,8%), на третьем – почечная патология (10,9%), на четвертом - отеки беременных (8,6%). За три изучаемых года значительно вырос удельный вес ОРВИ (+45,8%), плацентарной недостаточности (+40,0%) и отеков беременных (+22,2%) и снизилась доля угрозы прерывания беременности (-8,5%). В ОПБ ПЦ первое место принадлежало ГСД (19,3%), второе - анемии беременных (16,8%), третье - рубцу на матке (14,5%), а четвертое – ВПР (10,3%). В ОПБ ПЦ статистически значимо

вырос удельный вес плацентарной недостаточности (+51,1%), ГСД (+19,7%) и анемии беременных (+18,1%) и снизился – удельный вес угрозы прерывания беременности (-38,7%) и ВПР (-25,4%).

Сравнительная оценка движения больных ОПБ РД и ОПБ ПЦ выявила существенные отличия в структуре. В ОПБ РД в среднем за три года было пролечено и выписано 65,4% пациенток, переведено 3,8% и у 30,8% пациенток было родоразрешение в акушерском стационаре этого родильного дома. В ОПБ ПЦ удельный вес пролеченных и выписанных беременных составлял в среднем 24,7%, а родоразрешений - 79,0%. На показатели движения пациенток ОПБ РД значительное влияние оказали карантинные мероприятия, а в ОПБ ПЦ влияние пандемии новой коронавирусной инфекции не было выраженным. За изучаемый период в ОПБ РД на 5,7% снизилась доля пролеченных и выписанных беременных и на 13,9% выросла доля пациенток, госпитализация которых в ОПБ закончилась родами. Удельный вес пролеченных и выписанных беременных в ПЦ вырос на 2,9%, а доля пациенток, госпитализация которых в ОПБ закончилась родами, снизилась на 0,9%. Наиболее часто пациенток ОПБ РД маршрутизировали в ПЦ 3А уровня, доля таких пациенток в среднем за три изучаемых года составила 52,6% и к 2022 г. при ежегодном росте она выросла в 1,4 раза. Максимальный удельный вес беременных, переведённых в ПЦ 3Б уровня, был в период карантинных ограничений.

Как в РД, так и в ПЦ, у пациенток ОПБ в большинстве случаев были естественные роды, но доля естественных родов в РД была на 10,7% выше. В РД у пациенток ОПБ наиболее часто применялось экстренное КС, а в ПЦ – плановое. В РД применение экстренного КС было в 7,4 раза, чем в ПЦ (66,9% против 9,0%). Рост применения экстренного КС в РД составил 8,7%, в ПЦ применение экстренного КС снизилось в 2,3 раза.

За три года показатели средней длительности пребывания пациенток в ОПБ снизились, но в РД беременные находились в 1,4 раза дольше, чем в ПЦ (6,1 дня против 4,5 дней). Одновременно выросли показатели оборота койки ОПБ. В среднем оборот койки в РД был меньше в 1,4 раз, чем в ПЦ (38,9 против 53,4).

Работа койки в ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-го уровней была практически одинаковой (235,5 и 236,3 дня соответственно) за счет более длительного пребывания и меньшего числа пролеченных пациентов в ОПБ РД при менее длительных сроках госпитализации и большем числе пациенток на койке в ОПБ ПЦ. Показатели работы койки ОПБ за три года увеличились в РД на 29,7 дней, а в ОПБ ПЦ – на 83,0 дня, что способствовало значительному снижению простоя койки, который в РД был в 1,3 раза выше, чем в ПЦ (3,40 дня против 2,68 дня).

Большинство беременных, по поводу которых проводился врачебный консилиум, относились к возрастной группе 30–39 лет (63,6%) и средний возраст беременной составил $31,8 \pm 0,24$ лет при среднем сроке беременности $33,1 \pm 0,15$ нед. Более половины беременных вне зависимости от возраста проживали в Санкт-Петербурге и поводом для консилиума было наличие патологии плода (91,9%), доля которых была наибольшей в возрастных группах до 25 лет и 35 лет и старше. Наиболее часто встречались пороки мочевыделительной системы (32,7%) и ССС (25,3%). У женщин до 25 лет выше, чем в других возрастных группах, была доля пороков ЖКТ (16,7%) и легких (6,7%), в возрасте 25-34 года - мочевыделительной системы (34,8%) и образований брюшной полости (12,7%) и 35 лет и старше - ССС (30,2%), ЦНС (9,3%) и пороки челюстно-лицевой области (2,3%). Удельный вес благоприятных прогнозов для здоровья плода был ниже, чем удельный вес благоприятных прогнозов для жизни плода (86,1% против 91,5%) и выше была доля сомнительных (12,4% против 8,1%) и неблагоприятных прогнозов (0,8% против 0,4%). Наибольший удельный вес сомнительных прогнозов был у беременных до 25 лет, а неблагоприятных - в возрасте 25–34 года.

Родоразрешение только в перинатальном центре было показано 88,7% женщин. Наиболее часто нуждались в госпитализации для родоразрешения в организацию родовспоможения 3-го уровня беременные до 25 лет (92,3%), реже – женщины 35 лет и старше (87,6%). Только 1,6% беременных было показано родоразрешение с помощью КС и доля показаний для родоразрешения с

применением КС снижалась с увеличением возраста. Хирургическое лечение было показано 10,9% беременных, а 90,1% женщин рекомендовано проведение обследования. Наиболее часто хирургическое лечение после родов было рекомендовано беременным до 25 лет и снижалось с увеличением возраста женщины.

Проведённая выкопировка данных показала, что удельный вес пациенток раннего репродуктивного возраста в акушерских стационарах 2-го уровня был статистически значимо выше, чем в ПЦ (75,5% против 61,8%). Доля пациенток 35 лет и старше была достоверно выше в ОПБ акушерских стационаров 3-го уровня (24,5% против 38,2). Средний возраст пациенток ОПБ акушерских стационаров 2-го уровня также имел статистически значимые отличия с аналогичным показателем в ПЦ ($30,05 \pm 0,48$ против $32,8 \pm 0,32$ лет).

Оценка распределения пациенток ОПБ семейному положению выявила, что в ОПБ РД было значимо больше беременных, состоящих в браке (84,4% против 76,7%) и меньше незамужних женщин (5,5% против 8,2%).

В ОПБ РД на 47,8% был выше удельный вес пациенток со средним полным (39,3% против 20,5%) и в 8,0 раз выше доля с неполным средним образованием (3,4% против 0,3%). А в ПЦ на 15,9% была выше доля пациенток, имевших высшее/не оконченное высшее образование (58,3% против 69,3%). Как в ОПБ РД, так и в ОПБ ПЦ, доля работающих пациенток достоверно превышала долю пациенток, которые не имели официального трудоустройства. Большинство пациенток ОПБ, как в РД, так и в ПЦ, получали медицинскую помощь в рамках ОМС. Доля таких пациенток была выше в ОПБ ПЦ (91,7% против 87,6%). В ОПБ РД была в 3,1 раза выше доля беременных, лечение которых было оплачено средствами ДМС.

Выявлены значительные различия анамнезе пациенток, как в части акушерско-гинекологического статуса, так и соматического здоровья. У пациенток ОПБ РД статистически значимо была выше экстренная госпитализация (65,6% против 34,4%), а у пациенток ОПБ ПЦ – плановая (72,6% против 34,4%). У всех пациенток ОПБ наиболее часто это была первая

беременность и первые роды, но у пациенток ОПБ РД доля первобеременных женщин была статистически значимо выше (42,0% против 35,7%). В среднем у пациенток ОПБ РД было $2,17 \pm 0,07$ беременностей, а у пациенток ОПБ ПЦ - $2,41 \pm 0,06$). В то же время между средним числом родов у пациенток ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-го уровней не было статистически значимых различий ($1,81 \pm 0,02$ и $1,75 \pm 0,04$ родов). Соответственно, у пациенток ПЦ меньше беременностей заканчивались родами в сравнении с пациентками РД.

У пациенток ОПБ РД исходом предыдущей беременности статистически значимо чаще, чем у пациенток ОПБ ПЦ, были естественные роды (74,5% против 64,1%). В то же время у пациенток ОПБ ПЦ достоверно чаще применялось КС (17,9% против 12,1%) и итогом предыдущей беременности был самопроизвольный выкидыш / неразвивающаяся беременность (18,0% против 13,4%). Соответственно, в предыдущей беременности соотношение естественные роды/КС у пациенток ОПБ РД было 86,1%/13,9% и на 6,2 естественные роды приходилось 1 КС. У пациенток ОПБ ПЦ соотношение было 78,2%/21,8% и на 3,6 естественных родов приходилось 1 КС. При этом доля естественных родов в РД была выше, чем в ПЦ на 9,2%, а КС была ниже на 36,2%.

Установлено, что у пациенток ОПБ акушерских стационаров 2-го уровня достоверно чаще встречалась естественно наступившая беременность (91,8% против 88,5%), а на 3-ем уровне – с применением ВРТ (11,5% против 9,5%). Прегравидарная подготовка достоверно чаще была у пациенток ОПБ акушерских стационаров 3-го уровня (35,4% против 22,3%). Кроме того, в ОПБ ПЦ достоверно чаще госпитализировались женщины с многоплодной беременностью (3,8% против 1,8%).

Выявлены достоверные различия между пациентками ОПБ РД и ПЦ по наличию заболеваний в анамнезе. Большинство пациенток ОПБ ПЦ, в сравнении с пациентками ОПБ РД, значительно чаще имели соматические заболеваний (56,1% против 40,6%), наследственные заболевания (44,4% против 37,6%), гинекологические заболевания (76,1% против 68,2%) и ЗППП (18,6% против 14,0%). Большинство пациенток ОПБ РД и ПЦ когда-либо состояли на

ДУ, но среди пациенток, госпитализированных в ОПБ ПЦ, доля, состоявших на ДУ, была ниже (75,3% против 80,3%). В то же время доля беременных, которые имели гинекологические операции, была достоверно выше среди пациенток ПЦ (24,2% против 31,7%).

В структуре соматической патологии у пациенток ПЦ была выше на 69,0% доля СД (5,8% против 1,8%), на 56,8% - заболеваний дыхательной системы (5,8% против 3,7%), на 44,5% – ожирения на (14,1% против 7,9%), на 40,9% - ССС (15,4% против 9,1%) и на 30,5% - заболеваний костно-мышечной системы (10,7% против 7,3%). При этом удельный вес заболеваний мочеполовой системы был ниже на 66,8% (25,0% против 8,3%).

В структуре наследственных заболеваний у пациенток ОПБ ПЦ был достоверно выше удельный вес острого инфаркта миокарда на 43,8% (4,8% против 2,7%), заболеваний гемостаза – на 40,0% (6,5% против 3,9%), и СД на 13,3% (33,1% против 28,7%). В то же время среди наследственных заболеваний значимо ниже была доля онкологии (20,4% против 25,3%) и ИБС (11,4% против 6,9%).

Оценка структуры гинекологической заболеваемости в анамнезе выявила, что у пациенток ОПБ акушерских стационаров 3-го уровня был статистически значимо выше удельный вес невоспалительных заболеваний женских половых органов на 31,7% (59,3% против 40,5%) и доброкачественных новообразований женских половых органов на 53,1% (9,8% против 4,6%). Но у этих пациенток была ниже доля воспалительных заболеваний женских половых органов на 69,2% (8,9% против 28,9%) и нарушений менструального цикла 39,2% (7,6% против 12,5%).

Выявлены достоверные различия между пациентками ОПБ РД и ПЦ по уровню акушерского риска по преэклампсии, риске задержка роста плода и трисомии 21. Установлено, что у пациенток ОПБ акушерских стационаров 3-го уровня доля высокого акушерского риска по преэклампсии выше на 33,0% (10,9% против 7,3%), по задержке роста плода на 14,1% (7,8% против 7,7%) и по трисомии 21 (Синдром Дауна) на 68,8% (1,6% против 0,5%).

Проведенное анкетирование пациенток ОПБ выявило, что, как пациенток ОПБ РД, так пациенток ОПБ ПЦ, госпитализировали на отделение сразу. Однако, доля госпитализированных сразу была достоверно выше в ОПБ РД и разница между показателями составила 10,8% (91,7% против 81,8%). А срок ожидания госпитализации 2–4 дня был статистически значимо выше в ОПБ ПЦ (18,2% против 8,3%), что было связано с высокой долей плановых госпитализаций из регионов.

В ОПБ ПЦ пациентки размещались практически равномерно в одно-, двух- и трехместных палатах. А в ОПБ РД большинство лежало в двух- и трехместных палатах (44,2% и 30,9% соответственно). В то же время в ОПБ ПЦ, в сравнении с ОПБ РД, лежало больше пациентов в одноместных палатах на 22,9% (27,9% против 21,5%) и на 79,9% - в четырехместных палатах (17,9% против 3,5%). А в ОПБ РД на 38,8% чаще лежали в двухместных палатах (44,2% против 27,2%). В среднем в ОПБ РД в одной палате лежало достоверно меньше человек, чем в ОПБ ПЦ ($2,02 \pm 0,02$ против $2,34 \pm 0,05$).

Уровень удовлетворенности условиями пребывания в ОПБ был очень высокий и значимо превышал показатель, установленный ТППГ вне зависимости от уровня акушерского стационара. В ОПБ РД и ОПБ ПЦ отсутствовала статистически значимая разница между полностью (94,1% и 94,8% соответственно) и частично (4,6% и 4,1%) удовлетворенными, а также между полностью неудовлетворенными (1,3% и 1,1%) пациентками.

Среди пациенток ОПБ РД только 5,9% женщин было частично или полностью неудовлетворены условиями пребывания в отделении, в ОПБ ПЦ таких было 5,2%. Основными причинами неудовлетворенности условиями пребывания в ОПБ РД и ОПБ ПЦ были неудовлетворительное питание, удельный вес которого в ПЦ был выше на 15,8% (42,5% против 35,8%). На втором ранговом месте была неудовлетворённость освещением, доля которого была выше в РД (24,4% против 13,3%). Третье место отличалось: в ОПБ РД это была неудовлетворенность запретом на посещения (11,8%), а в ОПБ ПЦ - отсутствие туалетных принадлежностей (10,6%). Также в ОПБ РД наблюдалась

достаточно высокая доля неудовлетворенных отсутствием ремонта помещений (11,1%), а в ОПБ ПЦ - завышенной стоимостью размещения (8,0%).

Преобладающее большинство пациенток ОПБ РД и ОПБ ПЦ считали, что их лечащий врач всегда был доброжелателен, тактичен (91,8% и 93,3%) и уделял им достаточно времени и внимания (93,8% и 91,3%). Но удельный вес пациенток полагающих, что акушер-гинеколог иногда бывает нетактичен и груб на 62,8% был выше в ОПБ РД (4,3% против 1,6%), а удельный вес пациенток считавших, что акушер-гинеколог иногда уделял им недостаточно времени и внимания на 35,5% выше был в ОПБ ПЦ (6,2% против 4,0%).

Преобладающее большинство респонденток в РД и ПЦ считали, что средний медицинский персонал с ними всегда был доброжелателен и тактичен (91,3% и 92,4%). Несмотря на то, что большая часть пациенток указали, что им уделяли достаточно времени и внимания, таких респонденток было больше в ОПБ РД (96,0% против 92,7%). А в ОПБ ПЦ было больше пациенток, которые затруднились оценить человеческие качества среднего медицинского персонала (2,8% против 0,8%) и полагающих, что им не всегда уделяли достаточно времени и внимания (7,3% против 4,0%).

Оценка работы медицинского персонала по пятибалльной шкале позволила установить, что деятельность акушер-гинекологов в РД и ПЦ пациентки оценили практически равнозначно и средний балл был практически одинаковый ($4,90 \pm 0,03$ и $4,92 \pm 0,02$ балла). Однако, пациентки акушерских стационаров 2-го уровня поставили больше оценок «хорошо» работе лечащего врача, чем пациентки акушерских стационаров 3-го (7,5% против 1,0%).

Выявлено, что распределение пациенток ОПБ акушерских стационаров 2-го и 3-го уровней по оценке организации медицинской помощи в отделении патологии беременности не имело статистически значимых отличий не по удельному весу оценок, не по среднему баллу. Однако, работу врачей и средних медицинских работников пациентки оценили более высоко, а работе отделения поставили более низкие оценки.

Полученные результаты позволили установить, что имелись значительные отличия в зависимости от уровня акушерского стационара, общей рекомендации, занявшей первое место, по улучшению питания. Второе место по популярности в ОПБ РД разделили предложение по улучшению работы приемного отделения и увеличению числа 2-местных палат (по 15,8%), а на третьем была рекомендация более тактично общаться с пациентами (12,3%). В ОПБ ПЦ на втором месте было предложение сделать единую электронную карту (16,1%), а на третьем - разрешить посещения (11,3%).

Работа медицинской организации в целом также получила высокие оценки пациенток вне зависимости от уровня акушерского стационара. В то же время средние баллы, выставленные работе медицинской организации в целом, были достоверно выше, чем организации медицинской помощи в ОПБ. Только работу медицинского персонала ОПБ пациентки оценили выше, работу медицинской организации в целом.

Проведенное исследование выявило, что преобладающее большинство пациенток порекомендуют, как отделение, так и организацию родовспоможения в целом для оказания медицинской помощи беременным. Только 4,2% пациенток в РД и 3,3% - в ПЦ затруднились ответить на вопрос о желании порекомендовать ОПБ. Доля женщин, не пожелавших порекомендовать организацию родовспоможения для оказания медицинской помощи беременным, в ОПБ РД составила 2,3%, а в ОПБ ПЦ таких респонденток не было. Однако, удельный вес затруднившихся ответить на данный вопрос был выше в ОПБ ПЦ, чем в ОПБ РД, и составила 5,3% и 4,8% соответственно.

ВЫВОДЫ

1. В Санкт-Петербурге при достаточно низких показателях заболеваемости женщин репродуктивного возраста классом болезней XV Беременность, роды и послеродовый период и частоте применения КС в родах прослеживался высокий уровень осложненных родов, материнской смертности, а также заболеваемости БМС и БЭС (на 18,8% и 42,7% соответственно), ГСД (на 43,8%), БСК (на 33,7%), венозными осложнениями (на 54,0%), анемией (на 4,4%), преэклампсией средней тяжести (на 42,5%) и тяжелой (на 48,9%), предлежанием плаценты с кровотечением (на 26,1%) и частотой разрывов матки (на 50,0%). Снижение заболеваемости беременных, рожениц и родильниц в 2018–2022 гг. обеспечивалось снижением частоты угрозы преждевременных родов (-3,7%), БСК (-4,6%) АГ (-13,6%), тяжелой преэклампсии (-5,7%), предлежания плаценты без кровотечения (-19,9%), преждевременной отслойки плаценты (-2,4%) и затрудненных родов (-9,0%).

2. В сравнении со среднероссийскими показателями, мегаполис имел более низкую обеспеченность койками патологии беременности и более низкий удельный вес коек данного профиля в структуре акушерского коечного фонда. Фактор снижения заболеваемости беременных, рожениц и родильниц в мегаполисе оказывал значительное влияние на уменьшение средней длительности пребывания беременных на койке ОПБ. При этом эффективность использования коек и достижение оптимального времени простоя коек ОПБ в акушерских стационарах 2-го и 3-го уровней достигалась разными путями: в ОПБ РД за счет более длительного пребывания на койке при меньшем числе госпитализированных пациенток, а в ОПБ ПЦ за счет коротких сроков госпитализации при большем числе пролеченных больных,.

3. Структура акушерской патологии пациенток ОПБ ПЦ имела значительные отличия от структуры акушерской патологии пациенток ОПБ РД, как в нозологических формах, так и в тяжести состояния беременных, что связано с предоставлением ВМП на 3-ем уровне акушерских стационаров.

Имеются существенные различия в исходах госпитализации пациенток: в ОПБ РД значительно чаще исходом госпитализации является выписка после полученного лечения, в ОПБ ПЦ - роды. Несмотря на то, что, как в РД, так и в ПЦ, у пациенток ОПБ наиболее часто было естественное родоразрешение, доля КС в ПЦ была выше и чаще, чем в РД, применение КС было плановым.

4. Врачебный консилиум наиболее часто проводился беременным в возрасте 30–39 лет (63,6%) при среднем сроке беременности $33,1 \pm 0,15$ нед. с выявленной патологией плода (91,9%), в структуре которой наибольший удельный вес имели пороки мочевыделительной системы (32,7%) и ССС (25,3%). Вид патологии плода у беременных имел существенные отличия в зависимости от возраста беременной. Удельный вес благоприятных прогнозов для здоровья плода был ниже, чем удельный вес благоприятных прогнозов для жизни плода (86,1% против 91,5%). С увеличением возраста беременной снижались показатели необходимости родоразрешения в ПЦ, применения КС и хирургического лечения после рождения ребенка.

5. Установлены существенные отличия в медико-социальной и анамнестической характеристике пациенток ОПБ в зависимости от уровня акушерского стационара. В ОПБ РД значительно чаще проходили лечение пациентки моложе 25 лет (75,5%), в зарегистрированном браке (84,4%), с полным и неполным средним образованием (41,7%), лечение которых было оплачено средствами ОМС (91,7%), а в ОПБ ПЦ чаще получали лечение беременные 35 лет и старше (38,2%), не состоящие в браке (8,2%) с высшим/не оконченным высшим образованием (69,3%) и с оплатой пребывания в рамках ДМС (3,1%). У пациенток ОПБ РД чаще была экстренная госпитализация (65,6%), посредством СМП (38,2%), при первой беременности (42,0%), закончившаяся родами (74,5%), которые чаще были естественными (74,5%) и на 6,2 естественных родов приходилось 1 КС. Пациентки ОПБ 2-го уровня реже имели отягощенный акушерско-гинекологический, наследственный и соматический анамнез, но чаще состояли на ДУ. У пациенток ОПБ ПЦ значительно чаще госпитализация была плановая, по направлению ЖК и самотеком, итогом предыдущей беременности

было родоразрешение с применением КС и самопроизвольный выкидыш/неразвивающаяся беременность, на 3,6 естественных родов приходилось 1 КС и наблюдался более высокий акушерский риск по преэклампсии, риске задержка роста плода и трисомии 21. Кроме того, имелись существенные отличия в структуре соматической, наследственной и гинекологической заболеваемости пациенток ОПБ в зависимости от уровня акушерского стационара. Соответственно, можно говорить о надлежащей маршрутизации беременных в мегаполисе.

5. В ОПБ РД, в сравнении с ОПБ ПЦ, был меньше срок ожидания госпитализации и в палатах размещалось меньшее число пациенток ($2,02 \pm 0,02$ против $2,34 \pm 0,05$). Вне зависимости от уровня акушерского стационара уровень удовлетворенности условиями пребывания в отделении был очень высокий и превышал показатель, установленный ТППГ. Только 5,9% пациенток в ОПБ РД и 5,2% ОПБ ПЦ были частично или полностью неудовлетворены условиями пребывания в отделении, основными причинами неудовлетворенности которых были питание и освещение. В ОПБ РД наблюдалась достаточно высокая доля неудовлетворенных запретом на посещения (11,8%) и отсутствием ремонта помещений (11,1%), а в ОПБ ПЦ - отсутствием туалетных принадлежностей (10,6%) и завышенной стоимостью размещения (8,0%).

6. Как работа врачей, так и средних медицинских работников, получила высокие оценки пациенток, однако в ОПБ ПЦ они чаще указывали на недостаточность уделяемого времени и внимания, а в ОПБ РД – на нетактичное отношение. В то же время работу отделения пациентки оценили несколько ниже, чем деятельность медицинской организации в целом и работу медицинского персонала. Более 90% пациенток порекомендуют ОПБ и организацию родовспоможения для оказания медицинской помощи женщинам с патологией беременности. Только 2,3% пациенток не порекомендуют ОПБ в организациях родовспоможения 2-го уровня для прохождения лечения в период беременности.

7. Проведенное исследование выявило существенные различия в организации специализированной медицинской помощи в ОПБ в зависимости от

уровня организации родовспоможения, что должно учитываться в основных направлениях совершенствования работы данных отделений и при принятии управленческих решений, связанных с повышением их результативности и качества работы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения города Санкт-Петербурга:

1. С целью снижения материнской смертности и заболеваемости беременных предусмотреть повышение контроля за качеством оказания специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, за преемственностью работы организаций родовспоможения с другими медицинскими организациями города.

2. Уделять особое внимание внедрению электронного документооборота в деятельность медицинских организаций города с целью формирования единого цифрового контура в системе здравоохранения.

3. Для обеспечения дальнейшего повышения эффективности маршрутизации беременных осуществлять регулярный мониторинг качества оказания стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности в соответствии с действующим приказом МЗ РФ по профилю «Акушерство и гинекология».

4. Предусмотреть проведение социологических опросов пациенток организаций родовспоможения как инструмента повышения качества оказания медицинской помощи в системе охраны материнства и детства.

Главным врачам организаций родовспоможения вне зависимости от уровня медицинской организации целесообразно обеспечить:

- Оказание стационарной медицинской помощи беременным в соответствии с медицинскими стандартами.
- Внедрение новых медицинских технологий и оценку их эффективности.
- Организацию и обеспечение санитарно-эпидемиологического режима в целях предупреждения и снижения внутрибольничной инфекции.

- Введение унифицированной формы «Отчет о работе отделения патологии беременности» для осуществление статистического мониторинга и анализа причин заболеваемости, результатов лечения.
- Мероприятия по оценке и контролю качества оказания медпомощи.
- Организацию работы по взаимодействию с другими структурными подразделениями организации родовспоможения для обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи надлежащего качества.
- Соблюдение лечебно-охранительного режима.
- Оказание неотложной помощи при острых состояниях с последующим переводом на пост реанимации и интенсивной терапии.
- Привлечение специалистов для дополнительных консультаций.
- Разработку методов сокращения времени ожидания приема пациентки в приемном покое в зависимости от особенностей медицинского учреждения: установление времени плановой госпитализации; ведение документации по плановой госпитализации с целью обеспечения равномерного поступления пациентов по дням недели; оформление основной медицинской документации на лечебном отделении; улучшение условий ожидания приема (установка удобной мебели, кулера, кондиционера, стола заполнения медицинской документации).
- Планирование мероприятий по улучшению условий пребывания пациенток (своевременный ремонт помещений, оборудования)
- Организацию проведения периодического анонимного анкетирования пациенток для анализа качества деятельности отделений, анализа результатов работы персонала и разработки мер устранения недостатков работы.
- Проведение тренингов для медицинского персонала, контроль за соблюдением деонтологических норм при взаимодействии с коллегами и пациентами.

Главным врачам организаций родовспоможения 3-го уровня целесообразно обеспечить:

- Мультидисциплинарный подход к ведению пациенток с тяжелой акушерско-гинекологической, наследственной и соматической патологией.
- Совместное ведение с профильными специалистами (неонатологами, детскими хирургами, нейрохирургами, кардиохирургами) и родоразрешение беременных с различными патологиями развития плода;
- Оптимизация показаний к оперативному родоразрешению беременных с различной акушерской и экстрагенитальной патологией на фоне приоритетной позиции снижения частоты оперативного родоразрешения.
- Оптимизация методов своевременного родоразрешения пациенток у пациенток с очень ранними преждевременными родами, с хронической плацентарной недостаточностью и с синдромом задержки роста плода.
- Использование телемедицинских консультаций, перинатальных консилиумов при организации оказания медицинской помощи беременным с акушерской и перинатальной патологией.
- Привлечение к работе отделения психолога, врача реабилитолога, профилактическая работа с пациентами.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективой дальнейшей разработки темы диссертационной работы является:

- изучение организации специализированной медицинской помощи в ОПБ, как в субъектах СЗФО, так и в регионах, относящихся к другим федеральным округам Российской Федерации.

- оценка оказания медицинской помощи отдельным категориям беременных, в частности, юным беременным, беременным старшего репродуктивного возраста;

- оценка организации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в зависимости от нозологической формы заболевания, которое послужило причиной госпитализации в ОПБ.

- оценка реализации существующих акушерских и перинатальных рисков при последующих беременностях.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

БСК – болезнь системы кровообращения

БМС – болезни мочеполовой системы

БЭС - болезни эндокринной системы

ВИЧ- инфекция – вирус иммунодефицита человека

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПР- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные аномалии

ВРТ – вспомогательные репродуктивные технологии

ГБ – гипертоническая болезнь

ГСД – гестационный сахарный диабет

ДМС – добровольное медицинское страхование

ДУ – диспансерный учёт

ДФО – Дальневосточный федеральный округ

ЕН – единица наблюдения

ЖК – женская консультация

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ЗППП - заболевания, передающиеся половым путём

КС – Кесарево сечение

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИЦН – истмико-цервикальная недостаточность

Нед. – недель

ОБ – отеки беременных

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОПБ – отделение патологии беременности

ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции

ПФО – Приволжский федеральный округ

ПЦ – Перинатальный центр

РД – родильный дом

Росстат - Федеральная служба государственной статистики

РФ – Российская Федерация

СД – сахарный диабет

СЗФО – Северо-Западный федеральный округ

СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ

СМП – скорая медицинская помощь

СПБ – Санкт-Петербург

ССС - сердечно-сосудистая система

СФО – Сибирский федеральный округ

США – Соединенные Штаты Америки

ТПГГ - Территориальная программа государственных гарантий

УФО – Уральский федеральный округ

ФГБОУ ВО СПбГПМУ – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России – «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

ЦНС – центральная нервная система

ЦФО – Центральный федеральный округ

ЮФО – Южный федеральный округ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян, Л.В. Репродуктивное здоровье девочек и девушек г. Москвы, предложения по сохранению репродуктивного потенциала / Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Е.А. Богданова и др. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2016. - № 2 (67). - С. 13–14.
2. Акушерство: учебник / под общ. ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1056 с.
3. Алексеева, А.В. Несоответствие сроков неонатального скрининга срокам выписки детей из организаций родовспоможения / А.В. Алексеева, К.Е. Моисеева, О.И. Сергиенко // Медицинское право: теория и практика. - 2021. - Т. 7. № 2 (14). - С. 16–22.
4. Апресян, В.В. Профилактика, прогнозирование и ранняя диагностика акушерских осложнений у женщин с алиментарно-конституциональным ожирением / В.В. Апресян, С.В. Апресян, Н. Сакварелидзе и др. // Вестник РУДН. – 2005. - № 4(32). – С. 99–105.
5. Аранович, И.Ю. Оказание медицинской помощи беременным женщинам в условиях женских консультаций: социопсихологический подход. Актуальные проблемы профилактической и реабилитационной медицины / И.Ю. Аранович // Межрегиональный сборник научных работ с международным участием. Изд-во Саратовского ГМУ: СП – Принт, 2009. – С. 15–20.
6. Арустамян, Р.Р. Беременность, роды, послеродовый период у женщин с острыми нарушениями мозгового кровообращения различной этиологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Арустамян Рузанна Робертовна. – М., 2017. – 48 с.
7. Архангельский, В.Н. Репродуктивное и брачное поведение / В.Н. Архангельский // Социологические исследования. - 2013. - № 2. - С. 129–136.
8. Ахтаева, Ж.Ж. Оценка организации оказания акушерско-гинекологической помощи беременным и роженицам / Ж.Ж. Ахтаева, Д.Н. Алыбаева // Интернаука. – 2022. - № 18–2(241). – С. 13–15.

9. Баев, О.Р. Применение блокатора окситоциновых рецепторов - атозибана для торможения спонтанной родовой деятельности /О.Р. Баев, О.А. Козлова, О.В. Тысячный, Е.А. Усова//Акушерство и гинекология. – 2015. - № 1. – С. 5–11.
10. Байбарина, Е. Н. Итоги развития службы родовспоможения в Российской Федерации и мероприятия по ее совершенствованию / Е. Н. Байбарина, О. С. Филиппов, Е. В. Гусева // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2014. - № 4. - С. 4–7.
11. Баранов, А.А. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Вопросы современной педиатрии. – 2005.- Т.4. № 2. – С. 7–12
12. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в современной России /А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая. - М.: ПедиатрЪ, 2018. – 116 с.
13. Баранова, Н.А. Неонатальная офтальмология. Руководство для врачей / Н.А. Баранова, В.В. Бржеский, О.В. Дискаленко и др. – М., 2021. – 288 с.
14. Баринов, С.В. Комплексный подход к ведению пациенток с применением акушерского пессария у беременных группы высокого риска по преждевременным родам / С.В. Баринов, И.В. Шамина, О.В. Лазарева и др. //Акушерство и гинекология. – 2016. - № 1. – С. 93–100.
15. Белова, О.Г. Социологические аспекты репродуктивного поведения молодёжи / О.Г. Белова //Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2013. - № 2 (49). - С. 59–65.
16. Белоглазова, Д.С. О социологии репродуктивного здоровья / Д.С. Белоглазова, Д.А. Доник, Т.В. Фомичева, А.П. Цыбусов //Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. - № 1(139). – С. 1–4.
17. Блох, М.Е. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья / М.Е. Блох //Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - Т. LXII. № 3. - С. 16–19.
18. Вартапетова, Н.В. Научное обоснование, разработка и внедрение организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и

- перинатальной помощи на современном этапе: автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.02.03/ Вартапетова Наталья Вадимовна. - М., 2011. – 48 с.
19. Веровская, Т.А. Организация оказания медицинской помощи беременным с острым нарушением мозгового кровообращения в Волгоградском регионе /Т.А. Веровская, Н.Д. Подобед, И.В. Брамник//Главный врач юга России. – 2019. - № 1(65). – С. 9–12.
20. Веропотвелян, П.Н. Современный подход к сохранению репродуктивного потенциала / П.Н. Веропотвелян, И.С. Цехмистренко, Н.П. Веропотвелян и др.//Здоровье женщины. - 2015. - № 9 (105). - С. 94.
21. Викторов, В. В. Динамика демографических показателей в Республике Башкортостан /В.В. Викторов, М.А. Шарафутдинов, О.Р. Мухамадеева и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. № 4. – С. 581—586.
22. Виноградова, М.А. Влияние железодефицитной анемии на исходы беременности /М.А. Виноградова, Т.А. Федорова, О.В. Рогачевский// Акушерство и гинекология. - 2015. - № 7. – С. 78–82.
23. Воднева, Д.Н. Клинико-морфологические особенности ранней и поздней преэклампсии / Д.Н. Воднева, В.В. Романова, Е.А. Дубова и др.//Акушерство и гинекология. – 2014. - № 2. – С. 35-40.
24. Воробцова, Е.С. Мнение акушеров-гинекологов о роли специалистов социальной работы в охране репродуктивного здоровья и планировании семьи / Е.С. Воробцова, А.В. Мартыненко // Проблемы управления здравоохранением. - 2010. - № 6 (55). – С. 26–30.
25. Ворыханов, А.В. Организация медицинской помощи женщинам с патологией беременности, родов и послеродового периода в условиях многопрофильного стационара: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/Ворыханов Андрей Витальевич. – М., 2016. – 182 с.
26. Гарин, Л.Ю. Проблемы централизации и интеграции учреждений родовспоможения как компоненты оптимизации медицинской помощи беременным женщинам / Л.Ю. Гарин, Д.А. Горячева // В сб. науч. трудов по

- результатам второй всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы управления здоровьем населения». ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; под общ. ред. И.А. Камаева, В.М. Леванова. - 2019. - С. 127–132.
27. Гладкая, В.С. Современное состояние репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девушек, проживающих в Республике Хакасия / В.С. Гладкая // Мать и дитя в Кузбассе. - 2014. - № 3. - С. 57–60.
28. Гладкая, В.С. Характеристика полового развития девочек-подростков коренного и пришлого населения Республики Хакасия / В.С. Гладкая, В.Л. Грицинская // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2015. - № 2 (61). - С. 58–61.
29. Глухов, Е.Ю. Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики и организации медицинской помощи при тяжелых инфекционно-воспалительных и геморрагических осложнениях позднего послеродового периода: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Глухов Евгений Юрьевич. – Челябинск, 2017. – 44 с.
30. Гончарова, С. В. Потеря беременности: патогенетическая терапия и ее исходы у женщин группы высокого риска / С.В. Гончарова, Н.В. Башмакова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2014. - Т. 13. № 3. - С. 19–26.
31. Грачева, Т.С. Проблемы репродуктивного здоровья женщин и способы повышения репродуктивного потенциала /Т.С. Грачева, М.Н. Исламова, Д.С. Блинов, Л.А. Чугунова//Огарев-Online. – 2016. - № 15(80).
32. Гребенникова, О.А. Профилактика раннего материнства / О.А. Гребенникова, А. Пралич // Социальная педагогика. - 2015. - № 3. - С. 49–55.
33. Григорян, В.А. Отношение к репродуктивному здоровью: взгляд молодых / В.А. Григорян, М.С. Селихова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2016. - № 3 (68). - С. 17.

34. Гриднев, О.В. Пути совершенствования управления организацией и оказанием помощи женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности / О.В. Гриднев, Н.К. Гришина, Н.Б. Соловьева, Э.А. Вартамян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2022. - Т. 30. № 1. - С. 45–50.
35. Дворецкий, Л.И. Клинические рекомендации по лечению больных железodefицитной анемией /Л.И. Дворецкий/ Русский медицинский журнал. - 2004. - Том 12. №14 (214). – С. 893.
36. Демограф Чесноков: реальное число абортoв в РФ доходит до полутора миллионов [Электронный ресурс]. – 2023. – Режим доступа: <https://dzen.ru/a/ZVGGjTujUHAlMhN8?ysclid=lyshethv3e982141984>
37. Дерябина, Е.Г. Роль раннего скрининга гестационного сахарного диабета для оптимизации перинатальных исходов / Е.Г. Дерябина, Н.В. Башмакова, Д.М. Ларькин // Акушерство и гинекология. - 2013. - № 9. - С. 13–17.
38. Егорова, А.Я. Разгружающий акушерский пессарий как дополнение к лечению истмико-цервикальной недостаточности /А.Я. Егоров, А.Н. Рыбалка// Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2014. – Т.4. № 2. – С. 17–21.
39. Естественное движение населения [Электронный ресурс]. – М.: Росстат. - Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>
40. Заболеваемость взрослого населения России в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2019. - 160 с.
41. Заболеваемость взрослого населения России в 2019 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2020. - 160 с.
42. Заболеваемость взрослого населения России в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. - 164 с.

43. Заболеваемость взрослого населения России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. - 163 с.
44. Заболеваемость взрослого населения России в 2022 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2023. - 164 с.
45. Зароченцева, Н.В. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (обор литературы) / Н.В. Зароченцева, А.К. Аршакян, Н.С. Меньшикова // Гинекология. - 2013. - Т. 15. № 4. - С. 65–69.
46. Заступова, А.А. Некоторые особенности медико-социальной характеристики и течения беременности у матерей здоровых и больных новорожденных детей / А.А. Заступова, Е.Н. Березкина, О.И. Сергиенко // Forcipe. - 2022. - Т. 5. № S2. - С. 213–214.
47. Заступова, А.А. Оценка применения кесарева сечения в организациях родовспоможения / А.А. Заступова, О.И. Сергиенко, К.Е. Моисеева // Сб. статей III научно-практической конференции с международным участием «Актуальные аспекты медицинской деятельности в молодежной среде». - Киров, 2023. - С. 133–137.
48. Захарова, Т.Г. Зависимость репродуктивного здоровья женщин коренных народов Крайнего Севера от уклада жизни /Т.Г. Захарова, М.А. Кашина, Г.Н. Захаров // Земский врач. - 2012. - № 3. - С. 47–50.
49. Землянова, Е.В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем / Е.В. Землянова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2016. - Т. 48. № 2. - С. 1–15.
50. Иванов, Д.О. Роль акушерских факторов риска и ресурсного обеспечения акушерской службы в снижении младенческой смертности / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, К.С. Межидов и др.// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2024. - № 1. - С. 726–746.
51. Иванов, Д.О. Роль качества диспансерного наблюдения в период беременности в снижении младенческой смертности / Д.О. Иванов, К.Е.

- Моисеева, В.К. Юрьев и др. // Медицина и организация здравоохранения. - 2023. - Т. 8. № 4. - С. 4–15.
52. Иванов, Д.О. Сравнительная оценка акушерского анамнеза матерей детей, родившихся больными и заболевших, и здоровых новорожденных / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина и др. // Медицина и организация здравоохранения. - 2022. - Т. 7. № 3. - С. 4–11.
53. Иванова, М.А. Диагностическое и прогностическое значение комплекса факторов, влияющих на исход беременности и родов у женщин, больных и болевших сифилисом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 и 14.02.03/ Иванова Маиса Афанасьевна. - М., 2000. – 18 с.
54. Иванова, М.А. Осложнения в периоде беременности и родов и их взаимосвязь с экстрагенитальной патологией /М.А. Иванова, А.В. Ворыханов// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2015. - № 2. – С. 30–40.
55. Иванова, А.Ю. Роль отделения патологии беременности № 1 в Сургутском клиническом перинатальном центре 3А уровня, современные вызовы /А.Ю. Иванова, Л.Д. Белоцерковцева, Т.М. Васечко// В сб. тр. конф. «Фундаментальные и прикладные проблемы здоровьесбережения человека на Севере. – Сургут, 2020. – С. 341–347.
56. Иванова, М.А. Ресурсное обеспечение и оптимизация медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.10 и 14.02.03/ Иванова Маиса Афанасьевна. - М., 2007.- 42 с.
57. Кабочкин, А.А. Медико-социальное исследование здоровья беременных, рожениц и родильниц в крупном промышленном центре: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Кабочкин Андрей Александрович. – М., 2014. – 25 с.
58. Кабочкин, А. А. Течение беременности и родов с учетом медицинской активности и диспансерного наблюдения женщин /А.А. Кабочкин// Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2014. – Т 22. № 3. – С. 93–97.

59. Канус, И.И. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у беременных с сахарным диабетом / И.И. Канус, В.В. Римашевский, Т.Н. Скрипленок // Акушерство и гинекология. - 2016. - № 1. - С. 34–39.
60. Капитонов, В.Ф. Репродуктивное поведение сельских семей – реакция на социально-экономические преобразования в сельском хозяйстве / В.Ф. Капитонов, Р.Н. Заговор, Ф.В. Капитонов // В мире научных открытий. - 2011. - Т. 16. № 4. - С. 338–345.
61. Коноводова, Е.Н. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц / Е.Н. Коноводова, В.А. Бурлев // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 1. - С. 137–142.
62. Конституция Российской Федерации: [Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 1 июля 2020 года]. – М., 2020.
63. Коргожа, М.А. Перинатальная тревога и ее предикторы: эмпирическое исследование у женщин с первой беременностью / М.А. Коргожа, А.О. Евмененко, О.И. Сергиенко // Азимут научных исследований: педагогика и психология. - 2023. - Т. 12. № 3 (44). - С. 128–132.
64. Кропачева, А.С. Структура пренатальных факторов риска у женщин в отделении патологии беременных/А.С. Кропачева, А.Л. Гатицкая, И.А. Черникова//Сб. мат. II Международной научно-практической конференции «Перспективные этапы развития научных исследований: теория и практика». – Кемерово, 2019. – С. 96–100.
65. Крот, И.Ф. Миомэктомия во время кесарева сечения / И.Ф. Крот, Н.Н. Рухляда, Л.А. Романова и др.// Акушерство и гинекология. - 2024. - № 2. - С. 72–78.
66. Кузнецова, Т.В. Медико-статистический анализ динамики репродуктивных исходов в России за период 1999–2008 гг. /Т.В. Кузнецова// Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. - № 4 (12). - С. 18–24.
67. Кукарская, И. И. Оценка эффективности региональной модели перинатальной помощи с позиции профилактики материнской смертности / И.

- И. Кукарская, Т. А. Ербактанова, М. В. Швечкова // Медицинская наука и образование Урала. - 2011. - Т. 12. № 3-2. - С. 110-112.
68. Кулавский, В.А. Медико-социальные проблемы преждевременных родов у девочек-подростков / В.А. Кулавский, А.М. Зиганшин, Е.В. Кулавский и др.// Мать и дитя в Кузбассе. - 2014. - № 3. - С. 47–50.
69. Курбанисмаилов, Р.Б. Совершенствование системой управления маршрутизацией беременных на основе перинатального мониторинга: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/ Курбанисмаилов Ренат Бадрудинович. – М., 2021. – 177 с.
70. Курдынко, Л.В. Опыт ведения беременных с новой коронавирусной инфекцией / Л.В. Курдынко, В.В. Ветров, Д.О. Иванов и др.// Forcipe. - 2022. - Т. 5. № S2. - С. 291.
71. Лещанкина, С.Н. Медицинские и социально-демографические аспекты материнской смертности в Приморском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Лещанкина, Светлана Николаевна. – Иркутск, 2006. – 24 с.
72. Лещенко, О.Я. Состояние репродуктивного потенциала женского населения Иркутской области/ О.Я. Лещенко //Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. - 2011. - № 3–2. - С. 106–111.
73. Магомедова, А.М. Научно-организационное обоснование оптимизации модели родовспоможения в Республике Дагестан: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Магомедова Асият Магомедовна. М., 2014. – 24 с.
74. Макаров, О.В. Роль ангиогенных факторов роста в патогенезе преэклампсии и плацентарной недостаточности /О.В. Макаров, Е.В. Волкова, Е.Ю. Лысюк и др.//Акушерство и гинекология. – 2014. - № 12. – С. 64–70.
75. Максимова, С.Г. Демографическая безопасность и репродуктивное поведение молодёжи в современных социально-экономических условиях / С.Г. Максимова, О.Е. Ноянзина, М.М. Максимова // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. - 2014. - № 11 (121). - С. 168–174.

76. Медведева, М.А. Реализация прав беременных женщин на медицинскую помощь / М.А. Медведева, Н.В. Воронкова, Ф.М. Хакимов //Science Time. - 2015. - № 1 (13). - С. 330–335.
77. Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях: база данных / Д.О. Иванов, Ш.Д. Харбедия, А.А. Заступова и др. - Свидетельство о регистрации базы данных RU 2023624962, 25.12.2023. Заявка от 08.12.2023.
78. Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях / Д.О. Иванов, Ш.Д. Харбедия, А.А. Заступова и др. - Свидетельство о регистрации базы данных RU 2023624873, 21.12.2023. Заявка от 06.12.2023.
79. Меркушева, Л.И. Современные представления о патогенезе поражения почек при эклампсии /Л.И. Меркушева, Н.Л. Козловская// Акушерство и гинекология. – 2015. - № 8. – С. 12–17.
80. Методика расчета репродуктивных возможностей территорий / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, Ш.Д. Харбедия. - Свидетельство о регистрации базы данных RU 2024620836, 20.02.2024. Заявка от 02.02.2024.
81. Милованов, А.П. Анализ причин материнской смертности: руководство для врачей/А.П. Милованов. - М.: Медицина для всех, 2008. - 228 с.
82. Могилина, М.Н. Влияние повышенной массы тела и ожирения на гинекологическую заболеваемость и беременность / М.Н. Могилина // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2014. - Т. 13. № 2. - С. 395–399.
83. Моисеева, К.Е. Состояние и пути совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Моисеева Карина Евгеньевна. – Санкт-Петербург, 2021.- 377 с.
84. Моисеева, К.Е. Влияние заболеваемости женщин в период беременности, родов и послеродовой период на показатели использования коечного фонда

- отделений патологии беременности /К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, Ш.Д. Харбедия и др.// Менеджер здравоохранения. - 2024. - № 2. - С. 35–43.
85. Моисеева, К.Е. Высокая масса тела при рождении, как фактор риска течения родов /К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, К.Г. Шевцова и др.// Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2024. - № 1–2. - С. 38-48.
86. Моисеева, К.Е. Динамика удельного веса организаций родовспоможения и родов в акушерских стационарах российской федерации и северо-западного федерального округа в 2013–2019 гг. / К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина, О.И. Сергиенко // Сб. науч. трудов: Проблемы городского здравоохранения; под общ. ред. Н.И. Вишнякова. - СПб, 2022. - С. 181–183.
87. Моисеева, К.Е. Заболеваемость беременных мегаполиса / К.Е. Моисеева, Д.О. Иванов, А.В. Алексеева и др.// Вестник Ивановской медицинской академии. - 2023. - Т. 28. № 1. - С. 5–11.
88. Моисеева, К.Е. Некоторые вопросы изучения влияния факторов риска течения беременности на здоровье детей в перинатальном периоде / К.Е. Моисеева, А.А. Заступова, О.И. Сергиенко // Сб. тезисов многопрофильного медицинского форума «VI неделя образования в Елизаветинской больнице». – М., 2022. - С. 23–25.
89. Моисеева, К.Е. Организация медицинской помощи новорожденным в условиях перинатального центра: состояние, преимущества и проблемы / К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко, А.В. Алексеева и др. // Медицина и организация здравоохранения. - 2023. - Т. 8. № 3. - С. 112–123.
90. Моисеева, К.Е. Оценка динамики родов в акушерских стационарах отдельных субъектов Северо-Западного федерального округа в 2013–2019 гг. / К.Е. Моисеева, О.И. Сергиенко, Е.Н. Березкина, В.А. Глущенко // Сб. науч. трудов: Проблемы городского здравоохранения; под общ. ред. Н.И. Вишнякова. - СПб, 2022. - С. 184–187.
91. Моисеева, К.Е. Ресурсное обеспечение акушерской службы Санкт-Петербурга койками и медицинскими кадрами / К.Е. Моисеева, Д.О. Иванов, А.В. Алексеева и др. // Здоровье мегаполиса. - 2023. - Т. 4. № 4. - С. 98–111.

92. Моисеева, К.Е. Формирование, современное состояние и основные проблемы организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в России /К.Е. Моисеева, Ю.П. Михайлова, А.В. Алексеева и др.// Медицина и организация здравоохранения. - 2022. - Т. 7. № 2. - С. 89–99.
93. Мысяков, В.Б. Обоснование региональной системы мер по оптимизации медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным в условиях модернизации здравоохранения: на модели Пензенской области: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Мысяков Владимир Борисович. – Рязань, 2012. – 46 с.
94. Назаренко, А.И. Качество медицинской помощи. Управление. Измерение. Безопасность. Информация / А.И. Назаренко, Е.И. Полубенцова. - М.: Медицина XXI, 2004. – 432 с.
95. Назарова, С.И. Совершенствование организации медицинской помощи беременным женщинам с сахарным диабетом в регионе высокой рождаемости: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01 и 14.02.03/Назарова Сурайё Изатуллоевна. – М., 2014. – 48 с.
96. Нацун, Л. Н. Здоровье женщин репродуктивного возраста /Л.Н. Нацун// Society and Security Insights. – 2020. - №3(3). – С. 167–181.
97. Николаева, Л.Б. Репродуктивное здоровье женщин Кузбасса / Л.Б. Николаева, Г.А. Ушакова //Мать и дитя в Кузбассе. - 2010. - № 4. - С. 17–21.
98. О направлении методических рекомендаций по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья: [Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 апреля 2024 г. N 17–6/И/2-6434]. – М., 2024.
99. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: [Указ Президента Российской Федерации № 204 от 07 мая 2018 г.]. – М., 2018.
100. О положении в стране и основных направлениях внутренней и внешней политики государства: [Послание президента Российской Федерации от 10.05.2006 года Федеральному Собранию]. – М., 2006.

101. О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению: [Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 803н]. – М., 2020.
102. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов: [Закон Санкт-Петербурга от 21.12.2022 г. № 737–121 с изменениями от 15.12.2023 г.] – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1300337866?ysclid=lywzu3k5lp831991067>
103. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов: [Закон Санкт-Петербурга от 26.12.2023 г. № 802-170 с изменениями на 02.06.2024 г.] – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1304426730?ysclid=lywzunnv3z225356070>
104. О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024–2026 годы: [Письмо Минздрава России от 31.01.2024 №31–2/И/2-1602]. – М., 2024. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408389561/?ysclid=lywzv18dy259485596>
105. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: [Федеральный Закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года и одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года]. – М., 2011.
106. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: [Указ президента Российской Федерации от 09.10.2007 года № 1351]. – М., 2007.
107. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: [Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 1130-н от 20 октября 2020 года]. – М., 2020.

108. Обоскалова, Т. А. Оптимизация акушерско-гинекологической помощи для предотвращения репродуктивных потерь в крупном промышленном городе: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.01 / Обоскалова Татьяна Анатольевна. – Челябинск, 2005. – 264 с.
109. Оксюзян, А.В. Особенности организации первой и скорой медицинской помощи беременным женщинам с острой акушерской патологией/А.В. Оксюзян, А.Р. Гилязова, А.А. Тимерханова//Сб. тр. XVI-ой международной очно-заочной научно-практической конференции «Реформирование и развитие естественных и технических наук». – М., 2023, - С. 156–160.
110. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2019. - 169 с.
111. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2020. - 170 с.
112. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2021. - 171 с.
113. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2022. - 172 с.
114. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистические материалы. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023. - 171 с.
115. Отделение патологии беременности: кто туда попадает и что там происходит [Электронный ресурс]. – Сибирский семейный сайт. – 2023. – Режим доступа: <https://sibmama.ru/OPB-roddom.htm?ysclid=lypkbf3kr8794193962>
116. Отделение патологии беременности в роддоме: основные аспекты и принципы работы [Электронный ресурс]. – 2020. – Режим доступа:

<https://городец870.рф/faq/otdelenie-patologii-beremennosti-v-roddome-osnovnye-aspekty-i-principy-raboty>

117. Отделение патологии беременных: что это такое и как оно помогает будущим мамам? [Электронный ресурс]. – 2022. – Режим доступа: <https://borobyav.ru/fakty/otdelenie-patologii-beremennyx-cto-eto-takoe-i-kak-ono-pomogaet-budushhim-mamam>
118. Отдельнова, К.А. р / К.А. Отдельнова // Сб. трудов 2-го ММИ. – 1980. – Т. 150. – Выпуск 6. – С. 18–22.
119. Паспорт Национального проекта "Демография" (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам - протокол от 24 декабря 2018 г. № 16). – М., 2018.
120. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам - протокол от 24 декабря 2018 г. № 16). – М., 2018.
121. Пекарев, О.Г. Материнская смертность в Сибирском федеральном округе и пути ее снижения /О.Г. Пекарев, Е.О. Пекарева// Акушерство и гинекология. – 2010. – № 4. - С. 34–36.
122. Петрова, Е. И. Служба родовспоможения в Рязанской области / Е. И. Петрова, О. В. Медведева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - № 2. - С. 11–13.
123. Питиримова, Л.П. Особенности аллельного полиморфизма генов интерлейкинов и цитокиновый баланс женщин с невынашиванием беременности / Л.П. Питиримова, Е.А. Загороднева, Б.Ю. Гумилевский // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 3. - С. 33–38.
124. Показания к госпитализации беременной женщины. Когда ложиться на сохранение? [Электронный ресурс]. – MedUniver.com – 2012. – Режим доступа: https://meduniver.com/Medical/Akusherstvo/gospitalizacia_beremennoi.html

125. Покусаева, К.Б. Прогнозирование и дифференциальная диагностика различных вариантов преэклампсии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Покусаева Ксения Борисовна. – М., 2020. – 24 с.
126. Полунина, В. В. Факторы риска формирования здоровья городских и сельских женщин / В.В. Полунина, Г.Т. Мустафина, Н.Х. Шарафутдинова и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. № 4. – С. 438—442.
127. Попов, А.В. Характеристика беременных, проживающих в сельской местности, обратившихся в медицинские организации / А.В. Попов, К.Э. Муратова, Р.Р. Мухаметова // Наукосфера. – 2023. - № 10–2. – С. 16–20.
128. Порядок госпитализации в отделение патологии беременности [Электронный ресурс]. – ГБУЗ «Челябинский областной перинатальный центр». – 2024. – Режим доступа: <https://opc74.ru/index.php/patsientam/hospitalization/poryadok-gospitalizatsii/poryadok-gospitalizatsii-v-otdelenie-patologii-beremennosti>
129. Прилепская, В.Н. От аборта к сохранению репродуктивного здоровья: новое в контрацепции / В.Н. Прилепская, Э.Р. Довлетханова, П.Р. Абакарова // Фарматека. - 2013. - № 12 (256). - С. 46–49.
130. Радзинский, В.Е. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. – М.: Эксмо, 2009. – 288 с.
131. Рахматуллина, М.Р. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков / М.Р. Рахматуллина, А.А. Шашкова // Вестник дерматологии и венерологии. - 2013. - № 4. - С. 30–37.
132. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 3 часть Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2019. - 63 с.
133. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 3 часть Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных

- профилей): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2020. - 63 с.
134. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 3 часть Кочный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. - 63 с.
135. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 3 часть Кочный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. - 63 с.
136. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 3 часть Кочный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2023. - 63 с.
137. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 4 часть Кочный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания на койке в году): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2019. - 58 с.
138. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 4 часть Кочный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания на койке в году): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2020. - 58 с.
139. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 4 часть Кочный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания на койке в году): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. - 58 с.
140. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 4 часть Кочный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания на койке в году): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. - 58 с.

141. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 4 часть Коечный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания на койке в году): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2023. - 58 с.
142. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 5 часть Коечный фонд (оборот койки и летальность): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2019. - 56 с.
143. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 5 часть Коечный фонд (оборот койки и летальность): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2020. - 55 с.
144. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 5 часть Коечный фонд (оборот койки и летальность): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. - 55 с.
145. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 5 часть Коечный фонд (оборот койки и летальность): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. - 56 с.
146. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 5 часть Коечный фонд (оборот койки и летальность): статистические материалы. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2023. - 56 с.
147. Рустамова, М.С. Динамика изменения запасов железа в организме женщины в течение беременности / М.С. Рустамова // Вопросы охраны материнства и детства. - 1991. - № 1. - С. 51–53.
148. Рухляда, Н.Н. Влияние микрофлоры влагалища на течение беременности. Учебно-методическое пособие для студентов и клинических ординаторов / Н.Н. Рухляда, Л.Ш. Цечоева, К.А. Дудова и др. // - СПб., 2024. - 24 с.
149. Рыжова, Н.К. Медико-социальные проблемы материнской смертности в популяции мегаполиса и инновационные организационные технологии, направленные на снижение материнских потерь: на примере г. Нижнего Новгорода: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Рыжова Надежда Константиновна. – М., 2014. – 27 с.

150. Садыков, Р. М. Женское здоровье: состояние, причины ухудшения, меры по улучшению / Р.М. Садыков, Н.Л. Большакова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. № 2. – С. 247—252.
151. Светличная, Т.Г. Анализ мировых тенденций развития сексуальной культуры в XX–XXI веках / Т.Г. Светличная, И.Г. Мосягин, С.В. Губерницкая // Экология человека. - 2012. - № 7. - С. 42–49.
152. Семейный кодекс Российской Федерации: [Федеральный Закон от 29 декабря 1995 года № 223-ФЗ (в редакции Федерального закона от 320 декабря 2023 года № 457-ФЗ)]. – М., 1995.
153. Сергиенко, О.И. Оценка контингента беременных, поступивших в отделение патологии беременности перинатального центра ЗБ уровня / О.И. Сергиенко // Сб. науч. трудов: Проблемы городского здравоохранения; под общ. ред. Н.И. Вишнякова. – СПб, 2023. – С. 258–263.
154. Серов, В.Н. Анемия - акушерские и перинатальные аспекты / В.Н. Серов, Н.В. Орджоникидзе // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т.12. № 1(201). – С. 12–15.
155. Серов, В.Н. Неотложные состояния в акушерстве. Руководство для врачей / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, И.И. Баранов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 784 с.
156. Сидельников, В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему/ В.М. Сидельников// Акушерство и гинекология. – 2007. - № 5. – С. 24–27.
157. Сидорова, И.С. Патоморфологические особенности изменений в почках при тяжелой преэклампсии / И.С. Сидорова, А.П. Милованов, Н.А. Никитина, А.А. Рзаева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – Т.14. № 1. – С. 49.
158. Сидорова, И.С. Решенные и нерешенные вопросы преэклампсии по результатам анализа материнской смертности за последние 10 лет / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина, О.С. Филиппов и др. // Акушерство и гинекология. – 2021. - № 4. – С. 64–74.

159. Сидорова, И.С. Современный взгляд на проблему преэклампсии: аргументы и факты / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина // *Акушерство и гинекология*. – 2013. - № 5. – С. 10–16.
160. Сидорова, И.С. Тяжелая преэклампсия и эклампсия – критические состояния для матери и плода / И.С. Сидорова, А.П. Милованов, Н.А. Никитина и др.//*Акушерство и гинекология*. – 2013. - № 12. – С. 34–40.
161. Ситникова, Л.Н. Организация медицинской помощи беременным групп высокого риска /Л.Н. Ситникова, Л.И. Лавлинская// *Вестник новых медицинских технологий*. - 2014. - № 1. - С. 65.
162. Соколовская, Т.А. Гендерные аспекты репродуктивного здоровья детей Российской Федерации / Т.А. Соколовская // *Профилактическая и клиническая медицина*. - 2014. - № 2 (51). - С. 19–25.
163. Стародубов, В.И. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы/ В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. - М.: Медицина, 2003. – 288 с.
164. Стародубов, В.И. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России/ В.И. Стародубов, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова // *Современные медицинские технологии*. – 2009. – № 2. – С. 11–16.
165. Стародубов, В.И. Репродуктивные проблемы демографического развития России/ В.И. Стародубов, Л.П. Суханова. - М.: Менеджер здравоохранения, 2012. - 312 с.
166. Стародубов, В.И. Управленческие факторы в профилактике заболеваний / В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, А.М. Лукашев. – М.: РИО «ГУ ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, 2003. – 175 с.
167. Стасевич, Н. Ю. Необходимость создания комплекса организационных мероприятий по улучшению качества и эффективности дородовой подготовки женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Н.Ю. Стасевич, Т.С. Лукина // *Социальные аспекты здоровья населения*. - 2015. - № 4. – С. 44.

168. Степанова, Е.В. Онкологическая заболеваемость в РФ. Роль профилактики и приверженности к лечению / Е.В. Степанова, К.Р. Амлаев, В.Б. Зафирова // Проблемы женского здоровья. - 2014. - Т. 9. № 4. - С. 63–68.
169. Стрижаков, А.Н. Системные нарушения гемодинамики при синдроме задержки роста плода как фактор риска гипоксически-ишемических поражений ЦНС и отклонений психомоторного развития детей /А.Н. Стрижаков, З.М. Мусаев, Т.Ф. Тимохина и др.// Акушерство и гинекология. – 2003. - № 1. – С. 11–16.
170. Ступак, В.С. Региональная модель профилактики перинатальной патологии в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения (на примере Хабаровского края)/ В.С. Ступак, В.И. Стародубов, О.М. Филькина; под общ. ред. В.И. Стародубова. – Иваново: ОАО «Изд-во Иваново», 2012. – 468 с.
171. Султанаева, З.М. Медико-социальные основы формирования репродуктивного здоровья населения Республики Башкортостан: автореферат дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Султанаева Зиля Минлибаевна. 2012. - 48 с.
172. Сухих, Г.Т. Особенности МРТ-изображений головного мозга у больных с неврологическими осложнениями эклампсии /Г.Т. Сухих, Е.М. Шифман, Г.П. Тихова, С.Е. Флока//Анестезиология и реаниматология. – 2010. - № 6.
173. Тихомиров, А.Л. Лечение, диагностика и адекватная профилактика железодефицитных состояний в практике акушера-гинеколога / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания, Е.В. Ночевкин // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 4. – С. 69–74.
174. Ткачева, О.Н. Артериальная гипертензия у беременных. Антагонисты кальция / О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина. - М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – 148 с.
175. Торубаров, С.Ф. Совершенствование системы организации акушерской помощи, направленной на снижение перинатальных потерь (в рамках Федерального медико-биологического агентства России): дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Торубаров Сергей Феликсович. – М., 2014. – 294 с.

176. Трудовой кодекс Российской Федерации (ред. от 06.04.2024): [Федеральный Закон от 30 декабря 2001 года № 197-ФЗ] – М., 2001.
177. Турбина, Ю. О. Особенности здоровья женщин репродуктивного возраста / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. – 2019. – Т. 25. № 4. – С. 199—201.
178. Тютюнник, В.Л. Профилактика и лечение железодефицитной анемии при беременности [Электронный ресурс] / В.Л. Тютюнник, А.А. Балущкина, Р.С. Докуева // Российский медицинский журнал. - 2013. - № 1. - Режим доступа: [http:// rmj.ru/articles_8589.htm](http://rmj.ru/articles_8589.htm).
179. Ушакова, Г.А. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высокоурбанизированного региона / Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - № 3. - С. 14–17.
180. Филимончикова, И.Д. Материнская смертность (причины, качество помощи, меры профилактики): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.01 / Филимончикова Ирина Давидовна. – М., 2004. - 237 с.
181. Фролова, Н.И. Гинекологическая заболеваемость молодёжи как медико-социальная и демографическая проблема / Н.И. Фролова, Т.Е. Белокриницкая, Е.П. Белозерцева и др. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2015. - № 1 (60). - С. 17–23.
182. Фролова, Н.И. Гинекологическая заболеваемость молодых женщин с позиций воспроизводственных потенциалов Забайкальского края: медико-демографические параллели / Н.И. Фролова, Т.Е. Белокриницкая, Т.М. Баркан и др.// Мать и Дитя в Кузбассе. - 2013. - № 4. - С. 19–24.
183. Фролова, Н.И. Репродуктивное здоровье и гендерное поведение девушек-студенток Забайкальского края: Монография / Н.И. Фролова, Т.Е. Белокриницкая. - Чита, 2011. - 160 с.
184. Фролова, О.Г. Перинатальная патология (дефиниции по МКБ-Х принципы статистической классификации) /О.Г. Фролова// Вестник акушерства и гинекологии. – 1998. - № 1. – С. 5–7.

185. Хамошина, М.Б. Ювенальная гинекология: проблемы и перспективы / М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, М.И. Вахабова и др.//Вестник репродуктивного здоровья. - 2011. - № 2. - С. 30–34.
186. Харитонов, А.К. Медико-организационные аспекты оптимизации работы областного перинатального центра: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Харитонов Анатолий Константинович. – М., 2019. – 25 с.
187. Ходакова, О. В. Социально-гигиеническая оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне/ О.В. Ходакова, В.А. Дударева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. № 3. – С. 423—427.
188. Чулков, В.С. Оценка взаимосвязи достижения целевого артериального давления с осложнениями и исходами беременности при артериальной гипертензии /В.С. Чулков, В.С. Вереин, С.П. Сеницын, В.Ф. Долгушина// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. - № 13(6). – С. 23–27.
189. Шадрин, С.Г. Актуальные проблемы экономики и финансирования здравоохранения на региональном и учрежденческом уровнях /С.Г. Шадрин, В.Н. Савельев, В.А. Гаврилов, Л.Н. Шлеева// Материалы межрегиональной научно-практической конференции. 28 апреля 2000 г. - Ижевск. Издательство «Вектор», 2000. – 181 с.
190. Шаповалова, О.А. Прогнозирование осложнений гестации при острых цереброваскулярных нарушениях, ассоциированных с беременностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Шаповалова Ольга Александровна. – Волгоград, 2019. – 44 с.
191. Шарафутдинова, Н.Х. Показатели воспроизводства населения в Республике Башкортостан на современном этапе [Электронный ресурс] / Н.Х. Шарафутдинова, О.Р. Мухамадеева, Д.Р. Еникеева и др.// Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. № 2. – С. 1-14. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pokazateli-voisproizvodstva-naseleniya-v-respublike-bashkortostan-na-sovremennom-etape/viewer>

192. Шахбазова, Н.А. Исходы беременности при гипертензивных расстройствах, вызванных гестационным процессом / Н.А. Шахбазова // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 2. – С. 20–26.
193. Шелехов, И.Л. Анализ факторов, определяющих демографическую ситуацию в Сибирском федеральном округе / И.Л. Шелехов, О.Г. Берестнева, Ю.В. Ясюкевич // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. - 2013. - № 3-1 (91). - С. 131–135.
194. Шехтман, М.М. Железодефицитная анемия у беременных и ее лечение / М.М. Шехтман, А.П. Никонов // Гинекология. – 2000. – Т.2. № 5. - С. 156–158.
195. Шувалова, М.П. Преэклампсия и эклампсия как причина материнской смертности/ М.П. Шувалова, О.Г. Фролова, С.С. Ратушняк и др.// Акушерство и гинекологии. – 2014. – № 8. – С. 81-87.
196. Шувалова, М.П. Экстрагенитальные заболевания как причина смерти / М.П. Шувалова, О.Г. Фролова, Т.К. Гребенюк и др. // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 1. – С. 104-110.
197. Щитинин, В.В. Антенатальная патология плода: руководство для врачей / В.В. Щитинин, Г.И. Кольпинский, Т.А. Камаева. – М.: «Медицина», 2008. - 213 с.
198. Юрьев, В.К. Основы общественного здоровья и здравоохранения. Учебник / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко. - СПб.: «СпецЛит», 2019. - 271 с.
199. Юрьев, В.К. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи женскому населению Российской Федерации. Учебно-методическое пособие для обучающихся в ординатуре по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и врачей / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко, Ш.Д. Харбедия. – СПб.: ГПМУ, 2023. – 80 с.
200. Юрьев, В.К. Руководство к практическим занятиям по анализу деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь взрослому населению. Учебник для студентов лечебного и медико-профилактического факультетов медицинских ВУЗов / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко, Ш.Д. Харбедия. – СПб., 2023. – 568 с.

201. Юрьев, В.К. Система обеспечения качества медицинской помощи. Учебно-методическое пособие для обучающихся в ординатуре по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и врачей / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.В. Соколова. - СПб.: ГПМУ, 2023. - 45 с.
202. Юрьев, В.К. Социальное страхование в Российской Федерации. Учебно-методическое пособие для студентов педиатрического, лечебного, медико-профилактического факультетов / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.В. Соколова. Сер. Библиотека педиатрического университета. - СПб., 2022. - 40 с.
203. Юрьев, В.К. Управление системой здравоохранения в Российской Федерации. Учебно-методическое пособие для магистров по направлению подготовки «Общественное здравоохранение» / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева. Сер. Библиотека педиатрического университета. - СПб., 2022. - 24 с.
204. Ярославский, К.В. Акушерские и организационные аспекты обеспечения мониторинга и управления качеством медицинской помощи в родовспоможении: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 и 14.02.03 / Ярославский Константин Викторович. – СПб., 2019. – 23 с.
205. Bell M. J. A historical overview of preeclampsia-eclampsia. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2010; 39(5): 510-8.
206. Bhutta Z.A., Lassi Z.S., Blanc A., Donnay F. Linkages between reproductive health, maternal health and perinatal outcomes. *Semin. Perinatol.* 2010; 34 (6): 434-45.
207. Bondevik G.T., Eskeland B. Ulvik R.S. Anemia in pregnancy: possible causes and risk factors in Nepali women. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2000; 54(1):3-8.
208. Breyman C., Honegger C., Holzdreve W., Surbek D. Diagnosis and treatment of iron-deficiency anaemia during pregnancy and postpartum/Atch. *Gynecol. Obstet.* 2010. 282 (5): 577-580.
209. Cipolla M.J. Cerebrovascular function in pregnancy and eclampsia. *Hypertension.* 2007; 50: 14-24.
210. Davile C.A., O'Brein P. Strokeandpregnancy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2008; 79(3): 240–5.

211. Duley L. The global impact of preeclampsia and eclampsia/ *Semin. Perinatol.* 2009; 33(3): 130–7.
212. Fabry I.G., Rishart T., Chengz X., Van Bortel L.M. Diagnosis and treatment mortality disorders during pregnancy. *Acta Clin. Belg.* 2010; 65(4): 229-36.
213. Fontenot HB, George ER. Sexually transmitted infections in pregnancy. *Nurs Womens Health.* 2014; 18 (1): 67–72.
214. Ghulmiyyah L., Sibay B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. *Semin. Perinatol.* 2012; 36(1):56-9.
215. Heilman E. Iron deficiency. I. Etiology, classification, diagnosis and differential diagnosis/*Fortsehr. Med.* 1979, Bd. 97, H. 28, pp 1231–1232.
216. James P.R., Nelson-Piercy C. Management of hypertension before, during and after pregnancy. *Heart.* 2004; 90(12): 1499-504.
217. Kuklina EV, Tong X, Bansil P. et al. Trends in pregnancy hospitalizations that included a stroke in the United States from 1994 to 2007: reasons for concern? *Stroke.* 2011; 42(9):2564–70. DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.610592. Epub 2011 Jul 28.
218. Kvehaugen A.S., Dechend R., Ramstad H.B., Troisi R., Fugelseth D., Staff A.C. Endothelial function and circulating biomarkers are disturbed in women and children after preeclampsia. *Hypertension.* 2011; 58(1): 63–9.
219. Lawn J.E., Gravett M.G., Nunes T. M., Rubens C.E., Stanton C. GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010; 10 (Suppl.1): S 1.
220. Lo J.O., Mission J.F., Caughey. A.B. Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2013; 25(2):124-32.
221. Love E.R., Bhattacharya S., Smith N.C. Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. *BMJ* 2010;341:c3967. doi: 10.1136/bmj.c3967.
222. Milman N. Prepartum anaemia: prevention and treatment. *Ann. Hematol.* 2008. 87. 949–959.

223. Mmari K, Sabherwal S. A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an up-date. *J. Adolesc. Health.* 2013; 53 (5): 562-572.
224. Nelson D.B., Ziadie M.S., Mcintire D.D., Rogers B. B., Leveno K.J. Placental pathology suggesting that preeclampsia is more than one disease. *Am.J.Obstet. Gynecol.* 2014; 210(1): 66:1-7.
225. Nutcholeon J.A., Lisonkova S., Joseph K.S. Epidemiology of preeclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2011; 25(4):391-403.
226. Queenan J.T., Spong C.Y., Lockwood C.J. Queenan`s management of highrisk pregnancy: an evidence - based approach. 6th. eds. Wiley - Blaskwell; 2012. 504 p.
227. Sibai B., Dekker G., Kupfermanc M. Preeclamosia. *Lancet.* 2005; 36(9641):785-99.
228. Stevens G., Finucane M., de-Regil L., Paciorek C., Flaxman S., Branca F. Global regional, and nacional Trebds in total and severe anaemia prevalence in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population - representative data. *Lancet Glob. Health.* 2013; 1(1):16-25.
229. Usta I.M., Khalil A., Nassar A.N. Oxitocyn antagonists for the management of preterm birth: a review. *Am. J. Perinatol.* 2011; 28(6):449-60. doi: 10.1055/s-0030-1270111.
230. Uzan J., Carbonnel M., Piconne I.O., Asmar R., Ayoubi J.-M. Preeclampsia: pathophysiology, diagnosis and management. *Vasc. Health Risk Manag.* 2011; 7: 467–74.
231. WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Estimates developed by WHO, UNICER, UNFPA and The World Bank Geneva. 2012.
232. Wu M.Y., Chen S.U., Lee C.N., Ho H.N., Yang Y.S. Use of atosiban in a twin pregnancy with extremely preterm premature rupture in the membrane of one twin: a case report and literature review. *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* 2010; 49(4): 495–9. doi: 10.1016/S1028-4559(10) 60103–9

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



RU2023624962

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ БАЗЫ ДАННЫХ, ОХРАНЯЕМОЙ
АВТОРСКИМИ ПРАВАМИ

Номер регистрации (свидетельства):
2023624962
Дата регистрации: 25.12.2023
Номер и дата поступления заявки:
2023624708 08.12.2023
Дата публикации и номер бюллетеня:
25.12.2023 Бюл. № 1
Контактные реквизиты:
нет

Автор(ы):
Иванов Дмитрий Олегович (RU),
Харбедия Шалва Демнаевич (RU),
Заступова Анна Алексеевна (RU),
Сергеенко Ольга Игоревна (RU),
Моисеева Карина Евгеньевна (RU),
Юрьев Вадим Кузьмич (RU),
Резник Виталий Анатольевич (RU)

Правообладатель(и):
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России) (RU)

Название базы данных:

База данных «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях»

Реферат:

Для создания базы данных было проведено анкетирование ПО беременных, проживающих в Санкт-Петербурге. База данных содержит обезличенную информацию о медико-социальной характеристике, дополненную сведениями о состоянии здоровья женщин, что позволяет разработать методические рекомендации для комплексной оценки состояния здоровья беременных и антенатальной охраны плода. Она может быть дополнена и применяться в медико-социальных исследованиях клиницистами, организаторами здравоохранения, гигиенистами, статистиками и др. исследователями. Персональных данных база не содержит. Тип ЭВМ: IBM PC-совмест. ПК. ОС: Windows XP и выше.

Вид и версия системы управления базой данных: Excel

Объем базы данных: 40 КБ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



RU2023624873

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
**ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ БАЗЫ ДАННЫХ, ОХРАНЯЕМОЙ
АВТОРСКИМИ ПРАВАМИ**

Номер регистрации (свидетельства):
2023624873
Дата регистрации: 21.12.2023
Номер и дата поступления заявки:
2023624772 06.12.2023
Дата публикации и номер бюллетеня:
21.12.2023 Бюл. № 1

Автор(ы):
Иванов Дмитрий Олегович (RU),
Харбедия Шалва Демнаевич (RU),
Заступова Анна Алексеевна (RU),
Сергеенко Ольга Игоревна (RU),
Моисеева Карина Евгеньевна (RU),
Юрьев Вадим Кузьмич (RU),
Резник Виталий Анатольевич (RU)

Правообладатель(и):
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации (ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России) (RU)

Название базы данных:

База данных «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях»

Реферат:

Для создания базы данных было проведено анкетирование беременных, получавших лечение на отделениях патологии беременности, и осуществлена последующая выкопировка сведений из «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (ф. 111/у-20) и «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (ф. 003/у) на 200 женщин, проживающих в мегаполисе. База данных содержит обезличенную информацию исследования состояния здоровья беременных, что позволило выявить негативные факторы, влияющие на показатели здоровья матери и плода данного региона. База данных может использоваться в качестве научного материала для изучения здоровья женской популяции и применения здоровьесберегающих технологий.

Вид и версия системы управления базой данных: Excel

Объем базы данных: 100 КБ



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-
ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение здравоохранения

«Родильный дом № 9»

ул. Орджоникидзе, 47, Санкт-Петербург, 196142

тел./факс: (812) 726-44-55;

e-mail: roddom9@zdrav.spb.ru

ОКПО 35456156 ОКОГУ 2300229

ОГРН 1037821066337 ИНН 7810467660

КПП 781001001

03.06.2024 № 5454к

В диссертационный совет

А К Т
о внедрении

НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.

Рекомендации, медико-организационного характера, направленные на совершенствование организации специализированной медицинской помощи беременным женщинам в отделениях патологии беременности.

КЕМ ВНЕДРЕНО.

Главный врач «Родильный дом №9» Болотских В.М.

СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9».

196142, г. Санкт-Петербург, м. Звездная, ул. Орджоникидзе, д. 47

Тел/факс: +7 (812) 727-32-76 E-mail: roddom9@zdrav.spb.ru

ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ.

Материалы диссертационного исследования Сергиенко Ольги Игоревны на тему: «Совершенствование организации специализированной медицинской помощи в отделениях патологии беременности».

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.

Предложенные по результатам работы рекомендации, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным в стационарных условиях, были внедрены в практику и позволили улучшить доступность и качество акушерско-гинекологической помощи женскому населению в условиях отделения патологии беременности родильного дома.

СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9»



/В. М. Болотских/



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение здравоохранения

«Родильный дом № 16»

192283, Санкт-Петербург
ул. Малая Балканская 54, тел/ф: 778-91-71
ОГРН 1037835027438
ИНН / КПП 7816057854 / 781601001
Л.сч. № 0151141
Расчетный счет 03224643400000007200
БИК 014030106, ОКПО 34363493
Корресп. счет 40102810945370000005
ОКТМО 40907000000,
E-mail: roddom16@zdrav.spb.ru

03.06.2024г. № 4654к

В Диссертационный совет

А К Т
о внедрении

НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.

Рекомендации, медико-организационного характера, направленные на совершенствование организации специализированной медицинской помощи беременным женщинам в отделениях патологии беременности.

КЕМ ВНЕДРЕНО.

ВРИО главного врача «Родильный дом №16» Кирман О.Н.

СПб ГБУЗ «Родильный дом № 16».

192283, г. Санкт-Петербург, м. Купчино, ул. Малая Балканская, д. 54

Тел/факс: +7 (812) 778-91-71 E-mail: roddom16@zdrav.spb.ru

ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ.

Материалы диссертационного исследования Сергиенко Ольги Игоревны на тему: «Совершенствование организации специализированной медицинской помощи в отделениях патологии беременности».

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.

Предложенные по результатам работы рекомендации, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным в стационарных условиях, были внедрены в практику и позволили улучшить доступность и качество акушерско-гинекологической помощи женскому населению в условиях отделения патологии беременности родильного дома.

Врио главного врача
СПб ГБУЗ «Родильный дом №16»



О.Н. Кирман



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)
ул. Литовская, д. 2, г. Санкт-Петербург, 194100,
тел. (812)2950646, факс (812)2954085,
e-mail: spb@gpma.ru, <http://www.gpma.ru>

№
на № 0254 и от 10.06.2024

В Диссертационный совет

А К Т о внедрении

НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.

Рекомендации, медико-организационного характера, направленные на совершенствование организации специализированной медицинской помощи беременным женщинам в отделениях патологии беременности.

КЕМ ВНЕДРЕНО.

Главный врач клиники СПбГПМУ Резник В.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2, литер Х
Тел. +7 (812) 416-53-00, kdo.prenatal@mail.ru, <http://www.gpma.ru>

ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ.

Материалы диссертационного исследования Сергиенко Ольги Игоревны на тему: «Совершенствование организации специализированной медицинской помощи в отделениях патологии беременности».

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.

Предложенные по результатам работы рекомендации, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным в стационарных условиях, были внедрены в практику и позволили улучшить доступность и качество акушерско-гинекологической помощи женскому населению в условиях отделения патологии беременности перинатального центра.

Главный врач, д.м.н.



/В.А. Резник/



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)
ул. Литовская, д. 2, г. Санкт-Петербург, 194100,
тел. (812)2950646, факс (812)2954085,
e-mail: spb@gpma.ru, <http://www.gpma.ru>

№ _____

на № 03.2211 от 30.05.24

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по научной работе
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
университет» МЗ РФ
д.м.н., профессор Р.А. Насыров



АКТ

О внедрении научно-практической разработки

1. **НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.**
Рекомендации, медико-организационного характера, направленные на совершенствование организации специализированной медицинской помощи беременным женщинам в отделениях патологии беременности.
2. **КЕМ ВНЕДРЕНО. АДРЕС ИСПОЛНИТЕЛЯ.**
Юрьев Вадим Кузьмич, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ (194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2).
3. **ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ.**
Материалы диссертационного исследования О.И. Сергиенко на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Совершенствование организации специализированной медицинской помощи в отделениях патологии беременности».
4. **ФОРМА ВНЕДРЕНИЯ.**
Использование фрагментов диссертационного исследования на лекциях и на занятиях в курсе общественное здоровье и здравоохранение (4-5 курсы).
5. **РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.**
Студенты на конкретных примерах знакомятся с особенностями комплексной оценки организации медицинской помощи беременным женщинам в условиях отделения патологии беременности родильного дома.
6. **ПРЕДЛОЖЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ.**
Материалы диссертационного исследования Сергиенко О.И. могут быть рекомендованы внедрению в преподавание курсов общественного здоровья и организации здравоохранения в других медицинских ВУЗах. Целесообразно издание учебно-методического пособия по материалам диссертационного исследования.

Заведующий кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения, д.м.н., профессор

/В.К. Юрьев/



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)
ул. Литовская, д. 2, г. Санкт-Петербург, 194100,
тел.(812)2950646, факс (812)2954085,
e-mail:spb@gpma.ru, <http://www.gpma.ru>

№ _____

на № 0253к от 17.06.2024

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет» МЗ РФ

д.м.н., профессор  В.А. Насыров**АКТ****О внедрении научно-практической разработки****1. НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.**

Рекомендации, медико-организационного характера, направленные на совершенствование организации специализированной медицинской помощи беременным женщинам в отделениях патологии беременности.

2. КЕМ ВНЕДРЕНО.

Иванов Дмитрий Олегович, заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ (194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская д.2).

3. ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ.

Материалы диссертационного исследования О.И. Сергиенко на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Совершенствование организации специализированной медицинской помощи в отделениях патологии беременности».

4. ФОРМА ВНЕДРЕНИЯ.

Использование фрагментов диссертационного исследования на лекциях и на занятиях.

5. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.

Слушатели на конкретных примерах знакомятся с особенностями комплексной оценки состояния здоровья и организация специализированной медицинской помощи беременным женщинам для улучшения антенатальной охраны плода.

6. ПРЕДЛОЖЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ.

Материалы диссертационного исследования Сергиенко О.И. могут быть рекомендованы к внедрению в преподавание акушерства в других медицинских ВУЗах. Целесообразно издание методических рекомендаций по комплексной оценке состояния здоровья и организация специализированной медицинской помощи беременным женщинам для улучшения доступности и качества акушерско-гинекологической помощи женскому населению в условиях отделения патологии беременности.

Заведующий кафедрой неонатологии
с курсами неврологии и акушерства-гинекологии
ФП и ДПО, д.м.н.



/Д.О. Иванов/