

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*На правах рукописи*

**Заступова Анна Алексеевна**

**СОСТОЯНИЕ И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ УЛУЧШЕНИЯ  
АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ  
КОНСУЛЬТАЦИИ**

**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 (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) .....	16
1.1. История охраны материнства и детства в России и в зарубежных странах .....	16
1.2. Нормативно-правовое обеспечение и организация медицинской помощи беременным в амбулаторных условиях .....	27
1.3. Проблемы оказания медицинской помощи беременным в мегаполисе .....	32
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ .....	37
2.1. База исследования .....	37
2.2. Программа исследования .....	38
Глава 3. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА .....	45
3.1. Оценка репродуктивного ресурса и плодовитости женщин в Российской Федерации .....	45
3.2. Сравнительная оценка показателей перинатальной смертности в федеральных округах Российской Федерации .....	49
3.3. Заболеваемость беременных и новорожденных детей .....	59
Глава 4. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЛОДА И ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ .....	68
4.1. Сравнительная оценка медико-социальной характеристики беременных с патологией плода .....	68
4.2. Оценка здоровья плода и сравнительная оценка акушерского анамнеза беременных .....	76
4.3. Сравнительная оценка качества жизни беременных с патологией плода .....	87
Глава 5. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЕ ПЛОДА .....	93
5.1. Состояние кадрового обеспечения акушерско-гинекологической службы Санкт-Петербурга .....	93
5.2. Организация антенатальной охраны плода в условиях женской консультации .....	97

5.3. Организация работы с беременными в Школах материнства .....	117
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	123
ВЫВОДЫ .....	133
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	136
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ .....	139
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	140
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	142
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	173
Приложение 1 .....	173
Приложение 2 .....	174
Приложение 3 .....	175
Приложение 4 .....	176
Приложение 5 .....	177
Приложение 6 .....	178
Приложение 7 .....	180

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Одной из важнейших задач здравоохранения России является создание системы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья детского населения. Особый статус ребенка закреплен в статье 38 Конституции Российской Федерации [72]. Подтверждением пристального внимания государства к вопросам охраны материнства и детства являются Указы Президента РФ «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства» (от 29.05.2017 №240) и «О проведении в Российской Федерации Года семьи» (от 22 ноября 2023 г. №875) [174-175]. С целью повышения доступности и качества медицинской помощи матери и ребенку Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. была утверждена Государственная программа «Развитие здравоохранения», приоритетным проектом которой является «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе, развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации» [130]. Кроме того, приоритет охраны здоровья детей, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», выделяется в качестве одного из основных принципов отечественного здравоохранения [180].

Несмотря на принимаемые органами государственной власти меры, в условиях низкой рождаемости, проблема здоровья женщин и детей в Российской Федерации в последние годы приобрела крайне актуальный характер. Неблагоприятная ситуация, связанная с воспроизводством населения, выявила снижение качества репродуктивного потенциала страны. В этих условиях наиболее важное значение приобрели задачи по сохранению и укреплению здоровья женщин фертильного возраста. Здоровье и качество жизни матери играют первостепенную роль в развитии будущего ребенка [24, 42, 55, 58, 66, 111, 118, 168, 186, 190, 198]. Это обусловлено влиянием медико-социальных факторов риска, к которым относится возраст родителей и их материальное благополучие, течение

перинатального периода, наследственность, состояние окружающей среды, экологическая обстановка, организация медицинской помощи и др. [21, 76, 203, 225]. Важность анализа факторов риска для здоровья ребёнка обусловлена значительным их влиянием на возникновение внутриутробных патологических состояний и неблагоприятного перинатального исхода [51, 52, 66, 78, 162, 188, 194, 223].

Перинатальная смертность является важнейшим индикатором состояния здравоохранения страны. В структуре перинатальной смертности значительный удельный вес занимает антенатальная смертность [95, 96, 172, 210, 232]. Гибель плода в период беременности является приоритетной проблемой в медицине, так как напрямую зависит от доступности и качества медицинской помощи в организациях здравоохранения [20, 38, 60, 83, 105, 183, 218, 220, 231]. Однако при достижении значительных успехов в снижении антенатальной смертности, частота рождения детей с врожденными пороками развития и отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, остается довольно высокой [41, 43, 64, 75, 95, 176, 194, 234]. Среди причин, как антенатальной смертности, так и нарушений развития ребенка во время беременности, выделяют такие заболевания, как преэклампсия, патология плаценты и пуповины, иммунологическая несовместимость крови матери и ребенка и др. [6, 28, 109, 115, 126, 127, 182, 224, 240]. Кроме того, к неблагоприятным факторам риска можно отнести условия и образ жизни будущей матери, а также неправильное назначение и применение лекарственных препаратов [30, 225, 248].

Таким образом, в формировании здоровья ребёнка огромная роль принадлежит состоянию здоровья будущей матери до и во время беременности, своевременному устранению факторов риска и ориентации семьи на здоровую беременность [167, 214, 217, 219, 246]. Все вышеперечисленное должно обеспечиваться системой антенатальной охраны плода, проводимой в женских консультациях [1, 29, 37, 56, 114, 125, 129]. Это подтверждает целесообразность комплексного подхода к оказанию медицинской помощи беременным женщинам и необходимости ее дальнейшего совершенствования [10, 86, 113, 187].

Соответственно, особую научно-практическую значимость приобретает оценка амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в период беременности и выявления основных её проблем, что обусловлено потенциальными последствиями для будущего поколения. Это и определяет актуальность выбранной темы исследования.

**Степень разработанности темы исследования:** Научным обоснованием, разработкой и внедрением организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на современном этапе занималась Вартапетова Н.В. [26]. Разработке мероприятий по оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи и её нормативного обеспечения была посвящена работа Бантьевой М.Н. [18]. Организацией и качеством медико-социальной помощи беременным в городских женских консультациях занималась Бейбутова А.М. [21]. Вопрос оптимизации организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи поднимала в своей работе Соловьева Е.А. [166]. Организация профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей отражена в исследовании Балакиревой А.В. [16]. Формирование, современное состояние и основные проблемы организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в России было рассмотрено Моисеевой К.Е. [104].

Вопросам оказания специализированной медицинской помощи беременным посвящены и ряд других научных исследований, выполненных в различных регионах Российской Федерации [9, 12, 14, 19, 27, 35, 59, 62, 63, 77, 80, 94, 97, 99, 101]. Однако работ, посвященных оценке качества жизни беременных и улучшению им оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи за счет выявления основных проблем в организации антенатальной охраны плода в женских консультациях ранее не проводилось.

**Цель исследования** - на основании оценки состояния организации медицинской помощи беременным женщинам в амбулаторных условиях, разработать и научно обосновать комплекс мероприятий, направленных на улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

**Задачи исследования:**

1. Оценить показатели медико-демографических процессов и изучить состояние здоровья беременных.
2. Провести сравнительную оценку медико-социальной характеристики и акушерского анамнеза беременных с патологией плода и выявить особенности их качества жизни.
3. Оценить деятельность амбулаторной акушерско-гинекологической службы по антенатальной охране плода и выявить ее основные проблемы.
4. Разработать научно-обоснованные рекомендации по улучшению организации антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

**Научная новизна исследования:**

Проведена сравнительная оценка и изучение тенденции изменения показателей рождаемости, перинатальной смертности, заболеваемости беременных и обеспеченности акушерско-гинекологической службы мегаполиса медицинскими кадрами в 2018-2022 гг. Кроме того, получены следующие новые данные о состоянии репродуктивного ресурса, плодовитости женщин и заболеваемости женщин фертильного возраста; о структуре перинатальной смертности и мертворождаемости, величине и динамике показателей антенатальной смертности; заболеваемости беременных мегаполиса отдельными формами заболеваний, осложнивших период беременности.

Осуществлена оценка организации медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе, проведен сравнительный анализ медико-социальной характеристики и акушерского анамнеза беременных с патологией плода и проведено исследование их качества жизни. Установлены основные проблемы в организации антенатальной охраны плода в женских консультациях мегаполиса. Разработаны, научно обоснованы мероприятия медико-организационного характера, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе для улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Теоретическая значимость проведенного исследования заключается в применении комплекса базовых методов оценки заболеваемости беременных и организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в мегаполисе. Проведенная оценка организации первичной специализированной медицинской помощи беременным женщинам, дала возможность выявить основные проблемы ее оказания на амбулаторном этапе в женских консультациях города.

Доказаны положения, позволяющие на основании проведенной оценки организации специализированной медицинской помощи беременным женщинам разработать и научно обосновать рекомендации, медико-организационного характера, способствующие повышению качества оказания медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе.

Практическая значимость работы подтверждается тем, что полученные результаты исследования позволили разработать комплекс практических рекомендаций, позволяющих улучшить организацию антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

Результаты исследования использованы при разработке базы данных «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (Свидетельство о регистрации базы данных 2023624962, 25.12.2023 г.) [67]. 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 организации им антенатальной охраны плода. Она может быть дополнена и использована в медико-социальных исследованиях клиницистами, организаторами здравоохранения, гигиенистами, статистиками и др. исследователями. Персональных данных база не содержит.

Разработанные по результатам настоящего исследования практические рекомендации были внедрены в деятельность и используются в работе следующих организаций здравоохранения: СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 23»,

отделение «Женская консультация № 36» (Приложение 1); Консультативно-диагностическое отделение ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Приложение 2); Женская консультация СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9» (Приложение 3). Отдельные результаты и основные положения диссертации используются в процессе обучения студентов педиатрического и лечебного факультетов, клинических ординаторов на следующих кафедрах: общественного здоровья и здравоохранения (Приложение 4), неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (Приложение 5). Разработана брошюра «Грудное вскармливание: значение, подготовка, лактация, гипогалактия» и плакат «Залог здоровой беременности» (Приложение 6-7).

#### **Методология и методы исследования.**

В работе использовались контент-анализ, эпидемиологический, социологический, статистический, графико-аналитический методы, ретроспективный анализ, квалиметрия, выкопировка сведений из медицинской учетной и отчетной документации, сплошной и выборочный методы исследования. Данные описательной статистики представлены в виде количественных и качественных показателей: средняя арифметическая взвешенная, среднее стандартное отклонение, стандартная ошибка средней арифметической взвешенной, экстенсивные и интенсивные показатели. Применялись параметрические и непараметрические методы статистической обработки данных. Проверка нормальности распределения изучаемых выборок осуществлялась с применением критерия Колмогорова-Смирнова. Сравнение двух групп проводилось с использованием t-критерия Стьюдента (в случае нормального распределения) или критерия Манна-Уитни (в случае распределения отличного от нормального). Формирование и статистическая обработка базы данных, а также анализ и отображение полученных результатов проводились с использованием программы Microsoft Office Excel 2016 (Word, Excel) и программного пакета StatSoft-Statistica 10.0.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. В Санкт-Петербурге на фоне высокого удельного веса женщин позднего репродуктивного возраста и уровня заболеваемости беременных отдельными формами заболеваний, осложнивших течение беременности, показатели перинатальной смертности и заболеваемости новорождённых значительно превышают среднероссийские значения. Одним из актуальных направлений повышения эффективности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности является улучшение работы женских консультаций.

2. У беременных с патологией плода, имеются факторы риска медико-социальной характеристики, акушерского анамнеза и особенности качества жизни, которые необходимо учитывать в системе антенатальной охраны плода в женских консультациях.

3. Наличие в системе организации антенатальной охраны плода мегаполиса недостатков, связанных с кадровым обеспечением и санитарно-просветительской работой акушерско-гинекологической службы, обуславливает необходимость её улучшения.

4. Разработанные медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе позволят улучшить систему антенатальной охраны плода в женских консультациях.

### **Основные научные результаты**

Научное исследование выполнено на основании показательной выборки с применением комплекса методов и методик. При формировании статистической совокупности использовались сплошной и выборочный методы исследования. Выкопировка данных из формы №111/у-20 «Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы» послужила материалом для формирования базы данных «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Результаты анкетирования беременных женщин позволили выявить основные недостатки в организации антенатальной охраны плода в женских консультациях для

последующей выработки управленческих решений с целью повышения качества оказания акушерско-гинекологической помощи в медицинских организациях мегаполиса.

Полученные результаты исследования используются в процессе обучения студентов педиатрического и лечебного факультетов, клинических ординаторов в ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России [60, 61, 62, 66, 78, 98, 100, 101, 102].

Предложенные рекомендации по результатам работы, направленные на совершенствование организации антенатальной охраны плода в условиях женской консультации, были внедрены в практическую деятельность организаций здравоохранения г. Санкт-Петербург.

Основные результаты и положения научной работы представлены:

1. Иванов Д.О., Харбедия Ш.Д., Заступова А.А., и др. 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 [62].

2. Заступова А.А. Нормативно-правовые основы антенатальной охраны плода в Российской Федерации. В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Под редакцией Н.И. Вишнякова. Санкт-Петербург, 2023. С. 253-258 [54].

3. 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 [101].

4. Моисеева К.Е., Иванов Д.О., Юрьев В.К., Алексеева А.В., Шевцова К.Г., Харбедия Ш.Д., Заступова А.А., Данилова В.В. Отклонение массы тела при рождении как фактор риска для здоровья ребенка. Социальные аспекты здоровья населения. 2023. Т. 69. № 2 [102].

5. Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Алексеева А.В., Шевцова К.Г., Соколова В.В., Харбедия Ш.Д., Данилова В.В., Заступова А.А. Влияние осложненных родов

на здоровье новорожденных. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. № 2. С. 845-869 [100].

6. Заступова А.А. Некоторые результаты оценки показателей, характеризующих деятельность акушерской службы. Forcipe. 2023. Т. 6. № S1. С. 243-244 [53].

7. Сергиенко О.И., Заступова А.А., Харбедия Ш.Д. Оценка организации медицинской помощи беременным с пороками развития плода. / Forcipe. 2023. Т. 6. № S1. С. 560-561 [161].

8. 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 [98].

9. Ионова Т.И., Заступова А.А., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н. Показатели качества жизни новорожденных. Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 1. С. 21-31 [66].

10. 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 [60].

11. Шевцова К.Г., Березкина Е.Н., Заступова А.А. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у детей периода новорожденности. В книге: Тезисы XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрарверсии» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контрарверсии неонатальной медицины и педиатрии». Москва, 2022. С. 138-140 [180].

12. Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Заступова А.А., Сергиенко О.И., Шевцова К.Г., Симонова О.В., Харбедия Ш.Д., Алексеева А.В., Гажева А.А. Пациентоориентированный подход в оказании медицинской помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах. / В сборнике: Профилактическая

медицина-2022. Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией А.В. Мельцера, И.Ш. Якубовой. Санкт-Петербург, 2022. С. 186-191 [97].

13. Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Заступова А.А., Сергеев О.И., Шевцова К.Г., Симонова О.В. Сравнительная оценка медико-социальной характеристики пациенток акушерских стационаров. / В сборнике: Профилактическая медицина-2022. Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией А.В. Мельцера, И.Ш. Якубовой. Санкт-Петербург, 2022. С. 192-197 [99].

14. 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 [94].

15. 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 [61].

16. 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 [51].

17. Кузнецова Ю.В., Заступова А.А., Лисовский О.В., Лисица И.А., Селиханов Б.А., Гецко Н.В. Оценка факторов риска преждевременных родов и роль среднего медицинского персонала в выхаживании недоношенных детей. Медицина и организация здравоохранения. 2021. Т. 6. № 4. С. 42-50 [78].

18. Заступова А.А. Медико-социальная характеристика семей новорожденного. Forcipe. 2021. Т. 4. № S2. С. 54-55 [52].

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Степень достоверности результатов, полученных в исследовании, подтверждается использованием достаточного по объему репрезентативной базой данных. В ходе исследования были проанализированы: 20 форм отчетной медицинской документации; 15 статистических материалов Федеральной службы государственной статистики; 10 статистических материалов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации Росстата; 1485 специально разработанных для настоящего исследования анкетных форм и 512 карт выкопировки из форм учетной медицинской документации. Для обработки данных использовались методы статистического анализа. Число единиц информации в исследовании составило (суммарно) - 2042.

Апробация результатов диссертационного исследования проводилась на международных и всероссийских научно-практических конгрессах и конференциях. Материалы диссертации были представлены и обсуждены на: VI национальном конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2022), IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии» (Сочи, 2022), 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), VII национальном конгрессе 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), III заочная научно-

практическая конференция с международным участием «Актуальные аспекты медицинской деятельности в молодежной среде» (Киров, 2023.), Международная научно-практическая конференция «Здоровье и окружающая среда» (Минск, 2023), XVI Всероссийская научно-практическая конференция «Здоровье человека в XXI веке. Качество жизни» (Казань, 2024), XI Всероссийская с международным участием научно-практическая конференция (Санкт-Петербург, 2024), VI Международная научно-практическая конференция «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения» (Ташкент, 2024), Научно-практическая конференция с международным участием «Проблемы и перспективы улучшения качества жизни пациентов» (Ташкент, 2024), VIII национальном конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2024).

**Личный вклад автора.** Автором самостоятельно осуществлялся анализ источников литературы по теме диссертационного исследования, разработка дизайна исследования, статистическая обработка и анализ полученных результатов, формулировка выводов и разработка практических рекомендаций. Автор самостоятельно провел анкетирование беременных женщин в женских консультациях и консультативно-диагностическом отделении Санкт-Петербурга, осуществил выкопировку сведений из формы №111/у-20 «Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы».

**Публикации.** По теме диссертационной работы опубликованы 18 научных работ, в том числе 8 в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

**Структура и объём диссертации.** Содержание диссертации изложено на 180 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы по теме исследования, трех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспектив дальнейшей разработки темы, списка литературы и 7 приложений. Список литературы включает 251 источник, в том числе 207 работ отечественных и 44 – зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 38 рисунками и 35 таблицами.

## **Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

### **1.1. История охраны материнства и детства в России и в зарубежных странах**

Проблема высокого уровня младенческой смертности в России – одна из основных проблем в конце девятнадцатого и в начале двадцатого века. С самого конца XVIII века были сделаны некоторые попытки, направленные на привлечение внимания к этому вопросу. В тоже время только во второй половине XIX века эта проблема приобрела серьезный научный фундамент, благодаря развитию педиатрии как самостоятельной научной дисциплины [5, 8, 46, 25].

В ходе обсуждения методов снижения младенческой смертности особое внимание уделялось социальным причинам этого явления. Было признано, что бедность и низкий уровень образования являются главными факторами, оказывающие большое влияние на повышение уровня смертности в России. Экономические и социальные условия в стране создавали изолированную ситуацию по сравнению с другими государствами. Отмечалось, что борьба с детской смертностью должна начинаться с устранения этих отрицательных факторов. Однако, важно понимать, что проблема детской смертности не ограничивается только социальными аспектами жизни, но существуют и другие факторы влияющие на здоровье матери и плода [65].

В XIX веке были организованы новые виды помощи матери и ребенку, такие как ясли, консультации, так называемые «капли молока» и система страхования материнства [39, 44, 92]. Они стали дополнением к существующей системе родовспоможения, которая обеспечивала заботу о матери и новорожденном ребёнке.

Однако, в начале двадцатого века, российское правительство осознало необходимость создания системы более широкой системы охраны материнства и детства на уровне всей страны. В связи с этим была образована межведомственная комиссия, созданная в 1912 году, которая занималась пересмотром врачебно-

санитарного законодательства и разработкой законопроектов о защите материнства, младенчества и детства. Эта инициатива стала одной из наиболее значимых в области охраны материнства и детства в России [70, 73].

Одной из главенствующих проблем, которой стало уделяться пристальное внимание, была детская смертность. Для решения этой проблемы был образован отдельный отдел, который начал работать 6 мая 1913 года. Отдел занимался разработкой соответствующих законопроектов и предпринимал меры по предотвращению детской смертности и защите материнства. Одной из важных мер, предпринятых отделом, было внедрение системы обязательной регистрации беременных женщин и новорожденных. Благодаря этой системе стало возможным отслеживать состояние здоровья матерей и детей грудного возраста, а также предоставлять им необходимую медицинскую помощь вовремя. Отдел также активно сотрудничал с медицинскими учреждениями и специалистами. Он стремился повысить квалификацию врачей и медицинского персонала, чтобы обеспечить более эффективное родовспоможение и улучшить здоровье матерей и детей [46].

Поставленные перед отделом задачи, позволили осуществлять работу по трем направлениям: первое — это борьба с детской смертностью; второе - охрана материнства и третье - организация правильного родовспоможения. Также отдел разработал основные положения к законопроекту по охране материнства, младенчества и детства.

В начальной части документа были изложены ключевые принципы, направленные на защиту здоровья матерей и снижение уровня перинатальной смертности. Эти принципы предписывали государственным, земским и городским структурам заботиться о матерях и новорожденных, обеспечивая им соответствующую поддержку. В случаях финансовых ограничений у местных учреждений, предусматривалась возможность получения финансирования от центрального правительства. Ежегодно, под редакцией Министерства внутренних дел, создавался список благотворительных организаций, которые получали финансирование из государственных средств для оказания помощи матерям и

детям. Но во время дискуссии по этим вопросам на заседании пятой подкомиссии появились расхождения во мнениях по поводу того, кто должен взять на себя полноту ответственности за борьбу со смертностью детей в возрасте до 17 лет и охрану материнства - государственные структуры или общественные организации [89, 90].

В процессе заседания комиссии подчеркивалось, что решение проблем смертности среди населения и поддержание общего уровня здоровья — это задачи, которые должны выполнять местные общественные учреждения. Вместе с тем, высказывалось мнение о том, что государство и правительство должны брать на себя полную ответственность за охрану здоровья матерей и детей.

Во второй части документа были прописаны нормы, касающиеся работы родильных учреждений и условий труда женщин. Женщинам в период беременности, работающим в промышленной сфере, запрещалось трудиться за две недели до и четыре недели после родов, чтобы обеспечить их здоровье и безопасность. Кроме того, кормящие матери имели возможность отлучаться с работы на один час для кормления ребенка на протяжении первых девяти месяцев [2].

Такое правило действовало как для работниц фабрик и заводов, так и для женщин, занятых в сельском хозяйстве и на плантациях, что способствовало поддержке и стимулированию молодых матерей в обеспечении благополучия и правильного питания их детей.

Третья часть положений охватывала вопросы, связанные с охраной младенчества и детства. В этом разделе упоминались различные структурные подразделения, которые занимались этой задачей: детские дома, приюты, ясли (как временные, так и постоянные), консультации по раздаче молока (известные как «Капля молока»), системы патронажа, детские колонии, клиники и больницы, летние лагеря и игровые площадки для детей. Эти институты имели большое значение в обеспечении здоровья и благополучия младенцев и детей [33, 89].

Целью создания детских яслей было обеспечение питанием, уходом и наблюдением за грудными детьми, которых оставляли работницы. Эти учреждения

предоставляли необходимую заботу и позволяли родителям спокойно работать, зная, что их дети находятся в безопасности. В этих учреждениях проводились консультации, которые позволяли наблюдать за развитием и здоровьем грудных детей. Такие консультации позволяли донести до матерей необходимость и важность грудного вскармливания, а также во время консультаций проводилось обучение матерей правильному уходу за детьми и их кормлению. Учреждения также занимались предоставлением малообеспеченным матерям бесплатного и качественного грудного молока [185].

В давние времена существовали определенные правила, которые регламентировали деятельность кормилиц и контроль за кормиличным ремеслом. Исходя из этих правил, кормиличным ремеслом могла стать только та женщина, ребенок которой достиг возраста в три месяца или умер в послеродовой период. Новоиспеченным матерям, которые приходили на работу вместе с грудным ребенком, делали исключения и продолжали его кормить грудным молоком на рабочем месте [56]. Только специальные учреждения могли назначать на должность кормилицы. К этим учреждениям относились детские приюты и бюро по найму кормилиц, а также лечащие врачи. В обязанности врача входило донесение в местные медицинские надзорные органы о каждом случае назначения кормилицы. Такое требование было введено для контроля за условиями труда кормилиц, обеспечения их здоровья, а также для предотвращения проблем, связанных с питанием детей [90, 158].

Российское правительство, в дополнение к работе комиссии, сделало еще один важный шаг на пути к созданию системы охраны материнства и младенчества — это создание центрального института в Петербурге, который стал главным органом и ввел научно-исследовательскую и санитарно-просветительскую работу, а также занимался подготовкой и переподготовкой медицинских работников, как среднего так врачебного персонала, а также созданием модельных учреждений охраны материнства и младенчества в России. [70, 124]. Идеологом создания такого учреждения стал тайный советник, лейб-педиатр К.А. Раухфус, которому удалось увлечь своей новаторской идеей Николая II [148].

Профессор С.К. Гогель в 1915 году выступил на Совете Попечительства с докладом. Основной идеей доклада стало предложение изменить статус и деятельность Попечительства. Гогель высказал идею, что охрана материнства и младенчества должна рассматриваться как важное государственное дело, для которого необходимо создание новых законопроектов, систематический подход и государственное финансирование. Он также обратил внимание на то, что детская смертность должна признаваться задачей, которая стоит перед государством

Исходя из предложений Гогеля, для достижения эффективности в сфере охраны материнства и младенчества, которая является государственной задачей, необходимо было разработать специальный законопроект. Этот проект должен был включать передачу ответственности за охрану материнства и младенчества на уровень земских и городских органов самоуправления, подобно тому, как это делается в случае медицинской помощи. Кроме того, Гогель акцентировал внимание на необходимости создания сети учреждений для заботы о матерях и детях, включая акушерские пункты и участковые попечительства [70]. Он подчеркивал, что внедрение этих мер должно происходить поэтапно для обеспечения качественной заботы о целевой группе.

На собрании, посвященном обсуждению основ для будущей работы Попечительства, был рассмотрен доклад С.К. Гогеля. В его докладе особо подчеркивалось, что охрана материнства и младенчества должна быть признана важной государственной задачей и финансироваться из государственного бюджета. Это предложение встретило одобрение у участников совещания, не вызвав никаких возражений [32, 88].

Для того, чтобы обеспечить максимально широкое развитие деятельности учреждения, Попечительство по охране материнства и младенчества в эти годы должно было сохранить статус негосударственного сообщества, то есть сохранить статус частного сообщества. Это решение поддержали участники совещания.

На упомянутом совещании было отмечено, что для реализации задачи охраны материнства и младенчества крайне важно вовлечь в процесс земские и городские учреждения. Было принято решение, что финансирование для этих целей

будет осуществляться за счет средств из государственной казны. Помимо этого, подчеркивалась важность предоставления Попечительству полной свободы в выборе тех учреждений, которые будут получать государственные субсидии [32, 82].

Временное правительство не имело ни финансового, ни организационного ресурса, который позволил бы решить вопрос охраны материнства и младенчества. Сложность и масштабность проблемы требовала более глубокого и всестороннего рассмотрения, которая даст возможность предпринять новые шаги для улучшения системы охраны материнства и младенчества, чтобы она стала более эффективной и доступной для всех женщин и детей [93, 228].

В период деятельности временного правительства были предприняты шаги в направлении расширения Министерства государственного призрения. Предлагалось создать специализированное Управление, деятельность которого распространялась бы на детей. В структуре Управления по делам детского призрения предполагалось три отдела, каждый из которых должен был отвечать за конкретное направление и иметь свою функцию. Планировалось создание следующих отделов: отдел охраны материнства и младенчества, отдел по вопросам призрения малолетних детей и отдел, отвечающий за средние учебно-воспитательные заведения. Была предложена инициатива, согласно которой координацию и решение вопросов, связанных с охраной материнства и младенчества, должно было взять на себя Всероссийское попечительство. Однако, вследствие определенных исторических обстоятельств, эти намерения так и не были реализованы [91].

12 января 1918 года был издан декрет о ликвидации Всероссийского попечительства в рамках реорганизации и создания Народного комиссариата государственного призрения. Это решение стало частью более широких изменений, происходивших в стране в тот период, включая перестройку государственного управления и социальных служб.

Исследования, проведенные в Германии, других странах Западной Европы и США, подтверждают, что в конце девятнадцатого – в начале двадцатого века появилось активное движение, направленное на снижение детской смертности и улучшение здоровья детей - охрана материнства и младенчества. Это движение было вызвано серьезными проблемами, связанными с высокой смертностью детей на ранних стадиях жизни. Охрана материнства и младенчество включало в себя широкий спектр мероприятий, направленных на улучшение здоровья матерей и новорожденных [192, 212].

Зарождение этого движения возникло во Франции, которая вела настоящую борьбу за здоровье и благополучие матерей и младенчества. Все началось с врачей и частных благотворителей, которые первыми вступили в эту борьбу [40].

Они осознали необходимость помочь людям, страдающим от различных болезней и недостатка медицинской помощи. Со временем общественные организации присоединились к этому движению, прежде всего городское самоуправление. Они поняли, что совместные усилия могут принести реальные изменения и улучшить качество жизни людей. Благодаря их активной поддержке было создано множество программ и инициатив, направленных на борьбу с различными заболеваниями и улучшение доступности медицинской помощи. Однако государство включилось в эту борьбу лишь в последнюю очередь, т.к. долго не считало это дело государственным.

В борьбе с детской смертностью одну из важных ролей сыграли французы. Они внедрили свои инновационные идеи о разнообразии организационных форм охраны материнства и младенчества. Во Франции в 1844 году были открыты ясельные группы для помощи работающим матерям, а уже в 1890 году профессор А. Пинар открыл первую женскую консультацию для оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.

В акушерской клинике Берлина в девятнадцатом веке известный акушер-гинеколог П.Бюдэн, который работал и вел свою практику в г. Париже, создал детскую консультацию в период новорожденности. Также в данном детском учреждении была создана первая «Капля молока», которая позволяла получить

денежное поощрение за естественное грудное вскармливание и в этой же учреждении выдавалось донорское грудное молоко и смеси матерям с незавидным материальным положением [192].

Государство конечно же поддержала идеи данных врачей в сфере охраны молодых матерей и детей в период новорожденности. Однако государство в это время не считало вопрос борьбы со смертностью детей в возрасте до семнадцати лет включительно, сферой своих интересов и предпочитало оставить решение данной проблемы частным сообществам и лицам. В 1913 году был принят закон о гарантированном финансовом обеспечении материнства, согласно которому определенной категории беременных женщин и родильниц предоставлялось право на получение денежного пособия в течение четырех недель до родов и одного месяца после них. Но Государство Франция, ставшая источником многих идей в области охраны материнства и младенчества, к сожалению, оказалась не слишком успешным в их реализации [46].

В Германии французские формы открытого призрения были приняты с большим энтузиазмом. Местные общественные организации и активисты начали активно заниматься научными исследованиями, развитием и широким внедрением учреждений общественного младенческого призрения (ОММ). История этого дела начинает свой отсчет с 1896 года из Тюрингии и других регионов Германии, именно в это время забота о детском возрасте перешла под ответственность государства. Количество учреждений, занимающихся охраной здоровья грудных детей, в будущем постепенно увеличивалось [181].

Доктор Н.Ф. Альтгаузен поделился интересной информацией о немецких организациях по охране здоровья младенцев после своей поездки в Германию в 1908 году [212]. В 1905 году в Берлине при участии городской управы было создано 4 специальных учреждения, а к 1908 году их число увеличилось до 7.

В Германии после Первой мировой войны возникла острая необходимость борьбы с высоким уровнем смертности среди младенцев. В ответ на эту проблему была создана широкая сеть медицинских учреждений, целью которых была защита здоровья матерей и новорожденных. Учреждения, известные как

Suglingsfrsorgestellen (что переводится как "центры ухода за младенцами"), играли ключевую роль в этой системе. Они не только предоставляли бесплатные консультации специалистов по уходу и питанию для детей от неблагополучных семей, но также оказывали дополнительные услуги, включая медицинские осмотры и прививки для младенцев, помогая в получении медицинских препаратов и средств гигиены для нуждающихся семей [208].

Профессор Ротт на Германском конгрессе по охране младенчества в 1920 году подчеркнул, что в первые два десятилетия после войны в Германии была разработана и успешно реализована многоуровневая система защиты детей, которая включала в себя как государственные, так и общественные и частные благотворительные инициативы. Эта система объединяла медицинскую помощь беременным женщинам и младенцам с социальной поддержкой семей, особенно тех, которые оказались в трудных жизненных условиях [192, 208].

Благодаря своему комплексному подходу к охране материнства и младенчества, Германии удалось добиться весомого сокращения младенческой смертности, а также создать модель, интерес к которой по прошествии времени проявили другие страны. Эта модель была успешно применена в тех странах, которые стремились улучшить здоровье и благополучие новорожденных детей.

Не только Германия поддерживала идею создания охраны материнства и детства, но и другие страны Западной Европы и США были заинтересованы в решении этой проблемы. Например, в Англии охрана материнства и детства полностью лежала на плечах частных обществ. Эти частные сообщества боролись со смертностью детей на первом году своей жизни, а уже в начале двадцатого века было принято решение об их объединении для более продуктивного решения этой проблемы, с целью помощи как матерям, так и детям. В 1915 году было принято решение о создании Центрального совета, в который вошли представители ассоциаций. [25, 212]. Далеко не все женщины в Англии имели право на получение материальной поддержки беременности и в период новорожденности ребёнка. Только женщины, являющиеся членами страховой кассы в течение 26 недель беременности, имели право на такие пособия. Эти материальные выплаты

предоставлялись для покрытия расходов на медицинскую и акушерскую помощь во время беременности.

В 1918 году при Министерстве Здравоохранения государства, в сотрудничестве с Центральным советом ассоциации, был создан отдел охраны материнства и младенчества. Половину расходов учреждения, которые предоставляли необходимые услуги матерям и детям в период младенчества, финансировал этот отдел.

Содержание пунктов, зарплату медицинского персонала, в свою очередь, оплачивало правительство, однако, этой привилегией могли воспользоваться только незамужние женщины, рожаящие детей.

В это же время открываются материнские клубы, школы материнства и центры – все это способствовало подготовке женщин к материнским обязанностям. Функцией этих учреждений было предоставление информации о правильном питании, ведении здорового образа жизни во время беременности, организации и проведении ухода за новорожденными и других аспектах материнства. Эти меры оказали большое положительное влияние на динамику детской смертности и позволили снизить показатели детской смертности в период с 1910 годы до 1925 года на 41,4% (с 12,8% до 7,5%). Это был значительный прогресс в обеспечении безопасности и здоровья матерей и детей.

При всех неоспоримых достоинствах и значительном прогрессе, организация охраны материнства и младенчества имела свои недостатки. Отсутствие единой стратегии, привлечение частных лиц и различных ассоциаций – создавали немало препятствий для качественного решения вопроса обеспечения безопасности и здоровья матерей и детей. Кроме того, работа на благотворительных началах, способствовала созданию неравенства в доступе к услугам.

В Соединенных Штатах Америки в начале 20-го века была запущена активная борьба с младенческой смертностью. Не только местные власти, но и многочисленные частные благотворительные учреждения принимали участие в этой программе [8, 192].

В начале двадцатого века было создано федеральное бюро охраны младенчества. Оно ставило перед собой особо важную задачу изучения заболеваемости и смертности детей первого года жизни. В тоже время федеральное бюро ввело идею проведения с населением санитарно-просветительской работы в области гигиены детей в возрасте до 10 лет и детей в возрасте от 10 до 16 лет.

Во многих городах в 1915 году были созданы социальные подразделения в департаменте, которые так же проводили санитарно-просветительскую работу, как среди взрослого и так детского населения, касающихся вопросов охраны материнства и детства. В эти же годы Американским Красным Крестом, была принята инициатива, направленная на организацию и осуществления патронажа специальным средним медицинским персоналом к новорожденным [209]. Такие меры оказались очень продуктивными и позволили получить значительный прогресс: детская смертность в стране снизилась в период с 1910 года до 1917 года на 29,6% (с 12,5% до 8,8%).

В Соединенных Штатах, чтобы привлечь широкую общественность к проблемам смертности и заболеваемости детей до года, 1918 год был провозглашен «Годом ребенка». На следующий год в Вашингтоне была организована конференция по охране материнства и младенчества по инициативе Детского бюро. На этом мероприятии были предложены различные решения для улучшения ситуации в области материнства и детства. Это включало в себя создание специализированных центров для наблюдения за беременными женщинами и родильных домов, обеспечение социальной поддержки семьям со стороны государства, а также проведение просветительской работы по методам борьбы с материнской и детской смертностью в различных слоях населения.

Однако, несмотря на снижение показателей детской смертности, которое напрямую было взаимосвязано с улучшением финансового благосостояния и условий жизни, все еще существовала неприятная ситуация в области материнства и детства. Эти данные указывали на необходимость дальнейших усилий в борьбе за улучшение здоровья детей и снижение детской смертности в Соединенных Штатах Америки [67. 192].

## **1.2. Нормативно-правовое обеспечение и организация медицинской помощи беременным в амбулаторных условиях**

В современных условиях в деятельности здравоохранения России и других стран, одной из важнейших задач является охрана здоровья матери и ребенка [31, 34, 196, 242]. Снижение рождаемости, элементы депопуляции, увеличение числа оперативных родоразрешений и расширение применения вспомогательных репродуктивных технологий, включая экстракорпоральное оплодотворение, стимулировали внедрение новых подходов в акушерство и перинатологию [3, 60, 84, 157, 213, 226, 229]. В этой связи, особое внимание уделяется улучшению здоровья женщин в период беременности, родов и послеродового периода, а также здоровью новорожденных детей.

В связи с общим ухудшением состояния здоровья в Российской Федерации, было замечено, ежегодное снижение показателей заболеваемости женщин в возрасте от пятнадцати до сорока девяти лет XV классом болезней МКБ-10 (Беременность, роды и послеродовой период).

Однако в отдельных регионах, например, в Северо-Западном федеральном округе, заболеваемость остается выше среднероссийского уровня, причем значительную роль в этом играет здоровье женщин Санкт-Петербурга [101, 142, 143, 144, 204, 247].

Существующая проблема в антенатальной охране плода, обусловленная высокой перинатальной смертностью, частыми случаями рождения детей с врожденными аномалиями и недостаточным уровнем санитарно-гигиенической и медицинской осведомленности населения. Жизнь женщины до наступления беременности, ее планирование и сама беременность являются ключевыми факторами, формирующими здоровье ребенка еще до его рождения. Таким образом, эффективное формирование здоровья будущего ребёнка неразрывно связано со здоровьем матери [74, 102, 118, 207, 222, 236, 237, 243, 250, 251].

Существует потребность в усовершенствовании концепции антенатальной охраны здоровья ребёнка, что обусловлено отрицательной демографической

обстановкой и несовершенством санитарно-профилактической работы с плодом в утробе беременной женщины. Приоритетность данной проблемы антенатальной охраны плода подчеркивается тем, что в нынешнее время внимание врачей-специалистов нередко сосредоточено на оказании медицинской помощи женщинам в период беременности с патологически протеканием. В это время врачи упускают возможность укрепления здоровья плода в антенатальный период [15, 17, 23, 117]. Это подчеркивает необходимость интегрированного подхода, который бы позволил одновременно заботиться о здоровье как матери, так и ребенка еще до рождения, уделяя внимание всем аспектам их здоровья и благополучия во время беременности и подготовки к родам [102, 164, 169, 199, 202, 203].

Основными нормативными документами об охране, формировании и укреплении здоровья гражданина являются: Конституция Российской Федерации (ст. 41 и ст. 38); Федеральный Закон (ФЗ) № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; ФЗ № 52 от 30.03.99 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; ФЗ от 29 ноября 2010 года № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [72, 179, 180].

Реализация прав осуществляется рядом мер, которые касаются охраны внешней и окружающей среды, создания благоприятных условия для работы и отдыха, обучения взрослого и детского населения, оказания им медико-социальной помощи. Согласно 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», определены основные правила охраны здоровья граждан, включая важность организации профилактических мероприятий среди населения нашего государства (ст. 9, 25) [180]. Для медицинских учреждений, которые оказывают медицинскую помощь на территории страны, эти принципы являются обязательными для выполнения. Принцип приоритета профилактики разрабатывает и осуществляет мероприятия, направленных на выявление различных факторов риска и предупреждение возникновения, распространения заболеваний, понижения риска их развития, а также устранение воздействия на здоровье человека факторов окружающей среды.

Также государство обеспечивает женщинам право на специализированную медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовом периоде в различных медицинских организациях здравоохранения на территории РФ. Обучение и воспитание взрослых и детей в сфере охраны здоровья являются обязательным в нашей стране. Охрана здоровья реализуется посредством мероприятий, направленных на профилактику возникновения и распространения заболеваний, а также по формированию здорового образа жизни начиная с периода новорожденности детей. Кроме того, государство обеспечивает женщинам право на специализированную медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовом периоде в различных медицинских организациях здравоохранения на территории РФ.

Формат работы и рабочие функции акушеров-гинекологов, как ведущих специалистов в наблюдении за беременными закреплены приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 244 от 30.03.06 г. «Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц», №1130н от 20.10.2020 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»» [134, 138]. Согласно данным приказам, назначающим правила, согласно которым проводится диспансерное наблюдение беременных и родильниц, определяются группы риска женщин; оказывается влияние на создание мотивации у беременной женщины и членов её семьи к рождению и воспитанию здорового ребёнка. С этой целью проводится физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам и послеродовому периоду; осуществляются лечебно-профилактические, реабилитационные и социальные мероприятия, направленные на сохранение и восстановление здоровья беременных женщин и родильниц; обеспечивается взаимодействие в обследовании и лечении женщин между женской консультацией и другими медицинскими организациями и др. [27, 45, 139, 147, 189].

Форма работы и функциональные обязанности врачей-педиатров, как специалистов по антенатальной охране плода закреплены приказами №306н от 27.03.2017 г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр

участковый"», № 283 от 19.07.2007 г. «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового», № 307 от 28.04.2007 г. «О стандарте диспансерного наблюдения ребёнка в течении первого года жизни» [131, 135, 136].

Обучение молодых родителей проводится посредством проведения занятий. Проведение таких занятий обеспечивается врачами-педиатрами. Благодаря такому обучению молодые родители получают знания в таких сферах как: осуществление ухода за новорожденными, воспитание в области гигиены, профилактические мероприятия, направленные на недопущение отклонений в развитии, профилактика заболеваний, массажные техники по возрастам, гимнастика, грудное вскармливание. Детская поликлиника и женская консультация действуют вместе и в их деятельности превалирует принцип преемственности.

Специалисты общелечебной сети, такие как терапевты, ответственные за сохранение и укрепления здоровья беременной женщины и в послеродовой период, руководствуются приказами МЗ РФ №350 от 20.11.2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ», № 662 от 14.09.2006г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности» и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [132 - 134]. Приказы закрепляют круг обязанностей для работающих врачей в сфере здравоохранения, среди них выделяют: просветительскую работу в санитарно-гигиенической сфере, повышение уровня образования взрослого и детского населения в области здравоохранения, диспансерное наблюдение за беременными женщинами и родильницами, проведение консультаций на приемах касающихся вопроса естественного грудного вскармливания для новоиспеченных матерей, предупреждение факторов риска, заболеваний и дальнейшего развития отклонений в состоянии здоровья детского населения, психологическая подготовка к родам, выписка рекомендаций на основании оценки качества жизни и др.

При анализировании нормативно-правовой базы Российской Федерации по организации медицинской помощи женщинам во время беременности, можно с

уверенностью сказать, что антенатальная охрана плода входит в зону ответственности и должностных обязанностей, как медицинских работников женских консультаций, так и специалистов взрослых и детских поликлиник и поликлинических отделений. Действующая нормативно-правовая база предписывает диспансерное наблюдение за беременными женщинами [14, 18, 29, 54, 102, 216, 241].

Анализ обязанностей позволяет сделать вывод, что некоторые обязанности повторяют друг друга. Так, например, патронаж беременной осуществляют специалисты женской консультации и специалисты детской поликлиники.

В новом порядке оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи в области акушерства и гинекологии, установленном приказом 1130н, предусмотрены строгие требования к врачам-акушерам-гинекологам, включая вопросы онкоскрининга и раннего выявления рака репродуктивной системы женщины. Этот приказ заменил утративший силу приказ Министерства здравоохранения от 1 ноября 2012 года, номер 572н, и был тщательно пересмотрен и обновлен при его разработке в области акушерства и гинекологии [138].

Однако в новом приказе принятым Министерством Здравоохранения Российской Федерации все же еще существуют некоторые пробелы и недостатки, которые требуют доработки. Например, для пациенток с заболеваниями молочных желез при прохождении диспансеризации предусмотрена рентгеновская маммография женщинам только женщинам старше 40 лет. Пациентки моложе этого возраста не рассматриваются в приказе. Чтобы устранить пробел в данном документе, Министерству здравоохранению необходимо внести дополнения и соответствующие изменения в клинические рекомендации для медицинского персонала [139].

Более детального описания требует и организация ультразвуковых исследований для отдельных категорий пациентов. Это позволит обеспечить более точную диагностику и эффективное лечение. Важно отметить, что приказ о диспансеризации и профилактических осмотрах является обязательным для исполнения врачами-акушерами-гинекологами. Они должны следовать этим

рекомендациям и гарантировать, что пациенты получают необходимую медицинскую помощь и профилактические меры.

Таким образом, новый Порядок оказания медицинской помощи в области акушерства и гинекологии является важным шагом в улучшении качества здравоохранения. Однако необходимо продолжать работу над его усовершенствованием, устранением пробелов и обеспечением наилучшей медицинской помощи для всех пациенток, включая диспансеризацию и раннее выявление рака репродуктивных органов.

### **1.3. Проблемы оказания медицинской помощи беременным в мегаполисе**

В современной России вопросы здравоохранения остаются актуальными для общественного обсуждения. Несмотря на наличие передовых медицинских технологий, доступ к первичной медицинской помощи еще не везде обеспечен, что объясняется различными причинами, включая нехватку кадров и материальных ресурсов, а также особенности климата и географии в разных регионах страны [68, 87, 98, 184].

Одна из ключевых проблем — это дефицит медицинских работников, особенно в отдаленных и малонаселенных районах, где отсутствие врачей и специалистов затрудняет доступ к медицинским услугам. Кроме того, в некоторых регионах недостаточно оснащенных медицинских учреждений, что снижает качество предоставляемой помощи [81, 98, 110, 177].

Еще одной проблемой является ограниченность профилактических мер, проводимых в поликлиниках [191, 200]. Многие медицинские учреждения сосредотачиваются на лечении уже заболевших людей, вместо того чтобы активно проводить профилактические осмотры и консультации.

Природно-климатические условия в некоторых регионах России также оказывают влияние на здоровье населения, требуя дополнительных усилий для обеспечения адекватной медицинской помощи.

Улучшение доступности первичной медицинской помощи требует увеличения числа квалифицированных медработников, расширения сети медицинских учреждений, особенно в удаленных районах, и усиления профилактической работы [68, 81, 150, 151, 195]

Акушерско-гинекологическая и неонатологическая служба является ключевым элементом системы здравоохранения на всех уровнях. Она охватывает широкий спектр услуг, включая поддержку женщин во время беременности, родов, лечение гинекологических заболеваний и планирование семьи [193].

В России действует единая система акушерско-гинекологической помощи, обеспечивающая координацию деятельности медперсонала. В последнее время уделяется большое внимание улучшению методов диагностики и лечения, а также повышению квалификации медицинских специалистов в этой области.

Женские консультации, как основные центры здоровья женщин, предоставляют широкий спектр медицинских услуг и профилактических мероприятий, которые направлены на охрану репродуктивного здоровья [146, 201, 238]. Управление такими учреждениями осуществляется врачами-акушерами-гинекологами, которые координируют предоставление комплексной помощи женщинам до, во время и после беременности, включая планирование семьи и профилактику заболеваний [21, 230, 235, 244, 245, 249].

Основная задача женских консультаций заключается в обеспечении здоровья матери и ребенка через квалифицированную акушерско-гинекологическую помощь на амбулаторной основе [13, 48, 49, 221].

Данные медицинские организации предоставляют разнообразные услуги, включая осмотр и консультации по гинекологии, мониторинг беременности, ультразвуковые исследования и анализы для выявления различных заболеваний, способствуя таким образом здоровью будущих матерей и их детей [47, 106, 108, 140, 163, 171, 239].

Важно отметить, что женская консультация также играет роль в образовании и просвещении женщин о важности здорового образа жизни, регулярных осмотрах и самообследовании груди. Она проводит информационные кампании и

мероприятия, направленные на повышение осведомленности женщин о репродуктивном здоровье и профилактике различных заболеваний [60, 149, 205, 211].

Хотя в России существует четко регламентированная нормативно-правовая база для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи, включающая законы, подзаконные акты и приказы, в практике реализации этой помощи наблюдаются определенные недостатки и проблемы. Эти проблемы оказывают негативное влияние на доступность и качество медицинского обслуживания, что вызывает озабоченность как среди пациентов, так и среди медицинских работников [53, 54, 104, 160, 161, 206].

Одной из основных проблем является недостаток квалифицированных специалистов, особенно в отдаленных и менее развитых регионах. Это затрудняет предоставление высококачественной медицинской помощи беременным женщинам и пациентам с гинекологическими проблемами [61, 68, 81, 159].

Другой значительной проблемой является недостаточное финансирование, что влияет на оборудование и инфраструктуру медицинских учреждений, а также на возможности для обучения и повышения квалификации медицинского персонала. Кроме того, неправильная организация работы в некоторых медицинских учреждениях может приводить к неэффективному использованию ресурсов и времени, что также сказывается на качестве обслуживания пациентов [84, 87].

Эти недостатки подчеркивают необходимость реформ и изменений в системе организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. Важно обеспечить достаточное финансирование, улучшить подготовку и привлечение квалифицированных специалистов, а также оптимизировать управление и организацию работы в медицинских учреждениях. Только комплексный подход к решению этих проблем позволит повысить доступность и качество акушерско-гинекологической помощи в России [187].

Поэтому важно учитывать факторы, которые будут влиять на здоровье женщин, включая их репродуктивное здоровье. Неправильное питание, недостаток

физической активности, стрессы и другие неблагоприятные факторы могут негативно сказываться на здоровье женщин и требовать дополнительной медицинской помощи [4, 11, 36, 65, 71, 116, 197, 215].

В настоящее время важным стало рациональное использование ресурсов и этапность в организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. Однако, основываясь на доказательствах и проведенных ранее исследованиях, можно сделать заключение, что работа в данной сфере не организована должным образом и существуют некоторые разногласия. Поэтому важно разработать меры по улучшению качества оказания амбулаторной помощи и ее доступности на всей территории страны, чтобы укрепить репродуктивное здоровье женщин и снизить число заболеваний, как у женщин, так и у будущего ребёнка [187].

Для улучшения качества амбулаторной помощи и доступности ее на всей территории страны необходимо провести реформы в системе организации медицинской помощи. Важно повысить финансирование и обеспечить адекватное количество квалифицированных специалистов.

Также нужно улучшить систему контроля качества и обеспечить доступность медицинских услуг для всех слоев населения. В целом, улучшение качества амбулаторной акушерско-гинекологической помощи является важной задачей для обеспечения репродуктивного здоровья женщин и снижения заболеваемости. Это требует совместных усилий государственных органов, медицинских учреждений и общественности, чтобы создать эффективную и доступную систему оказания помощи [61, 99, 101, 104, 233].

На сегодняшний день основной проблемой амбулаторной акушерско-гинекологической помощи является низкая частота посещений при одном обращении в медицинскую организацию, даже среди женщин, состоящих на диспансерном учете. Это может негативно сказываться на качестве лечебно-диагностической помощи женщинам с гинекологическими проблемами. Если рассматривать случаи, когда патология не была выявлена во время беременности и ребенок родился с серьезными пороками развития, можно установить прямую

связь между исходом и недостаточным амбулаторным обследованием [11, 51, 85, 94, 161].

К проблемам на амбулаторном этапе родовспоможения относятся: недостаточное обследование и наблюдение (включая ультразвуковую диагностику, клинические генетические тесты, скрининг и другие методы); неполный сбор анамнеза; несоблюдение графика посещений врачей; отсутствие перинатального консилиума в медицинских организациях третьего уровня; поздняя госпитализации [51, 97, 100, 103, 227].

Около трех четвертей всех судебных разбирательств в гинекологической практике составляют именно эти проблемы. Оптимизация нормативного числа амбулаторных посещений врача-акушера-гинеколога для взрослых и детей – является одним из возможных решений проблемы. Это позволит проводить современные лечебно-диагностические процедуры при гинекологических заболеваниях и снизит количество хронических заболеваний [94, 99].

## **Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Диссертационное исследование выполнено на кафедре общественного здоровья и здравоохранения федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России) в соответствии с планом комплексной научно-исследовательской работы по теме «Медико-социальные и организационные проблемы общественного здравоохранения Северо-Запада» (госрегистрация № АААА-А16-116031710019).

### **2.1. База исследования**

Настоящее исследование проводилось в городе федерального значения Санкт-Петербурге (СПб), представляющем собой отдельный субъект РФ, который входит в состав Северо-Западного федерального округа (СЗФО). Административно-территориальное деление города представлено 18 муниципальными районами. Данный мегаполис является вторым по численности населения городом в стране, где численность женщин фертильного возраста в 2018 году составила 1112462 человек, в 2019 году - 1335476, в 2020 году - 1325606, в 2021 году - 1305951, в 2022 году – 1295261. Повышение за пять лет составило 14,1%.

Базами настоящего исследования для оценки первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях стали медицинские организации города, СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 23», отделение «Женская консультация № 36»; СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9», отделение «Женская консультация»; Консультативно-диагностическое отделение перинатального центра СПбГПМУ.

## 2.2. Программа исследования

Предметом исследования стала оценка организация антенатальной охраны плода в женских консультациях Санкт-Петербурга. Объект исследования – беременные женщины, получающие первичную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях и проживающие в мегаполисе. Единица наблюдения – беременная женщина.

Исследование включало 4 этапа. На первом этапе была сформирована цель исследования, задачи исследования, разработан дизайн исследования, выбраны инструменты исследования и определены критерии отбора беременных женщин, была проведена нормативно-правовая оценка действующей системы организации первичной специализированной медицинской помощи беременным женщинам. Для изучения состояния проблемы был проведен контент-анализ источников отечественной и зарубежной литературы по вопросам организации первичной специализированной помощи беременным.

На этапе сбора информации было проведено интервьюирование беременных, выкопировка данных из учётной и отчётной медицинской документации и данных официальной статистики.

На третьем этапе было изучено состояние здоровья беременных женщин; проанализирована доступность им медицинской помощи; проведена объективная и субъективная оценка организации антенатальной охраны плода в условиях женской консультации; осуществлен статистический анализ полученных результатов и их визуализация.

На четвертом этапе на основании обобщения полученных сведений и результатов исследования были разработаны практические рекомендации медико-организационного характера, направленные на улучшение антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

В работе использовались статистические материалы Федеральной службы государственной статистики (Росстат), статистические сборники ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и

информатизации здравоохранения» Минздрава России (ЦНИИОИЗ) [119 – 123, 152 - 156]. Общее число единиц информации в проведенном исследовании составило 1272. Программа исследования в соответствии с целью и задачами представлена в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Программа исследования

Цель исследования: на основании оценки состояния организации медицинской помощи беременным женщинам в амбулаторных условиях, разработать и научно обосновать комплекс мероприятий, направленных на улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации			
1	2	3	4
№	Задачи исследования	Методы исследования	Учетные и отчетные документы и объем наблюдений
1.	Оценить показатели медико-демографических процессов и состояние здоровья беременных и изучить состояние здоровья беременных	Эпидемиологический, статистический, ретроспективный анализ, аналитический	- Статистические материалы Росстата «Демография»; N=5 - Статистические сборники «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» в 2018–2022 гг.; N=5 - Статистические сборники «Ресурсы медицинских организаций. Медицинские кадры» в 2018–2022 гг.; N=5 - Статистические сборники «Заболеваемость взрослого населения России с диагнозом, установленным впервые в жизни» в 2018–2022 гг.; N=5 - форма 32 ФСН «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» 2018–2022 гг. сводная по России и СПб; N=10
2.	Провести сравнительную оценку медико-социальной характеристики и акушерского анамнеза беременных с патологией плода и выявить особенности их качества жизни	Статистический, социологический, аналитический	- «Анкета оценки медико-социальной характеристики и качества жизни беременной»; N=512 - форма №111/у-20 «Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы»; N=512

1	2	3	4
3	Оценить деятельность амбулаторной акушерско-гинекологической службы по антенатальной охране плода и выявить ее основные проблемы	Статистический, аналитический	- «Отчеты о работе женской консультации» за 2018-2022 гг.; N=15 - «Анкета оценки работы школы материнства в женских консультациях»; N=516 - «Анкета оценки удовлетворенности беременных информацией, получаемой в системе антенатальной охраны здоровья детей женских консультациях»; N=457 - форма 32 ФСН «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» 2018–2022 гг. сводная по России и СПб; N=10
4.	Разработать научно-обоснованные рекомендации по улучшению организации антенатальной охраны плода в условиях женской консультации	Аналитический	- Материалы и результаты проведенного исследования.

В связи с использованием выборочного метода формирования статистической совокупности был рассчитан минимально необходимый репрезентативный объем выборки по следующей формуле:

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

$N$  – численность генеральной совокупности (45645 беременных, состоящих под диспансерным наблюдением в 2022 г.);

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

$t$  – критическое значение критерия Стьюдента для заданной доверительной вероятности, возьмём min вероятность для медико-биологических исследований – 95%, в этом случае  $t$  будет равно 1,96;

$\Delta_{\bar{p}}$  – желаемая max ошибка частоты (доли), задаем min ошибку – 5% (0,05).

Соответственно, при доверительной вероятности 95% и max ошибке 5%, объем выборки должен быть не менее 377 единиц наблюдения. В нашем исследовании всего было проанкетировано 1485 беременных женщин (по 516, 512 и 457 беременных в каждом анкетировании соответственно), значит условие выполнено.

Данное исследование проводилось по специальной программе, теоретической и методологической основой которой стали работы ученых в области общественного здоровья и организации здравоохранения, акушерства и гинекологии, а также нормативно-правовые документы. В соответствии с *первой поставленной задачей* были изучены показатели медико-демографических процессов и показатели, характеризующие здоровье беременных женщин на основании данных официальной статистики Росстата, статистических сборников и выкопировки сведений из формы 32 ФСН «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам». Для реализации поставленной задачи были проанализированы показатели общей плодовитости, удельного веса женщин фертильного возраста в общем числе женщин, удельного веса женщин раннего и позднего репродуктивного возраста, перинатальной смертности (в целом по стране, федеральным округам и СПб), заболеваемости женщин репродуктивного возраста XV классом болезней по МКБ XX, заболеваемости беременных отдельными формами заболеваний и новорожденных детей (по России, СЗФО и СПб) за пять лет.

Для выполнения *второй задачи* исследования на основании анкетирования беременных женщин и выкопировки данных учетной медицинской документации была проведена сравнительная оценка медико-социальной характеристики, акушерского анамнеза и качества жизни беременных с патологией плода на амбулаторном этапе. Оценка данных параметров проводилась между беременными, вынашивающими ребенка с ВПР (основная группа), и беременными, вынашивающими здорового ребёнка (контрольная группа). По специальным разработанным формам «Анкета оценки медико-социальной характеристики и качества жизни беременной», включавшей 23 вопроса случайным методом, было

проанкетировано 512 беременных, из которых 252 респонденток в основной группе и 260 в контрольной. Основную группу составляли женщины, наблюдающиеся в КДО Перинатальный центр, а контрольную женщины, наблюдающиеся в женской консультации. В исследовании участвовали беременные, постоянно проживающие в Санкт-Петербурге. Перед началом исследования женщины заполняли информированное добровольное согласие.

Анкета состояла из 2 блоков: 1-ая часть опросника содержала вопросы позволяющие оценить медико-социальную характеристику семьи. Во второй части анкеты рассматривались вопросы, позволяющие оценить качество жизни беременных с помощью опросника SF-36. После разъяснения респондентам целей проводимого опроса объяснялись правила заполнения опросника SF-36, затем опросник однократно заполнялся респондентами самостоятельно. Анализ качества жизни проводился по следующим шкалам: физическое функционирование (Physical Functioning — PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP), интенсивность боли (Bodily pain — BP), общее состояние здоровья (General Health — GH), жизненная активность (Vitality — VT), социальное функционирование (Social Functioning — SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE), психическое здоровье (Mental Health — MH). Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было КЖ по этому параметру. Статистическая обработка данных была выполнена с использованием расчета средних величин, критерия Фишера ( $p < 0,05$ ).

Оценка акушерского анамнеза проводилась на основании выкопировки данных на этих же 512 беременных (252 - в основной группе и 260 - в контрольной) из формы №111/у-20 «Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы», включавшей 18 вопросов.

Для решения *третьей задачи* сначала была проведена сравнительная оценка доступности акушерско-гинекологической помощи в мегаполисе по показателям обеспеченности города медицинскими кадрами. Далее была проведена

объективная сравнительная оценка показателей деятельности женской консультации по антенатальной охране плода: удельного веса беременных с ранней постановкой на учет; удельного веса беременных, осмотренных терапевтом всего и до 12 недель; охват ультразвуковым и биохимическим скринингами. Анализ проводился в сравнении с показателями по стране и СЗФО в целом в 2018-2022 гг. по сведениям, полученным из статистических сборников ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Далее была проведена оценка динамики удельного веса беременных, прошедших оценку антенатального развития плода, в женских консультациях Санкт-Петербурга в 2020-2022 гг. по сведениям, полученным «Отчетов о работе женской консультации» и форма 32 ФСН.

Субъективная оценка осуществлялась на основании анонимного опроса, проведенного случайным методом по двум специально разработанным анкетным формам. На первом этапе применялась «Анкета оценки удовлетворенности беременных информацией, получаемой в системе антенатальной охраны здоровья детей женских консультациях», включавшей 20 вопросов. В исследовании приняли участие 457 женщин, которые состояли под диспансерным наблюдением в женской консультации. Исследование осуществлялось по QR коду, который располагался в вестибюле женских консультаций. Оценка проводилась в целом и отдельно у беременных раннего и позднего репродуктивного возраста. На втором этапе осуществлялась оценка качества работы Школы материнства. С этой целью с помощью «Анкеты оценки работы школы материнства в женских консультациях», включавшей 26 вопросов, была проведено анкетирование 516 беременных, посещавших эти занятия в данных структурных подразделениях женских консультаций.

По результатам проведенного исследования для решения *четвертой задачи* были разработаны мероприятия медико-организационного характера, направленные на улучшение антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

В проведенном исследовании был использован комплекс методов и методик: выкопировки данных из медицинской документации, социологический

(анкетирование, интервьюирование), графико-аналитический и квалиметрия. При формировании статистической совокупности использовались сплошной и выборочный методы. Данные описательной статистики отражены в виде количественных и качественных, экстенсивных и интенсивных показателей, средней арифметической взвешенной со стандартной ошибкой. Выбор критерия проверки значимости различий между анализируемыми статистическими показателями основывался на характере распределения данных. Степень соответствия эмпирического распределения нормальному распределению исследуемых выборок проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова (K-S). При сравнении двух групп независимых выборок пользовался t-критерий Стьюдента или его непараметрический аналог ранговый U-критерий Манна-Уитни. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ . Создание базы данных, обработка, анализ и визуализация результатов проводилось с использованием Microsoft Office Excel 2019 (Word, Excel). Статистический анализ осуществлялся с помощью StatSoft-Statistica 10.0.

## Глава 3. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

### 3.1. Оценка репродуктивного ресурса и плодовитости женщин в Российской Федерации

В условиях демографического спада, обусловленного снижением рождаемости, который наблюдался в Российской Федерации и большинстве ее регионов, после 2016 года, проблема воспроизводства населения приобрела поистине национальные масштабы. Надо отметить, что она уходит своими корнями далеко за пределы последнего десятилетия, когда геополитические и социально-экономические потрясения привели к ориентации общества на однодетность и развитию у достаточно значительного числа женщин приверженности к идеям «чайлдфри». Особенно отчетливо видна вся критичность ситуации при оценке динамики коэффициентов рождаемости у женщин фертильного (репродуктивного возраста) или общей плодовитости женщин, которая представлена в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Динамика коэффициента общей плодовитости в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 женщин фертильного возраста)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>РФ</sub> (в %)
РФ	46,26	42,93	42,02	41,16	37,94	42,06±1,34	-18,0*	-
ЦФО	42,95	39,80	39,13	38,50	35,35	39,15±1,21	-17,7*	↓6,9*
СЗФО	44,35	40,88	39,28	38,10	34,36	39,39±1,64	-22,5*	↓6,3*
ЮФО	45,16	42,16	41,10	40,69	36,38	41,10±1,42	-19,4*	↓2,3
СКФО	55,94	53,35	53,85	51,55	50,07	52,95±1,00	-10,5*	↑20,6*
ПФО	46,08	41,90	40,69	40,07	36,37	41,02±1,57	-21,1*	↓2,5*
УФО	49,87	45,83	44,85	44,37	41,62	45,31±1,34	-16,5*	↑7,2*
СФО	47,75	43,57	42,07	41,17	38,64	42,64±1,51	-19,1*	↑1,4
ДФО	50,03	46,85	46,81	44,91	41,84	46,09±1,34	-16,4*	↑8,7*
СПб	47,94	44,41	42,38	41,19	36,44	42,47±1,89	-24,0*	↑1,0

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями (p<0,05)

Установлено, что наиболее высокий уровень, в сравнении со среднероссийским значением показателя общей плодовитости за пять лет, имели СКФО, ДФО и УФО. В этих федеральных округах различия со средним уровнем по стране составили 20,6%, 8,7% и 7,2% соответственно (p<0,05). Наименьшее

значение этих показателей было в ЦФО и СЗФО - ниже среднероссийского уровня на 6,9% и 6,3% соответственно ( $p < 0,05$ ). Выявлено, что, как в России, так и во всех федеральных округах, а также и в Санкт-Петербурге, показатели общей плодовитости к 2022 г. снизились ( $p < 0,05$ ).

С целью оценки причин снижения рождаемости у женщин репродуктивного возраста была проведена оценка динамики удельного веса женщин фертильного возраста в общем числе женщин России, федеральных округов и Санкт-Петербурга в 2018-2022 гг., которая представлена в таблице 3.2.

Таблица 3.2 - Динамика удельного веса женщин фертильного возраста в общем числе женщин России, федеральных округов и Санкт-Петербурга в 2018-2022 гг. (в %)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>РФ</sub> (в %)
РФ	44,1	43,9	43,6	43,6	43,8	43,8±0,94	-0,6*	-
ЦФО	42,8	43,3	42,9	42,8	43,1	43,0±0,96	-0,8*	↓1,9*
СЗФО	43,6	43,4	43,1	43,1	43,8	43,4±0,13	+0,5*	↓0,9
ЮФО	43,5	43,4	43,2	43,3	43,8	43,4±0,10	+0,5*	↓0,8
СКФО	48,9	48,8	48,5	48,5	49,1	48,7±0,12	+0,3*	↑10,1*
ПФО	42,7	42,5	42,3	42,2	42,2	42,4±0,96	-1,1*	↓3,2*
УФО	44,7	44,5	44,3	44,3	44,1	44,4±0,10	-1,3*	↑1,4*
СФО	44,6	44,5	44,3	44,3	44,3	44,4±0,11	-0,8*	↑1,4*
ДФО	45,9	45,7	45,5	45,5	46,1	45,8±0,06	+0,3*	↑4,3*
СПб	45,3	44,9	44,3	44,0	45,0	44,7±0,24	-0,7*	↑2,0*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Проведенная оценка показала, что при довольно схожих количественных значениях средних показателей, статистически значимо выше среднероссийского уровня были показатели удельного веса женщин фертильного возраста в общем числе женщин в СКФО (на 10,1%), ДФО (на 4,3%), УФО (на 1,4%), СФО (на 1,4%) и СПб (на 2,0%), а ниже – в ПФО (на 3,2%) и ЦФО (на 1,9%). При этом, если в целом по Российской Федерации, ЦФО, ПФО, УФО и мегаполисе удельный вес женщин фертильного возраста снижался, то в СЗФО, ЮФО, СКФО и ДФО он незначительно, но вырос ( $p < 0,05$ ).

Для выяснения причин снижения плодовитости женщин репродуктивного возраста была проведена детализация уровней и динамики показателей удельного веса женщин раннего и позднего репродуктивного возраста. Установлено, что в

целом по стране средняя доля женщин раннего репродуктивного возраста в 2018-2022 гг. едва перешагнула уровень в пятьдесят процентов. Наибольший удельный вес, который статистически отличался от России и всех федеральных округов, был в СКФО (58,3%;  $p < 0,05$ ). Чуть более половины в общем числе женщин 15-49 лет удельный вес женщин раннего репродуктивного возраста составил в ПФО (50,9%), СФО (50,6%) и ЮФО (50,4%), а менее половины – в ЦФО (48,5%), СЗФО (49,0%), УФО (49,8%) и в мегаполисе (49,7%). Средний удельный вес женщин раннего репродуктивного возраста в общем числе женщин 15-49 лет в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге представлено на рисунке 3.1.

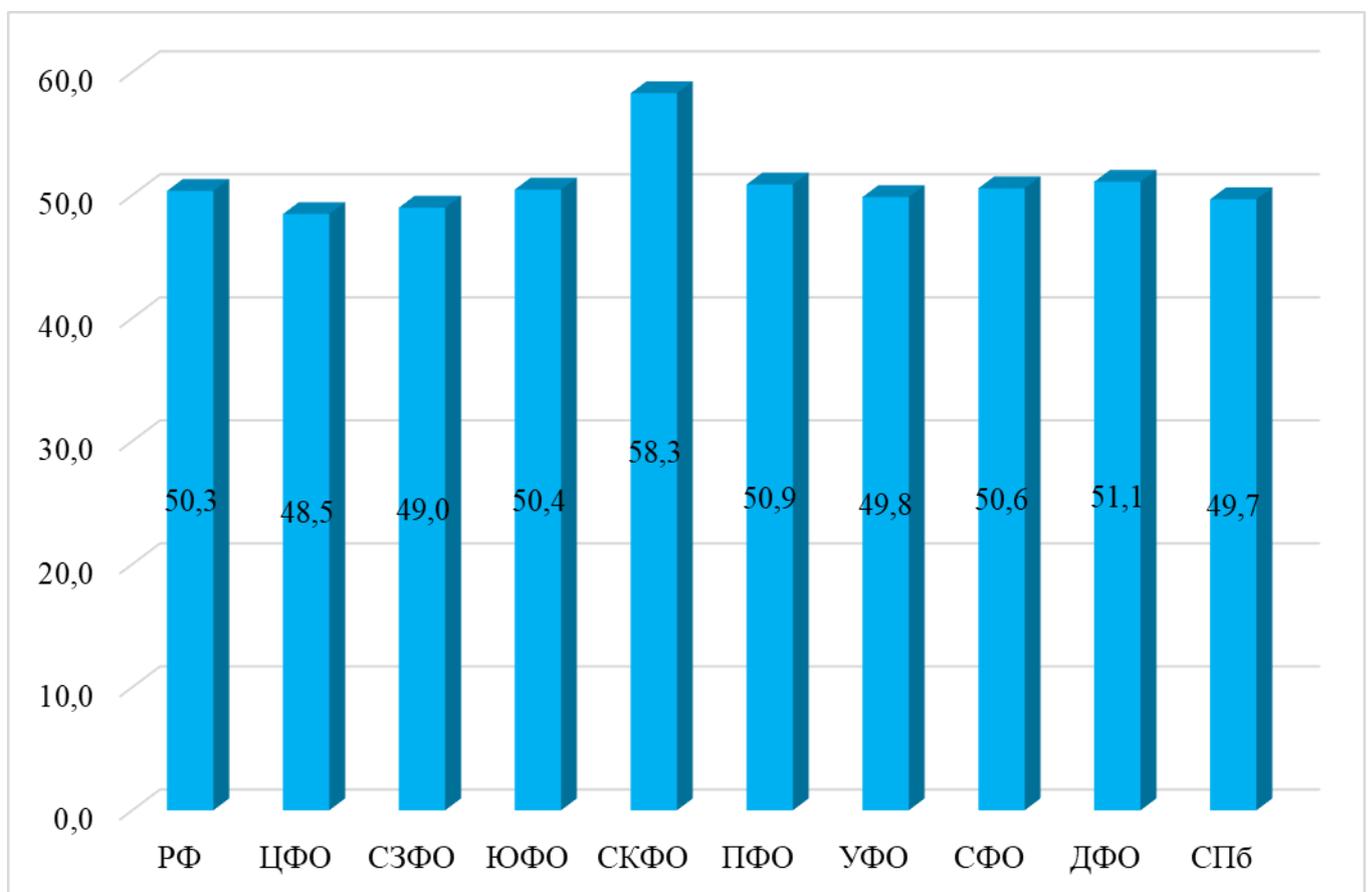


Рисунок 3.1 - Средний удельный вес женщин раннего репродуктивного возраста в общем числе женщин 15-49 лет в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в %)

Таким образом, доля женщин, на которых приходится основной объем деторождений, как в России в целом, так и во всех ее округах, имела очень низкие значения. В то же время удельный вес женщин позднего репродуктивного возраста в структуре фертильности был очень высок и в 2018-2022 гг. имел отрицательную ежегодную динамику роста, как в целом по стране, так и во всех федеральных

округах и Санкт-Петербурге. Выявлено, что, если в 2018 г. средний по федеральным округам уровень был 46,6%, то к 2022 г. он достиг 51,2%. Соответственно, темп прироста составил 9,0% или в абсолютных значениях 4,6%. Динамика удельного веса женщин позднего репродуктивного возраста в структуре фертильности в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена в таблице 3.3

Таблица 3.3 - Динамика удельного веса женщин позднего репродуктивного возраста в структуре фертильности в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в %)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с Мрф (в %)
РФ	47,5	48,5	49,6	50,8	51,9	49,7±0,78	+8,5*	-
ЦФО	47,9	50,8	52,1	53,4	53,6	51,5±1,04	+10,6*	↑3,7*
СЗФО	48,5	49,7	51,0	52,2	53,8	51,0±0,92	+9,8*	↑2,7*
ЮФО	47,3	48,4	49,5	50,6	51,9	49,6±0,80	+8,9*	↓0,2
СКФО	40,1	40,8	41,7	42,7	43,2	41,7±0,75	+7,2*	↓16,0*
ПФО	46,9	47,9	48,9	50,0	52,0	49,1±0,88	+9,7*	↓1,0
УФО	47,9	49,0	50,1	51,2	52,6	50,2±0,82	+8,9*	↑1,0
СФО	47,3	48,4	49,4	50,4	51,9	49,4±0,79	+8,9*	↓0,4
ДФО	47,2	48,0	48,8	49,7	50,9	48,9±0,65	+7,4*	↓1,5*
СПб	47,0	48,6	50,5	52,3	53,3	50,3±1,15	+11,9*	↑1,4*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Таким образом, в России и ее федеральных округах снижение рождаемости происходит на фоне не только общего снижения удельного веса женщин фертильного возраста в половине округов, но и при изменении соотношения женщин в структуре репродуктивного возраста. Прослеживается снижение удельного веса женщин раннего репродуктивного возраста при ежегодных темпах роста доли женщин позднего репродуктивного возраста. В Санкт-Петербурге наблюдались самые высокие, в сравнении со всеми показателями по федеральным округам, темпы снижения коэффициента общей плодовитости (-24,0%) на фоне самых высоких темпов повышения удельного веса женщин позднего репродуктивного возраста (+11,9%).

### 3.2. Сравнительная оценка показателей перинатальной смертности в федеральных округах Российской Федерации

Показатель перинатальной смертности является индикатором оказания медицинской помощи детям в период беременности, родов и в течении первой недели жизни в женских консультациях и организациях родовспоможения. Соответственно, по значениям показателей антенатальной, интранатальной и постнатальной смертности можно оценить уровень медицинской помощи на амбулаторном и госпитальных этапах. Выявлено, что наиболее высокий уровень перинатальной смертности в России наблюдался в ДФО (8,22%), ЮФО (8,06%) и СЗФО (7,66%), а наиболее низкий - в УФО (6,85%), СКФО (6,23%) и ЦФО (6,19%). Оценка динамики показателей выявила, что в целом по стране и в федеральных округах к 2022 г. уровень перинатальной смертности снижался, за исключением ЮФО, где прослеживался рост в 3,5%. Динамика перинатальной смертности в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. представлена в таблице 3.4.

Таблица 3.4 - Динамика перинатальной смертности в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>РФ</sub> (в %)
РФ	7,23	7,10	7,25	7,32	6,76	7,13±0,10	-6,5*	-
ЦФО	6,31	6,19	6,12	6,13	6,19	6,19±0,03	-1,9	↓13,2*
СЗФО	7,66	7,89	7,64	8,05	7,07	7,66±0,17	-7,7	↑6,9*
ЮФО	7,68	7,45	8,56	8,67	7,96	8,06±0,24	+3,5	↑11,6*
СКФО	6,41	6,6	6,19	6,32	5,64	6,23±0,16	-12,0*	↓12,6*
ПФО	8,14	7,43	7,56	7,93	6,95	7,60±0,21	-14,6*	↑6,2*
УФО	7,00	6,74	7,08	6,94	6,48	6,85±0,11	-7,4	↓4,0
СФО	7,15	7,67	8,07	7,55	6,92	7,47±0,20	-3,2	↑4,6
ДФО	8,21	8,16	8,31	8,47	7,96	8,22±0,08	-3,0	↑13,3*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями (p<0,05)

При этом средний уровень перинатальной смертности в Санкт-Петербурге (7,26‰) был выше средних по стране значений на 1,8%, но ниже, чем в среднем по федеральному округу на 5,2%. Однако, данные различия не были статистически значимы (p>0,05). При этом, в отличие от федерального округа, в состав которого

он входит, в мегаполисе уровень перинатальной смертности вырос (+3,2%;  $p > 0,05$ ). Динамика перинатальной смертности в Российской Федерации и Санкт-Петербурге отражена на рисунке 3.2.

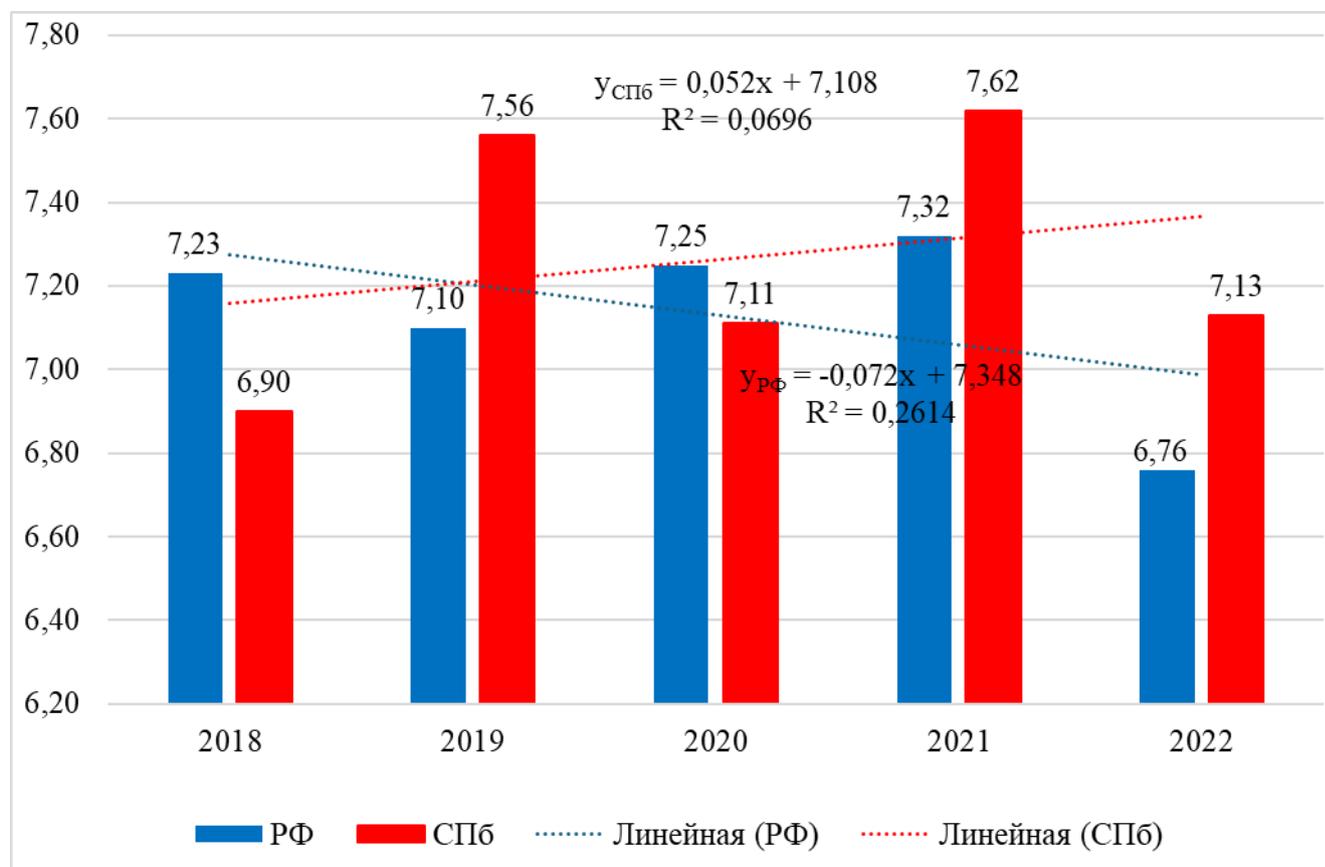


Рисунок 3.2 - Динамика перинатальной смертности в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Проведенная оценка мертворождаемости выявила, что если в СФО и УФО средний в изучаемый период показатель не имел значимых различий со средним по стране, то в ЦФО и СКФО он был ниже на 11,4% и 29,5% соответственно ( $p < 0,05$ ), а в СЗФО, ЮФО и ДФО выше на 10,9%, 12,6% и 15,4% ( $p < 0,05$ ). К 2022 г. показатели мертворождаемости снижались в целом по стране, в СЗФО (-3,0%), ПФО (-9,2%), УФО (-4,1%) и ДФО (-6,6%). В остальных федеральных округах они незначительно, но выросли ( $p > 0,05$ ). Динамика мертворождаемости в России и федеральных округах за пятилетний период наблюдения детально представлена в таблице 3.5.

Таблица 3.5 - Динамика мертворождаемости в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с МРФ (в %)
РФ	5,51	5,44	5,67	5,77	5,34	5,55±0,07	-3,1*	
ЦФО	4,93	4,89	4,91	4,93	4,95	4,92±0,05	+0,4	↓11,4*
СЗФО	6,03	6,28	6,33	6,64	5,85	6,23±0,14	-3,0	↑10,9*
ЮФО	6,15	5,95	6,75	6,74	6,18	6,35±0,16	+0,5	↑12,6*
СКФО	3,83	4,08	3,89	3,94	3,83	3,91±0,05	0,0	↓29,5*
ПФО	6,28	5,73	5,96	6,42	5,7	6,02±0,14	-9,2*	↑7,8*
УФО	5,43	5,15	5,65	5,72	5,21	5,43±0,11	-4,1	↓2,2
СФО	5,22	5,73	6,27	5,92	5,39	5,71±0,19	+3,5	↑2,8
ДФО	6,66	6,55	6,59	6,78	6,22	6,56±0,10	-6,6	↑15,4*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Оценивая показатели мертворождаемости в мегаполисе в период 2018-2022 гг. установлено (рисунок 3.3), что они превышали среднероссийские значения, начиная с 2019 г. Средний за пять лет уровень мертворождаемости в Санкт-Петербурге (6,10‰) был на 9,1% выше среднего по России ( $p < 0,05$ ). В то же время, если в целом по стране прослеживалась тенденция к снижению мертворождаемости, то в мегаполисе показатели за пять лет выросли на 9,5%.

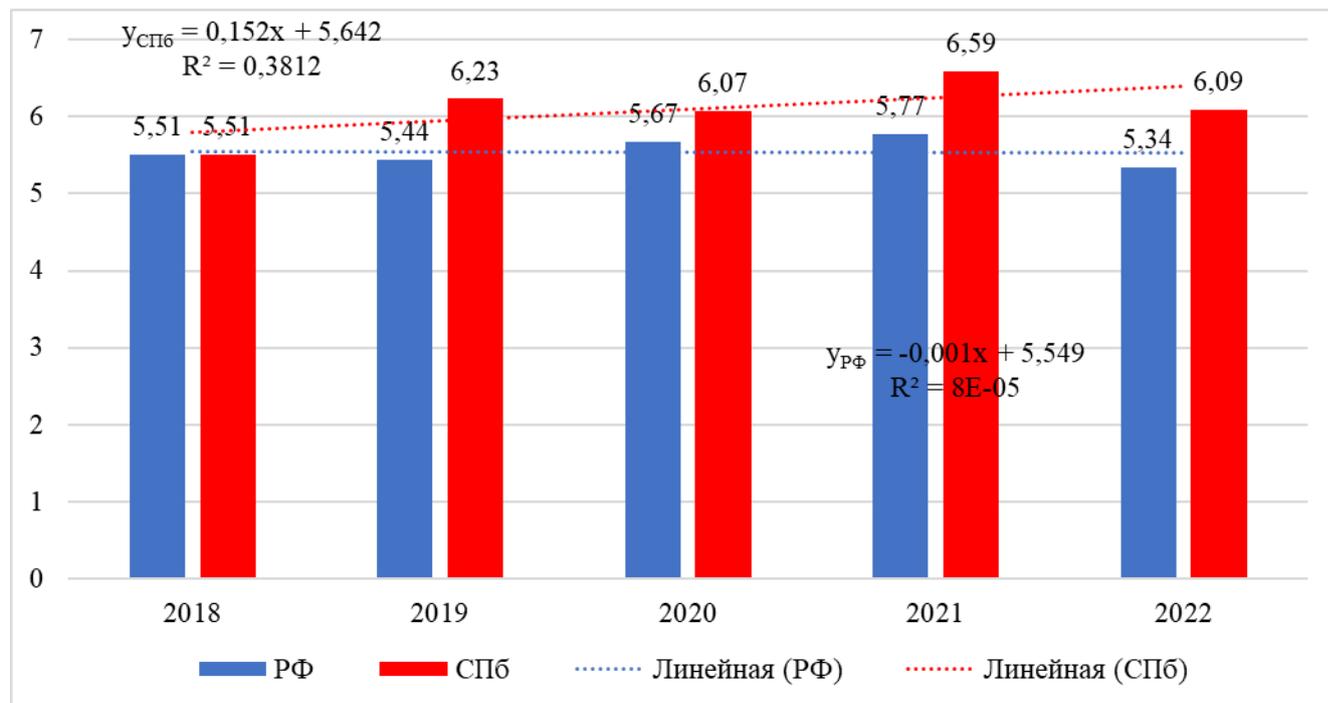


Рисунок 3.3 - Динамика мертворождаемости в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Уровень оказания медицинской помощи по антенатальной охране плода в женских консультациях, а также в отделения патологии беременности можно оценить по значению показателей антенатальной смертности. Самая высокая смертность детей в период беременности наблюдалась в ДФО (рисунок 3.4). Она на 10,1% превышала средние по стране значения (6,08‰ против 5,18‰;  $p < 0,05$ ). Также показатели антенатальной смертности были выше среднероссийских значений в СЗФО (на 9,9%;  $p < 0,05$ ), ЮФО (на 12,2%;  $p < 0,05$ ) и ПФО (на 9,9%;  $p < 0,05$ ). Значительно ниже среднероссийского уровня была антенатальная смертность в СКФО. Ее разница со средними по стране значениями составила 28,9% (3,68‰ против 5,18‰;  $p < 0,05$ ). В ЦФО показатели антенатальной смертности также были статистически значимо ниже среднего значения по стране (на 10,2%;  $p < 0,05$ ).

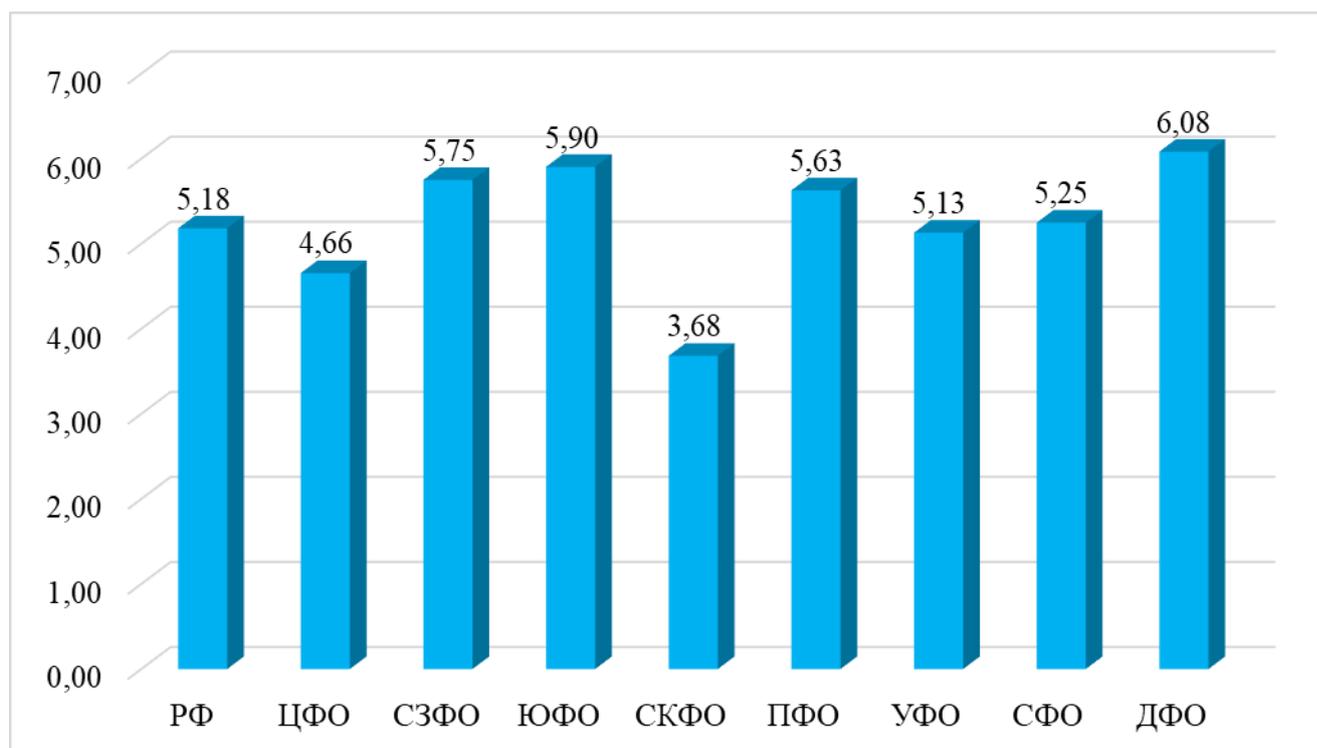


Рисунок 3.4 - Средняя антенатальная смертность в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Установлено, что в 2021 г. в России и практически во всех ее федеральных округах был подъем антенатальной смертности (рисунок 3.5). Исключение составили ЮФО и СФО, у которых этот подъем наблюдался годом ранее. Оценка динамики антенатальной смертности в России и федеральных округах в 2018-2022

гг. выявила, что к 2022 г. от уровня 2018 г. она незначительно снижалась в целом по Российской Федерации (-0,4%), а также в ДФО (-3,5%) и УФО (-2,9%), однако это снижение не имело статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ). Статистически значимое снижение показателей было только в ПФО (на 7,4%;  $p < 0,05$ ). В остальных федеральных округах к 2022 г. наблюдался рост показателей антенатальной смертности: в ЦФО - на 3,2%, СЗФО - на 2,7%, ЮФО - на 1,9%, СКФО - на 3,3% и СФО - на 5,7%. Однако тот рост не имел статистически значимых различий с уровнем 2018 г. ( $p > 0,05$ ).

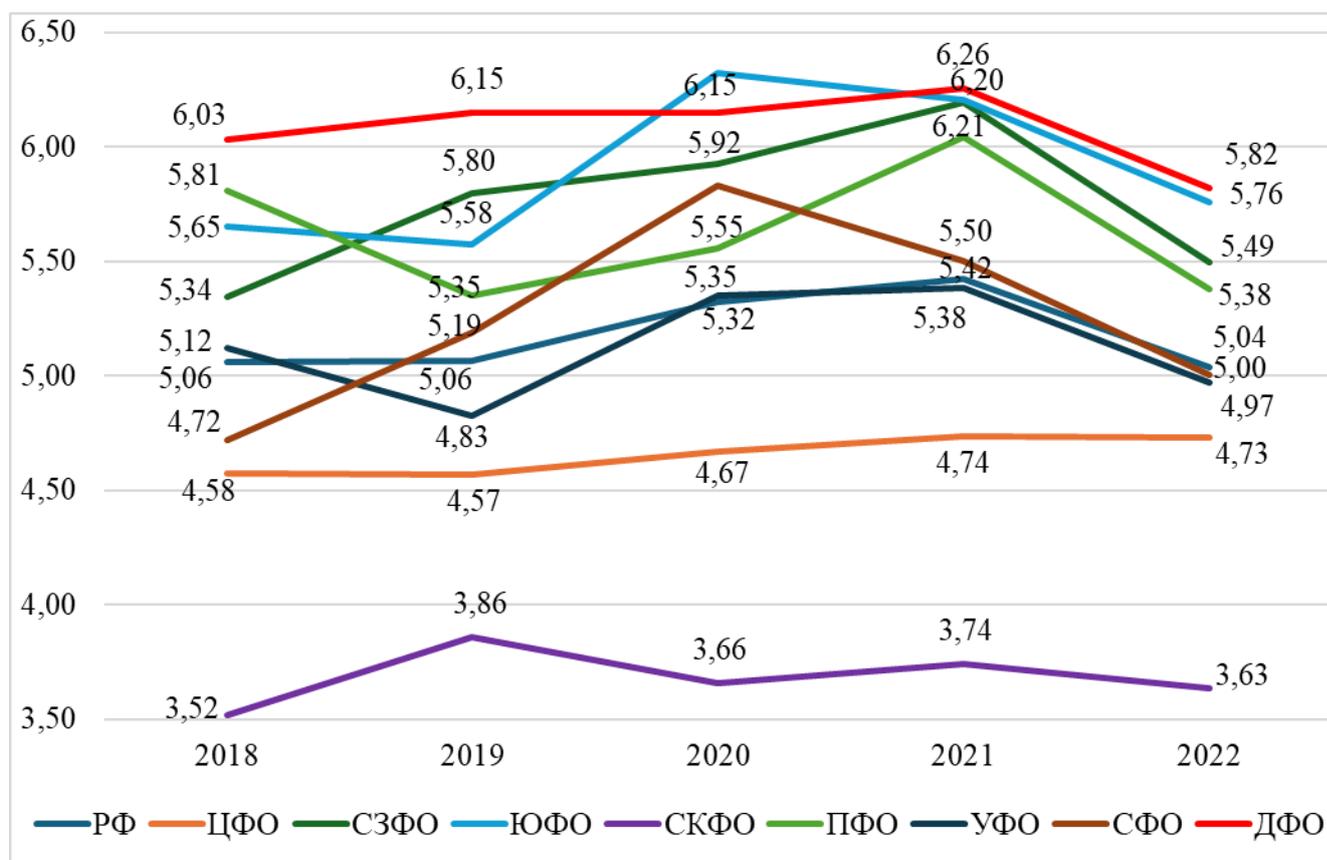


Рисунок 3.5 - Динамика антенатальной смертности в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Анализ показателей антенатальной смертности в Санкт-Петербурге выявил (рисунок 3.6), что разница среднего за пять лет показателя антенатальной смертности в мегаполисе (5,03‰) превышала средний показатель по России на 10,1% ( $p < 0,05$ ). При этом в 2018 г. она была практически на среднероссийском уровне и составляла 5,76‰ (ниже на 0,5%;  $p < 0,05$ ). Но начиная с 2019 г. показатели антенатальной смертности в мегаполисе стали существенно превышать

среднероссийский уровень и росли вплоть до 2021 г., после чего произошло их снижение. В целом к 2022 г. от значений в 2018 г. антенатальная смертность в Санкт-Петербурге выросла на 11,8% ( $p < 0,05$ ).

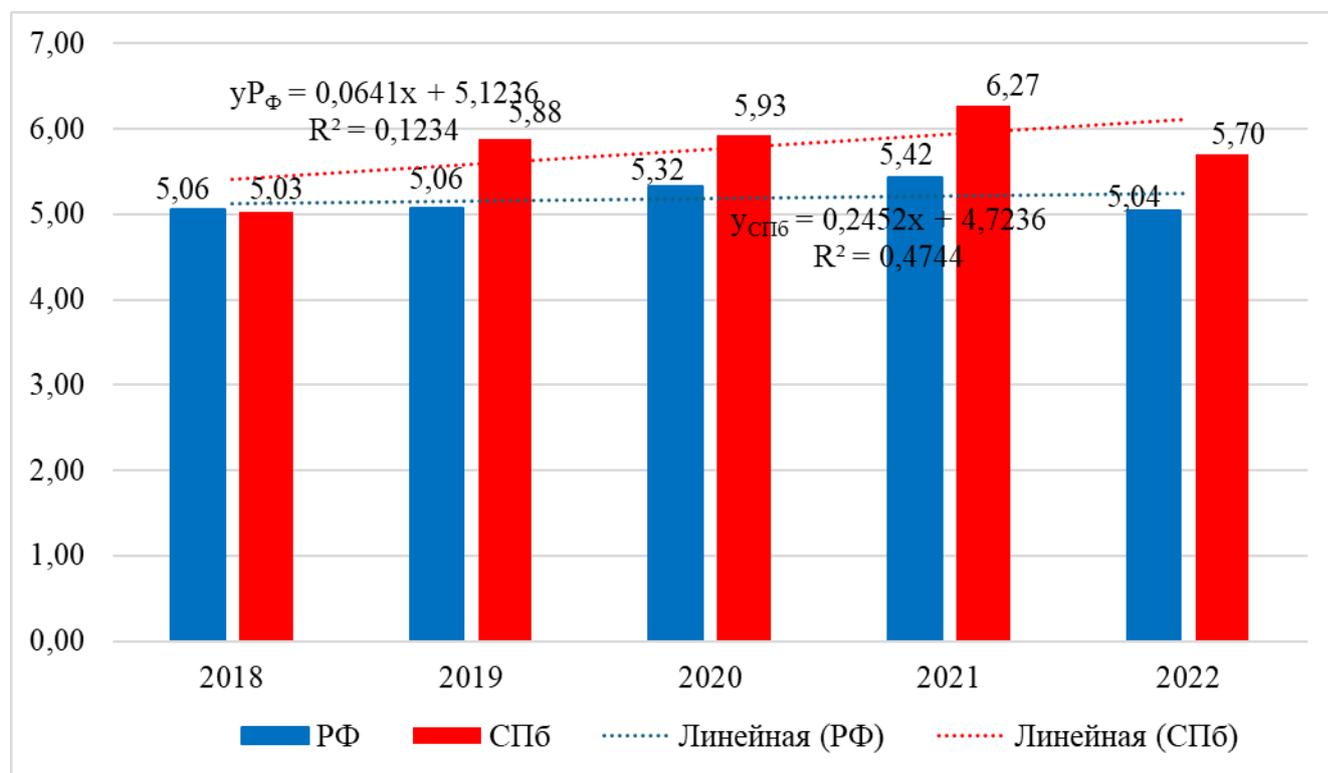


Рисунок 3.6 - Динамика антенатальной смертности в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

С целью изучения вклада антенатальной смертности в перинатальную смертность была проведена сравнительная оценка показателей удельного веса антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности в России и ее федеральных округах в 2018-2022 гг. (рисунки 3.7 и 3.8). Установлено, что она составляла более 70% (кроме СКФО) и практически во всех округах России доля антенатальной смертности превышала среднероссийские значения. Исключение составили СКФО и СФО, в которых она была ниже средних по стране значений (59,2% и 70,2% против 72,7%;  $p < 0,05$ ). Оценка динамики показателей выявила, что удельный вес антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности в 2022 г. к уровню 2018 г. вырос, как в целом по России, так и в большинстве ее федеральных округов: в России - на 6,1%, в ЦФО - на 5,1%, в СЗФО - на 10,2%, в СКФО - на 14,9%, в ПФО - на 7,8%, УФО - на 4,6%, в СФО - на 8,7% ( $p < 0,05$ ) и в

ДФО – на 0,5% ( $p>0,05$ ). Снижение показателей наблюдалось только в ЮФО и ДФО (на 1,7% и 0,5% соответственно;  $p>0,05$ ).

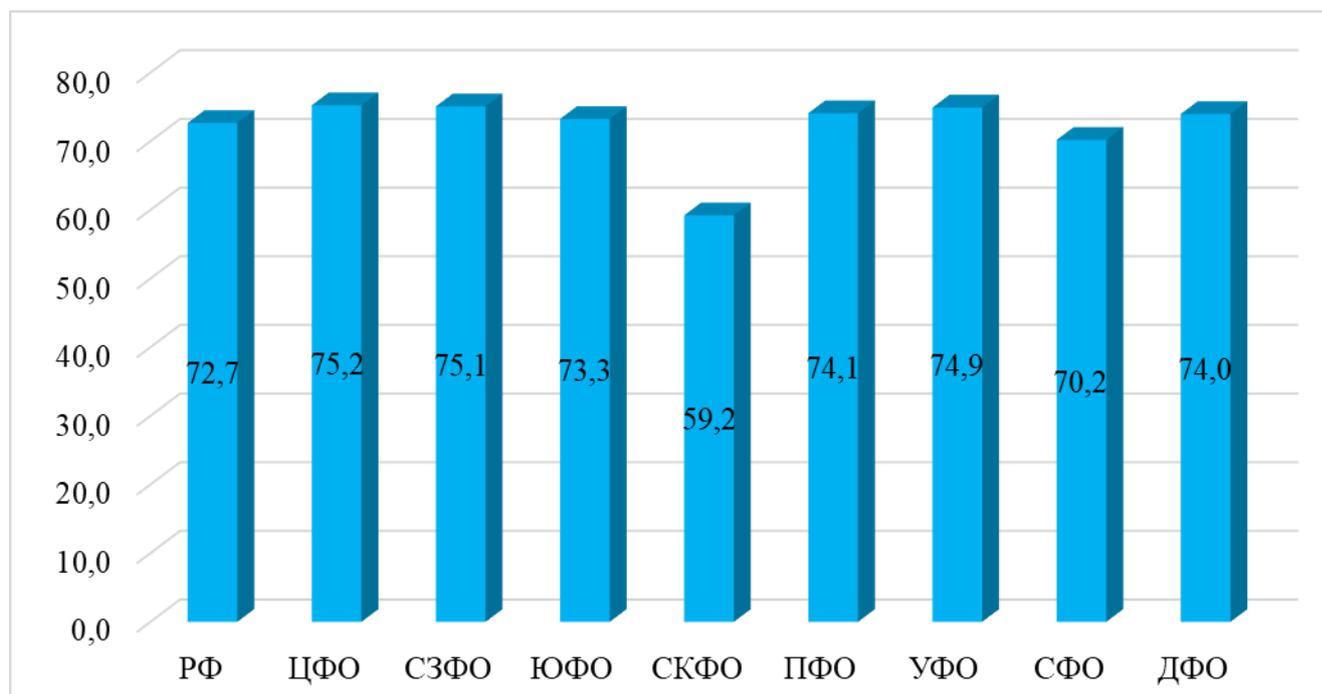


Рисунок 3.7 - Средний удельный вес антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. (в %)

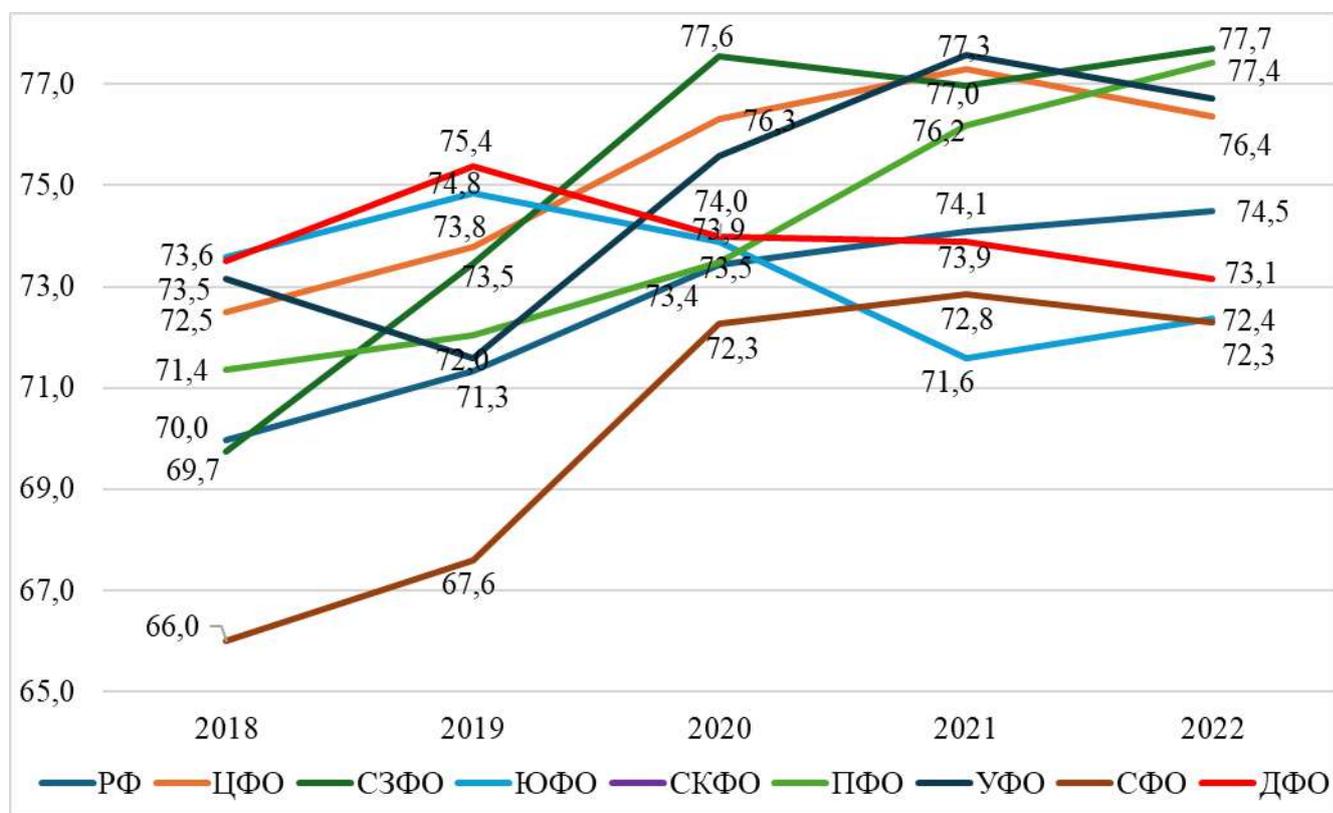


Рисунок 3.8 - Динамика удельного веса антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. (в %)

Оценка удельного веса антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности в Санкт-Петербурге выявила (рисунок 3.9), что она существенно превышала не только показатели по стране, но и по всем федеральным округам России. В среднем за пять лет доля антенатальной смертности оставляла 79,3%. При этом, если показатели по России имели устойчивый тренд роста, то в мегаполисе рост удельного веса антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности прослеживался до 2020 г. включительно (до уровня в 83,4%), а с 2021 г. наблюдалось снижение показателей до 79,9%. В целом за пять лет темпы роста показателей составили 8,9% или 9,0% в абсолютных значениях ( $p < 0,05$ ).

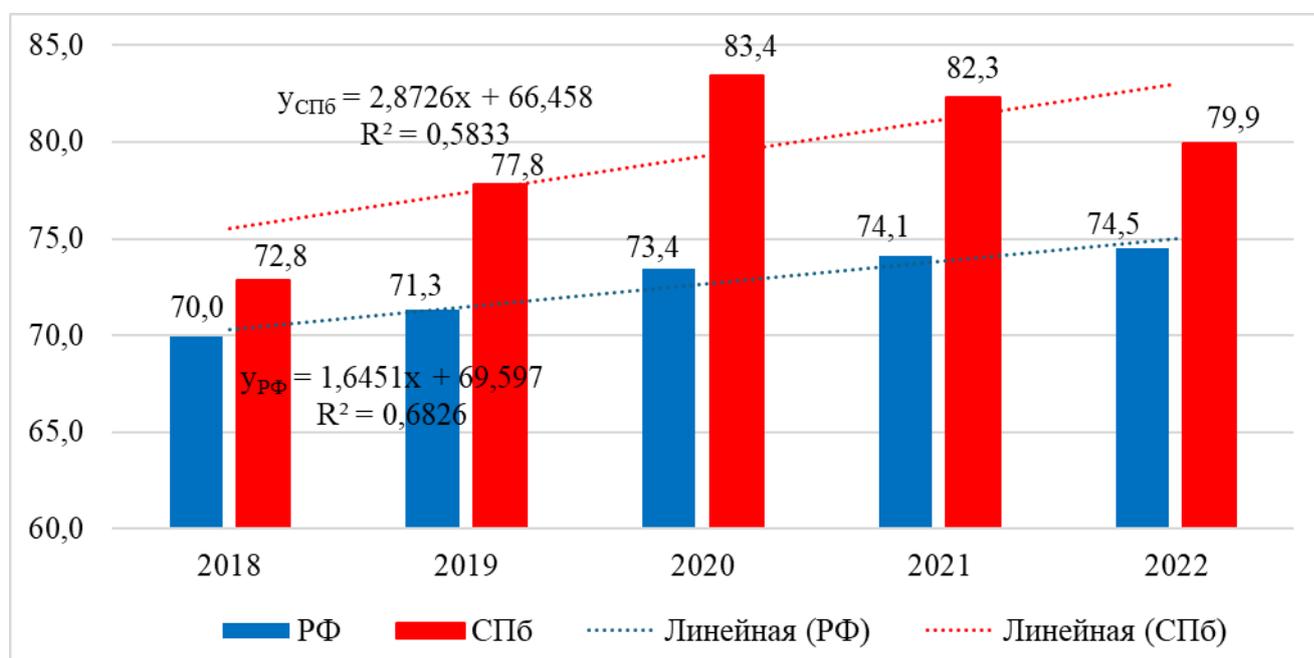


Рисунок 3.9 - Динамика удельного веса антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в %)

Проведенное исследование позволило установить, что средний удельный вес антенатальной смертности в структуре мертворождаемости в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. составлял более 90% (рисунок 3.10). Наибольшие значения показателей были в ЦФО и УФО, которые превышали среднероссийский показатель на 1,2% и 1,1% соответственно ( $p > 0,05$ ). Наиболее низкие наблюдались в СЗФО и СФО (ниже среднего по стране на 1,2% и 1,6%;  $p > 0,05$ ).

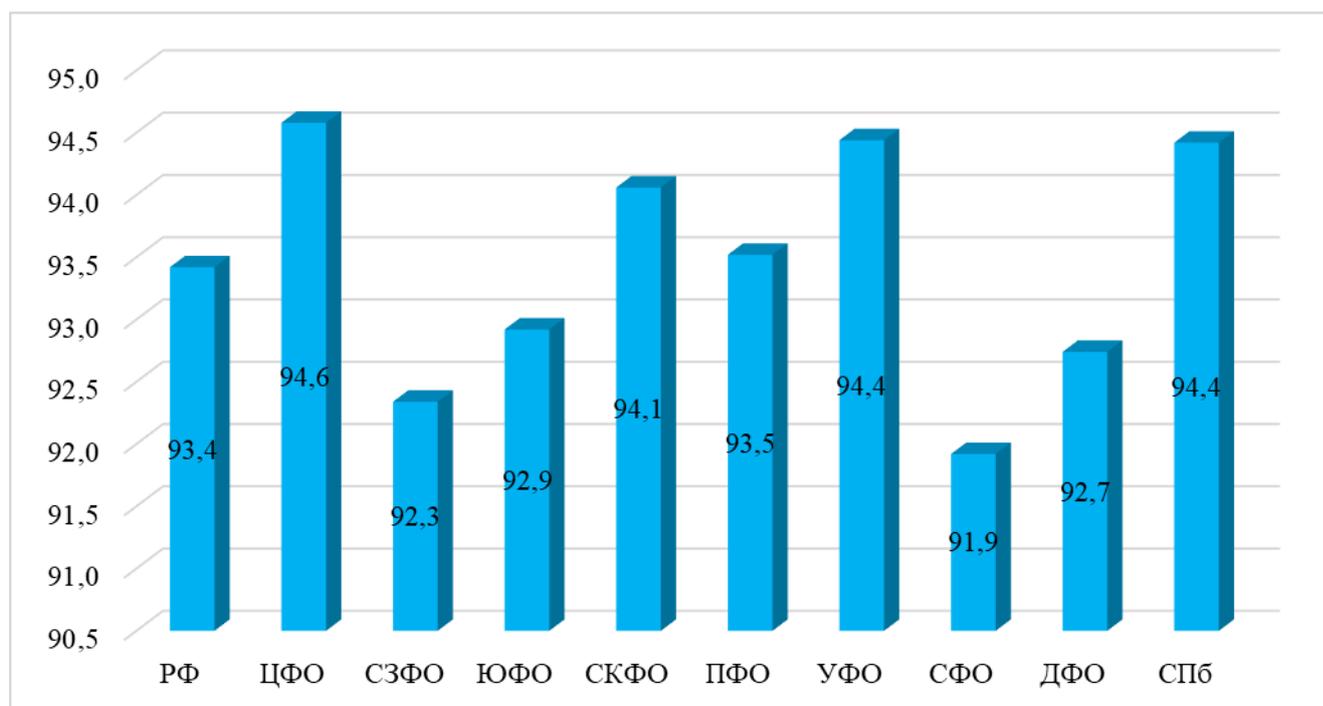


Рисунок 3.10 - Средний удельный вес антенатальной смертности в структуре мертворождаемости в России и федеральных округах в 2018-2022 гг. (в %)

Оценка динамики показателей удельного веса антенатальной смертности в структуре мертворождаемости выявила, что, как в целом в Российской Федерации, так и во всех ее федеральных округах прослеживалась единая тенденция к небольшому росту показателей (таблица 3.6). Наиболее существенный рост наблюдался в СЗФО (+5,6%) и ДФО (+3,2%).

Таблица 3.6 - Динамика удельного веса антенатальной смертности в структуре мертворождаемости в России и федеральных округах в 2018-2022 гг.

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>РФ</sub> (в %)
РФ	91,8	93,1	93,9	94,0	94,3	93,4±0,45	+2,7*	-
ЦФО	92,8	93,4	95,1	96,1	95,5	94,6±0,63	+2,8	↑1,2
СЗФО	88,6	92,3	93,6	93,3	93,9	92,3±0,97	+5,6*	↓1,2
ЮФО	91,9	93,7	93,7	92,1	93,2	92,9±0,39	+1,4	↓0,5
СКФО	91,8	94,6	94,0	95,0	94,9	94,1±0,59	+3,3*	↑0,7
ПФО	92,5	93,4	93,2	94,1	94,4	93,5±0,37	+2,0	↑0,1
УФО	94,3	93,7	94,7	94,1	95,4	94,4±0,29	+1,2	↑1,1
СФО	90,4	90,5	93,0	92,9	92,8	91,9±0,60	+2,6	↓1,6
ДФО	90,6	93,9	93,3	92,3	93,6	92,7±0,60	+3,2*	↓0,7

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями (p<0,05)

В Санкт-Петербурге удельный вес антенатальной смертности в структуре мертворождаемости превышал не только средний показатель по СЗФО, но и средний показатель по России (94,4% против 93,4%). Однако, если в 2019-2021 гг. значение показателя было выше среднего по стране, то в 2018 г. и в 2022 гг. он был ниже среднероссийского уровня. Оценка динамики показателей выявила, что в целом за пять лет при отсутствии устойчивого тренда рост показателей удельного веса антенатальной смертности в мегаполисе составил 2,6% или 2,4% в абсолютных величинах. Динамика удельного веса антенатальной смертности в структуре мертворождаемости в Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена на рисунке 3.11.

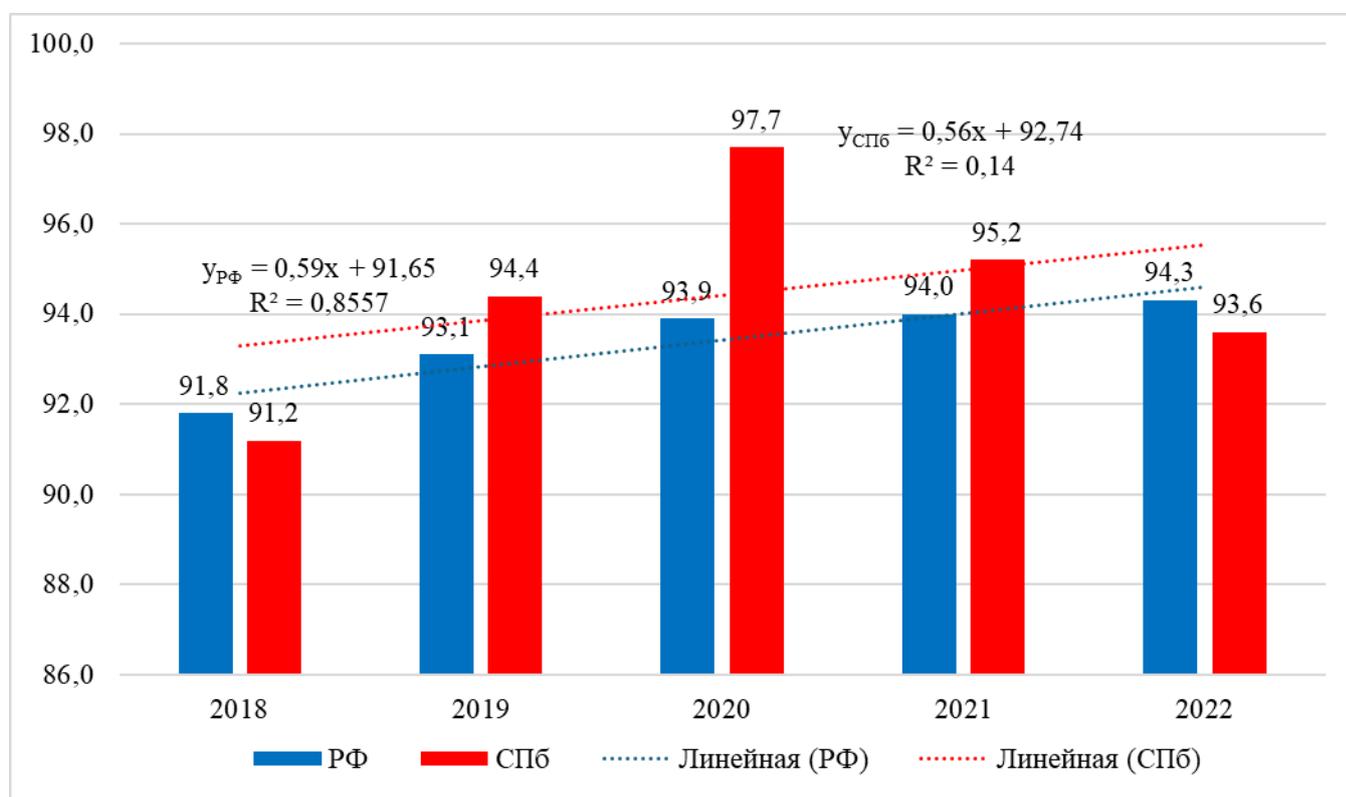


Рисунок 3.11 - Динамика удельного веса антенатальной смертности в структуре мертворождаемости в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг.

Показатели перинатальной смертности, мертворождаемости и антенатальной смертности в мегаполисе превышали среднероссийский уровень и имели тенденцию к росту. Удельный вес антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности в Санкт-Петербурге существенно превышал не только показатели по стране, но и по всем федеральным округам России, и за пять лет

вырос на 8,9%. Удельный вес антенатальной смертности в структуре мертворождаемости превышал не только средний показатель по стране, но и в большинстве федеральных округов, включая СЗФО и имел тенденцию к росту.

### 3.3. Заболеваемость беременных и новорожденных детей

Состояние здоровья матери во время беременности является определяющим для здоровья ее ребенка. С целью оценки здоровья матерей был проведен анализ заболеваемости беременных, рожениц и родильниц в России, федеральных округах и Санкт-Петербурге в соответствии с МКБ ХХ классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период (таблица 3.7). Установлено, что только в ЦФО средняя заболеваемость женщин за пять лет была ниже среднероссийского уровня (на 11,3%;  $p < 0,05$ ). В остальных федеральных округах показатели заболеваемости беременных, рожениц и родильниц были несколько выше средних значений по стране. Наиболее существенно превышали среднероссийский уровень показатели заболеваемости женщин в ПФО и СФО (5,7% и 5,3% соответственно).

Таблица 3.7 - Динамика заболеваемости беременных, рожениц и родильниц России, федеральных округов и Санкт-Петербурга в 2018-2022 гг. (на 100 тыс. женского населения репродуктивного возраста)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп снижения (в %)	Разница с Мрф (в %)
РФ	6697,5	6488,5	6103,9	6049,5	5592,6	6186,4±191,1	-16,5*	-
ЦФО	5629,8	5834,3	5360,2	5594,6	5014,6	5486,7±140,0	-10,9*	↓11,3*
СЗФО	7480,4	6013	5878,5	6316,9	5880,7	6313,9±302,4	-21,4*	↑2,0*
ЮФО	6562,0	5979,4	6605,3	7034,9	6133,6	6463,0±187,0	-6,5*	↑4,3*
СКФО	6625,4	7738,4	5881,1	6413,6	5661,8	6464,1±363,4	-14,5*	↑4,3*
ПФО	7367,1	7163,2	6418,1	5990,2	5862,9	6560,3±303,8	-20,4*	↑5,7*
УФО	6852,1	6910,5	6574,4	6122,7	5598,7	6411,7±246,3	-18,3*	↑3,5*
СФО	7418,4	6577,7	6489,7	6181,4	6010,8	6535,6±243,3	-19,0*	↑5,3*
ДФО	6612,5	6508,6	6596,6	5880,5	5762,1	6272,1±185,8	-12,9*	↑1,4
СПб	7152,2	5914,8	5737,3	6191,6	5350,4	6069,3±303,2	-25,2*	↓1,9*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Установлено, что заболеваемость беременных, рожениц и родильниц в России и федеральных округах в 2022 г. к уровню 2018 г. снижалась ( $p < 0,05$ ).

Наиболее существенные темпы снижения были в СЗФО (21,4%), ПФО (20,4%) и СФО (19,0%).

Оценка заболеваемости женщин репродуктивного возраста Санкт-Петербурга позволила установить, что средний за пять лет показатель заболеваемости женщин XV классом болезней по МКБ был ниже среднего показателя по стране на 1,9% ( $p < 0,05$ ). Выявлено, что заболеваемость женщин мегаполиса ежегодно снижалась до 2020 г. включительно, затем в 2021 г. выросла до уровня 6191,6 случая заболеваний на 100 тыс. женского населения репродуктивного возраста, а в 2022 г. снова снизилась до значения 5350,4 случаев на 100 тыс. В целом темпы снижения показателей заболеваемости беременных, рожениц и родильниц в мегаполисе были выше, чем в целом по России и ее в федеральных округах и составили 25,2% ( $p < 0,05$ ).

В ходе исследования была проведена оценка заболеваемости беременных, которая оказывает наиболее существенное влияние на здоровье ребенка. Существовавшая ранее гипертензия может привести к задержке внутриутробного развития плода, развитию у матери эклампсии, к преждевременной отслойке плаценты, преждевременным родам, гибели плода и беременной и др. Проведенная оценка распространённости артериальной гипертензии у беременных выявила (таблица 3.8), что в Санкт-Петербурге средний за пять лет уровень заболеваемости статистически значимо превышал средние по стране и федеральному округу значения на 23,4% и 8,2% соответственно ( $p < 0,05$ ). При этом, как в России в целом, так и в округе и мегаполисе, заболеваемость существовавшей ранее гипертензией, осложнившей беременность, снижалась ( $p < 0,05$ ). Оценка доли гипертензии, осложнившей беременность, от всех болезней класса Беременность, роды и послеродовой период выявила, что доля этих заболеваний в мегаполисе также была выше, чем в целом в России и СЗФО (5,0% против 4,0% и 4,2%;  $p < 0,05$ ).

Таблица 3.8 - Динамика заболеваемости существовавшей ранее гипертензией, осложнившей беременность, в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 женщин, закончивших беременность)

Территория	Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с МРФ (в %)
РФ	в ‰	57,71	58,42	55,65	55,37	57,60	56,95±0,61	-0,2	-
	% от класса XV	4,1	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0±0,03	-3,4*	-
СЗФО	в ‰	68,90	75,33	68,12	63,82	64,88	68,21±2,02	-5,8*	↑16,5*
	% от класса XV	4,1	5,2	4,6	3,8	3,4	4,2±0,31	-17,1*	↑4,8*
СПб	в ‰	76,29	81,30	75,24	68,31	70,42	74,31±2,29	-7,7*	↑23,4*
	% от класса XV	5,1	6,1	5,5	4,1	4,2	5,0±0,38	-18,0*	↑20,4*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Преэклампсия – это одно из наиболее тяжелых осложнений беременности, которая может вызвать отслойку плаценты, преждевременные роды, внезапную внутриутробную гибель плода и др. Исследование показало, что распространённость преэклампсии средней тяжести и тяжелой преэклампсии (суммарно) в мегаполисе была также значительно выше ( $p < 0,05$ ), чем в целом по стране и в СЗФО (на 49,0% и 12,3% соответственно). Доля преэклампсии в общем числе заболеваний женщин XV классом болезней по МКБ была в 1,9 раз выше, чем в среднем по стране и в 1,3 раза выше, чем в среднем по федеральному округу ( $p < 0,05$ ). При этом как распространённость преэклампсии, так и ее доля в структуре заболеваемости женского населения репродуктивного возраста практически ежегодно снижалась. Динамика заболеваемости беременных преэклампсией средней тяжести и тяжелой в России, СЗФО и Санкт-Петербурге представлена в таблице 3.9.

Таблица 3.9 - Динамика заболеваемости беременных преэклампсией средней тяжести и тяжелой в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 женщин, закончивших беременность)

Территория	Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>РФ</sub> (в %)
РФ	в ‰	23,51	22,13	20,27	21,59	20,9	21,68±0,55	-11,1*	-
	% от класса XV	1,7	1,5	1,4	1,5	1,4	1,5±0,05	-13,8*	-
СЗФО	в ‰	56,22	38,16	33,33	29,46	29,24	37,28±5,00	-48,0*	↑41,8*
	% от класса XV	3,4	2,6	2,3	1,8	1,2	2,2±0,37	-65,7*	↑64,7*
СПб	в ‰	71,79	34,21	33,58	37,41	35,66	42,53±7,34	-50,3*	↑49,0*
	% от класса XV	4,8	2,5	2,5	2,3	2,1	2,8±0,50	-55,7*	↑56,3*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Угроза прерывания беременности – это осложнение беременности, которое часто ведет к недоношенности или внутриутробной гибели плода. Установлено, что в среднем за пять лет в мегаполисе распространённость угрозы прерывания беременности была практически на уровне среднероссийских значений ( $p > 0,05$ ), но при этом на 12,1% ниже, чем в среднем по СЗФО ( $p < 0,05$ ). За пять исследуемых лет распространённость угрозы прерывания беременности в России, СЗФО и Санкт-Петербурге значительно снизилась (на 19,1%, 25,1% и 17,7% соответственно;  $p < 0,05$ ). Оценка вклада угрозы прерывания беременности в заболеваемость беременных, рожениц и родильниц выявила, что в Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. в среднем удельный вес данной патологии составляла 11,0%, который существенно не отличался от показателей по стране и федеральному округу в целом ( $p > 0,05$ ). Также, как в России и СЗФО, доля угрозы прерывания беременности в мегаполисе имела тенденцию к снижению ( $p < 0,05$ ). Динамика распространённости угрозы прерывания беременности в России, СЗФО и Санкт-Петербурге представлена в таблице 3.10.

Таблица 3.10 - Динамика распространённости угрозы прерывания беременности в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 женщин, закончивших беременность)

Территория	Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с Мрф (в %)
РФ	в ‰	178,11	182,21	164,02	146,11	144,04	162,90±7,88	-19,1*	-
	% от класса XV	12,7	12,4	11,7	10,2	10,0	11,4±0,56	-21,3*	-
СЗФО	в ‰	209,79	202,95	186,88	169,23	157,13	185,20±9,91	-25,1*	↑12,0*
	% от класса XV	12,6	14,0	12,7	10,1	9,9	11,9±0,80	-21,4	↑4,2
СПб	в ‰	177,21	171,2	165,31	154,77	145,92	162,88±5,63	-17,7*	-
	% от класса XV	11,8	12,7	12,1	9,4	8,7	11,0±0,79	-26,6*	↓3,7

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Как и угроза прерывания беременности, так и угроза преждевременных родов, в значительном числе случаев приводит к недоношенности или гибели плода. Исследование показало, что в Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. это осложнение беременности встречалось реже, чем в среднем по стране и округу на 5,5% и 7,6% соответственно ( $p < 0,05$ ) и также в изучаемые годы снижалось. Доля угрозы преждевременных родов в общем числе заболеваний классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период в мегаполисе в среднем за пять лет были равны среднеокружному значению, превышали среднероссийский показатель на 2,2%. Оценка динамика доли угрозы преждевременных родов в структуре заболеваемости женщин репродуктивного возраста показала, что у беременных в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. она снижалась ( $p < 0,05$ ). Динамика распространённости угрозы преждевременных родов у беременных представлена в таблице 3.11.

Таблица 3.11 - Динамика распространённости угрозы преждевременных родов у беременных в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 женщин, закончивших беременность)

Территория	Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>Рф</sub> (в %)
РФ	в ‰	127,03	182,22	114,06	105,17	105,02	126,70±14,44	-17,3	-
	% от класса XV	9,1	12,4	8,1	7,3	7,3	8,8±0,94	-19,8	-
СЗФО	в ‰	146,14	203,34	110,15	96,58	91,23	129,49±20,80	-37,6	↑2,2
	% от класса XV	8,8	14,0	7,5	5,8	4,5	8,1±1,64	-48,9	↓8,0
СПб	в ‰	112,68	171,40	106,28	108,08	100,10	119,71±13,08	-11,2	↓5,5
	% от класса XV	7,6	12,7	7,8	6,6	6,0	8,1±1,19	-21,2	↓8,0

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Резус-иммунизации может приводить к самопроизвольному аборт, а после родов становится причиной гемолитической желтухи новорождённых. Анализ распространённости резус-иммунизации и других форм изоиммунизации у беременных мегаполиса выявил значимое превышение показателей над среднероссийскими и среднеокружными значениями (68,2% и 28,2% соответственно;  $p < 0,05$ ). Удельный вес данной патологии в структуре заболеваемости беременных, рожениц и родильниц в городе был выше средних по России и федеральному округу значений в 3,0 и 1,4 раза соответственно ( $p < 0,05$ ). При этом, если в целом по стране распространённость и доля резус-иммунизации и других форм изоиммунизации у беременных снижались ( $p < 0,05$ ), то в СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. она росли ( $p < 0,05$ ). Динамика заболеваемости резус-иммунизацией и другими формами изоиммунизации у беременных представлена в таблице 3.12.

Таблица 3.12 - Динамика распространённости реэус-иммунизации и других форм изоиммунизации у беременных в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 женщин, закончивших беременность)

Территория	Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с МРФ (в %)
РФ	в ‰	22,22	22,27	22,74	19,82	20,69	21,55±0,55	-6,9	-
	% от класса XV	1,6	1,5	1,6	1,4	1,4	1,5±0,04	-10,1	-
СЗФО	в ‰	46,53	51,44	51,23	46,61	53,11	49,78±1,35	+12,4	↑56,7
	% от класса XV	2,8	3,5	3,5	2,8	3,3	3,2±0,16	+15,2	↑53,1
СПб	в ‰	51,51	62,72	67,88	73,27	83,47	67,77±5,32	+38,3	↑68,2
	% от класса XV	3,5	4,7	5,0	4,5	5,0	4,5±0,27	+44,1	↑66,6

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Несмотря на то, что частота родов, осложненных патологией пуповины, является показателем деятельности организаций родовспоможения, именно на амбулаторном этапе во время УЗИ должна быть выявлена эта патология. Выбор тактики родовспоможения зависит от наличия патологии пуповины у роженицы, поэтому данный показатель можно отнести к показателям качества диагностики женских консультаций. Исследование показало, что частота родов, осложненных патологией пуповины, в 2018-2022 гг. в Санкт-Петербурге была в среднем в 2,8 раза реже, чем в среднем в стране, и в 2,1 раза реже, чем в СЗФО ( $p < 0,05$ ). В изучаемый период наблюдалась положительная динамика снижения частоты таких родов, как в России, так и в СЗФО и Санкт-Петербурге (15,4%, 18,7% и 39,8% соответственно;  $p < 0,05$ ). Оценка доли родов, осложненных патологией пуповины, в структуре заболеваемости женщин 15-49 лет классом болезней XV Беременность, роды и послеродовой период выявила, что их доля в мегаполисе составляла в среднем 1,2%, что статистически ниже, чем в целом по Российской Федерации и СЗФО ( $p < 0,05$ ). Как и частота родов, осложненных патологией пуповины, доля таких родов в структуре заболеваемости в период 2018-2022 гг. практически ежегодно

снижалась ( $p<0,05$ ). Динамика частоты родов, осложненных патологией пуповины, за пятилетний период наблюдения представлена в таблице 3.13.

Таблица 3.13 - Динамика частоты родов, осложненных патологией пуповины, в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (на 1000 родов)

Территория	Показатель	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с Мрф (в %)
РФ	в ‰	54,60	53,23	49,56	44,60	46,19	49,64±1,93	-15,4*	-
	% от класса XV	3,9	3,6	3,5	3,1	3,2	3,5±0,14	-18,0*	-
СЗФО	в ‰	38,51	41,79	36,29	35,48	31,32	36,68±1,73	-18,7*	↓26,1*
	% от класса XV	2,3	2,9	2,5	2,1	1,1	2,2±0,30	-53,2*	↓37,5*
СПб	в ‰	22,41	17,61	17,42	16,41	13,48	17,47±1,44	-39,8*	↓64,8*
	% от класса XV	1,5	1,3	1,3	1,0	0,8	1,2±0,12	-46,4*	↓66,0*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p<0,05$ )

Показатель заболеваемости новорожденных, его величина и динамика, во многом является интегральным показателем качества акушерско-гинекологической помощи на амбулаторном и стационарном этапах. Выявлено, что в мегаполисе за все изучаемые годы, заболеваемость новорожденных была все изучаемые года значительно выше, чем в среднем в стране и федеральном округе. Разница со средним за пять лет показателем в Российской Федерации составила 25,3%, а со средним в СЗФО - 13,2% ( $p<0,05$ ). При этом, если заболеваемость детей в целом по стране выросла незначительно (+1,4%), то в мегаполисе прирост за пять лет составил 24,0% ( $p<0,05$ ). Динамика распространённости угрозы преждевременных родов у беременных России и мегаполиса представлена в таблице 3.14.

Таблица 3.14 - Динамика заболеваемости новорождённых в организациях родовспоможения в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 годы (на 1000 родившихся живыми)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>РФ</sub> (в %)
РФ	314,5	310,9	305,6	316,0	318,9	313,2±2,29	+1,4	-
СЗФО	335,7	355,4	357,8	392,2	378,5	363,9±9,79	+11,3	↑13,9
СПб	355,6	379,6	406,0	485,5	468,2	419,0±25,08	+24,0	↑25,3

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Таким образом, заболеваемость женщин репродуктивного возраста Санкт-Петербурга XV классом болезней Беременность, роды и послеродовой период была ниже среднероссийских и среднеокружных значений и темпы ее снижения были выше, чем в целом по России и во всех ее округах (-25,2%;  $p < 0,05$ ). В то же время, исследование показало, что заболеваемость беременных артериальной гипертензией, средней тяжести и тяжелой преэклампсией, резус-иммунизацией и другими формами изоиммунизации у беременных мегаполиса была выше средних значений по стране и округу. Однако, частота угрозы прерывания беременности была практически на уровне среднероссийских значений, а частота угрозы преждевременных родов, а также родов, осложненных патологией пуповины, встречались реже, чем в среднем по стране и округу. При этом в мегаполисе снижались артериальная гипертензия (-7,7%), преэклампсия средней тяжести и тяжелая (-50,3%), угроза прерывания беременности (-17,7%), угроза преждевременных родов (-11,2%), и частота родов, осложненных патологией пуповины (39,8%), и росла распространённость резус-иммунизации и других форм изоиммунизации у беременных (+38,3%). Заболеваемость новорожденных Санкт-Петербурга все изучаемые годы была значительно выше, чем в среднем в стране и в СЗФО (на 25,3% и 13,2% соответственно;  $p < 0,05$ ), а ее прирост за пять лет составил 24,0% ( $p < 0,05$ ).

## **Глава 4. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЛОДА И ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ**

### **4.1. Сравнительная оценка медико-социальной характеристики беременных с патологией плода**

Здоровье населения, являясь важнейшим потенциалом страны, во многом зависит от условий и образа жизни, наследственности, состояния здравоохранения и экологической ситуации. Соответственно, медико-социальная характеристика, качество жизни и акушерский анамнез матери во многом определяют состояние здоровья будущего ребенка. Полученные данные позволили установить, что все беременные женщины (100%) и в основной, и в контрольной группах, имели гражданство Российской Федерации. При этом 95,7% исследуемых беременных по национальности были русскими. Представителей других национальностей было 4,3%, из них украинки - 1,9%, белоруски - 1,2% и по 0,4% - чувашки, удмуртки и калмычки.

Все представители других национальностей были в основной группе. В контрольной группе все 100% беременных были русскими. Таким образом, статистически значимо, как среди всех беременных, так и среди беременных основной группы, преобладали женщины, имевшие национальность «русская» ( $p < 0,01$ ).

Данное исследование показало, что 95,3% женщин наблюдались в женской консультации, а 4,7% в ней не наблюдались ( $p < 0,01$ ). Сравнительная оценка показала, что в основной группе все 100% наблюдались в женской консультации, а в контрольной статистически значимы преобладали те женщины, которые наблюдались, над теми беременными, кто не наблюдался (90,8% против 9,2%;  $p < 0,01$ ).

Полученные данные позволили установить, что большинство беременных женщин относились к возрастной группе 35-39 лет (33,9%). К возрастной группе до 20 лет относились 0,8% беременных, 20-24 года – 4,3%, 25-29 лет - 29,7%, 30-

34 года - 25,4% и 40-44 года - 5,9%. Средний возраст беременных составил  $32,12 \pm 0,35$  года. Возраст женщин в основной группе был статистически выше ( $33,19 \pm 0,51$  года), чем в контрольной группе ( $31,30 \pm 0,46$  года) ( $p < 0,05$ ). Проведенное исследование показало, что среди беременных, имеющих больного ребёнка, статистически значимо было больше матерей в возрасте 35-39 лет ( $p < 0,05$ ). Распределение беременных и их мужей по возрасту представлено в таблице 4.1.

Таблица 4.1 - Распределение беременных женщин и их мужей по возрасту в основной и контрольной группах (в %)

Возраст, годы	Основная группа	Контрольная группа	Все женщины
Беременные женщины			
До 20	1,6	-	0,8
20-24	1,6	6,9	4,3
25-29	23,0	36,2	29,7
30-34	24,0	26,9	25,4
35-39	44,0*	23,9*	33,9
40-44	6,0	6,2	5,9
Итого/Total	100,0	100,0	100,0
Беременные женщины			
15-34 года	50,0*	70,0* <sup>#</sup>	60,2 <sup>#</sup>
35-49 лет	50,0 *	30,0* <sup>#</sup>	39,8 <sup>#</sup>
Мужья (партнеры)			
Возраст, годы	Основная группа	Контрольная группа	Всего
До 20	0,8	-	0,4
20-24	0,8	6,2	3,5
25-29	12,0	8,5	10,2
30-34	16,6	42,3	30,0
35-39	33,3 *	23,1*	28,1
40-44	33,3*	9,2 *	21,1
45 и старше	1,6	6,2	4,0
Итого/Total	100,0	100,0	100,0

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

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

Оценка распределение матерей по возрасту показала статистически достоверные различия между долями беременных 35-39 лет в основной и контрольной группах ( $p < 0,05$ ). Аналогичные различия в основной и контрольной группах были установлены между показателями удельного веса беременных

раннего репродуктивного возраста ( $p < 0,05$ ) и удельного веса беременных позднего репродуктивного возраста ( $p < 0,05$ ). Кроме того, как среди всех исследуемых женщин, так и среди женщин контрольной группы, статистически преобладали беременные в возрасте 35-49 лет ( $p < 0,05$ ), что не было характерно для основной группы, где удельный вес женщин раннего и позднего репродуктивных возрастов был одинаков.

Анкетирование выявило, что большинство мужей были в возрасте 30-39 лет (58,1%). При этом 3,9% мужей относились к группе до 25 лет, 10,2% - 25-29 лет, 21,1% - 40-44 года и 4,0% - 45 лет и старше. Средний возраст мужей составил  $35,4 \pm 0,43$  года. В основной группе он был  $36,43 \pm 0,58$  года, в контрольной группе —  $34,35 \pm 0,60$  года ( $p < 0,05$ ). Сравнительная оценка основной и контрольной группы выявила статистические значимые различия между группами мужей в возрасте 35-39 лет ( $p < 0,05$ ) и 40-44 года ( $p < 0,01$ ).

Данное исследование показало, что у большинства беременных (52,3%) это был первый ребёнок, второй - у 32,0% женщин, третий – у 10,5%, четвертый и более – у 5,1%. Установлено, что удельный вес беременных, у которых это второй ребенок, был статистически выше у матерей основной группы – 41,3% против 23,1% ( $p < 0,05$ ). Среднее число детей в семьях, имеющих ребёнка, с ВПР, составило  $1,24 \pm 0,06$ , а в семьях со здоровыми детьми —  $1,65 \pm 0,10$  ( $p < 0,01$ ). Распределение семей по количеству детей в семье представлено в таблице 4.2.

Таблица 4.2 - Распределение семей по количеству детей в семье в основной и контрольной группах (в %)

Количество детей	Основная группа	Контрольная группа	Все женщины
Первый	46,8	57,7	52,3
Второй	41,3 *	23,1 *	32
Третий	10,3	10,8	10,5
Четвертый и более	1,6	8,5	5,1
Итого	100,0	100,0	100,0

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

Изучение распределения беременных по уровню образования выявило, что большая часть респонденток имели высшее образование и среднее специальное

образование (71,9% и 17,6% соответственно), а неоконченное высшее и только начальное образование было у 4,7% и 0,8% соответственно. Сравнительный анализ, показал, что в контрольной группе доля беременных со средним (7,7%), средним специальным (20%) и неоконченным высшим (7,7%) образованием была выше, чем в основной группе. Оценка распределения беременных по уровню образования показала статистически значимую разницу между показателями удельного веса в основной и контрольной группах беременных, имевших высшее образование (79,4% против 64,6%) ( $p < 0,05$ ). Распределение беременных по уровню образования представлено в таблице 4.3.

Таблица 4.3 - Распределение беременных по уровню образования в основной и контрольной группах (в %)

Образование	Основная группа	Контрольная группа	Все женщины
Начальное	1,6	-	0,8
Среднее	2,4	7,7	5,1
Среднее специальное	15,1	20,0	17,6
Неоконченное высшее	1,6	7,7	4,7
Высшее	79,4 *	64,6 *	71,9
Итого	100,0	100,0	100,0

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

Оценка результатов анонимного анкетирования дала возможность установить, что большинство респонденток относили себя к служащим бюджетных организаций (26,9%), наемным работницам (25,8%) и домохозяйкам (21,1%). Распределения матерей по социальному положению не показало статистически значимой разницы между данными показателями в основной и контрольной группе. Однако, в основной группе удельный вес наемных работниц и предпринимателей среди беременных был выше, чем в контрольной группе на 24,1% и 45,7% соответственно. А в контрольной группе, в сравнении с основной, было на 23,6% было больше рабочих. В таблице 4.4 представлено распределение беременных по социальному положению, имеющих здорового ребёнка и ВПР.

Таблица 4.4 - Распределение беременных по социальному положению в основной и контрольной группах (в %)

Социальное положение	Основная группа	Контрольная группа	Все женщины
Рабочая	15,9	20,8	18,4
Служащая бюджетной организации	26,9	26,9	26,9
Наемный работник коммерческой структуры	29,4	22,3	25,8
Предприниматель (бизнесмен)	12,7	6,9	9,8
Домохозяйка	20,6	21,5	21,1
Самозанятая	1,6	1,5	1,6
Учащаяся (школа)	0,8	-	0,4
Итого	100,0	100,0	100,0

Проведенная оценка материального положения беременных позволила установить, что 48,4% женщин полагали, что они имели средний достаток и денег им хватало на нормальную жизнь. 34,4% респонденток, считали, что их доход сравнительно высокий, а 8,6% оценили свое материальное благосостояние, как низкое. 5,9% беременных женщин ответили, что не испытывали материальных затруднений, а 2,3% затруднились ответить на данный вопрос. Только 0,4% беременных относили себя к бедным и им не хватало денег даже на минимальные расходы. Сравнительная оценка материального положения в основной и контрольной группах позволила установить, что в обеих группах наибольшее число беременных относили себя к людям имеющий средний достаток (44,0% в основной против 53,1% в контрольной). Статистически достоверная разница при сравнении беременных основной и контрольной группам определялась только между женщинами, имевшими сравнительно высокий доход ( $p < 0,05$ ). Распределение беременных по материальному положению в основной и контрольной группах отражено на рисунке 4.1.

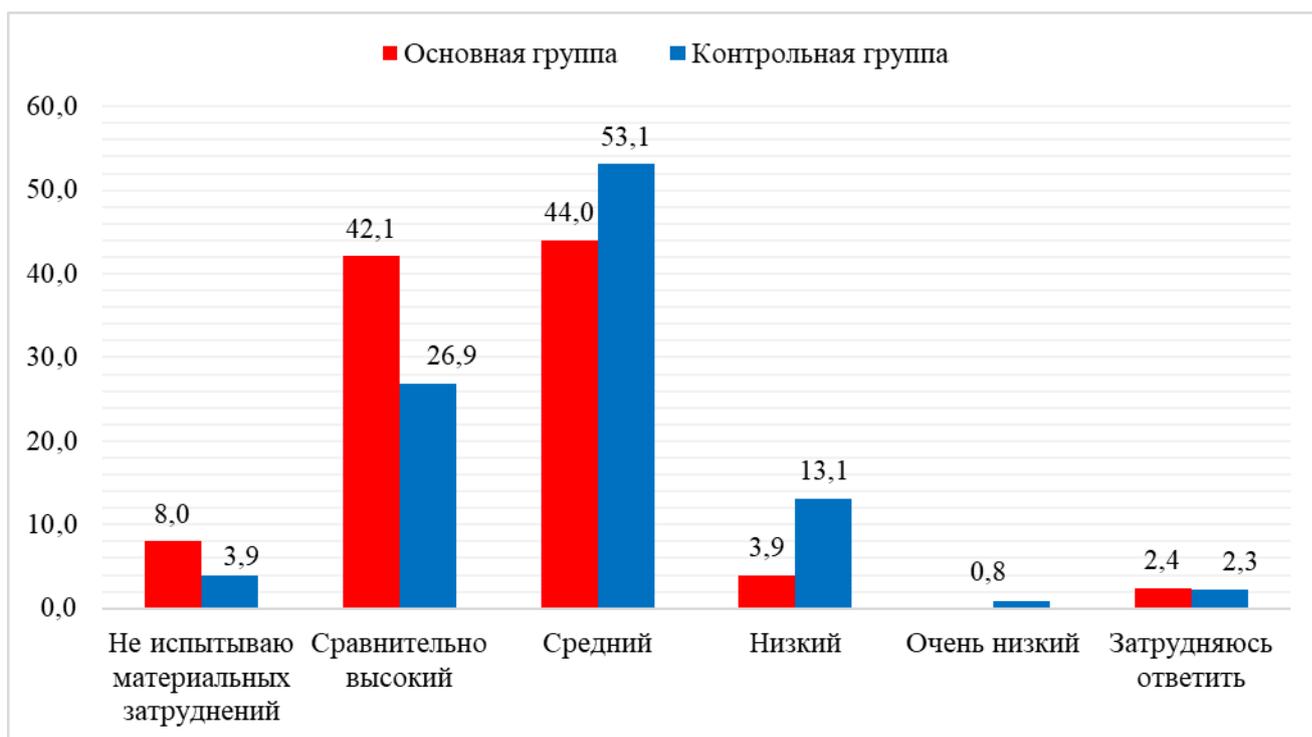


Рисунок 4.1 - Распределение беременных по материальному положению в основной и контрольной группах (в %)

Преобладающее большинство беременных жили в зарегистрированном браке (85,9%), 8,6% - в гражданском браке, 3,5% - в браке не состояли, а 0,8% были в разводе (рисунок 4.2).

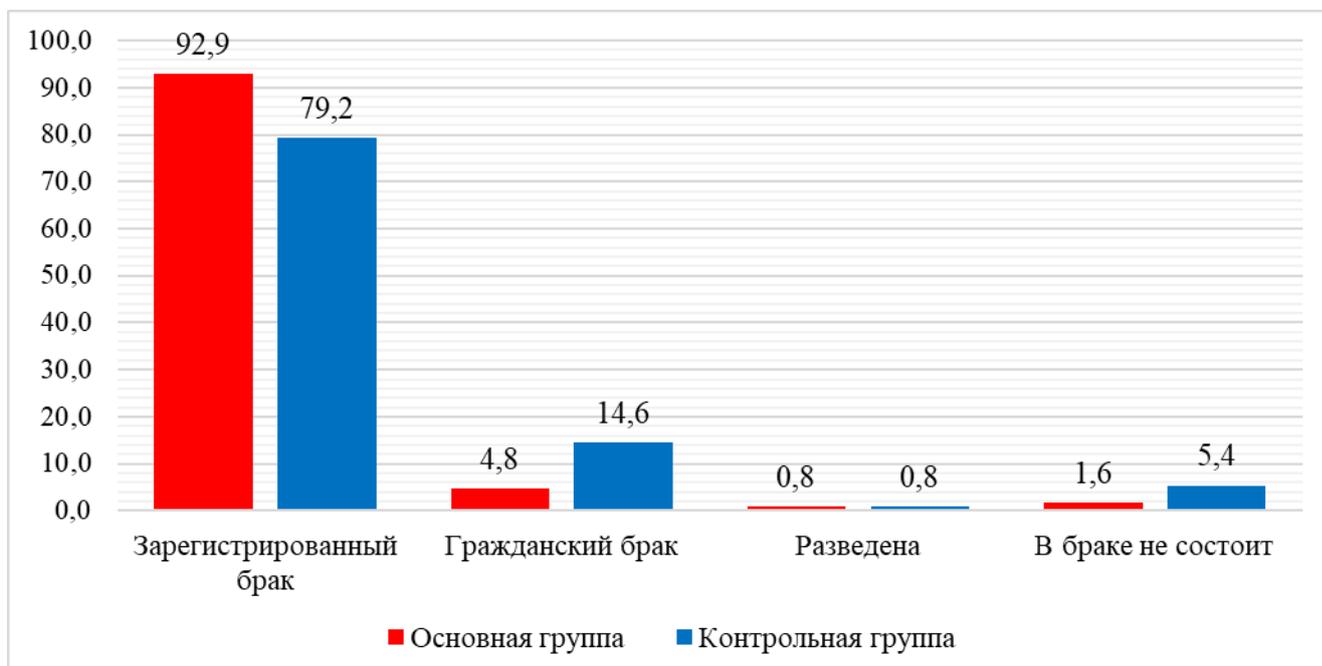


Рисунок 4.2 - Распределение беременных по семейному положению в основной и контрольной группе (в %)

Оценка распределения беременных по семейному положению выявила наличие статистически значимой разницы между женщинами состоящими в зарегистрированном браке в основной и контрольной группах ( $p < 0,05$ ). Удельный вес беременных, состоящих в зарегистрированном браке, был выше среди беременных, имеющих ребёнка с отклонениями в состоянии здоровья (92,9% против 79,2%).

Проведенная оценка по отношению матерей к вредным привычкам показала, что большинство женщин их не имели совсем (78,5%), а имели – 21,5%. Как в основной, так и контрольной группе, статистически значимо преобладали беременные совсем не имевшие вредных привычек ( $p < 0,05$ ). Однако, в основной группе таких респонденток больше (85,0% против 72,3%). Удельный вес беременных, которые до беременности употребляли алкогольные напитки, был выше у женщин, вынашивающих здоровых детей (16,9 % против 6,3%) (рисунок 4.3). А удельный вес курящих женщин был выше в контрольной группе (10,3% против 7,7%).

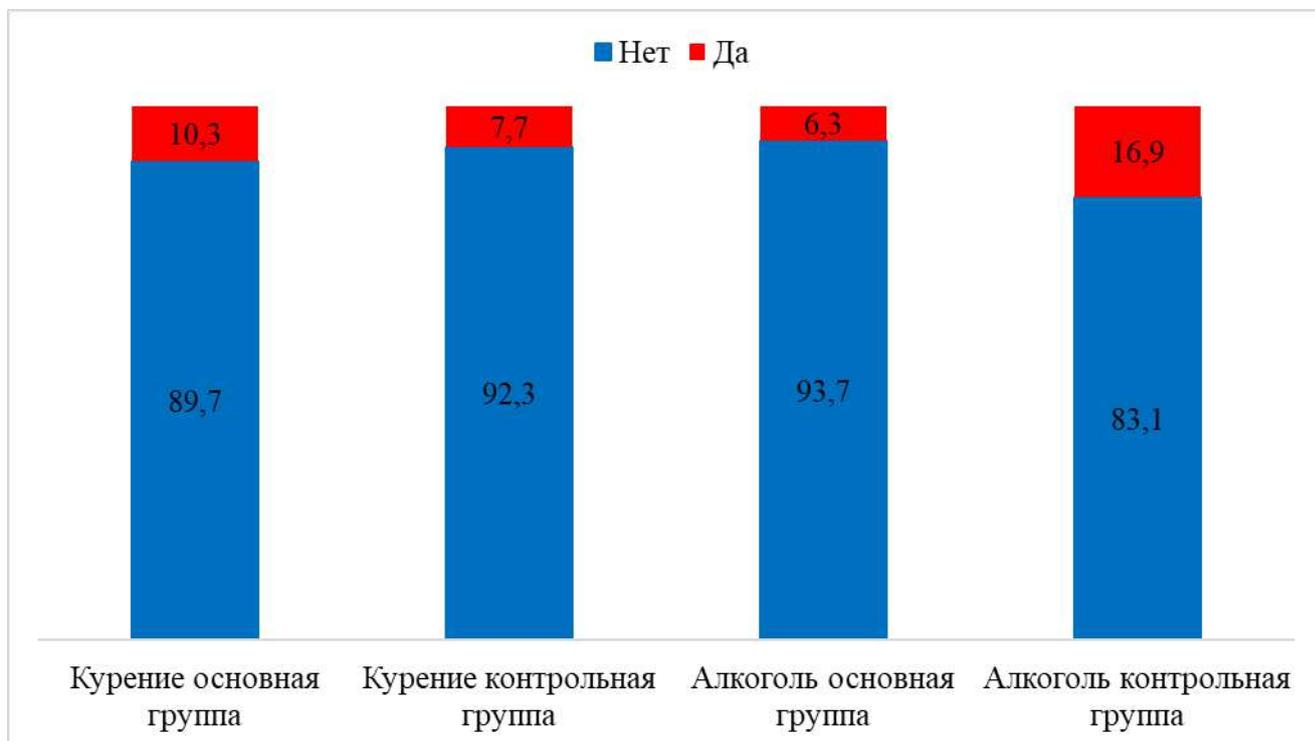


Рисунок 4.3 - Распределение женщин по отношению к вредным привычкам до беременности в основной и контрольной группах (в %)

Проведённый анализ отношения к вредным привычкам у женщин во время беременности показал, что большинство из них не имели вредных привычек (91,0%), а имели 9,0% (рисунок 4.4). В группе беременных, вынашивающих ребёнка без патологии, преобладали женщины, не имевшие вредных привычек, над женщинами их имеющими (83,1% против 16,9%). При этом статистически значимо преобладали респондентки без вредных привычек, как среди основной и контрольных групп ( $p < 0,01$ ). Однако, в основной группе таких беременных было больше (99,2%).

Оценка распределения беременных женщин по отношению к курению и алкоголю во время беременности не показала статистически значимой разницы между показателями в основной и контрольной группах. Однако, удельный вес респонденток, которые во время беременности употребляли алкогольные напитки, был выше среди женщин, вынашивающих здорового ребёнка (16,9% против 0,0%), как и курящих женщин (7,7% против 0,8%).

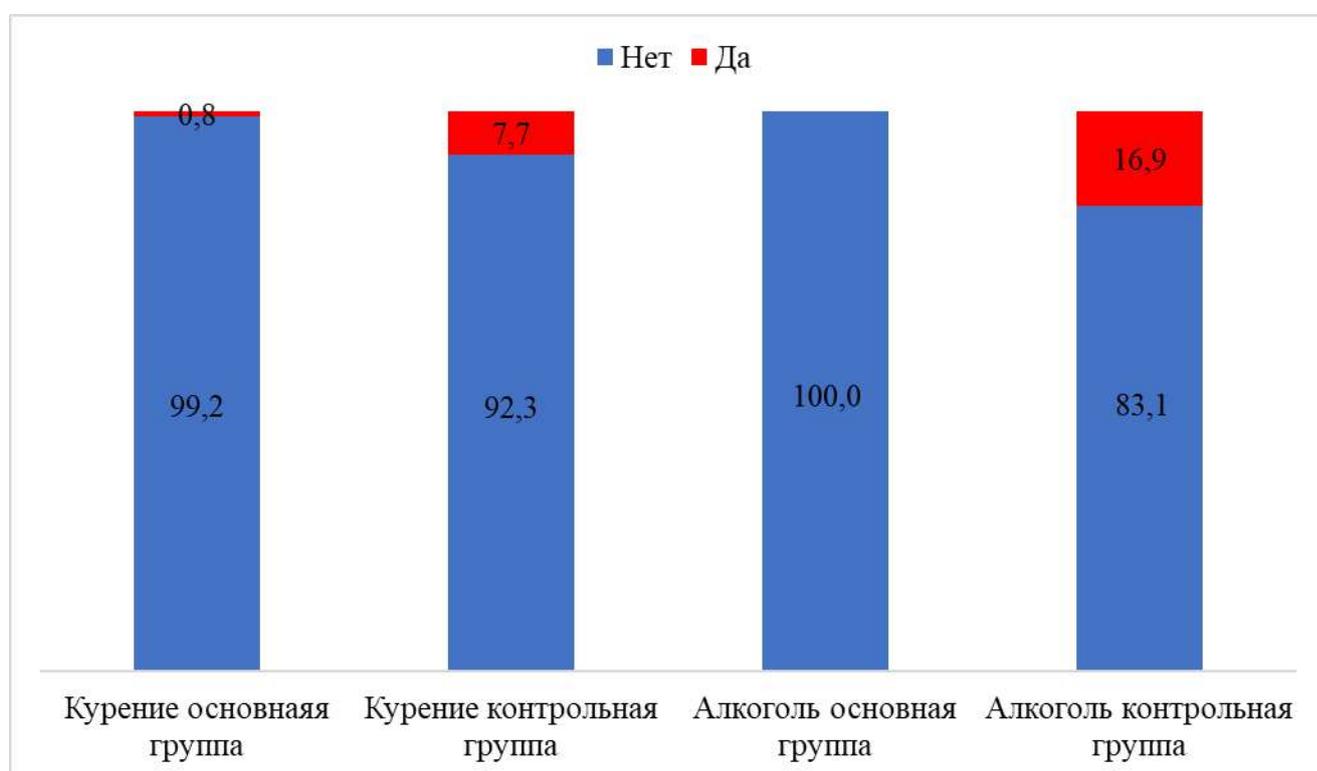


Рисунок 4.4 - Распределение женщин по отношению к вредным привычкам во время беременности в основной и контрольной группах (в %)

Сравнительный анализ медико-социальной характеристики беременных основной и контрольной групп показал, что у беременных основной группы статистически значимо были выше: удельный вес женщин старшего репродуктивного возраста при более высоком среднем возрасте в группе, как и у их мужей; доля семей со вторым ребёнком при меньшем среднем числе детей в семье; доля беременных с высшим образованием; удельный вес наемных работников коммерческих структур и предпринимателей при более высоком удельном весе женщин с высоким уровнем дохода, а также удельный вес женщин в зарегистрированном браке и курящих до беременности. В то же время было меньше женщин употреблявших алкогольные напитки и курящих до и во время беременности.

#### **4.2. Оценка здоровья плода и сравнительная оценка акушерского анамнеза беременных**

Изучение здоровья плода и сравнительная оценка акушерского анамнеза беременных женщин осуществлялась на основании объективных данных, полученных из медицинской документации. Исследование показало, что в структуре патологии плода наиболее распространены были отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, доля которых составила 90,6%, а удельный вес ВПР был 9,4%. Установлено, что наибольшая выявляемость патологии плода была на сроках с 15 по 21 неделю беременности. При этом 54,0% выявленных случаев пришлось на второе скрининговое УЗИ. Выявлено, что у женщин, вынашивающих ребенка с патологией, в 98,4% случаев была одноплодная беременность. Соответственно многоплодная только в 1,6% случаев. В контрольной группе женщин с многоплодной беременностью не было. Сроки выявления заболеваний у плода во время беременности в основной группах представлено на рисунке 4.5.

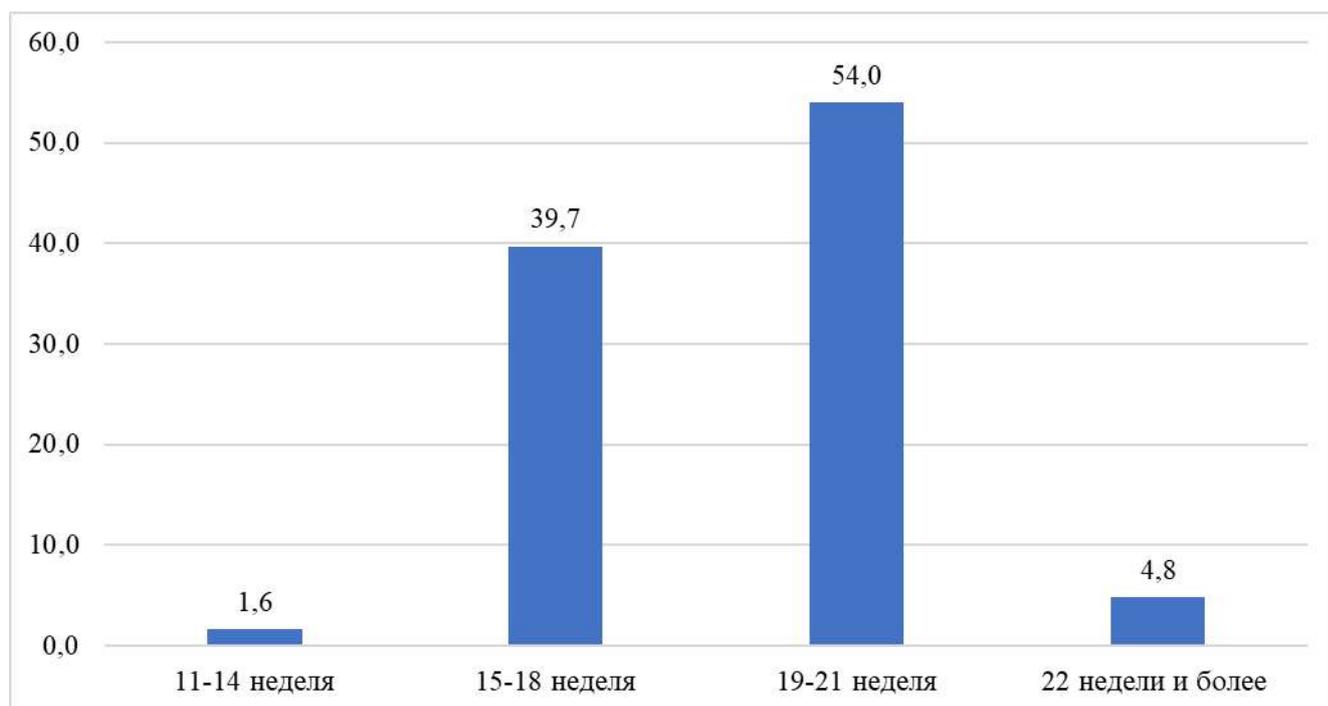


Рисунок 4.5 - Сроки выявления заболеваний у плода во время беременности в основной группах (в %)

Оценка распределения детей по полу позволила установить, что в целом соотношение беременных с детьми мужского и женского пола было практически одинаковым. Однако, у матерей в основной группе преобладали дети мужского пола, а в контрольной – женского. При этом в преобладающем большинстве случаев беременность наступила естественным путём (90,6%). В то же время в основной группе было в 1,7 раз больше женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО (11,9% против 6,9%). Полученные результаты исследования представлены в таблице 4.5.

Таблица 4.5 - Распределение беременных в зависимости от пола ребёнка способа наступления беременности в основной и контрольной группе (в %)

Пол	Основная группа	Контрольная группа	Все женщины
Пол ребенка			
Мужской	67,5 *#	38,5 *	52,7
Женский	32,5 #	61,5	46,1
Итого	100,0	100,0	100,0
Способ наступления беременности			
Естественный путь	88,1 #	93,1 #	90,6 #
ЭКО	11,9 #	6,9#	9,4#
Итого	100,0	100,0	100,0

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

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

Полученные результаты исследования показали, что у большинства женщин данная беременность является первой – 41,0%, вторая беременность – 24,6%, третья – 22,6%, четвертая – 7,4%, пятая – 2,3%, шестая – 0,8% и седьмая – 1,2%. В контрольной и основной группах у женщин данная беременность является первой (44,6% против 37,3%) (рисунок 4.6). Вторая беременность в контрольной группе – 27,7%, третья – 16,9%, четвертая – 6,2%, пятая – 1,5%, шестая – 0,8%, седьмая – 2,3%. Среднее число беременностей в основной группе составило  $2,21 \pm 0,10$ , а в контрольной  $2,03 \pm 0,11$ .

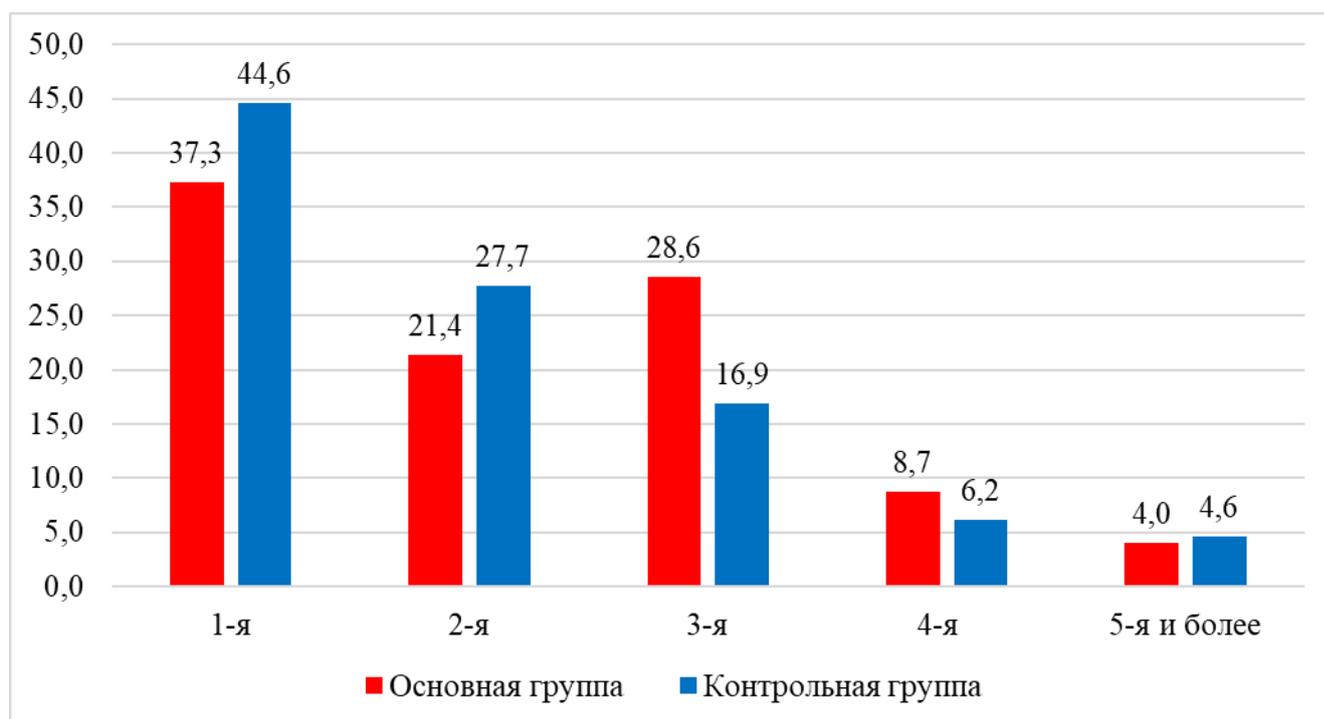


Рисунок 4.6 - Распределение беременных женщин по количеству беременностей в основной и контрольной группах (в %)

Несмотря на то, что в большинстве случаев данная беременность, как в основной, так и в контрольной группе была первая, удельный вес первобеременных в контрольной группе был выше (44,6% против 37,3%), как и удельный вес женщин, беременных вторым ребенком (27,7% против 21,4%). В то же время доля беременных третьим ребенком была статистически значимо выше среди матерей основной группы (28,6% против 16,9%;  $p < 0,05$ ).

Полученные данные позволили установить, что у 88,3% беременных была ранняя постановка на учет по беременности (до 12 недель), остальные 11,7% встали с 12 по 22 неделю беременности (рисунок 4.7). Удельный вес беременных с ранней

постановкой на учет в основной группе составил 84,9%, а в контрольной группе - 91,5%. Соответственно после 12 недель в основной группе встали на учет 15,1%, а в контрольной - 8,5%. Оценка распределения беременных по срокам взятия на учет показала статистически значимые различия по срокам постановки на учет. Как в основной, так и в контрольной группе, преобладали женщины, вставшие на учет до 12 недель беременности над беременными, которые встали на учет после 12 недель ( $p < 0,01$ ). Таким образом, среди матерей, вынашивающих детей с патологией, удельный вес вставших на диспансерный учет в женской консультации позже рекомендуемых сроков был выше в 1,8 раз.

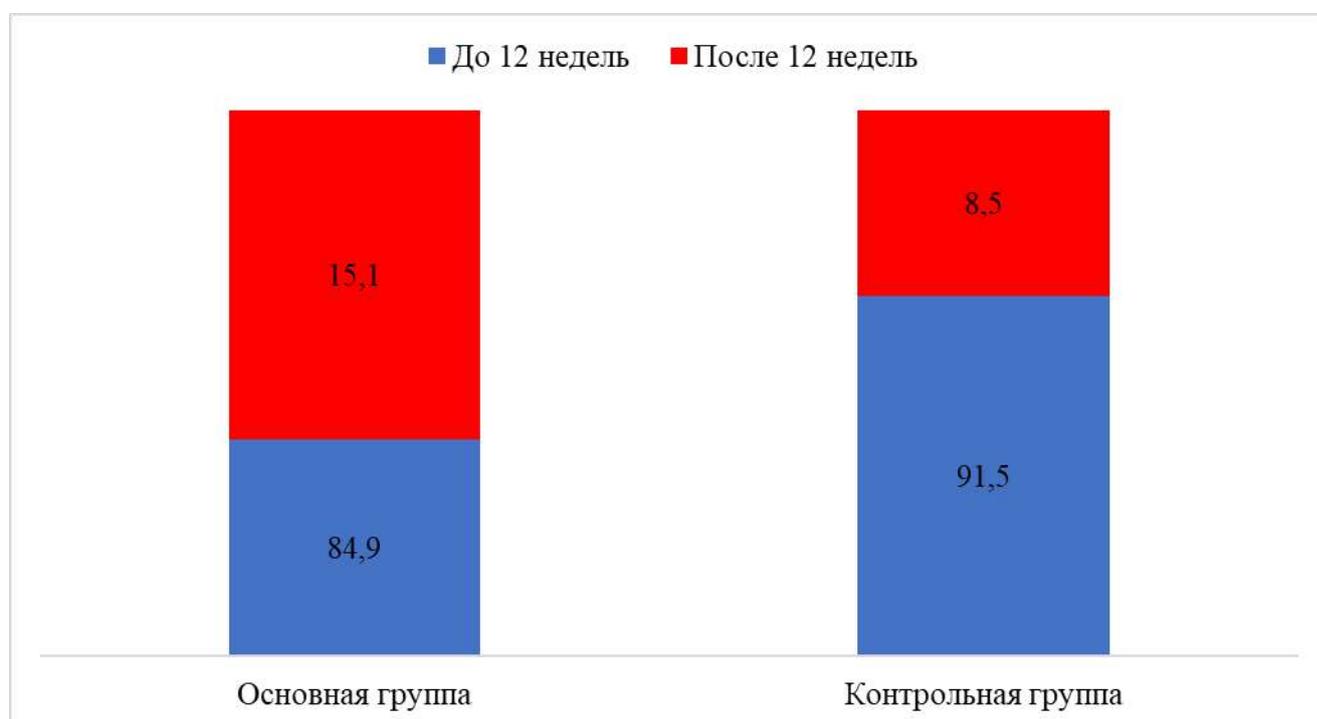


Рисунок 4.7 - Распределение женщин по срокам постановки на учет по беременности в женской консультации в основной и контрольной группах (в %)

Исследование показало, что аборт в анамнезе (включая самопроизвольные) были у 22,4% женщин - у 28,5% в контрольной группе против 14,1% - в основной ( $p < 0,05$ ). Установлено (рисунок 4.8), что у большей части беременных женщин до настоящей беременности не было хирургического аборта в анамнезе (82,0% против 18,0%;  $p < 0,01$ ) (без учета самопроизвольных аборт). Статистически значимо в обеих группах преобладали женщины без хирургического аборта ( $p < 0,01$ ). При этом, выявлено, что удельный вес беременных женщин, имевших аборт до

настоящей беременности, в основной группе был выше, чем в контрольной (23,0% против 13,1%).

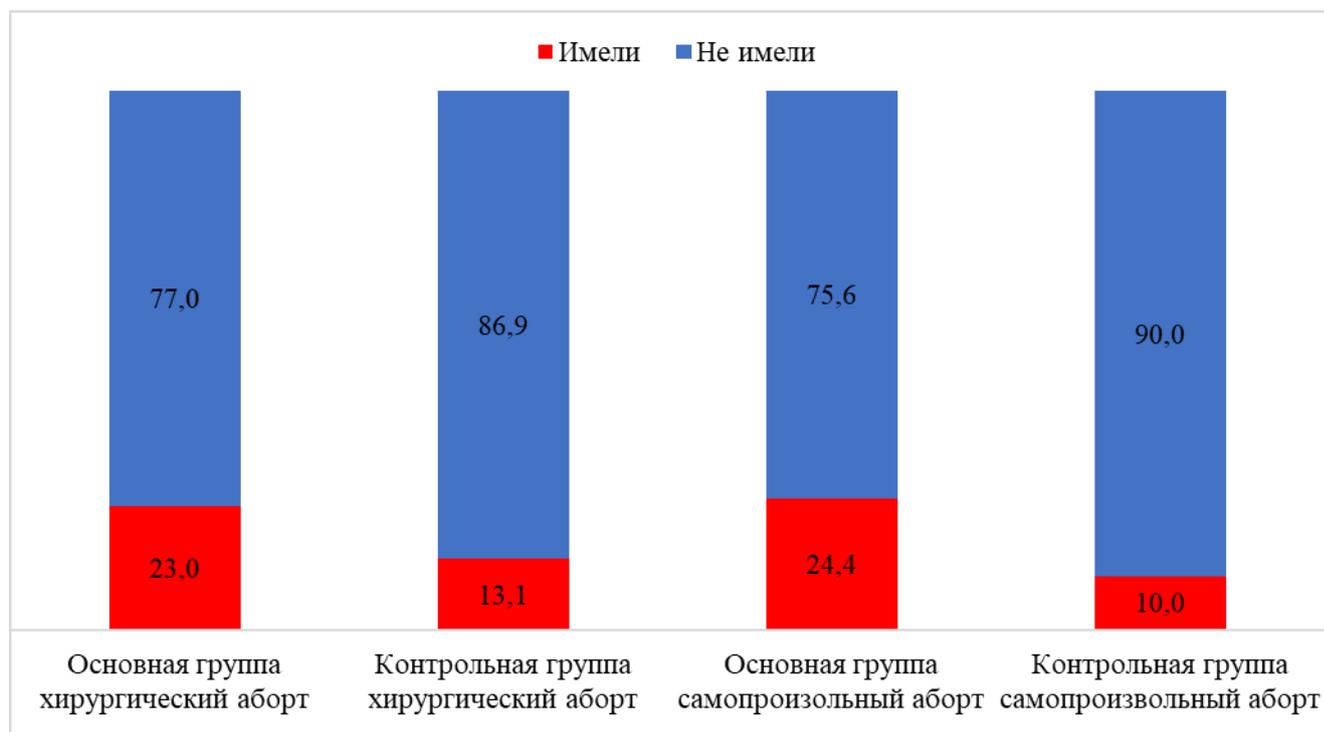


Рисунок 4.8 - Распределение беременных женщин по наличию в анамнезе самопроизвольных и абортов хирургическим способом в основной и контрольной группах (в %)

У большинства беременных женщин был произведен один аборт – 14,2%, а два и более - у 3,8%. В основной и контрольной группах преобладали женщины, у которых был один хирургический аборт в анамнезе (18,0% против 10,0%), над теми у которых было 2 аборта и более (5,0% против 3,1%). Оценка распределения беременных по количеству абортов не показала статистически значимые различия в основной и контрольной группе. При этом 14,3% женщин, участвовавших в исследовании, делали аборт до 12 недель и только 3,7% - после 12 недель. До 12 недель аборты у женщин основной группы отмечались у 16,2% женщин, после 12 недель – 6,8%. В контрольной группе аборты до 12 недель делали 11,8% женщин, после 12 недель беременности – 1,3%.

Установлено, что у 12,5% женщин исследуемой группы аборты проводились по медицинским показаниям (замершая, внематочная беременность, порок эмбриона), у 5,1% - по желанию женщины, а 0,4% - по социальным показаниям (изнасилование). Основными причинами абортов в основной группе были по

медицинские показания (14,3%), по желанию (7,9%) и по социальным – 0,8%. В контрольной группе основными причинами аборт были: по медицинским показаниям (замершая и внематочная беременность, порок эмбриона) – 10,7% и по желанию женщины – 2,4%. Соответственно, в основной группе было больше аборт связанных со здоровьем женщины, чем в группе матерей, вынашивающих здоровых детей.

Анализ распределения беременных по наличию самопроизвольных аборт (выкидышей) в анамнезе показал, что у большинства женщин в анамнезе их не было – 83,2%, а у 16,8% - были (рисунок 4.8). Оценка распределения беременных по наличию в анамнезе самопроизвольных прерываний беременности позволила установить, что в основной и контрольной группах статистически значимо ( $p < 0,05$ ) преобладали беременные, у которых выкидышей не было (75,6% и 90,0% соответственно). Таким образом, самопроизвольные аборт были у 24,4% беременных в основной группе против 10,0% - в контрольной ( $p < 0,05$ ).

Среди женщин, имевших самопроизвольное прерывание беременности, преобладали те у которых в анамнезе был 1 выкидыш – 16,0%, над беременными с 2 и более – 0,8%. Так же установлено, что среди основной и контрольной группы, также преобладали женщины с 1 самопроизвольным прерыванием – 23,0% и 9,2%, с 2 и более – 1,4% и 0,8%. Как в целом, так и в основной и контрольной группах статистически значимо преобладали женщины имеющие один самопроизвольный выкидыш ( $p < 0,05$ ). Кроме того, имелись достоверные различия между удельным весом беременных с одним самопроизвольным аборт в основной и контрольной группах (23,0% против 9,2%;  $p < 0,05$ ).

Оценка результатов исследования выявила, что у 16,3% женщин имелся выкидыш на сроке до 12 недель, после 12 недель – у 3,5%, среди которых с 12 по 22 неделю - 3,1%, с 22 по 24 неделю - 0,4%. Установлено, что у 17,3% женщин основной группы был выкидыш на сроке до 12 недель беременности, у 7,1% - после 12 недель из них: с 12 по 22 неделю – 6,3%, с 22 по 24 – 0,8%. В контрольной группе, в которой были представлены женщины со здоровыми плодом, все 10,0% беременных имели выкидыш до 12 недель беременности. Сравнительная оценка

показала статистически значимые различия по удельному весу самопроизвольных абортов на сроке до 12 недель беременности в основной и контрольной группах ( $p < 0,05$ ).

Изучение распределения женщин по причинам выкидышей показало, что у большинства женщин, участвовавших в исследовании, основной причиной самопроизвольного прерывания беременности была причина не известного генеза – 8,2%. А 5,1% беременных указали причиной замершую беременность, 2,3% - прочие причины, 1,2% - инфекцию. Первое место в структуре причин выкидышей в основной группе занимала не известная причина (12,3%), второе – замершая беременность (8,0%), третье – прочие причины (3,2%), четвертое – инфекция (0,8%). В контрольной группе у большинства беременных женщин причина выкидыша также была не известна – 4,7%, замершая - 2,3%, инфекция и прочие - по 1,5%. Установлены статистически значимые различия между удельным весом беременных, имевших выкидыш по неизвестным причинам в основной и контрольной группах (12,7% против 4,6%;  $p < 0,05$ ). Также достоверные различия между группами были по удельному весу женщин, самопроизвольный аборт у которых случился по причине замершей беременности (8,0% против 2,3%;  $p < 0,05$ ).

Исследование показало, что у 2,4% женщин были в анамнезе преждевременные роды и основными причинами родов раньше срока являлись гемолитическая болезнь, отслойка плаценты и инфекция (по 0,8%). В основной группе преждевременные роды были 4,0%, а в контрольной группе – у 0,8%. Изучение распределения беременных основной группы по сроку преждевременных родов показало, что у 1,6% женщин преждевременные роды были на сроке до 28 недель и у 2,4% - после 28 недели беременности. Основными причинами преждевременных родов у женщин основной группы были отслойка плаценты и инфекция (по 1,6%), гемолитическая болезнь (0,8%). В контрольной группе преждевременные роды в анамнезе были только у одной женщины на 30 неделе беременности по причине гемолитической болезни ребенка (0,8%).

Анализ распределения беременных по выявляемости заболеваний у ребёнка в предыдущих беременностях показал, что у 8,6% женщин были выявлены

заболевания плода. В основной группе таких женщин было 11,1%, а в контрольной в 1,8 раз больше (6,2%). В структуре заболеваний плода наибольшая доля принадлежала отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде (4,6%), а доля ВПР составила 4,0%. В основной группе удельный вес отдельных состояний, возникших в перинатальном периоде, был 4,6%, ВПР - 6,5%. В контрольной группе удельный вес отдельных состояний, возникших в перинатальном периоде, составил 4,8%, ВПР – 1,4%.

Установлено (рисунок 4.9), что 38,3% беременных в анамнезе имелись хронические заболевания. Как среди беременных основной, так и контрольной группы, статистически значимо преобладали женщины не имевшие хронических заболеваний ( $p < 0,05$ ). Однако, в основной группе беременных, имевших хронические заболевания, было больше, чем в контрольной (49,2% против 27,7%;  $p < 0,05$ ).

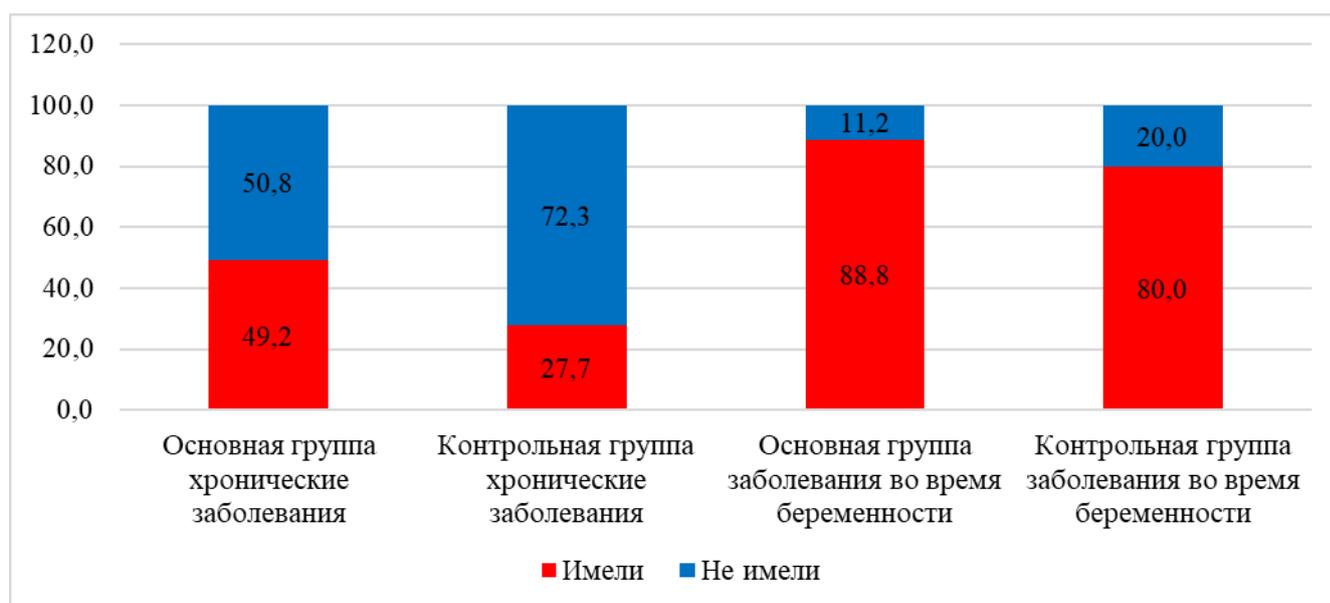


Рисунок 4.9 - Распределение беременных женщин по наличию хронических и заболеваний, возникших во время беременности в основной и контрольной группах (в %)

Анализ полученных данных показал, что у большинства беременных женщин первое место среди хронических заболеваний по МКБ-10 занимают болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 9,4%; второе место - болезни органов дыхания и мочеполовой системы – 7,8%; третье место - болезни органов пищеварения 7,0% (таблица 4.6). Имелись различия в

классах болезней, занимавших первые места в структуре хронической патологии у беременных основной и контрольных групп. Первое место в структуре хронической патологии в основной группе занимали болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (16,6%). В контрольной группе беременных первое место принадлежало болезням органов дыхания (9,2%). Однако статистически достоверная разница между показателями в основной и контрольной групп определялась только при сравнении беременных, имеющих хронические заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ ( $p < 0,05$ ).

Таблица 4.6 - Структура хронической патологии беременных в зависимости от класса МКБ -10 (в %)

Класс болезней по МКБ-10	Основная группа	Контрольная группа	Все женщины
XIV Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	10,3	5,4	7,8
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)	16,6 *	2,3 *	9,4
XI Болезни органов пищеварения (K00-K93)	10,3	4,0	7,0
X Болезни органов дыхания (J00-J99)	6,3	9,2	7,8
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)	6,3	2,3	4,3
Прочие	7,0	8,5	7,8
Итого	100,0	100,0	100,0

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Проведенный анализ распределения матерей по наличию наследственного заболевания показал, что их имели 3,1% женщин, практически в равных долях и в основной, и в контрольной группах (3,2% против 3,1% соответственно).

Анализ распределения беременных женщин в зависимости от наличия наследственных заболеваний у мужей выявил, что их имели 7,8% мужчин. Удельный вес мужчин, имеющих наследственного заболевания, был в 4,1 раза выше среди беременных в основной группе (12,7% против 3,1%;  $p < 0,05$ ).

Оценка распределения беременных в зависимости от наличия заболевания во время беременности показала, что у большинства беременных они были (84,4%). Как в основной, так и в контрольной группах, статистически значимо преобладал удельный вес женщин, имевших с заболеваниями во время беременности, над

удельным весом беременных их не имевших ( $p < 0,01$ ). Однако, в основной группе беременных, имевших осложнения во время беременности, было больше (88,8% против 80,0%). Распределение беременных женщин по наличию хронических и заболеваний, возникших во время беременности в основной и контрольной группах представлено на рисунке 4.9.

Проведенная оценка заболеваемости женщин во время беременности с учетом группировки заболеваний в XV классе болезней - Беременность, роды и послеродовой период показала, что у большинства беременных вне зависимости от группы преобладали такие заболевания, как анемия беременных, токсикоз, болезни эндокринной системы, а также венозные осложнения и геморрой во время беременности. Установлена статистически значимая разница между показателями удельного веса беременных в основной и контрольных группах со следующими болезнями (таблица 4.7): болезни эндокринной системы ( $p < 0,01$ ), венозные осложнения и геморрой во время беременности ( $p < 0,05$ ), анемия беременных ( $p < 0,05$ ) и преэклампсия ( $p < 0,05$ ).

Таблица 4.7 - Структура заболеваний у женщин во время беременности в основной и контрольной группах (в %)

Заболевание	Основная группа	Контрольная группа	Все женщины
Болезни эндокринной системы (O24, O99.2, O26.0)	36,5*	17,0 *	26,5
Венозные осложнения и геморрой во время беременности (O22, O22.4, O22.0, O26.0)	22,2 *	12,3 *	17,2
Системы кровообращения, возникшие во время беременности (O99.4)	9,5	6,2	7,8
Анемия беременных (O99.0)	49,2 *	34,6 *	41,8
Преэклампсия (средней тяжести и тяжелая форма) (O14- O16)	12,0 *	2,3 *	7,0
Токсикоз (O21)	35,7	43,1	39,5
Прочие	10,3	10,8	7,4
Итого	100,0	100,0	100,0

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Проведенная оценка показала, что у большинства беременных это была первая беременность (41%), у них преобладали дети мужского пола (52,7%) и беременность наступила естественным путем (90,6%). Большая часть женщин вставали на учет по беременности до 12 недель (88,3%) и 18,0% имели

хирургические аборт в анамнезе. Выявлено, что делали аборт до 12 недель беременности 14,3% будущих матерей, аборт по медицинским показаниям - 12,5%, а самопроизвольные выкидыши наблюдались у 16,8% беременных. У 8,6% беременных женщин выявили заболевания плода в предыдущих беременностях, наибольшая доля из которых относилась к отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде (4,6%). В анамнезе имели хронические заболевания 38,3% женщин, наследственные заболевания - 3,1%, а у их мужей - 7,8%, и у 84,4% отмечались заболевания во время беременности. У женщин, вынашивающих ребенка с отклонениями в состоянии здоровья, выявляемость патологии плода в большинстве случаев была на сроках с 15 по 21 неделю беременности (93,7%), а в структуре патологии плода наиболее распространенными были отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (90,6%).

Сравнительный анализ акушерского анамнеза выявил, что у женщин, имевших патологию плода, был выше удельный вес: детей мужского пола; первобеременных и беременных вторым ребенком; беременностей с применением ВРТ; постановки на диспансерный учет после 12 недель беременности; абортов хирургическим способом в анамнезе; абортов сроком до 12 недель; абортов по медицинским показаниям; самопроизвольных абортов; выкидышей на сроке до 12 недель беременности; самопроизвольных абортов по неизвестным причинам; самопроизвольных абортов по причине замершей беременности; преждевременных родов в анамнезе; преждевременных родов по причине отслойки плаценты и инфекции; выявленной патологии плода в предыдущих беременностях; ВПР в предыдущих беременностях; заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ в данной беременности; наследственных заболеваний у нее; наследственных заболеваний у мужа; осложнений во время данной беременности; анемии во время беременности.

### 4.3. Сравнительная оценка качества жизни беременных с патологией плода

Изучение показателей качества жизни (КЖ) беременных женщин проводилось в два этапа. На первом этапе изучали показатели КЖ беременных в целом, в группе женщин, вынашивающих ребёнка с патологией, и беременных, вынашивающих здоровых детей, с последующим сравнительным анализом. На втором этапе проводили сравнение показателей КЖ респонденток в зависимости от раннего и позднего репродуктивного возраста в основной и контрольной группах, а также сравнительный анализ КЖ в группе женщин 15-34 и 35-49 лет, вынашивающих ребёнка с отклонениями в состоянии здоровья. В таблице 4.8 и на рисунке 4.10 представлены средние стандартизированные показатели КЖ по опроснику SF-36: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленные физическим состоянием (РФФ), интенсивность боли (Б), общее состояние здоровья (ОЗ), жизненная активность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ).

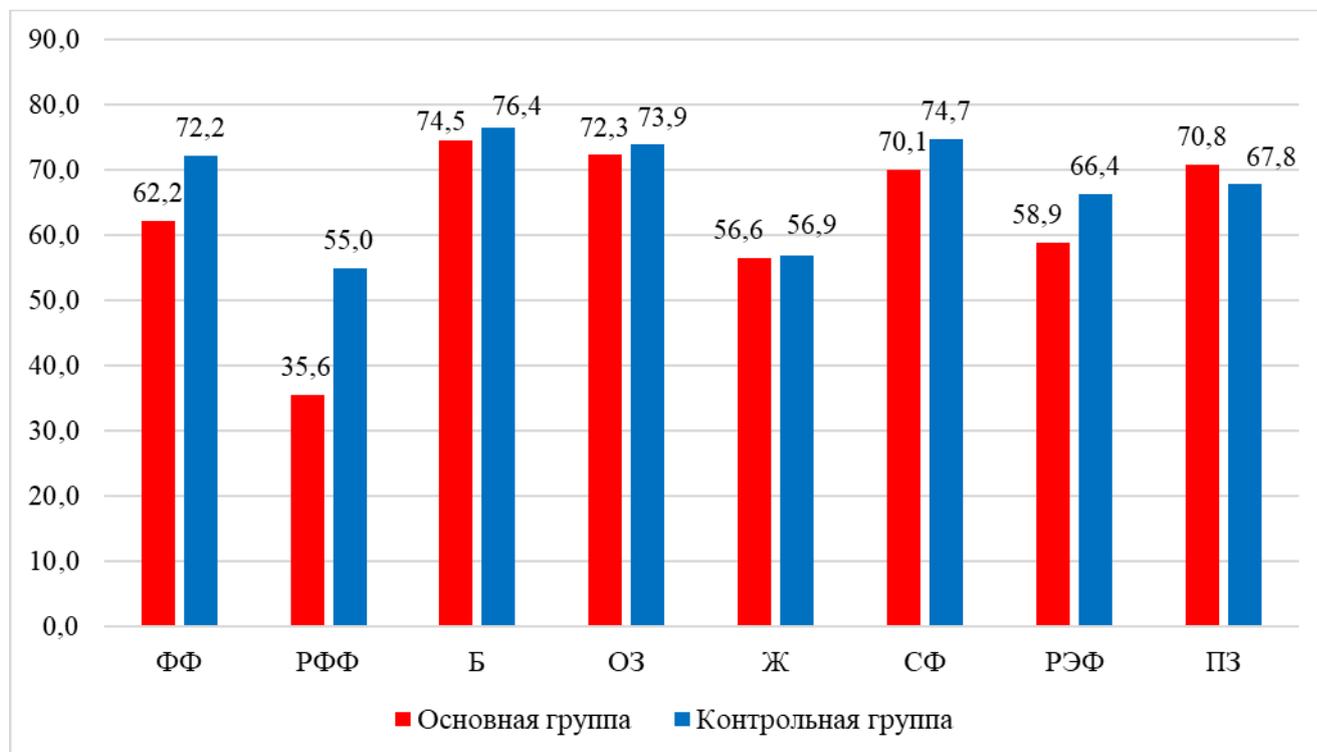


Рисунок 4.10 - Средние значения качества жизни в основной и контрольных группах в баллах

Таблица 4.8 - Средние показатели основных шкал SF-36 в основной и контрольных группах в баллах (стандартное отклонение)

Шкалы SF-36	Основная группа	Контрольная группа	Уровень значимости (p)
ФФ	62,2 (24,2)	72,2 (22,6)	p<0,05
РФФ	35,6 (43,1)	55,0 (38,3)	p<0,05
Б	74,5 (26,0)	76,4 (25,0)	-
ОЗ	72,3 (18,9)	74,0 (14,8)	-
Ж	56,6 (21,4)	56,9 (15,9)	-
СФ	70,1 (23,9)	74,7 (21,9)	-
РЭФ	58,9 (43,8)	66,4 (37,5)	-
ПЗ	70,8 (18,0)	67,8 (15,9)	-

Показатели КЖ практически по всем шкалам опросника SF-36, ниже у беременных, вынашивающих ребенка с патологией, и только выше показатель ПЗ по сравнению с респондентками, вынашивающих здорового ребёнка (70,8 против 67,8). Статистически значимые различия выявлены по шкалам ФФ и РФФ (p<0,05). Следует отметить, что ВПР оказывает негативное влияние на все сферы жизни беременной женщины, что наглядно представлено на профилях КЖ (рисунок 4.11).

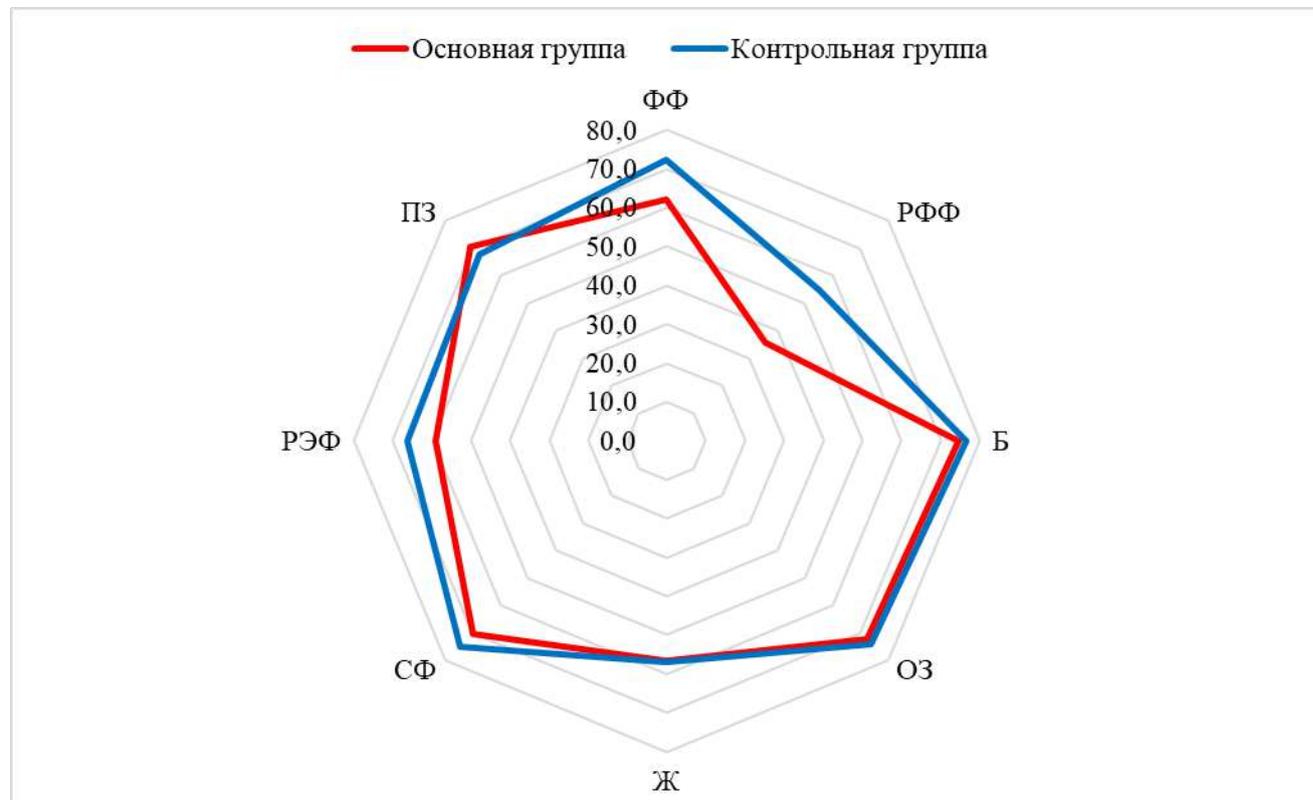


Рисунок 4.11 - Профили качества жизни беременных, вынашивающих ребёнка с патологиями и в группе сравнения

В таблицах 4.9, 4.10 и 4.11 представлены показатели КЖ беременных женщин, состоящих на диспансерном учёте в женских консультациях мегаполиса в зависимости от возраста. Проведен сравнительный анализ КЖ беременных в зависимости от раннего и позднего репродуктивного возраста среди основной и контрольной групп, а также сравнительный анализ КЖ женщин 15-34 и 35-49 лет в основной группе.

Таблица 4.9 - Сравнение показателей качества жизни беременных раннего репродуктивного возраста в основной и контрольной группах в баллах (стандартное отклонение)

Шкалы SF-36	Основная группа, n= 63	Контрольная группа, n= 91	Уровень значимости (p)
ФФ	66,6 (23,3)	73,3 (22,2)	-
РФФ	35,1 (41,1)	57,4 (36,4)	p<0,05
Б	71,9 (28,6)	77,0 (25,3)	-
ОЗ	72,7 (14,9)	74,4 (15,4)	-
Ж	52,2 (23,4)	57,1 (15,6)	-
СФ	67,6 (24,7)	74,5 (21,9)	-
РЭФ	57,0 (42,7)	70,0 (36,4)	p<0,05
ПЗ	68,2 (19,9)	68,1 (15,6)	-

Таблица 4.10 - Сравнение показателей качества жизни беременных позднего репродуктивного возраста в основной и контрольной группах в баллах (стандартное отклонение)

Шкалы SF-36	Основная группа, n= 63	Контрольная группа, n= 39	Уровень значимости (p)
ФФ	57,7 (24,4)	69,6 (23,5)	p<0,05
РФФ	36,1 (45,3)	49,4 (42,3)	-
Б	76,9 (23,1)	74,8 (24,6)	-
ОЗ	71,8 (22,2)	72,9 (13,2)	-
Ж	61,0 (18,4)	56,4 (16,6)	-
СФ	72,6 (23,1)	75,3 (22,3)	-
РЭФ	60,3 (45,1)	58,9 (39,3)	-
ПЗ	73,5 (15,7)	67,0 (16,5)	p<0,05

Таблица 4.11 - Сравнение показателей качества жизни беременных раннего и позднего репродуктивного возраста в основной группе в баллах (стандартное отклонение)

Шкалы SF-36	Женщины 15-34 года, n= 63	Женщины 35-49 лет, n= 63	Уровень значимости (p)
ФФ	66,6 (23,3)	57,7 (24,4)	p<0,05
РФФ	35,1 (41,1)	36,1 (45,3)	-
Б	71,9 (28,6)	76,9 (23,1)	-
ОЗ	72,7 (14,9)	71,8 (22,2)	-
Ж	52,2 (23,4)	61,0 (18,4)	p<0,05
СФ	67,6 (24,7)	72,6 (23,1)	-
РЭФ	57,0 (42,7)	60,3 (45,1)	-
ПЗ	68,2 (19,9)	73,5 (15,7)	-

Полученные данные выявили, что КЖ беременных женщин раннего репродуктивного возраста, вынашивающих ребёнка с ВПР ниже, чем в группе беременных женщин, вынашивающих ребёнка без отклонений в состоянии здоровья (рисунок 4.12).

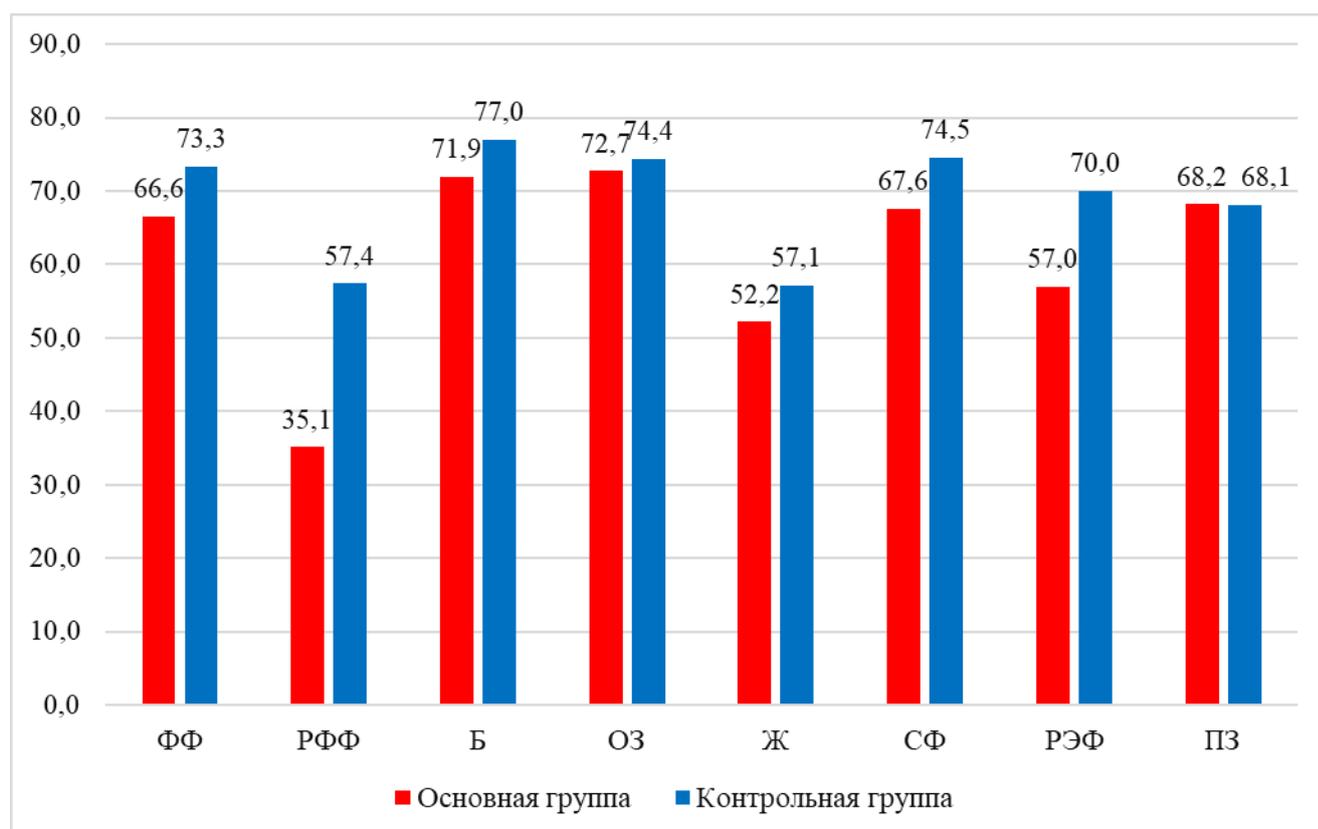


Рисунок 4.12 - Средние показатели качества жизни беременных раннего репродуктивного возраста в основной и контрольной группах

Однако, показатели ПЗ беременных женщин в основной и контрольной группах были практически на одном уровне (68,2 против 68,1). Статистические

значимые различия в основной и контрольной группах были установлены между показателями РФФ ( $p < 0,05$ ) и РЭФ ( $p < 0,05$ ).

Проведенный анализ показателей КЖ беременных в возрасте 35-49 лет показал (рисунок 4.13), что в основной группе женщин выше показатели Б (76,9 против 74,8), Ж (61,0 против 56,4), РЭФ (60,3 против 58,9) и ПЗ (73,5 против 67,0). А в контрольной группе беременных выше КЖ по показателям ФФ (69,6 против 57,7), РФФ (49,4 против 36,1), ОЗ (72,9 против 71,8) и СФ (75,3 против 72,6). Выявленные различия в показателях КЖ женщин позднего репродуктивного возраста являются статистически значимы по шкалам ФФ ( $p < 0,05$ ) и ПЗ ( $p < 0,05$ ).

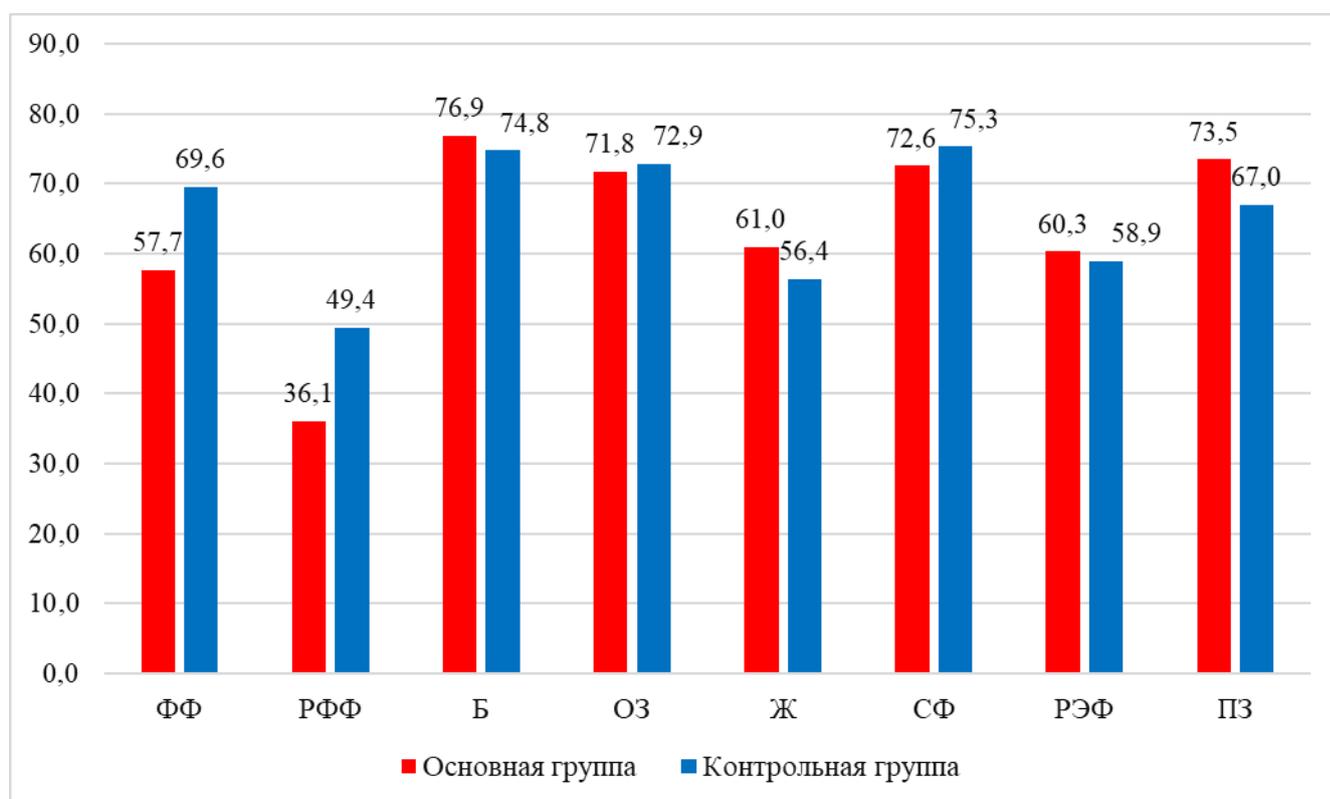


Рисунок 4.13 - Средние показатели качества жизни беременных позднего репродуктивного возраста в основной и контрольной группах

Дополнительно проанализировали показатели КЖ беременных в основной группе в зависимости от раннего и позднего репродуктивного возраста женщины (рисунок 4.14). Показатели КЖ респонденток в группе беременных женщин, вынашивающих ребенка с отклонениями в состоянии здоровья, отличаются в зависимости от возраста. Проведенная оценка показателей КЖ в основной группе респонденток позволила установить, что у женщин раннего репродуктивного

возраста ниже показатели КЖ по сравнению с женщинами 35-49 лет по шкалам РФФ, Б, Ж, СФ, РЭФ и ПЗ.

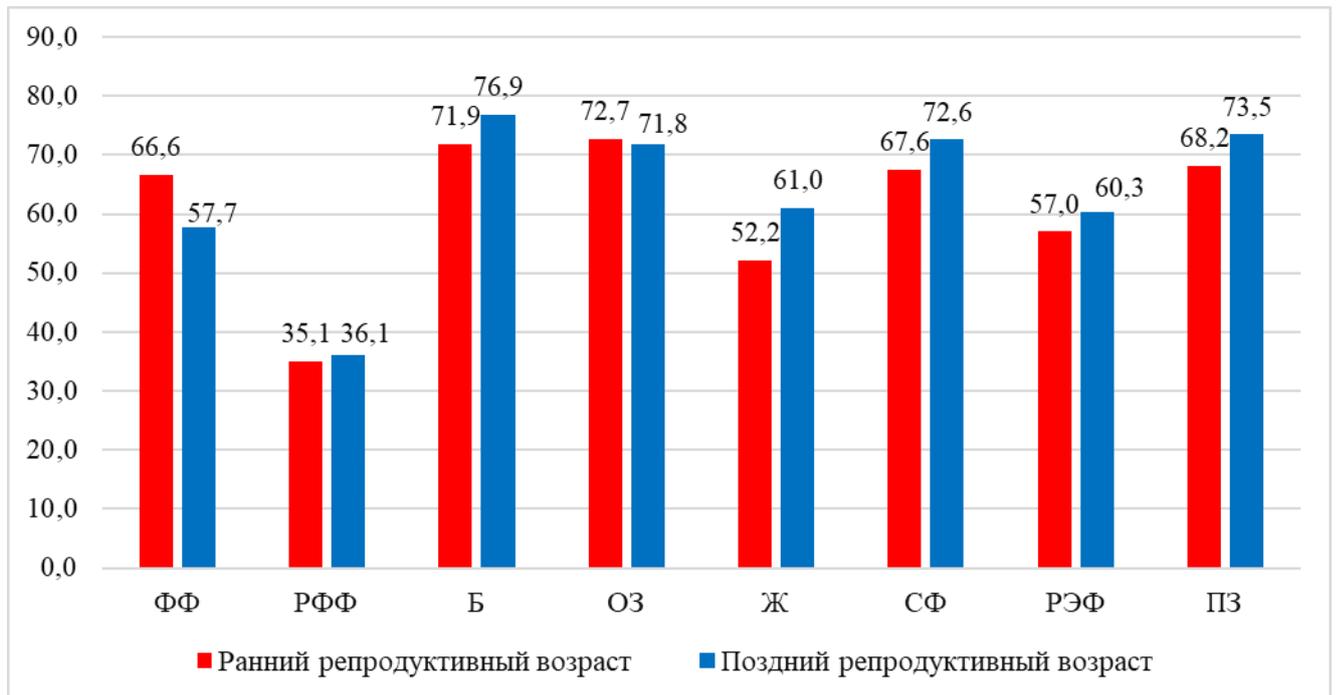


Рисунок 4.14 - Средние показатели качества жизни беременных 15-34 и 35-49 лет в основной группе

Однако, у женщин 15-35 лет выше показатели КЖ по шкалам ФФ и ОЗ. Статистически значимые различия установлены по шкалам ФФ ( $p < 0,05$ ) и Ж ( $p < 0,05$ ).

## Глава 5. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЕ ПЛОДА

### 5.1. Состояние кадрового обеспечения акушерско-гинекологической службы Санкт-Петербурга

Показатели обеспеченности медицинскими кадрами служат для оценки доступности медицинской помощи населению. Соответственно, оценка обеспеченности акушер-гинекологами и акушерками женского населения Санкт-Петербурга даёт представление о доступности акушерско-гинекологической помощи беременным мегаполиса. Проведенное исследование обеспеченности акушерско-гинекологической службы врачебными кадрами выявило, что весь период 2018-2022 гг. обеспеченность акушерами-гинекологами женщин репродуктивного возраста, проживающих в Санкт-Петербурге, превышала показатели по стране и федеральному округу. Динамика обеспеченности акушерско-гинекологической службы России, СЗФО и Санкт-Петербурга медицинскими кадрами отражена в таблице 5.1.

Таблица 5.1 - Динамика обеспеченности акушерско-гинекологической службы России, СЗФО и Санкт-Петербурга медицинскими кадрами в 2018-2022 гг. (на 10 тысяч женского населения репродуктивного возраста)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с М <sub>РФ</sub> (в %)
<b>Врачи акушеры-гинекологи</b>								
РФ	4,59	4,54	4,47	4,35	4,19	4,42±0,07	-8,7	-
СЗФО	4,61	4,55	4,56	4,38	4,35	4,49±0,05	-5,6	↑1,6
СПб	5,61	5,77	5,79	5,58	5,27	5,60±0,09	-6,1	↑21,1*
<b>Акушерки</b>								
РФ	6,5	6,4	6,1	6,0	5,7	6,14±0,14	-12,3	-
СЗФО	5,3	5,3	5,1	4,8	4,6	5,02±0,14	-13,2	↓18,2*
СПб	4,4	4,4	4,4	4,2	3,8	4,24±0,12	-13,6	↓30,9*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями (p<0,05)

В среднем за пять лет этот показатель в мегаполисе был выше среднероссийского уровня на 21,0%, а среднеокружного - на 19,9% (p<0,05)

соответственно. При этом, как в России, так в СЗФО и мегаполисе наблюдалась отрицательная динамика снижения обеспеченности врачами акушерами-гинекологами на 8,7%, 5,6% и 6,1% соответственно.

Обеспеченность женщин репродуктивного возраста Санкт-Петербурга акушерками весь изучаемый период 2018-2022 гг. была ниже средних по России и федеральному округе значений. В 2022 году разница со среднероссийскими показателями составила до 30,9%, а со среднеокружными - 15,5%. При этом в мегаполисе за пять лет показатели обеспеченности акушерками сократились менее значительно, чем Российской Федерации и СЗФО. Темпы снижения обеспеченности акушерками в мегаполисе были выше, чем в России и СЗФО, и составили 13,6% против 13,2% и 12,3% соответственно.

С целью оценки вклада кадрового ресурса Санкт-Петербурга в общее число врачей акушеров-гинекологов и акушерок федерального округа была проведена оценка динамики удельного веса врачей акушеров-гинекологов и акушерок в 2018-2022 гг. Установлено, что несмотря на снижение обеспеченности акушерско-гинекологической службы акушерами-гинекологами их доля в кадровом ресурсе СЗФО за пять лет выросла. Такая же тенденция наблюдалась и при анализе удельного веса акушерок Санкт-Петербурга в общем числе акушерок СЗФО. Оценка вклада врачей акушеров-гинекологов и акушерок Санкт-Петербурга в общее число врачей акушеров-гинекологов и акушерок СЗФО в 2018-2022 гг. выявила, что удельный вес врачей был существенно выше, чем среднего медицинского персонала. В среднем за пять лет удельный вес врачей акушеров-гинекологов мегаполиса во врачебном кадровом ресурсе акушерско-гинекологической службы федерального округа составлял 49,1%, а удельный вес акушерок 33,6% ( $p < 0,05$ ). Динамика удельного веса врачей акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга в СЗФО в 2018-2022 гг. представлена на рисунке 5.1.

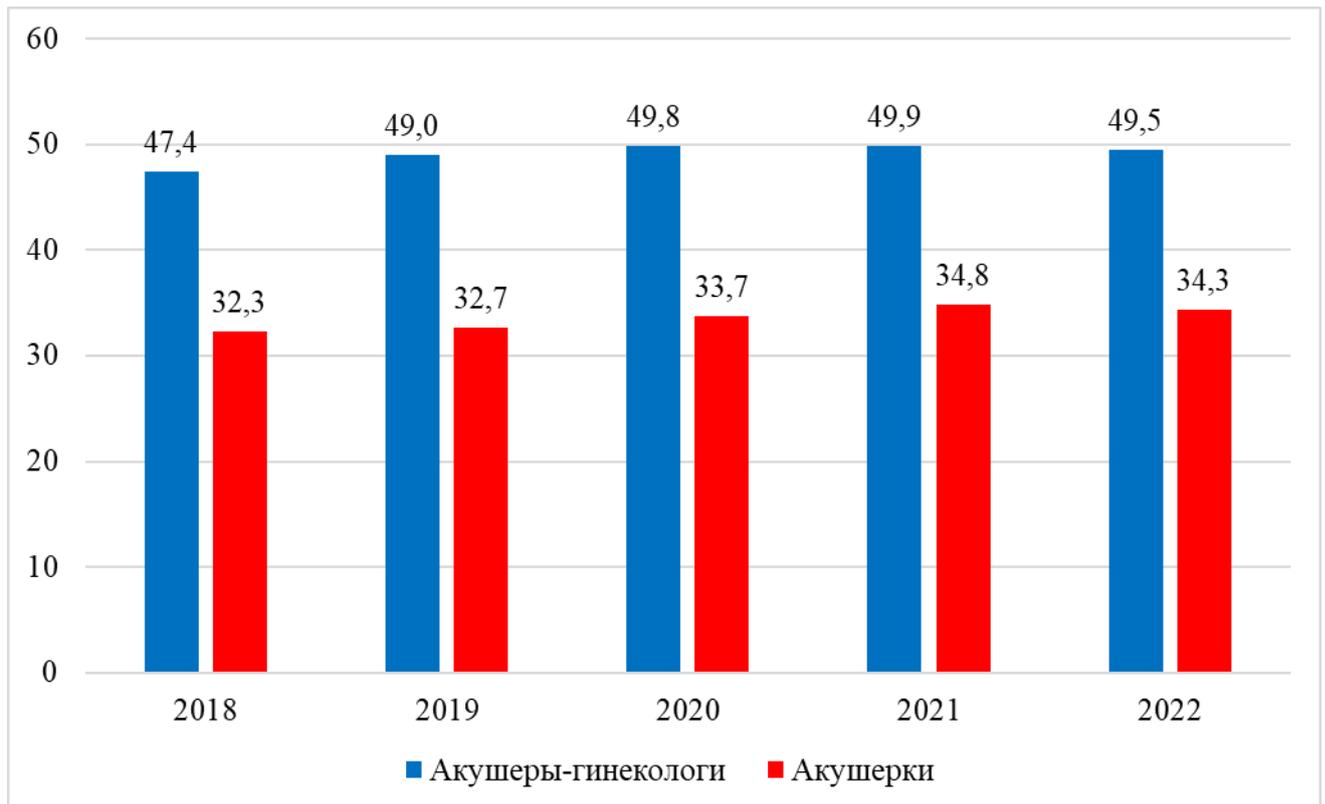


Рисунок 5.1 - Динамика удельного веса врачей акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга в СЗФО в 2018-2022 гг. (в %)

Косвенно определить качество и результаты медицинской помощи можно с помощью анализа показателей квалификации медицинского персонала. Они характеризуют уровень квалификации врачей и среднего медицинского персонала. Установлено, что удельный вес врачей акушеров-гинекологов, имеющих квалификационную категорию, в Санкт-Петербурге, был выше, чем в России и СЗФО. В среднем за 2018-2022 гг. удельный вес врачей данного профиля с категорией в мегаполисе был 56,1% против 51,1% в среднем по стране и округу ( $p < 0,05$ ). Однако, в изучаемый период удельный вес врачей акушеров-гинекологов, имеющих квалификационную категорию, снижался как в целом по Российской Федерации ( $p < 0,05$ ), так в СЗФО и мегаполисе ( $p > 0,05$ ). Динамика удельного веса врачей акушеров-гинекологов, имеющих квалификационную категорию, в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена на рисунке 5.2.

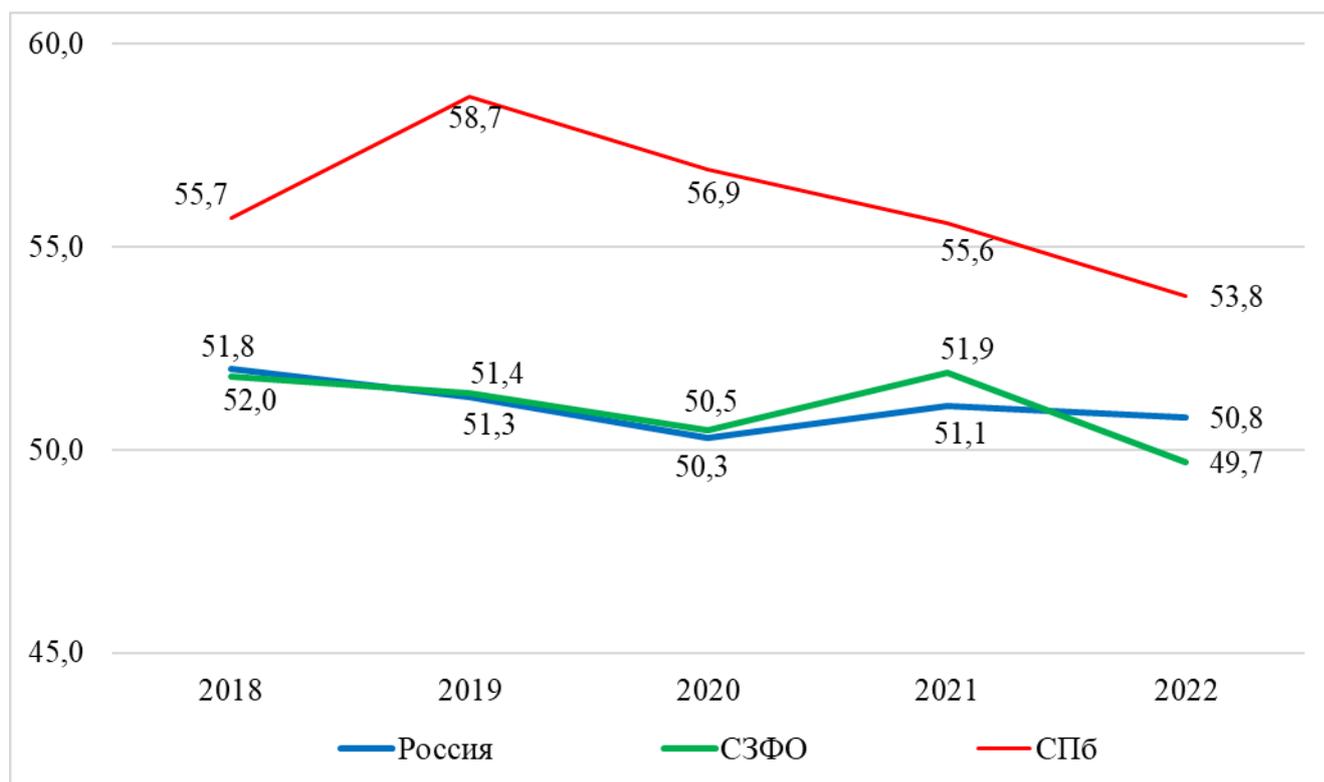


Рисунок 5.2 - Динамика удельного веса врачей акушеров-гинекологов, имеющих квалификационную категорию, в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в %)

Оценка показателей квалификации среднего медицинского персонала выявила, что удельный вес акушерок, имеющих квалификационную категорию, в Санкт-Петербурге также значительно превышал показатели в России и СЗФО. В среднем в 2018-2022 гг. доля акушерок с категорией в мегаполисе была 68,5% против среднероссийского и среднеокружного значений 55,3% и 57,2% соответственно ( $p < 0,05$ ). Оценка динамики удельного веса акушерок, имеющих квалификационную категорию, в России, СЗФО и Санкт-Петербурге выявила статистически значимое снижение показателей ( $p < 0,05$ ). В отличие от динамики удельного веса врачей акушеров-гинекологов, имеющих квалификационную категорию, который имел достоверные различия только у показателей в целом по России. Динамика удельного веса акушерок, имеющих квалификационную категорию, в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена на рисунке 5.3.

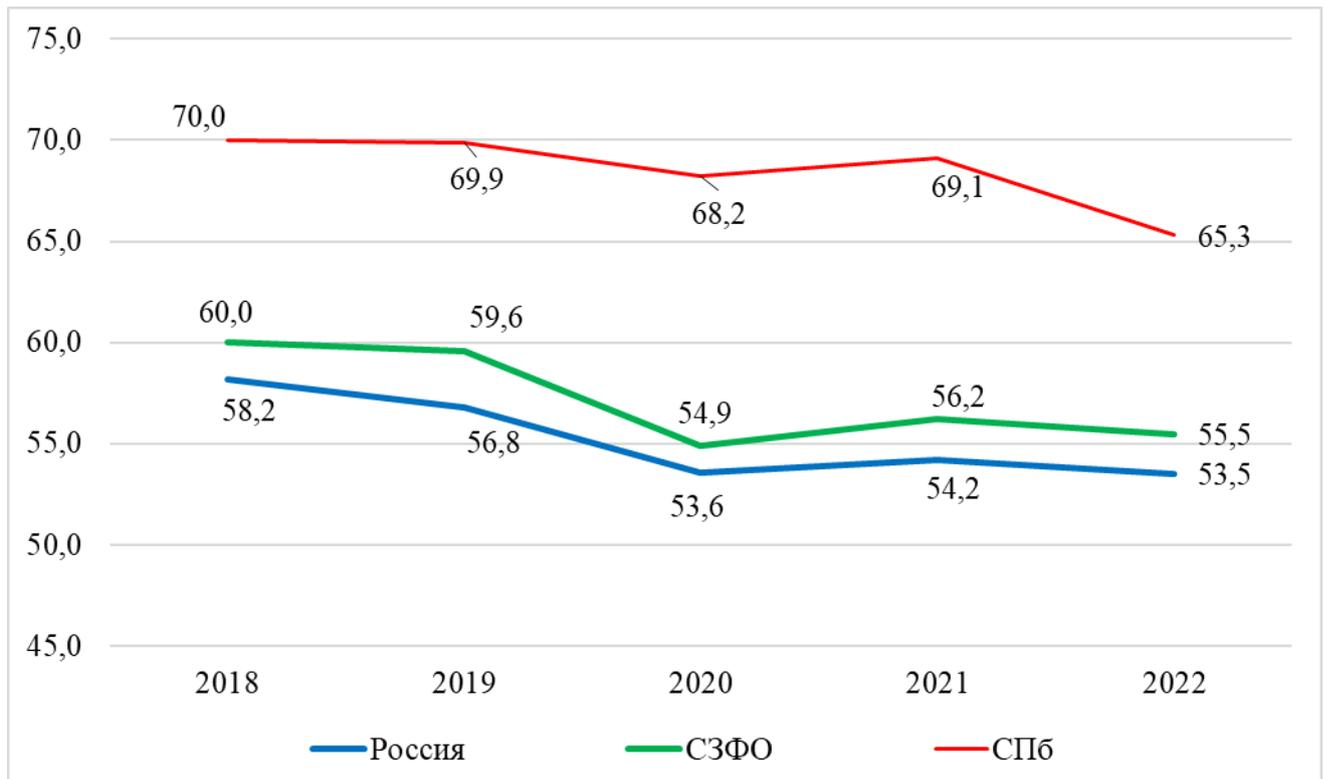


Рисунок 5.3 - Динамика удельного веса акушерок, имеющих квалификационную категорию, в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в %)

Таким образом, проведенное исследование показало, что мегаполис имеет особенности ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической службы кадрами, что может быть в значительной степени связано с особенностями организационной структуры его здравоохранения и федеральным значением города.

## 5.2. Организация антенатальной охраны плода в условиях женской консультации

Врач акушер-гинеколог женской консультации осуществляет диспансерное наблюдение за беременными женщинами, формирует группы высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также направляет беременных на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода. В соответствии с законодательством Российской Федерации беременные женщины

отнесены к отдельной категории граждан, которые имеют право на пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка [180]. Пренатальное выявление нарушений развития плода относится к системе мер, входящих в антенатальную охрану плода. На современном этапе выделяют следующие этапы антенатальной охраны плода в условиях женской консультации [50, 79]: прегравидарную подготовку; систематическое наблюдение за течением беременности; своевременная диагностика и лечение экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности; применение специальных методов исследования для оценки физического развития плода и показателей его жизнедеятельности.

Прегравидарная подготовка – это комплекс лечебно-диагностических, профилактических и социальных мероприятий, включающий оценку имеющихся факторов риска и устранение и/или уменьшение их влияния для подготовки женщин и их партнеров в периоды до или между беременностями, направленных на успешное зачатие, нормальное течение беременности и рождение здорового ребёнка [141]. Согласно, клиническим рекомендациям прегравидарная подготовка у условно здоровых пар включает: сбор анамнеза; обследование; консультирование; дотацию витаминов и микроэлементов и консультации профильных специалистов при выявлении экстрагенитального заболевания. Установлено, что только 24% имели прегравидарную подготовку до настоящей беременности, при этом у женщин с патологией плода она была на 19,1% реже, чем у беременных со здоровым ребенком.

Второй этап антенатальной охраны плода – это систематическое наблюдение за течением беременности. Оно включает в себя раннюю постановку на диспансерный учет по беременности у врача акушера-гинеколога женской консультации, который в соответствии с действующим приказом Минздрава осуществляется до 12 недель беременности. Далее на протяжении всего срока беременности за состоянием здоровья женщины в женской консультации осуществляется непрерывное диспансерное наблюдение [138]. Проведенное исследование показало (таблица 5.2), что показатели удельного веса беременных с

ранней постановкой на учет по беременности в женских консультациях Санкт-Петербурга в период 2018-2022 гг. были несколько выше, чем в среднем по стране ( $p>0,05$ ), но ниже, чем в среднем по федеральному округу ( $p<0,05$ ). За пять исследуемых лет, показатели удельного веса беременных с постановкой на учет до 12 недель беременности в женских консультациях мегаполиса выросли ( $p>0,05$ ).

Таблица 5.2 - Динамика удельного веса беременных с ранней постановкой на учет по беременности в женских консультациях России, СЗФО и Санкт-Петербурга в 2018-2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с Мрф (в %)
РФ	87,6	88,0	87,4	88,8	89,7	88,3±0,42	+2,3*	-
СЗФО	89,2	89,8	88,9	89,1	89,5	89,3±0,16	+0,3	↑1,1*
СПб	88,3	89,0	88,2	88,8	88,8	88,6±0,15	+0,6	↓0,3

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p<0,05$ )

На третьем этапе антенатальной охраны плода проводится своевременная диагностика и лечение экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности. С этой целью при физиологическом течении беременности женщина осматривается врачом-терапевтом женской консультации не менее двух раз [138]. Показатели удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, и удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, относятся к показателям, характеризующим уровень диспансерной работы с беременными. При этом первый осмотр осуществляется не позднее 7-10 дней от первичного обращения в женскую консультацию. Выявлено, что удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель, был ниже среднероссийского показателя ( $p<0,05$ ), но выше среднеокружного ( $p<0,05$ ). В то же время в СЗФО и мегаполисе данный показатель снижался, а в целом по стране он рос ( $p<0,05$ ). Динамика удельного веса беременных, осмотренных терапевтом (всего) и до 12 недель беременности, в женских консультациях России, СЗФО и Санкт-Петербурга представлено в таблице 5.3.

Таблица 5.3 - Динамика удельного веса беременных, осмотренных терапевтом (всего) и до 12 недель беременности, в женских консультациях России, СЗФО и Санкт-Петербурга в 2018-2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с МрФ (в %)
Осмотрены терапевтами - всего								
РФ	97,8	98,0	96,7	96,7	97,8	97,4±0,29	-	-
СЗФО	97,0	97,2	96,1	95,1	95,0	96,1±0,46	-2,1*	↓1,3*
СПб	97,1	97,7	97,8	96,8	97,3	97,3±0,19	+0,2	↓0,1
Осмотрены терапевтами до 12 недель беременности								
РФ	87,3	88,0	85,5	88,2	89,4	87,7±0,64	+2,3*	-
СЗФО	84,4	86,6	84,1	84,4	82,7	84,4±0,62	-2,0*	-3,8*
СПб	85,5	88,3	84,2	86,2	84,7	85,8±0,72	-0,9*	-2,2*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями (p<0,05)

Оценка удельного веса беременных, осмотренных терапевтом (всего), позволила установить, что данные показатели практически соответствовали показателям по стране в целом, как по значению, так и по изменению за пять изучаемых лет. В то же время, удельного веса беременных, осмотренных терапевтом (всего) в мегаполисе, был выше среднеокружного уровня (p<0,05).

На четвертом этапе антенатальной охраны плода осуществляется применение специальных методов исследования для оценки физического развития плода и показателей его жизнедеятельности. К ним относят скрининговые методы обследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) и биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров. В случае выявления патологии беременной женщине назначается при наличии показаний консультации медицинского генетика. В соответствии с действующим Приказом, УЗИ проводится двукратно при сроках беременности 11-14 недель и 19-21 неделя [138]. Установлено (таблица 5.4), что охват беременных УЗИ был выше среднего по стране (p<0,05) и федеральному округу (p>0,05), но, как в целом по России, так в СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. он снижался (p<0,05). Выявляемость ВПР у плодов в этот же период в стране, округе и городе значительно выросла: в России в 3,3 раза, в СЗФО – в 2,5 раза и в Санкт-Петербурге – в 2,6 раз. В мегаполисе частота выявляемости ВПР у плода была на 16,2 % выше, чем в среднем по стране (p<0,05).

Таблица 5.4 - Динамика охвата беременных УЗИ в женских консультациях России, СЗФО и Санкт-Петербурга в 2018-2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>РФ</sub> (в %)
Проведено УЗИ плода - всего								
РФ	96,8	97,7	90,5	91,4	93,5	94,0±1,42	-3,4*	-
СЗФО	96,8	97,3	92,3	92,5	93,1	94,4±1,09	-3,8*	↑0,4*
СПб	96,4	97,8	91,2	93,4	94,1	94,6±1,16	-2,4*	↑0,6*
из них выявлено число плодов с ВПР								
РФ	1,50	1,59	3,24	4,22	4,91	3,1±0,69	+69,5*	-
СЗФО	1,58	1,65	3,32	4,36	3,88	3,0±0,57	+59,3*	↓3,2
СПб	1,65	1,77	5,50	5,36	4,37	3,7±0,85	+62,2*	↑16,2*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями (p<0,05)

Оценка охвата беременных биохимическим скринингом в женских консультациях мегаполиса выявила, что он был выше, чем в среднем по Российской Федерации и СЗФО (таблица 5.5). Разница со среднероссийским показателем составила 3,6% (p<0,05), а со среднеокружным – 3,0% (p<0,05). Охват беременных биохимическим скринингом вырос, как в целом по стране (p<0,05), так и в СЗФО (p<0,05) и Санкт-Петербурге (p>0,05).

Таблица 5.5 - Динамика охвата беременных биохимическим скринингом в женских консультациях России, СЗФО и Санкт-Петербурга в 2018-2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Территория	2018	2019	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)	Разница с M <sub>РФ</sub> (в %)
Взята проба на биохимический скрининг-всего								
РФ	87,8	88,8	89,8	90,8	92,0	89,8±0,74	+4,6*	-
СЗФО	90,4	91,6	87,3	90,7	91,8	90,4±0,81	+1,5*	↑0,7
СПб	93,0	94,7	91,7	93,6	93,2	93,2±0,49	+0,2	↑3,6*
из них выявлено число женщин с отклонениями								
РФ	3,21	3,28	0,90	0,86	0,89	1,82±0,58	-72,3*	-
СЗФО	2,08	2,12	0,73	0,89	0,87	1,33±0,31	-58,2*	↓26,9*
СПб	1,46	1,56	0,68	0,94	0,73	1,07±0,18	-50,0*	↓41,2*

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями (p<0,05)

Однако, если частота выявляемости ВПР у плода росла, то частота выявляемости женщин с отклонениями снижалась (p<0,05): в России в 3,6 раз, в

СЗФО – в 2,4 раза и в Санкт-Петербурге – в 2,0 раза. При этом, в мегаполисе средняя за пять лет частота выявляемости отклонений у беременных была выше среднероссийских значений в 1,7 раз, а среднего по округу в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ).

Оценка удельного веса беременных, прошедших оценку антенатального развития в женских консультациях при сроках беременности 11-14 недель и 19-21 неделя позволила установить (таблица 5.6), что данные показатели имели тенденцию к повышению (на 3,3% и 1,6% соответственно;  $p < 0,05$ ). Средний показатель удельного веса беременных, прошедших оценку антенатального развития при сроке 11-14 недель в 2020-2022 гг. составил -  $90 \pm 0,93$ , а при сроке 19-21 неделя -  $92,8 \pm 0,58$ .

Таблица 5.6 - Динамика удельного веса беременных, прошедших оценку антенатального развития плода, в женских консультациях Санкт-Петербурга в 2020-2022 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

Показатель	2020	2021	2022	Средний показатель (M±m)	Темп прироста /снижения (в %)
Удельный вес беременных, прошедших оценку антенатального развития плода при сроке беременности 11-14 недель	88,7	91,2	91,7	$90,0 \pm 0,93$	+3,3*
Частота выявленных хромосомных аномалий и (или) ВПР	1,4	1,1	1,3	$1,3 \pm 0,09$	-7,1
Частота прерванных беременностей	0,5	0,5	0,6	$0,5 \pm 0,03$	+16,7*
Частота выявляемости плодов с риском задержки роста плода	5,0	5,0	4,1	$4,7 \pm 0,3$	-18,0*
Удельный вес беременных с риском преждевременных родов	7,7	0,7	4,6	$4,3 \pm 2,03$	-40,3*
Удельный вес беременных с риском преэклампсии	3,2	3,6	4,7	$3,8 \pm 0,44$	+31,9*
Удельный вес беременных, прошедших оценку антенатального развития плода при сроке беременности от 19-21 недели – УЗИ	91,7	93,6	93,2	$92,8 \pm 0,58$	+1,6*
Частота выявляемости хромосомных аномалий и (или) ВПР	0,7	0,9	0,7	$0,8 \pm 0,07$	-
Частота прерванных беременностей	0,2	0,2	0,2	0,2	-

\* – статистически значимые различия показателей между оцениваемыми показателями ( $p < 0,05$ )

Проведенный анализ показателей выявил снижение частоты выявленных ВПР на 7,1% ( $p > 0,05$ ), частоты выявляемости плодов с риском задержки роста

плода – на 18,0% ( $p < 0,05$ ) и удельного веса беременных с риском преждевременных родов – на 40,3% ( $p < 0,05$ ). В тоже время установлено, что удельный вес беременных, которым прервали беременность и доля беременных с риском преэклампсии статистически значимо выросла на 16,7% и 31,9% соответственно ( $p < 0,05$ ).

К мероприятиям по антенатальной охране плода, проводимым в женской консультации, кроме вышеперечисленных относят: полноценное сбалансированное питание беременной, соблюдение режима дня, сна, отдыха и физической активности; системная охрана соматического здоровья беременной женщины, включающая, как профилактику неинфекционных и инфекционных заболеваний, так и внутриутробных инфекций плода (TORCH-инфекции); осуществление профилактики ВПР – прием фолиевой кислоты в первые три месяца беременности.

Полученные данные анкетирования будущих матерей на предмет удовлетворенности работой женской консультации по антенатальной охране плода выявили, что в среднем возраст беременных составил  $32,29 \pm 0,34$  года. Удельный вес беременных раннего репродуктивного возраста был 56,8% (в среднем  $27,13 \pm 0,24$  года), а беременных позднего репродуктивного возраста - 43,2% (в среднем  $39,4 \pm 0,26$  года). У большинства беременных (49,9%) это была первая беременность, вторая - у 31,5 женщин, третья – у 13,1%, четвертая и более – у 5,3%. В группе женщин раннего репродуктивного возраста первобеременных было 64,2% против 29,2% в группе позднего репродуктивного возраста ( $p < 0,05$ ). Оценка распределения женщин по количеству беременностей показала статистически значимую разницу между группами, по удельному весу беременных, имевших третью (29,2% против 1,5%) и четвертую и более беременность (8,3% против 3,0%) ( $p < 0,05$ ).

В функции женской консультации входит проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, подготовка семьи к рождению ребенка, а также консультирование и оказание услуг по вопросам подготовки к родам [138]. Установлено, что большинство беременных (81,4%) получали информацию по вопросам здоровья беременных от медицинских

работников женской консультации. Из интернета ее получали 61,3% респонденток, из частных клиник – 44,6%, из журналов – 6,1%, из средств массовой информации (СМИ) – 4,4%. Исследование показало, что при выборе источников информации беременные, как раннего, так и позднего репродуктивного возраста, руководствовались схожими способами ее получения ( $p>0,05$ ). Однако, в группе женщин раннего репродуктивного возраста были беременные, получавшие данную информацию из СМИ (7,5%). Распределение беременных по способу получения информации по вопросам здоровья беременных представлено на рисунке 5.4.

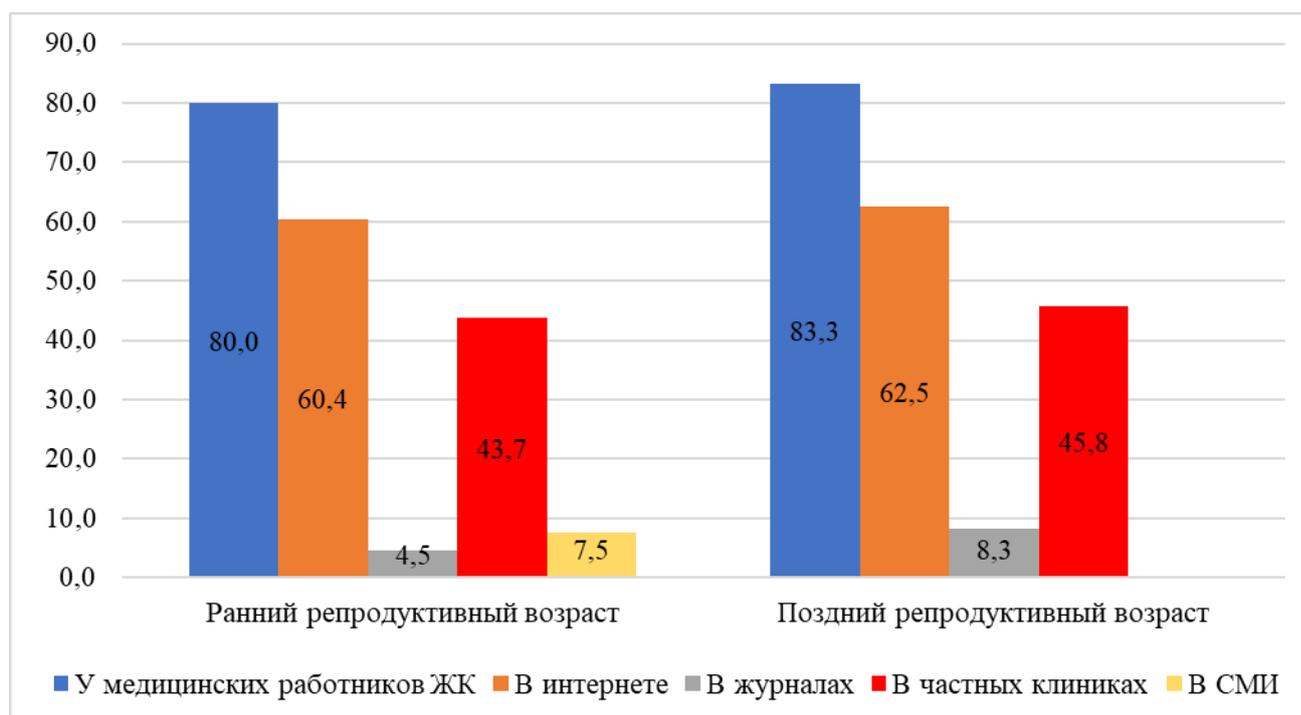


Рисунок 5.4- Распределение беременных по способу получения информации по вопросам здоровья беременных (в %)

Большинство беременных женщин были удовлетворены санитарно-просветительской работой врачей акушеров-гинекологов с беременными – 37,6%. Больше удовлетворены, чем не удовлетворены информацией, полученной от врача – 32,4%, больше не удовлетворены, чем удовлетворены – 21,9%, не удовлетворены – 4,4% и не получали данной информации – 3,5% беременных женщин. В группе беременных раннего репродуктивного, в сравнении с беременными позднего репродуктивного возраста, было меньше полностью удовлетворённых информацией (41,7% против 34,7%) и меньше больше не удовлетворенных, чем удовлетворенных (19,6% против 25,0%). Кроме того, среди женщин раннего

репродуктивного возраста были женщины, которые не получили от врача никакой информации о беременности (6,0%). Распределение беременных по удовлетворенности информацией, полученной от врача акушера-гинеколога представлено на рисунке 5.5.

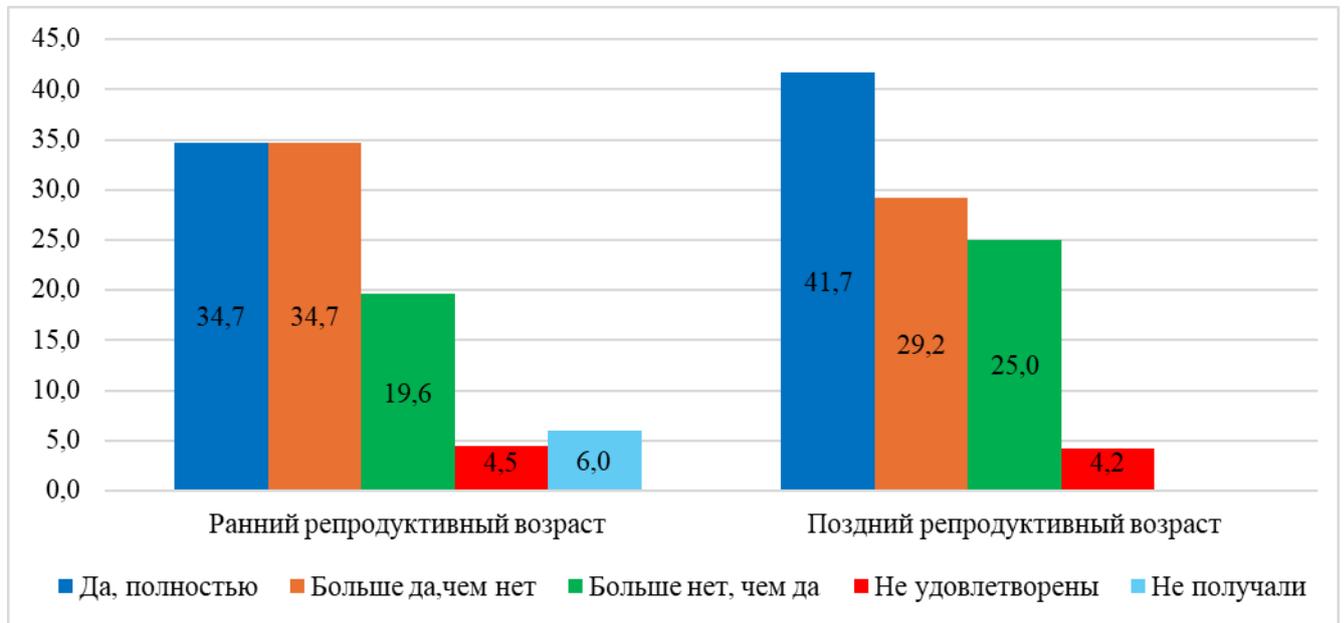


Рисунок 5.5 - Распределение беременных по удовлетворенности информацией, полученной от врача акушера-гинеколога (в %)

Установлено, что рекомендациями по образу жизни во время беременности и его влиянию на здоровье будущего ребёнка были полностью или частично удовлетворены – 70,1% женщин, полностью или частично не удовлетворены – 15,7% и не получали рекомендаций - 14,0%. В группе женщин раннего репродуктивного возраста был статистически значимо больше удельный вес беременных больше не удовлетворенных, чем удовлетворенных (16,6% против 8,3%;  $p > 0,05$ ). Распределение женщин с дифференцированием на группы беременных раннего и позднего репродуктивного возраста по степени удовлетворенности рекомендациями, полученными от врачей акушеров-гинекологов, в женских консультациях Санкт-Петербурга по отдельным характеристикам детально представлено в таблице 5.7.

Таблица 5.7 - Распределение беременных по удовлетворенности рекомендациями, полученными от врачей акушеров-гинекологов (в %)

Степень удовлетворенности	Женщины 15-34 лет	Женщины 35-49 лет	Все женщины
1	2	3	4
Рекомендации об образе жизни во время беременности и про его влияние на здоровье будущего ребёнка			
Да, полностью	39,2	41,7	40,3
Больше да, чем нет	30,2	29,2	29,8
Больше нет, чем да	16,6 *	8,3 *	13,1
Не удовлетворена	1,5	4,2	2,6
Не получала	12,1	16,7	14,0
Итого	100,0	100,0	100,0
Рекомендации о режиме труда, сна и отдыха беременной			
Да, полностью	42,3	37,5	40,3
Больше да, чем нет	24,2 *	41,7 *	31,5
Больше нет, чем да	9,1	8,3	8,8
Не удовлетворена	1,5	4,2	2,6
Не получала	22,6 *	8,3 *	16,6
Итого	100,0	100,0	100,0
Рекомендации о питании беременной			
Да, полностью	40,8 *	54,2 *	46,4
Больше да, чем нет	25,7	29,2	27,1
Больше нет, чем да	12,1	8,3	10,5
Не удовлетворена	9,1 *	4,2 *	7,0
Не получала	12,1 *	4,2 *	8,7
Итого	100,0	100,0	100,0
Рекомендации о влиянии стресса на здоровье будущего ребёнка			
Да, полностью	37,7	45,8	41,1
Больше да, чем нет	16,6 *	29,2 *	21,9
Больше нет, чем да	12,1	8,3	10,5
Не удовлетворена	4,5	4,2	4,4
Не получала	28,7 *	12,5 *	21,9
Итого	100,0	100,0	100,0
Рекомендации о физической активности во время беременности			
Да, полностью	36,2 *	54,2 *	43,8
Больше да, чем нет	34,7 *	25,0 *	30,6
Больше нет, чем да	10,6	12,5	11,4
Не удовлетворена	7,5	4,2	6,1
Не получала	10,6 *	4,2 *	7,8
Итого	100,0	100,0	100,0

Продолжение таблицы 5.7

1	2	3	4
Рекомендации о подготовке и поведении в родах			
Да, полностью	22,6 *	33,3 *	27,1
Больше да, чем нет	30,2 *	16,7 *	24,5
Больше нет, чем да	1,5 *	8,3 *	4,4
Не удовлетворена	12,1	8,3	10,5
Не получала	33,2	33,3	33,3
Итого	100,0	100,0	100,0
Рекомендации о грудном вскармливании: значении, подготовке, лактации, гипогалактии			
Да, полностью	27,2	33,3	29,8
Больше да, чем нет	15,1 *	8,3 *	12,3
Больше нет, чем да	9,1	8,3	8,8
Не удовлетворена	7,5 *	16,7 *	11,4
Не получала	40,6	33,3	37,6
Итого	100,0	100,0	100,0
Рекомендации по уходу за новорожденным в домашних условиях			
Да, полностью	22,6 *	37,5 *	28,9
Больше да, чем нет	18,1 *	8,3 *	14,0
Больше нет, чем да	7,5	12,5	9,6
Не удовлетворена	6,0	8,3	7,0
Не получала	45,3 *	33,3 *	40,3
Итого	100,0	100,0	100,0
Рекомендации по приему витаминов и микроэлементов во время беременности			
Да, полностью	40,8	41,7	41,1
Больше да, чем нет	43,8	45,8	44,6
Больше нет, чем да	9,1	-	5,2
Не удовлетворена	4,5	8,3	6,1
Не получала	1,5	4,2	2,6
Итого	100,0	100,0	100,0

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

Анализ распределения беременных по удовлетворенности получением рекомендаций о режиме труда, сна и отдыха во время беременности показал, что большинство (71,8%) женщин были полностью или частично удовлетворены, 11,4% - полностью или частично не удовлетворены и 16,6% респонденток не получали данных рекомендаций. Оценка распределения беременных по удовлетворенности получением данных рекомендаций позволила установить, что в группе женщин раннего репродуктивного возраста, в сравнении с беременными

35-49 лет, статистически значимо преобладал удельный вес беременных больше удовлетворенных, чем не удовлетворенных полученными рекомендациями (24,2% против 41,7%), а также респонденток, которые не получали данную информацию (22,6 против 8,3%).

Результаты проведенного анкетирования показали, что полученными рекомендациями о питании во время беременности были полностью или частично удовлетворены 73,5% женщин, полностью или частично удовлетворены - 17,5% и не получали рекомендаций о питании - 8,7%. Исследование позволило установить, что в группе женщин 15-34 лет, в сравнении с респондентками 35-49 лет, был статистически выше удельный вес не удовлетворенных, полученной информацией (9,1% против 4,2%) и беременных, не получавших рекомендации о питании во время беременности (12,1% против 4,2%) и ниже – удельный вес полностью удовлетворенных консультацией женщин (40,8% против 54,2%).

Большинство беременных женщин были полностью или частично удовлетворены рекомендациями о влиянии стресса на здоровье будущего ребёнка - 63,0%, были полностью или частично не удовлетворены – 14,9% и 21,9% не получали данную рекомендацию на приеме у врача. В группе беременных раннего репродуктивного возраста, в сравнении с беременными позднего репродуктивного возраста, статистически значимо преобладал удельный вес получавших рекомендации от врача (28,7% против 12,5%) и был ниже удельный вес больше удовлетворенных респонденток, чем не удовлетворенных этими рекомендациями (16,6% против 29,2%).

Анализ распределения беременных по удовлетворенности полученными на приеме акушер-гинеколога рекомендациями о физической активности во время беременности показал, что большинство женщин были удовлетворены данными рекомендациями полностью или частично (74,4%), не были удовлетворены – 17,5% и их не получали – 7,8% женщин. Выявлено, что в группе беременных 15-34 лет, в сравнении с респондентками 35-49 лет, был статистически значимо выше удельный вес респонденток, которые указали, что они были больше удовлетворены, чем не удовлетворены (34,7% против 25,0%), а также беременных, не получавших

рекомендации от врача (10,6% против 4,2%). В то же время была ниже доля беременных, полностью удовлетворенных рекомендациями о физической активности во время беременности (36,2% против 54,2%).

Исследование показало, что 51,6% женщин были полностью или частично удовлетворены рекомендациями о подготовке и поведении женщины в родах, 14,9% беременных были ими полностью или частично не удовлетворены и 33,3% респонденток не получали данной информации. Установлено, что среди беременных раннего репродуктивного возраста, в сравнении с беременными позднего репродуктивного возраста, был статистически значимо выше удельный вес женщин больше удовлетворенных, чем нет (30,2% против 16,7%). В то же время у них была ниже доля респонденток полностью удовлетворенных (22,6% против 33,3%), а также доля беременных, которые были больше не удовлетворены, чем удовлетворены этими рекомендациями (1,5% против 8,3%).

Оценка результатов исследования выявила, что только 42,1% женщин были удовлетворены полученными рекомендациями о грудном вскармливании: его значении, подготовке к нему, лактации и гипогалактии, а полностью или частично не удовлетворены – 20,2%. Кроме того, не получали данных рекомендаций – 37,6% беременных женщин. Анкетирование показало, что в группе респонденток 15-34 лет, в сравнении с беременными 35-49 лет, был статистически значимо выше удельный вес женщин больше удовлетворенных, чем не удовлетворенных полученными рекомендациями (15,1% против 8,3%) и ниже – полностью не удовлетворенных полученной информацией (7,5% против 16,7%).

Изучение распределения женщин оценке рекомендаций по уходу за новорожденными в домашних условиях показало, что менее половины беременных полностью или частично удовлетворены данными рекомендациями (42,9%), полностью или частично не удовлетворены – 16,6% и не получали рекомендаций – 40,3% беременных женщин. Выявлено, что среди беременных раннего репродуктивного возраста, в сравнении с респондентками позднего репродуктивного возраста, был статистически значимо выше удельный вес женщин больше удовлетворенных, чем нет (18,1% против 8,3%) и не получавших

данные рекомендации (45,3 против 33,3%) и ниже удельный вес беременных, полностью удовлетворенных полученными рекомендациями по уходу за новорожденным (22,6% против 37,5%).

Анализ распределения беременных по удовлетворенности полученной информацией по приему витаминов и микроэлементов во время беременности показал, что наибольшее число удовлетворенных респонденток наблюдалось при оценке этой характеристики - полностью или частично были удовлетворены рекомендациями, полученными от врача акушера-гинеколога, было 85,7% беременных. В то же время полностью или частично не были удовлетворены - 11,3%, а не получили рекомендации только 2,6% респонденток. Установлено, что между оценками в группах беременных 15-34 лет и 35-49 лет не было статистически значимых различий.

Таким образом, исследование показало, что наибольший уровень удовлетворенность беременных был при оценке информации о приеме витаминов и микроэлементов во время беременности (85,7%), о физической активности в этот период (74,4%) и о режиме труда, сна и отдыха беременных женщин (71,8%). Наибольший уровень неудовлетворенности беременных был при оценке полученных рекомендаций по грудному вскармливанию: значении, подготовке, лактации, гипогалактии (20,2%), по питанию беременных и о физической активности во время беременности (по 17,5%) и по уходу за новорожденным в домашних условиях (16,6%). В то же время значительное количество женщин указали, что они не получили никаких рекомендаций. Наиболее часто беременные не получали рекомендации по уходу за новорожденным в домашних условиях (40,3%), по вскармливанию ребёнка (37,6%) и о подготовке и поведении в родах (33,3%). Удельный вес беременных, полностью или частично неудовлетворенных рекомендациями или не получивших их от врачей в женской консультации представлены на рисунках 5.6 и 5.7.

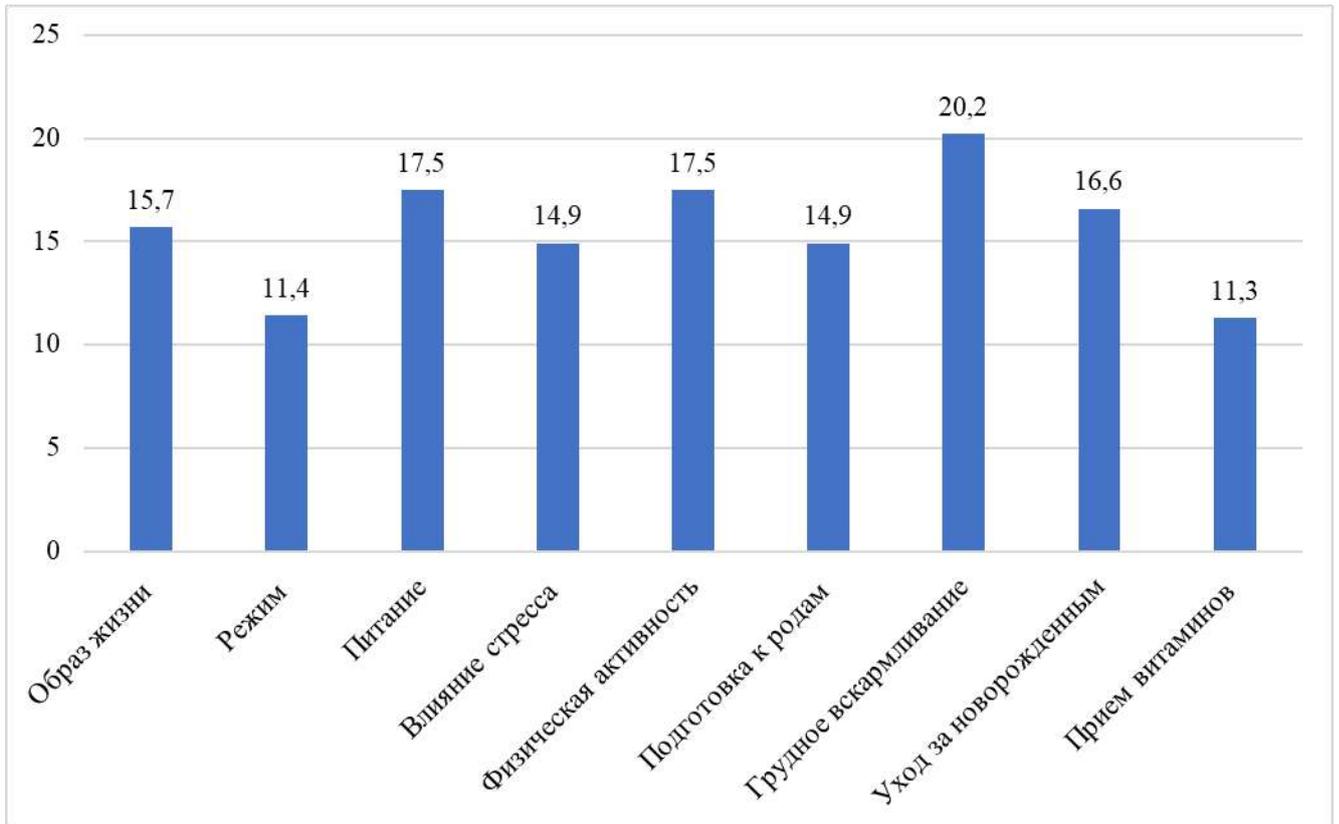


Рисунок 5.6 - Удельный вес беременных, полностью или частично неудовлетворенных рекомендациями, полученными от врачей в женской консультации (в %)

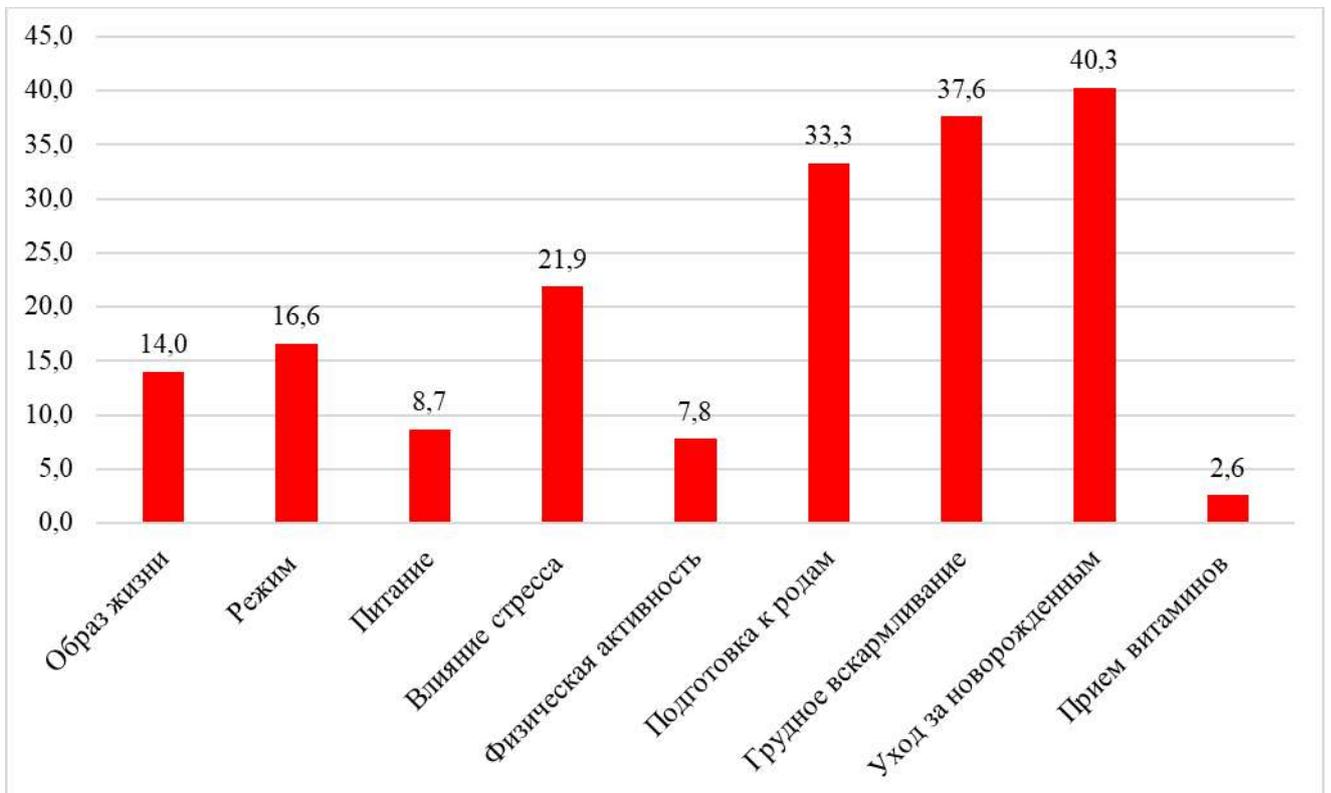


Рисунок 5.7 - Удельный вес беременных, не получивших рекомендации от врачей в женской консультации (в %)

Исследование показало, что в группе беременных раннего репродуктивного возраста, в сравнении с беременными позднего репродуктивного возраста, был ниже уровень удовлетворённости санитарно-просветительской работой врачей акушеров-гинекологов с беременными, рекомендациями по образу жизни во время беременности, по питанию, о влиянии стресса на здоровье будущего ребёнка, о грудном вскармливании и по уходу за новорожденными в домашних условиях. Только информацию о режиме труда, сна и отдыха, полученную от акушеров-гинекологов, женщины позднего репродуктивного возраста оценили выше.

На оценку деятельности женской консультации оказывает влияние множество факторов, среди которых особое место можно отвести работе вспомогательных служб, которые являются структурными подразделениями данной медицинской организации (лаборатория, УЗИ, физиотерапевтический кабинет и т.д.). Кроме того, важное значение в оценке деятельности имеет анализ работы врачебного и среднего медицинского персонала, среди которых акушер-гинеколог, врачи специалисты женской консультации и средние медицинские работники.

В ходе исследования была проведена оценка деятельности вспомогательных служб женской консультации (лаборатория, УЗИ, физиотерапевтический кабинет и т.д.), которая показала, что большинство беременных полностью или частично удовлетворены работой вспомогательных служб (89,3%), полностью или частично не удовлетворены 6,9% беременных и 3,5% женщин затруднились ответить на данный вопрос. Установлено, что удельный вес женщин, которые были удовлетворены полностью работой вспомогательных служб женской консультации было статистически выше у матерей раннего репродуктивного возраста, чем у позднего (51,3% против 41,7%). Однако, в группе позднего репродуктивного возраста статистически значимо было больше женщин, которые указали, что они больше удовлетворены их работой, чем не удовлетворены (50,0% против 36,2%). Распределение беременных по удовлетворенности работой женской консультацией представлено в таблице 5.8.

Таблица 5.8 - Распределение беременных по удовлетворенности работой женской консультацией (в %)

Степень удовлетворенности	Женщины 15-34 лет	Женщины 35-49 лет	Все женщины
Работа вспомогательных служб			
Да, полностью	51,3 *	41,7 *	47,3
Больше да, чем нет	36,2 *	50,0 *	42,0
Больше нет, чем да	4,5	4,2	4,3
Не удовлетворена	4,5	-	2,6
Затрудняюсь ответить	3,0	4,2	3,5
Итого	100,0	100,0	100,0
Работа и отношение акушера-гинеколога женской консультации			
Да, полностью	57,4 *	70,8 *	63,0
Больше да, чем нет	15,1	12,5	14,0
Больше нет, чем да	16,6 *	8,3 *	13,1
Не удовлетворена	6,0	4,2	5,3
Затрудняюсь ответить	4,5	4,2	4,3
Итого	100,0	100,0	100,0
Работа врачей-специалистов женской консультации			
Да, полностью	37,7	33,3	35,9
Больше да, чем нет	36,2 *	54,2 *	43,8
Больше нет, чем да	9,1 *	4,2 *	7,0
Не удовлетворена	6,0	-	3,5
Затрудняюсь ответить	10,6	8,3	9,6
Итого	100,0	100,0	100,0
Работа и отношение среднего медицинского персонала женской консультации			
Да, полностью	57,4 *	75,0 *	64,8
Больше да, чем нет	33,2	25,0	29,8
Больше нет, чем да	7,5	-	4,3
Не удовлетворена	-	-	-
Затрудняюсь ответить	1,5	-	0,9
Итого	100,0	100,0	100,0

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

Изучение распределения беременных по удовлетворенности работой акушера-гинеколога выявило, что большая часть респонденток полностью или частично удовлетворены их работой – 77,0%, полностью или частично не удовлетворены – 18,4% и затруднились ответить – 4,3%. Оценка распределения женщин по удовлетворенности работой врача акушера-гинеколога показала статистически значимые различия между удельным весом беременных,

удовлетворенных в полном объеме в группе раннего репродуктивного и позднего репродуктивного возраста (70,8% против 57,4%). Кроме того, среди беременных 15-34 лет статистически преобладали респондентки, которые были больше не удовлетворены, чем удовлетворены работой и отношением акушера-гинеколога женской консультации, в сравнении с женщинами позднего репродуктивного возраста (16,6% против 8,3%).

Оценка результатов анонимного анкетирования дала возможность установить, что 79,7% беременных женщин полностью или частично удовлетворены работой врачей специалистов женской консультации (терапевт, офтальмолог, стоматолог и др.), полностью или частично не удовлетворены – 10,5% и затруднились ответить – 9,6% женщин. В группе беременных раннего репродуктивного возраста, в сравнении с беременными позднего репродуктивного возраста, был выше удельный вес респонденток, которые были больше не удовлетворены, чем удовлетворены (9,1% и 4,2%) и ниже удельный вес женщин, больше удовлетворённых, чем нет (36,3% против 54,2%).

Преобладающее большинство беременных были полностью или частично удовлетворены работой и отношением среднего медицинского персонала (94,6%), полностью или частично не удовлетворены 4,3% и 0,9% - затруднились ответить на данный вопрос. Установлено, что среди беременных 15-34 лет статистически ниже удельный вес респонденток, которые были полностью удовлетворены работой и отношением среднего медицинского персонала, в сравнении с беременными 35-49 лет (57,4% против 75,0%). Кроме того, в группе беременных позднего репродуктивного возраста не было женщин полностью или частично неудовлетворенных их работой.

Оценка распределения беременных по удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи беременным в женской консультации выявила, что большая часть беременных (83,2%) были удовлетворены; больше нет, чем да – 10,5%; не удовлетворены – 2,6% и затруднились ответить – 3,5% женщин (рисунок 5.8). Исследование показало, что удельный вес беременных, которые были полностью удовлетворены качеством оказания медицинской помощи, был

статистически ниже среди беременных раннего репродуктивного возраста (33,2% против 41,7%).

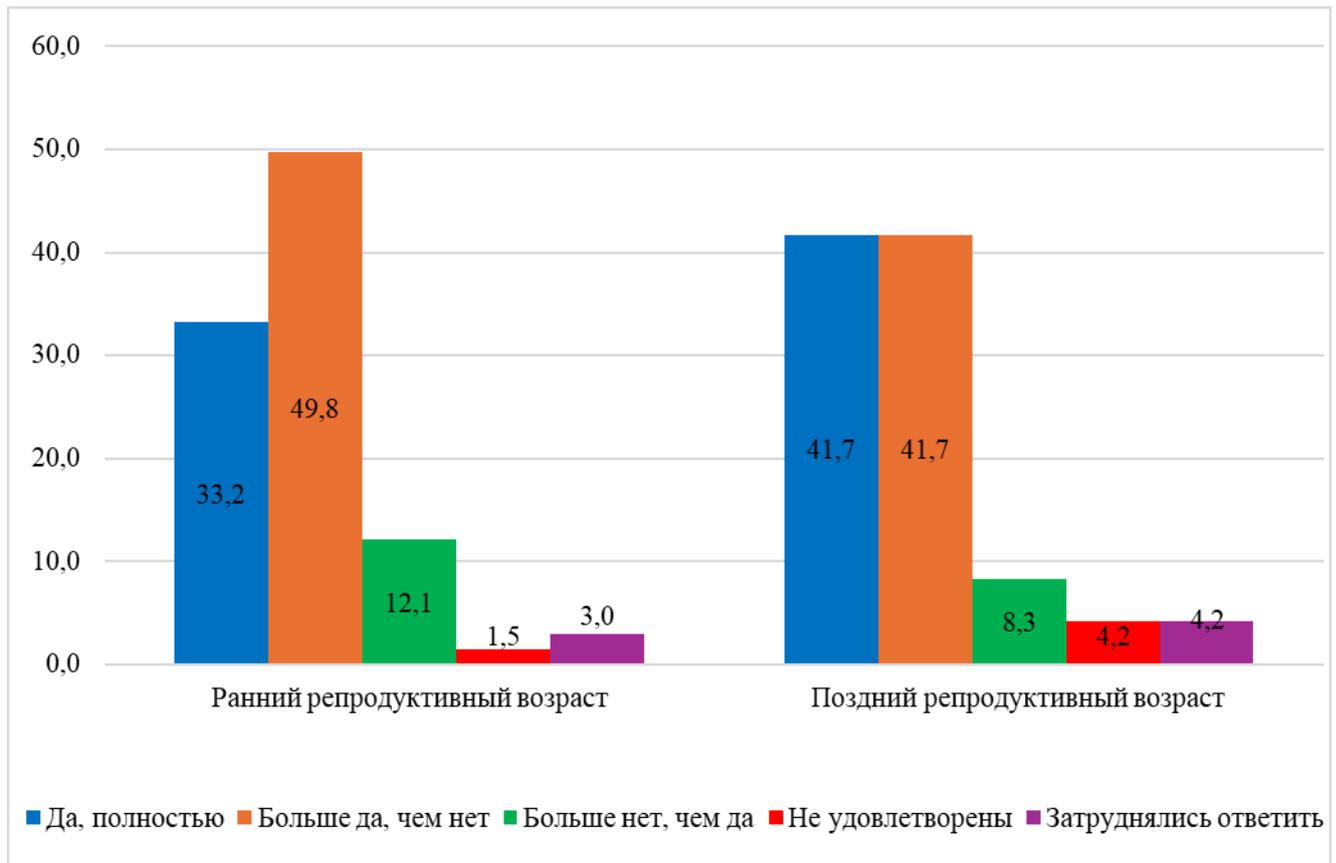


Рисунок 5.8 - Распределение беременных по удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи беременным в женских консультациях (в %)

Анкетирование показало, что 42,9% беременных оценили работу врача на четыре балла. Поставили отличную оценку 38,5% респонденток, удовлетворительную – 14,9% и на два и один балл оценили работу акушера-гинеколога по 1,8% женщин. Средний балл составил  $4,15 \pm 0,40$  баллов. Средний балл в группе беременных раннего репродуктивного возраста был  $4,10 \pm 0,05$  балла, позднего репродуктивного возраста -  $4,20 \pm 0,06$  балла ( $p > 0,05$ ). Таким образом, женщины позднего репродуктивного возраста оценивали работу врача акушера-гинеколога выше, чем раннего, поставив статистически больше удовлетворительных оценок (19,6% против 8,3%). Распределение беременных по оценке работы врачей и среднего медицинского персонала женских консультаций детально представлено в таблице 5.9.

Таблица 5.9 - Распределение беременных по оценке работы врачей и среднего медицинского персонала женских консультаций (в %)

Характеристика	Женщины 15-34 лет	Женщины 35-49 лет	Все женщины
Работы врачей			
Пять баллов	36,2	41,7	38,5
Четыре балла	40,8	45,8	42,9
Три балла	19,6 *	8,3 *	14,9
Два балла	3,0	-	1,8
Один балл	-	4,2	1,8
Итого	100,0	100,0	100,0
Средний балл	4,10±0,05	4,20±0,06	4,15±0,40
Работы среднего медицинского персонала			
Пять баллов	45,3 *	62,5 *	52,5
Четыре балла	42,3 *	25,0 *	35,0
Три балла	10,6	12,5	11,4
Два балла	1,5	-	0,9
Итого	100,0	100,0	100,0
Средний балл	4,32±0,04	4,50±0,05	4,39±0,03

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

Анкетирование выявило, что большинство беременных женщин оценивали работу среднего медицинского персонала на пять баллов (52,5%). При этом оценили на четыре балла 35,0% женщин, на три балла – 11,4% и на два балла - 0,9%. В среднем оценка работы медицинской сестры составила 4,39±0,03 балла. Средний балл в группе беременных раннего репродуктивного возраста составил 4,32±0,04 балла, позднего репродуктивного возраста - 4,50±0,05 балла ( $p < 0,05$ ). Сравнительная оценка выявила статистически значимые различия между оценками работы среднего медицинского персонала у женщин раннего и позднего репродуктивного возраста, оценивших их работу в четыре балла и в пять баллов ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, исследование показало, что в целом беременные раннего репродуктивного возраста были более требовательные в оценке работы женской консультации с беременными, как в оценке отдельных характеристик антенатальной охраны плода, так и в оценке работы медицинского персонала.

### 5.3. Организация работы с беременными в Школах материнства

Одним из аспектов работы женских консультаций по антенатальной охране плода является организация и проведение занятий с беременными в школах материнства [22, 107]. Она осуществляется в форме занятий, которые носят добровольный характер, а рекомендацию на их посещение дает врач акушер-гинеколог во время приема. Особенно актуальным обучение в Школах материнства является для первородящих и молодых матерей, так как во время занятий осуществляется психопрофилактическая подготовка к родам. Занятия в школе материнства ведет акушер-гинеколог, психолог, педиатр и специалист отдела социального страхования. Как правило во время прохождения обучения проводится теоретический курс занятий, включающий обсуждение анатомо-физиологических изменений в организме матери во время беременности; подготовку к поступлению в роддом; изучение течения родов, поведения во время и после них; выдачу рекомендаций по послеродовой контрацепции и др. Кроме того, в Школах материнства обязательно изучаются такие направления антенатальной охраны плода, как питание, режим и гигиена беременных. Отдельные занятия посвящены уходу за новорожденным, профилактическим прививкам и мерам социальной защиты в период беременности и после родов [173].

Полученные данные позволили установить, что большинство беременных женщин, проходящих обучение в школе материнства относились к возрастной группе 20-24 года – 31,4%. К возрастной группе 15-19 лет относились 12,8%, 25-29 лет - 22,5%, 30-34 года – 11,2%, 35-39 лет – 16,3%, 40-44 года – 5,8%. Таким образом, к беременным раннего репродуктивного возраста относились 77,9%, а средний возраст беременной женщины, проходящей обучение в школе материнства составил  $27,27 \pm 0,44$  года.

Установлено, что 47,3% респонденток проходили обучение в школе матерей на сроке беременности 18-21 неделя, 22,7% - на сроке 11-14 неделя и 30,0% - с 28 недели беременности. Полученные результаты исследования показали, что у большинства женщин данная беременность является первой – 55,8%, вторая

беременность 30,8%, третья – 13,4%. 60,7% женщин проходили медицинское обследование по рекомендации врача акушера-гинеколога перед наступлением беременности, остальные 39,3% - не проходили. Исследование показало, что 71,7% беременным было предложено пройти обучение в данной школе и лишь 52,3% посещали её регулярно. 28,3% женщин не получали предложение о её прохождении от врача акушера-гинеколога, из них попали в школу благодаря объявлению в регистратуре – 23,3% и по рекомендации – 5,0%. Лишь 19,9% мужей участвовали в подготовке рождению ребёнка и обучении уходу за ним, 80,1% - не участвовали.

Несмотря на то, что большинство женщин указали, что в школе материнства им предоставляли значительное количество информации, существенная часть беременных не считали ее достаточной и полноценной. Указали, что не получили информацию в полном объеме о питании во время беременности – 10,7%, об организации здорового образа жизни в семье (ЗОЖ) -17,7%, о профилактике нарушения здоровья родителей – 13,1% и о мероприятиях по оздоровлению будущих родителей – 38,2% (рисунок 5.9).

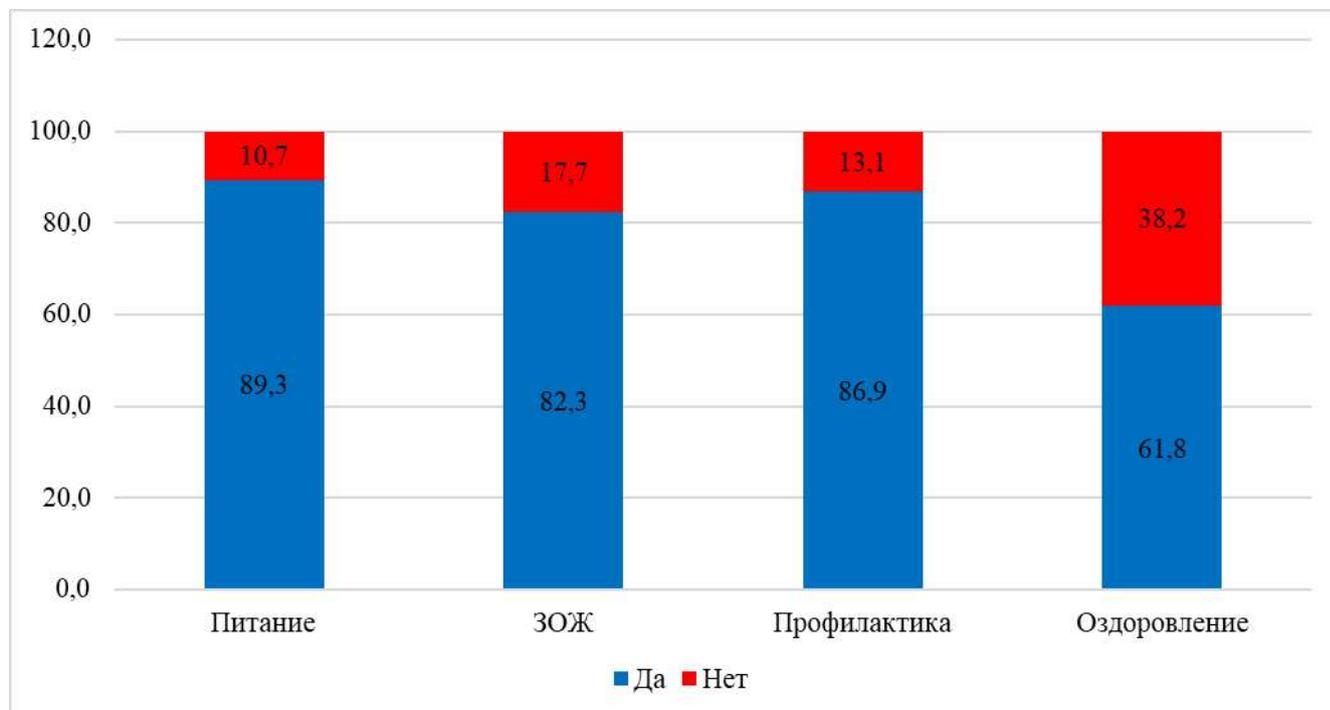


Рисунок 5.9 - Распределение беременных по оценке приобретения знаний о питании, ЗОЖ, профилактике нарушений и оздоровлении (в %)

Оценка результатов исследования выявила, что 26,6% беременных оценили занятия по психологической подготовке к будущим родам неудовлетворительно.

Анкетирование показало, что 57,4% будущих матерей считали, что они не приобрели достаточно знаний по навыкам ухода за новорожденным и, помимо материалов, которые были предоставлены на курсах, они дополнительно самостоятельно изучали данный вопрос. Выявлено, что 24,2% женщин не получили достаточных знаний о грудном вскармливании, а 28,5% - о вакцинопрофилактике ребенка на первом году жизни (рисунок 5.10).

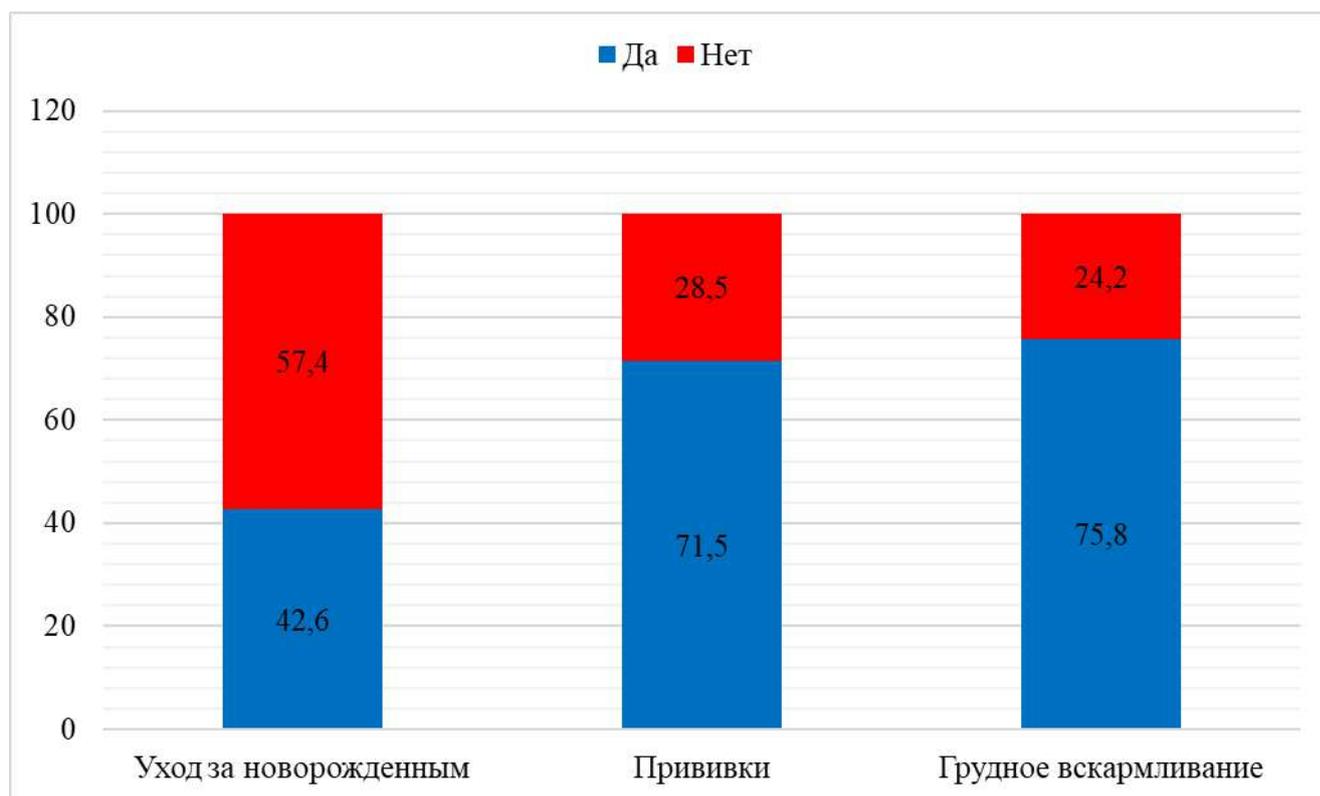


Рисунок 5.10 - Распределение беременных по оценке приобретения навыков ухода за новорожденным, грудному вскармливанию и прививкам (в %)

Анализ распределения беременных по освоению правил прикладывания груди и уходу за грудью кормящей женщины показал, что большинство матерей (69,9%) положительно относятся к грудному вскармливанию и знают об уходе за грудью во время лактации (59,7%). Однако, 30,1% женщин к прикладыванию груди имеют отрицательное отношение и не знают об уходе за грудью 40,3% (рисунок 5.11).

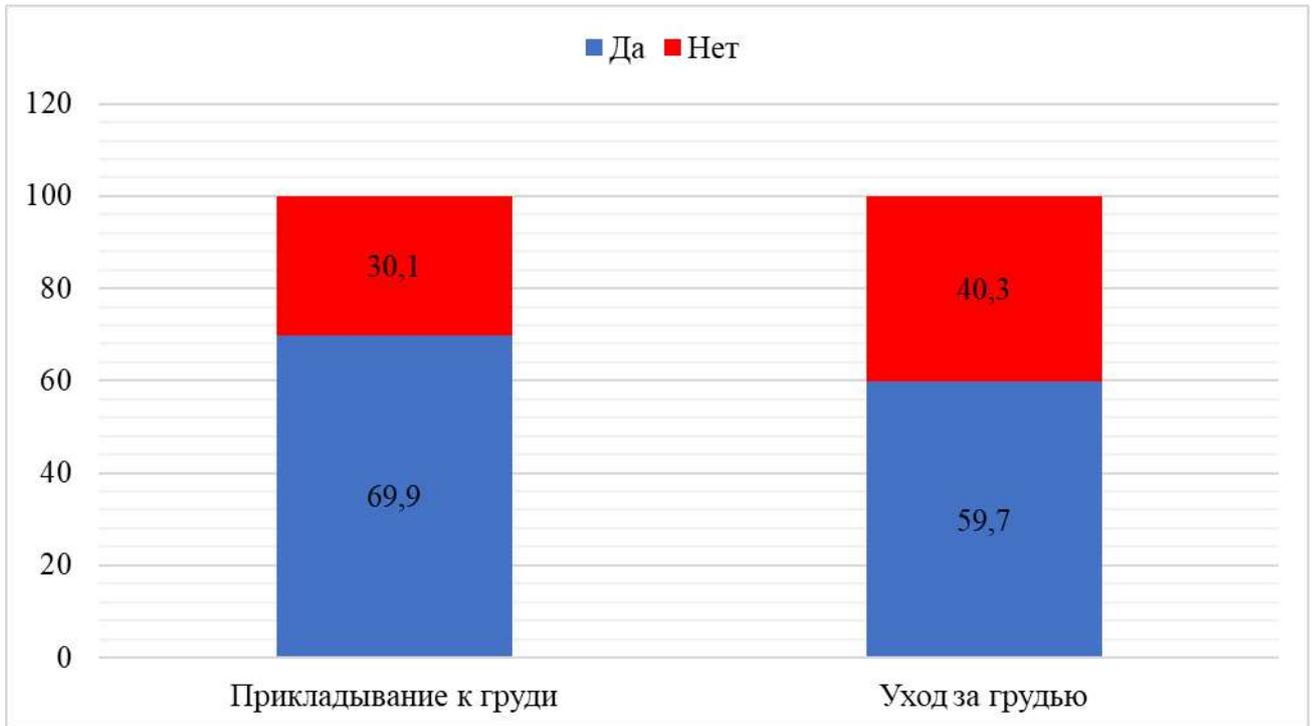


Рисунок 5.11 - Распределение беременных по оценке приобретения навыков к прикладыванию груди и её уходу (в %)

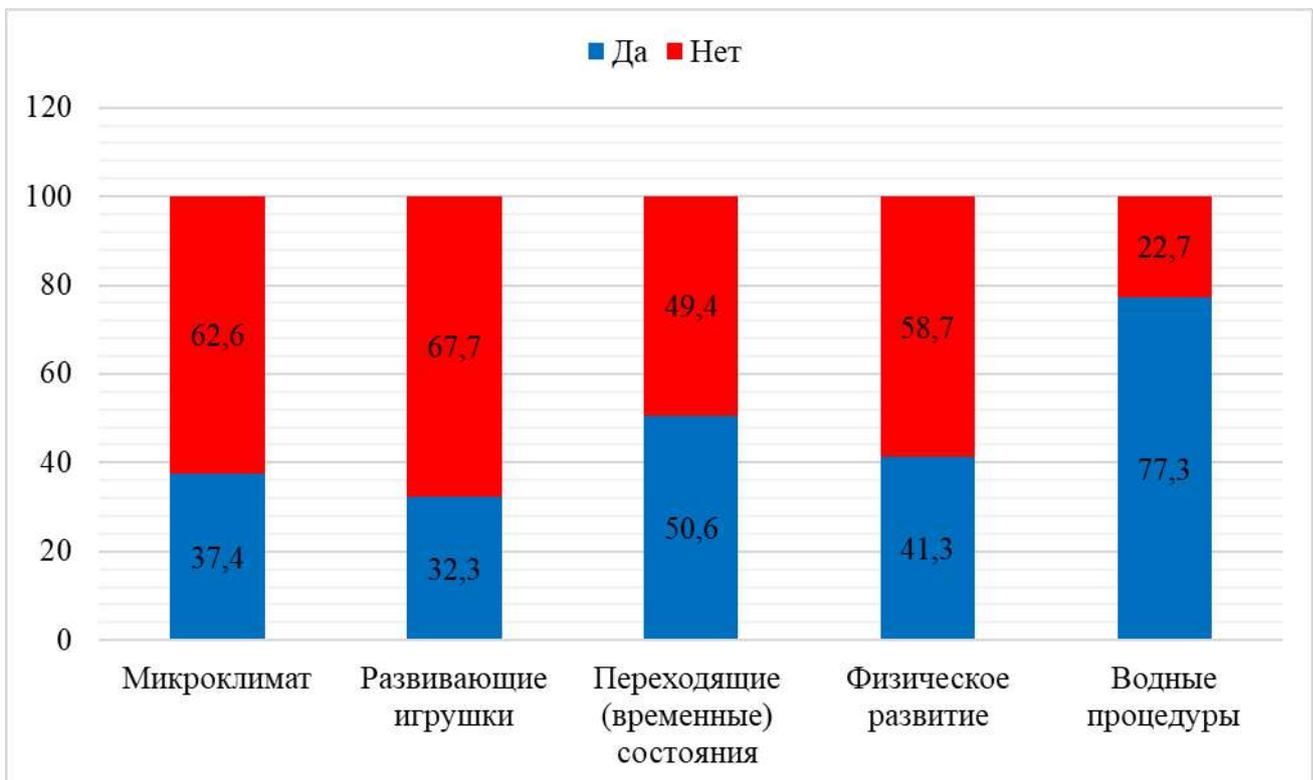


Рисунок 5.12 - Распределение беременных по осведомленности о микроклимате, о развивающих игрушках, о переходящих состояниях, о физическом развитии и о водных процедурах для ребёнка (в %)

62,6% женщин не были осведомлены о важности поддержания соответствующего микроклимата в доме, где воспитывается грудной ребенок, а

67,7% беременных не знали о необходимости соответствия развивающих игрушек определенному возрастному интервалу. Кроме того, 49,4% респонденток не имели представление о переходящих (временных) состояниях в первые недели жизни новорожденного (желтуха, покраснения кожи, потеря массы тела, родовая опухоль, плохая терморегуляция). Установлено, что 58,7% женщин не имели представления о физическом развитии грудничка, а 22,2% беременных не знали о важности водных процедур для ребёнка (рисунок 5.12).

Установлено, что 88,0% беременных посещавших школу матерей, считали эти курсы полезными и эффективными. Однако, 12,0% беременных указали, что предоставленная им информация не была достаточной и полноценной.

Анкетирование показало, что по мнению беременных, проходящих обучение в Школе материнства лучше всего, освещались вопросы грудного вскармливания (19,8%), на втором месте – массаж и гимнастика (17,4%), которые родители могут делать дома сами, на третьем месте – вопросы вакцинации ребенка (рисунок 5.13).

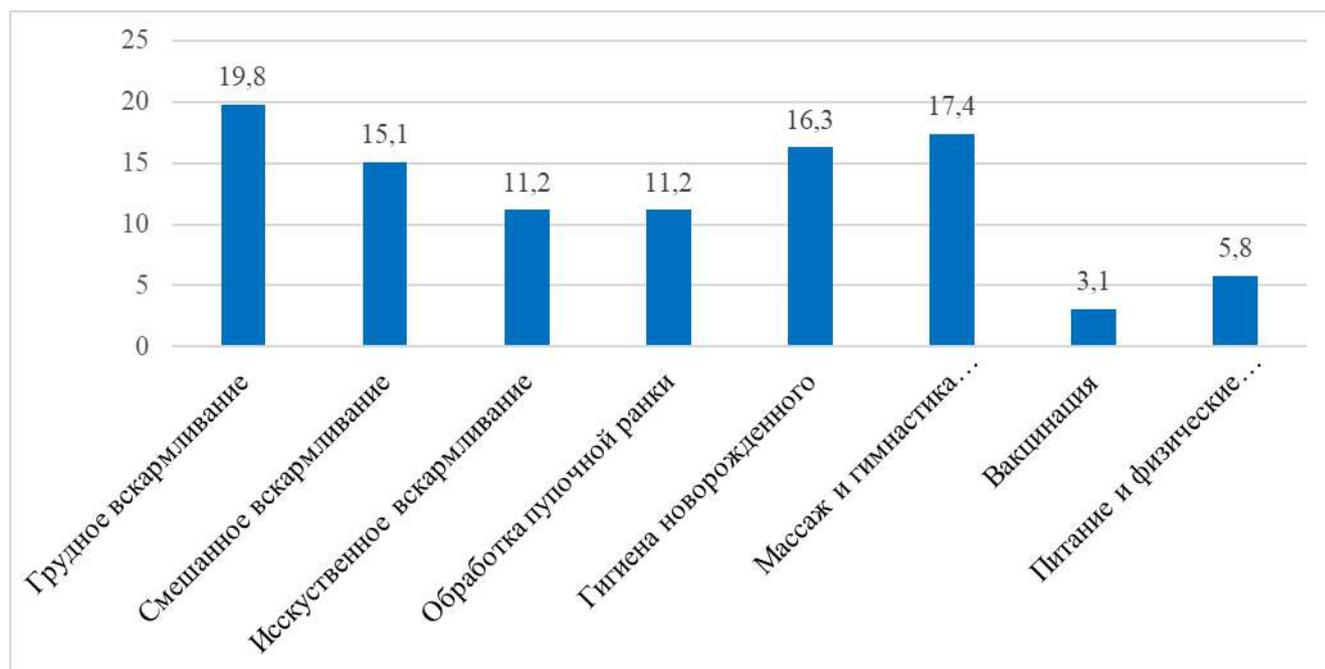


Рисунок 5.13 - Распределение беременных по оценке освещенности тем по 5-ти бальной шкале (в %)

Таким образом, установлено, что среди беременных, посещавших Школу материнства, большая часть (77,9%), относились к раннему репродуктивному возрасту (средний возраст  $27,27 \pm 0,44$  года), более половины были

первобеременными (55,8%). Большинство женщин проходили обучение на сроке беременности 11-21 неделя (70,0%) Исследование показало, что не было предложено пройти обучение в данной школе их акушером-гинекологом 28,2% беременным, не получили информацию в полном объеме о питании во время беременности – 10,7%, об организации ЗОЖ -17,7%, о профилактике нарушения здоровья молодых родителей – 13,1%, о мероприятиях по оздоровлению будущих родителей – 38,2%, о психологической подготовке к будущим родам - 26,6%, об уходе за новорожденным – 57,4%, о грудном вскармливании - 24,2%, о вакцинопрофилактике ребенка - 28,5%, об уходе за грудью во время лактации – 40,3%, о важности поддержания соответствующего микроклимата – 62,6%, о необходимости соответствия развивающих игрушек определенному возрасту – 67,7%, о переходящих состояниях в первые недели жизни новорожденного - 49,4%, о его физическом развитии - 58,7%, о важности для него водных процедур - 22,2%. Несмотря на то, что 52,3% беременных посещали школу материнства регулярно, в целом 82,0% беременных указали, что предоставленная им информация была достаточной и полноценной.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В России и ее федеральных округах снижение рождаемости происходит на фоне не только общего снижения удельного веса женщин фертильного возраста в половине округов, но и при изменении соотношения женщин в структуре репродуктивного возраста. Прослеживается снижение удельного веса женщин раннего репродуктивного возраста при ежегодных темпах роста доли женщин позднего репродуктивного возраста. В Санкт-Петербурге наблюдались самые высокие, в сравнении со всеми показателями по федеральным округам, темпы снижения коэффициента общей плодовитости (-24,0%) на фоне самых высоких темпов повышения удельного веса женщин позднего репродуктивного возраста (+11,9%).

Ежегодное снижение рождаемости, которое происходит в преобладающем большинстве регионов нашей страны, обуславливает необходимость не только сохранения, но и повышения состояния здоровья женщин и детей. Исследование показало, что показатели перинатальной смертности (7,26%), мертворождаемости (6,10‰) и антенатальной смертности (5,03‰) в мегаполисе превышали среднероссийский уровень и имели тенденцию к росту. Удельный вес антенатальной смертности в структуре перинатальной смертности (79,3%) в Санкт-Петербурге существенно превышал не только показатели по стране, но и по всем федеральным округам России, и за пять лет вырос на 8,9%. Удельный вес антенатальной смертности в структуре мертворождаемости превышал не только средний показатель по стране, но и в большинстве федеральных округов, включая СЗФО (94,4%) и имел тенденцию к росту (на 2,6%).

Заболеваемость женщин репродуктивного возраста Санкт-Петербурга XV классом болезней Беременность, роды и послеродовой период была ниже среднероссийских и среднеокружных значений и темпы ее снижения были выше, чем в целом по России и во всех ее округах (-25,2%). Исследование показало, что заболеваемость беременных артериальной гипертензией, средней тяжести и тяжелой преэклампсией, резус-иммунизацией и другими формами

изоиммунизации у беременных мегаполиса была выше средних по стране и округу значений. В то же время, частота угрозы прерывания беременности была практически на уровне среднероссийских значений, а частота угрозы преждевременных родов, а также родов, осложненных патологией пуповины, встречались реже, чем в среднем по стране и округу. При этом в мегаполисе статистически снижались артериальная гипертензия (-7,7%), преэклампсия средней тяжести и тяжелая (-50,3%), угроза прерывания беременности (-17,7%), угроза преждевременных родов (-11,2%), и частота родов, осложненных патологией пуповины (39,8%), и росла распространённость ревакцинации и других форм иммунизации у беременных (+38,3%). Заболеваемость новорожденных Санкт-Петербурга все изучаемые годы была значительно выше, чем в среднем в стране и в СЗФО (на 25,3% и 13,2% соответственно), а ее прирост за пять лет составил 24,0% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, в мегаполисе на фоне низких значениях заболеваемости женщин репродуктивного возраста наблюдались высокие показатели перинатальной смертности и заболеваемости новорождённых при довольно высоких показателях заболеваемости беременных отдельными формами заболеваний. Соответственно, прослеживается необходимость дальнейшего совершенствования системы оказания медицинской помощи матери и ребенку, одним из механизмов которого является повышение качества антенатальной охраны плода в женских консультациях.

Состояние здоровья ребенка во многом зависит от медико-социальных, наследственных, акушерских и перинатальных факторов риска. Поэтому оценка условий и образа жизни родителей, качества жизни и акушерского анамнеза матерей во время беременности во многом определяют ресурс здоровья их будущих детей. Анкетирование показало, что большинство беременных наблюдались в женской консультации (95,3%), жили в зарегистрированном браке (85,9%), относились к возрастной группе 30-39 лет (59,3%), как и их мужья (58,1%), это был их первый ребенок (52,3%). Они имели высшее образование (71,9%), относили себя к служащим бюджетных организаций или наемным работницам (52,7%), оценивали

свой доход, как средний или достаточно высокий (82,8%), не имели вредных привычек до и во время беременности (78,5% и 91,0% соответственно). Сравнительный анализ медико-социальной характеристики беременных основной и контрольной групп показал, что у беременных основной группы статистически значимо был выше удельный вес женщин старшего репродуктивного возраста (50,0% против 30,0%) при более высоком среднем возрасте в группе ( $33,19 \pm 0,51$  против  $31,30 \pm 0,46$ ), как и у их мужей ( $36,43 \pm 0,58$  года против  $34,35 \pm 0,60$ ), выше удельный вес семей со вторым ребёнком (41,3% против 23,1%) при меньшем среднем числе детей в семье ( $1,24 \pm 0,06$  против  $1,65 \pm 0,10$ ), выше удельный вес беременных с высшим образованием (79,4% против 64,6%), выше удельный вес наемных работников коммерческих структур и предпринимателей (42,1% против 29,2%) при более высоком удельном весе женщин с высоким уровнем дохода (50,1% против 30,8%), выше удельный вес в зарегистрированном браке (92,9% против 79,2%). Кроме того, у беременных основной группы до беременности было больше курящих (10,3% против 7,7%), но меньше употреблявших алкогольные напитки (6,3% против 16,9%), а во время беременности меньше, как курящих (7,7% против 0,8%), так и употреблявших алкогольные напитки (16,9% против 0,0%), как и курящих женщин.

Проведенная оценка показала, что у большинства беременных это была первая беременность (41%), у них преобладали дети мужского пола (52,7%) и беременность наступила естественным путем (90,6%). Большая часть женщин вставали на учет по беременности до 12 недель (88,3%) и 18,0% имели хирургические аборт в анамнезе. Выявлено, что делали аборт до 12 недель беременности 14,3% будущих матерей, аборт по медицинским показаниям - 12,5%, а самопроизвольные выкидыши наблюдались у 16,8% беременных. У 8,6% беременных женщин выявили заболевания плода в предыдущих беременностях, наибольшая доля из которых относилась к отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде (4,6%). В анамнезе имели хронические заболевания 38,3% женщин, наследственные заболевания - 3,1%, а их мужья - 7,8%, и у 84,4% отмечались заболевания во время беременности.

У женщин, вынашивающих ребенка с отклонениями в состоянии здоровья, выявляемость патологии в большинстве случаев была на сроках с 15 по 21 неделю беременности (93,7%), а в структуре патологии плода наиболее распространенными были отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (90,6%).

Сравнительный анализ акушерского анамнеза основной и контрольной группы показал, что у женщин, имевших патологию плода был выше удельный вес: плодов мужского пола (67,5% против 38,5%); первобеременных (44,6% против 37,3%); беременных вторым ребенком (27,7% против 21,4%); беременностей с применением ВРТ (11,9% против 6,9%); постановки на диспансерный учет в женской консультации после 12 недель беременности (15,1% против 8,5%); аборт хирургическим способом в анамнезе (23,0% против 13,1%); аборт сроком до 12 недель (16,2% против 11,8%); аборт по медицинским показаниям (14,3% против 10,7%); самопроизвольных аборт (24% против 10,0%); выкидышей на сроке до 12 недель беременности (17,3% против 10,0%); самопроизвольных аборт по неизвестным причинам (12,3% против 4,7%); самопроизвольных аборт по причине замершей беременности (8,0% против 2,3%); преждевременных родов в анамнезе (4,0% против 0,8%); преждевременных родов по причине отслойки плаценты и инфекции (2,2% против 0,0%); выявленной патологии плода в предыдущих беременностях (11,1% против 6,2%); ВПР в предыдущих беременностях (6,5% против 1,4%); заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ в данной беременности (16,6% против 2,3%); наследственных заболеваний у нее (3,2% против 3,1%); наследственных заболеваний у мужа (12,7% против 3,1%); осложнений во время данной беременности (88,8% против 80,0%); анемии во время беременности (49,2% против 34,6%).

Проведенное сравнительное исследование КЖ беременных, вынашивающих больного и здорового ребёнка, показало, что женщины с патологией плода по всем шкалам опросника SF-36 имели более низкие показатели, кроме показателя психического здоровья (70,8 против 67,8). Соответственно, они менее подвержены

депрессивным, тревожным переживаниям и психическому неблагополучию. В то же время статистически значимые различия выявлены только по шкалам ФФ (62,2 против 72,2) и РФФ (35,6 против 55,0), соответственно физическая активность беременной с патологией плода значительно ограничивается состоянием её здоровья, и повседневная деятельность женщины значительно ограничена физическим состоянием. Таким образом, врожденная патология ребёнка оказывает негативное влияние на все сферы жизни беременной женщины.

КЖ беременных женщин раннего репродуктивного возраста, вынашивающих ребёнка с ВПР, ниже, чем в группе беременных женщин, вынашивающих ребёнка без отклонений в состоянии здоровья. Но показатели ПЗ беременных женщин в основной и контрольной группах были практически равны (68,2 против 68,1). Статистические значимые различия в основной и контрольной группах были установлены между показателями РФФ (35,1 против 57,4) и РЭФ (57,0 против 70,0).

Анализ показателей КЖ беременных в возрасте 35-49 лет выявил, что в основной группе женщин были выше показатели Б (76,9 против 74,8), Ж (61,0 против 56,4), РЭФ (60,3 против 58,9) и ПЗ (73,5 против 67,0). А в контрольной группе беременных выше КЖ по показателям ФФ (69,6 против 57,7), РФФ (49,4 против 36,1), ОЗ (72,9 против 71,8) и СФ (75,3 против 72,6). Однако, различия были только между показателями КЖ женщин позднего репродуктивного возраста являются статистически значимы по шкалам ФФ (69,6 против 57,7) и ПЗ (73,5 против 67,0).

Дополнительно проанализировали показатели КЖ беременных в основной группе в зависимости от раннего и позднего репродуктивного возраста женщины. Показатели КЖ респонденток в группе беременных женщин, вынашивающих ребёнка с отклонениями в состоянии здоровья отличаются в зависимости от возраста. Проведенная оценка показателей в основной группе респонденток позволила установить, что у женщин раннего репродуктивного возраста ниже показатели КЖ по сравнению с женщинами 35-49 лет по шкалам РФФ (35,1 против 36,1), Б (71,9 против 76,9), Ж (52,2 против 61,0), СФ (67,6 против 72,6), ПЗ (68,2 против 73,5) и РЭФ (57,0 против 60,3). Однако, у женщин 15-35 лет выше

показатели КЖ по шкалам ФФ (66,6 против 57,7) и ОЗ (72,7 против 71,8). Статистически значимые различия установлены по шкалам ФФ (69,6 против 57,7) и Ж (73,5 против 67,0). Таким образом можно сделать вывод, что у женщин 35-49 лет вынашивающих ребенка с ВПР КЖ выше.

Проведенное исследование показало, что у беременных с патологией плода имелись факторы риска медико-социального характера, акушерского анамнеза и особенности качества жизни.

Для оценки деятельности амбулаторной акушерско-гинекологической службы по антенатальной охране плода был осуществлен анализ состояния кадрового обеспечения акушерско-гинекологической службы Санкт-Петербурга. В 2018-2021 гг. акушерско-гинекологическая служба мегаполиса при высоких показателях квалификации медицинских работников, с одной стороны, имела более высокую (49,1%), по сравнению с Россией и СЗФО, обеспеченность врачами, а с другой стороны, более низкую обеспеченность средним медицинским персоналом (33,6%). Однако, как в целом по стране, так и в СЗФО и мегаполисе, наблюдалась ежегодная отрицательная динамика снижения показателей обеспеченности и квалификации акушерско-гинекологической службы медицинскими кадрами на 8,7%, 5,6% и 6,1% соответственно. В то же время в 2018-2022 гг. вклад акушеров-гинекологов и акушерок Санкт-Петербурга в общее число врачей акушеров-гинекологов и акушерок СЗФО имел тенденцию к росту и составили 13,6% против 13,2% и 12,3% соответственно. Соответственно мегаполис имеет особенности ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической службы кадрами, что в значительной степени связано с особенностями организационной структуры его здравоохранения и федеральным значением города.

Объективная оценка показателей антенатальной охраны плода выявила, что показатели удельного веса женщин с ранней постановкой на учет по беременности и удельный вес беременных, осмотренных терапевтом, в женских консультациях Санкт-Петербурга в период 2018-2022 гг. находились на стабильно высоком уровне и существенно не отличались от среднероссийских значений, составляя в среднем 88,6% и 97,3% соответственно. В то же время удельный вес беременных,

осмотренных терапевтом до 12 недель, в мегаполисе был ниже среднероссийского уровня на 2,2% (85,8% против 87,7%). Показатели охвата беременных скрининговыми УЗИ были на уровне среднероссийских значений и за пять лет снизились на 2,4%, а охват биохимическим скринингом не только был выше средних по стране значений на 3,6%, но и оставался стабильно высоким весь период наблюдения. Удельный вес беременных, прошедших оценку антенатального развития плода в женских консультациях мегаполиса при сроках беременности 11-14 недель и 19-21 неделя, в среднем составлял 90,0% и 92,8% соответственно и в целом данные показатели выросли на 3,3% и 1,6%.

Частота выявляемости ВПР у плодов при скрининговых УЗИ была выше средних значений по стране на 16,2% и в 2022 г. к уровню 2018 г. выросла в 2,6 раз, а частота выявляемости беременных с отклонениями по результатам биохимического скрининга была ниже среднероссийских показателей на 41,2% и снизилась на 2,4%. Частота выявленных ВПР на первом УЗИ (в 11-14 недель) снизилась на 7,1%, частота выявляемости плодов с риском задержки роста плода – на 18,0% и удельного веса беременных с риском преждевременных родов – на 40,3% при этом удельный вес беременных, которым прервали беременность, и беременных с риском преэклампсии выросли на 16,7% и 31,9% соответственно.

Соответственно, высокие показатели ранней постановки на учет по беременности позволили повысить охват ультразвуковым и биохимическим скринингами на 11-14 неделях беременности, что дало возможность прерывать беременность по медицинским показаниям и выявлять риск преэклампсии на ее ранних сроках. Несмотря на то, что в мегаполисе частота выявляемости ВПР у плодов при всех скрининговых УЗИ была выше средних значений по стране на 16,2% и имела тенденцию к росту, по результатам первого УЗИ прослеживалось снижение выявляемости плодов с ВПР, задержкой роста плода и риском преждевременных родов на ранних сроках. Учитывая высокую заболеваемость новорождённых, данное обстоятельство указывает на необходимость повышения качества УЗИ на ранних сроках беременности.

Проведенная субъективная оценка антенатальной охраны плода выявила, что наибольший уровень удовлетворенность беременных был при оценке информации о приеме витаминов и микроэлементов во время беременности (85,7%), о физической активности в этот период (74,4%) и о режиме труда, сна и отдыха беременных женщин (71,8%). Наибольший уровень неудовлетворенности беременных был при оценке полученных рекомендаций по грудному вскармливанию: значении, подготовке, лактации, гипогалактии (20,2%), по питанию беременных и о физической активности во время беременности (по 17,5%) и по уходу за новорожденным в домашних условиях (16,6%). В то же время значительное количество женщин указали, что они не получили никаких рекомендаций. Наиболее часто беременные не получали рекомендации по уходу за новорожденным в домашних условиях (40,3%), по вскармливанию ребёнка (37,6%) и о подготовке и поведении в родах (33,3%).

Проведенная оценка деятельности вспомогательных служб, медицинского персонала женских консультаций и качества оказания медицинской помощи в них беременным выявила довольно высокий уровень удовлетворенности пациенток (79,7-94,6%). Установлено, что наибольшее число полностью или частично не удовлетворённых беременных было при оценке работы акушера-гинеколога и врачей-специалистов женской консультации (18,4% и 10,5% соответственно). Наиболее высокий уровень удовлетворенности был при оценке вспомогательных служб и среднего медицинского персонала женской консультации, так как были полностью или частично не удовлетворены 6,9% и 4,3% беременных соответственно. В целом беременные выше оценили работу среднего медицинского персонала, чем врачей ( $4,15 \pm 0,40$  баллов против  $4,39 \pm 0,03$  балла), поставив им больше отличных и хороших оценок.

Анкетирование беременных выявило, что в группе женщин раннего репродуктивного возраста, в сравнении с беременными позднего репродуктивного возраста, был ниже уровень удовлетворённости санитарно-просветительской работой врачей акушеров-гинекологов с беременными, рекомендациями по образу жизни во время беременности, по питанию, о влиянии стресса на здоровье

будущего ребёнка, о грудном вскармливании и по уходу за новорожденными в домашних условиях. Только информацию о режиме труда, сна и отдыха, полученную от акушеров-гинекологов, женщины позднего репродуктивного возраста оценили выше.

Несмотря на то, что в целом были полностью или частично не удовлетворены качеством оказания медицинской помощи беременным в женских консультациях 22,8% женщин, наиболее низко их работу оценили беременные раннего репродуктивного возраста. Кроме того, в сравнении с беременными 35-49 лет, они существенно ниже оценили работу акушера-гинеколога и среднего медицинского персонала женских консультаций, но выше работу вспомогательных служб и врачей-специалистов. Однако, беременные в возрасте 15-34 лет поставили более низкую балльную оценку работе, как врачей, так и среднего медицинского персонала.

Таким образом, исследование показало, что в целом беременные раннего репродуктивного возраста были более требовательные в оценке работы женской консультации с беременными, как в оценке отдельных характеристик антенатальной охраны плода, так и в оценке работы медицинского персонала

В ходе исследования была осуществлена оценка деятельности Школы материнства по работе с беременными, которая позволила установить, что среди беременных, ее посещавших большая часть (77,9%), относились к раннему репродуктивному возрасту (средний возраст  $27,27 \pm 0,44$  года), более половины были первобеременными (55,8%). Большинство женщин проходили обучение на сроке беременности 11-21 неделя (70,0%) Исследование показало, что не было предложено пройти обучение в данной школе их акушером-гинекологом 28,2% беременным, не получили информацию в полном объеме о питании во время беременности – 10,7%, об организации ЗОЖ -17,7%, о профилактике нарушения здоровья молодых родителей – 13,1%, о мероприятиях по оздоровлению будущих родителей – 38,2%, о психологической подготовке к будущим родам - 26,6%, об уходе за новорожденным – 57,4%, о грудном вскармливании - 24,2%, о вакцинопрофилактике ребенка - 28,5%, об уходе за грудью во время лактации –

40,3%, о важности поддержания соответствующего микроклимата – 62,6%, о необходимости соответствия развивающих игрушек определенному возрасту – 67,7%, о переходящих состояниях в первые недели жизни новорожденного - 49,4%, о его физическом развитии - 58,7%, о важности для него водных процедур - 22,2%. Несмотря на то, что 52,3% беременных посещали школу материнства регулярно, в целом 82,0% беременных указали, что предоставленная им информация была достаточной и полноценной.

## ВЫВОДЫ

1. В Санкт-Петербурге на фоне высоких темпов снижения коэффициента общей плодовитости (-24,0%) и повышения удельного веса женщин позднего репродуктивного возраста (+11,9%), показатели перинатальной смертности (7,26%), мертворождаемости (6,10‰) и антенатальной смертности (5,03‰) значительно превышали среднероссийский уровень и имели тенденцию к росту. Удельный вес антенатальной смертности, в структуре перинатальной смертности и мертворождаемости мегаполиса, существенно превышал показатели по стране и федеральным округам России и за пять лет вырос на 8,9% и 2,6% соответственно.

2. При низком уровне заболеваемости женщин репродуктивного возраста мегаполиса XV классом болезней «Беременность, роды и послеродовой период», заболеваемость беременных артериальной гипертензией, средней тяжести и тяжелой преэклампсией, резус-иммунизацией и другими формами изоиммунизации была выше средних значений, чем по стране и округу значений. Общее снижение заболеваемости беременных, рожениц и родильниц сопровождалось снижением распространённости большинства нозологических форм заболеваний беременных, за исключением резус-иммунизации и других форм изоиммунизации (+38,3%).

3. У беременных с патологией плода статистически чаще встречались факторы медико-социального и акушерского риска, среди которых возраст родителей старше 35 лет; высшее образование матерей; материальное благосостояние; наличие вредных привычек до и во время беременности; мужской пол ребёнка; наступление беременности с использованием ВРТ; постановка на учёт после 12 недель беременности; наличие наследственных и хронических заболеваний, аборт и преждевременных родов в анамнезе; ВПР в предыдущих беременностях; наличие осложнений во время беременности; анемии во время беременности.

4. Качество жизни беременных, вынашивающих ребенка с врожденными пороками развития, ниже по шкалам физического функционирования (62,2 против

72,2); ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (35,6 против 55,0); интенсивности боли (74,5 против 76,4); общего состояния здоровья (72,3 против 74,0); жизненной активности (56,6 против 56,9); социального функционирования (70,1 против 74,7); ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (58,9 против 66,4), а выше только показатели психического здоровья (70,8 против 67,8). Сравнительный анализ качества жизни выявил, что у женщин раннего репродуктивного возраста, имевших патологию плода, были выше только показатели физического функционирования и общего состояния здоровья, а по всем остальным они были ниже. Соответственно у женщин позднего репродуктивного возраста, вынашивающих ребенка с ВПР, качество жизни выше.

5. Акушерско-гинекологическая служба мегаполиса имела высокую обеспеченность врачами акушерами-гинекологами и низкую - средним медицинским персоналом. При более высоких показателях квалификации врачей-акушеров-гинекологов и акушерок, данные показатели наряду с показателями обеспеченности кадрами имели отчетливую тенденцию к снижению.

6. Высокие показатели ранней постановки на учет по беременности обеспечивали высокий охват беременных двухкратным ультразвуковым и биохимическим скринингом. Несмотря на то, что в мегаполисе частота выявляемости ВПР у плодов при всех скрининговых УЗИ была выше средних значений по стране на 16,2% и имела тенденцию к росту, по результатам первого УЗИ прослеживалось снижение выявляемости плодов с ВПР (-7,1%), задержки роста плода (-18,0%) и риска преждевременных родов (-40,3%). Учитывая высокую заболеваемость новорождённых, данное обстоятельство указывает на необходимость повышения качества УЗИ на ранних сроках беременности.

7. Более четверти беременных (26,3%) были полностью или частично не удовлетворены санитарно-просветительской работой врачей акушеров-гинекологов. Субъективная оценка антенатальной охраны плода выявила, что наибольший уровень неудовлетворенности был при оценке полученных рекомендаций по питанию беременных и их физической активности во время

беременности (по 17,5%), их образу жизни и его влиянию на здоровье будущего ребёнка (15,7%). В то же время значительное количество женщин указали, что они не получили никаких рекомендаций от врачей акушеров-гинекологов, среди которых наиболее часто были рекомендации по подготовке и поведению в родах (33,3%).

8. Рекомендации по обучению в Школе материнства от акушера-гинеколога не получили 28,2% беременных. В то же время только 52,3% женщин, проходивших обучение в данной школе, посещали ее регулярно. По мнению беременных, прошедших обучение, наименее информативными были консультации по оздоровлению будущих родителей – 38,2%, о психологической подготовке к будущим родам - 26,6%, об уходе за новорожденным – 57,4%, о грудном вскармливании - 24,2%, о вакцинопрофилактике ребенка - 28,5%, об уходе за грудью во время лактации – 40,3%, о важности поддержания соответствующего микроклимата – 62,6%, о необходимости соответствия развивающих игрушек определенному возрасту – 67,7%, о переходящих состояниях в первые недели жизни новорожденного - 49,4%, о его физическом развитии - 58,7%.

Таким образом, несмотря на довольно высокую объективную и субъективную оценку антенатальной охраны плода, в данном направлении деятельности в работе женских консультаций имелись существенные недостатки, что позволило разработать комплекс медико-организационных мероприятий по их улучшению.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения города Санкт-Петербурга:**

1. С целью снижения перинатальной смертности и заболеваемости детей предусмотреть повышение контроля за качеством оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, за преемственностью работы женской консультации с другими медицинскими организациями в системе антенатальной охраны плода.

2. Проведение проверок, касающихся вопросов полноты и своевременности оказания медицинской помощи беременным, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи установленным приказом МЗ РФ по профилю «Акушерство и гинекология» № 1130н от 20.10.2020 г.

3. С целью решения вопроса дефицита кадров среднего и врачебного медицинского персонала в женских консультациях разработать комплекс мер по привлечению к работе молодых специалистов.

4. Предусмотреть внедрение новых современных технологий диагностики и лечения беременных в практическую деятельность врачей.

5. Разработать единую концепцию, определяющую методологию проведения массовой профилактики для женщин в период беременности.

6. Разработать единую программу и методику обучения женщин в Школах материнства, для увеличения вовлечения беременных женщин в педагогический процесс с применением современных технологий.

7. С помощью проведения социологических опросов регулярно осуществлять контроль качества оказания акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях.

### **Главным врачам ЖК:**

1. Проводить регулярное обучение и повышение квалификации врачей акушер-гинекологов и врачей ультразвуковой диагностики по вопросам

антенатальной профилактики нарушений здоровья и развития будущего ребенка с использованием цифровых технологий в медицине.

2. Повышать качество и информационную привлекательность программ занятий с беременными в женских консультациях в системе антенатальной охраны плода за счет улучшения доступности предоставляемой информации и широкого применения практических навыков с применением современных методов визуализации.

3. Внедрение в работу женских консультаций комплекса медико-профилактических мер в системе антенатальной охраны плода, включающего программу сопровождения беременных соответствующей информацией и памятками для беременных женщин, способствует повышению уровня информированности пациенток о влиянии их образа жизни на здоровье будущего ребенка; о режиме труда, сна и отдыха беременной; о питании беременной; о влиянии стресса на здоровье будущего ребёнка; о физической активности во время беременности; о подготовке и поведении в родах; о грудном вскармливании: значении, подготовке, лактации, гипогалактии; по уходу за новорожденным в домашних условиях; по приему витаминов и микроэлементов во время беременности.

4. Регулярно проводить социологические опросы беременных с целью оценки уровня организации антенатальной охраны плода и деятельности Школы материнства.

#### **Врачам медицинских организаций:**

1. Регулярно проходить обучение для повышения квалификации и коммуникаций, в том числе с использованием цифровых технологий в медицине.

2. Постоянно совершенствовать профилактическую и санитарно-просветительскую работу с беременными и их партнерами за счет их широкого привлечения к обучению в школе материнства.

3. Использовать исследования качества жизни как дополнительный метод оценки состояния женщин во время беременности.

4. Проводить работу по увеличению охвата женщин прегравидарной подготовкой для своевременного устранения факторов риска развития осложнений беременности.

5. Повышать контроль за обучением или предоставлением необходимой информации будущим родителям в Школах материнства по следующим направлениям: о питании во время беременности, об организации ЗОЖ, о профилактике нарушения здоровья молодых родителей, о мероприятиях по оздоровлению будущих родителей, о психологической подготовке к будущим родам, об уходе за новорожденным, об уходе за грудью во время лактации, о важности поддержания соответствующего микроклимата, о необходимости соответствия развивающих игрушек определенному возрасту, о переходящих состояниях в первые недели жизни новорожденного, о его физическом развитии, о важности для него водных процедур.

6. С целью ориентации на здоровое материнство начинать профилактическую и санитарно-просветительскую работу с молодыми женщинами с первого приема в женской консультации.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

Перспективой дальнейшей разработки темы диссертационной работы является изучение организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, как в субъектах, входящих в состав СЗФО, так и в регионах, относящихся к другим федеральным округам Российской Федерации, а также проведение сравнительной оценки полученных результатов исследования с показателями антенатальной охраны плода среди постоянного и не постоянного населения мегаполиса и в городских и сельских населенных пунктах СЗФО.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Б - интенсивность боли

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

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

ВРТ- вспомогательные репродуктивные технологии

ДФО – Дальневосточный федеральный округ

Ж - жизненная активность

ЗОЖ – здоровый образ жизни

КДО – консультативно-диагностическое отделение

КЖ - качество жизни

ОЗ - общее состояние здоровья

ПЗ - психическое здоровье

ПФО – Приволжский федеральный округ

Росстат - Федеральная служба государственной статистики

РФ – Российская Федерация

РФФ - ролевое функционирование, обусловленные физическим состоянием

РЭФ - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием

СЗФО – Северо-Западный федеральный округ

СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ

СМИ - средство массовой информации.

СПБ – Санкт-Петербург

СФ - социальное функционирование

СФО – Сибирский федеральный округ

УЗИ - ультразвуковое исследование

УФО – Уральский федеральный округ

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

ФЗ - федеральный закон

ФФ - физическое функционирование

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

Минздрава России

ЦФО – Центральный федеральный округ

ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение

ЮФО – Южный федеральный округ

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаркова, Л.А. Акушерство. Антенатальная охрана плода (учебное пособие) / Л.А. Агаркова, Н.А. Габитова, И.Ю. Бухарина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 9. – С. 22-23;
2. Адриановская, Т.Л. История развития правового регулирования труда женщин / Т.Л. Адриановская, К. Забулова // Аграрное и земельное право. 2020. № 6 (186). С. 131-133.
3. Айламазян, Э.К. Организация акушерской и неонатологической помощи в Российской Федерации. Акушерство. Национальное руководство. / Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинский, В.И. Кулаков, Г.М. Савельева // М.: ГЭОТАР Медиа; 2013. С. 1200.
4. Алеев, И.А. Акушерство / И.А. Алеев, С.В. Апресян, Ч.Г. Гагаев, З.Л. Гончаревская, О.К. Доронина и др. // учебник / (3-е издание, переработанное и дополненное) Москва, 2022. С. 1056.
5. Альбицкий, В.Ю. Охрана материнства и младенчества в Российской империи и ее роль в становлении советской системы охраны здоровья детей / В.Ю. Альбицкий, Г.Л. Маркитичан, С.А. Шер // История медицины 2018. Т.5. № 2. С 113-112.
6. Андропова, Н.В. Патология плаценты при хромосомных аномалиях у плода / Н.В. Андропова, Н.В. Зарецкая, З.С. Ходжаева и др. // Акушерство и гинекология. 2014. № 3. С. 4-8.
7. Антенатальная охрана плода в условиях женской консультации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fb.ru/article/206676/antenatalnaya-ohrana-ploda-v-usloviyah-jenskoj-konsultatsii>
8. Антонов, А.Н. Охрана материнства и младенчества на Западе / Журнал для усовершенствования врачей. 1924; (6). С. 8-40.
9. Аранович, И.Ю. Социально-психологические аспекты оказания помощи беременным женщинам в условиях женской консультации / И.Ю.

Аранович // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. Т. 7. № 3. С. 617-618.

10. Ахматова, А.Н. Гинекология / А.Н. Ахматова, Ч.Г. Гагаев, А.С. Гаспаров, Е.Д. Дубинская и др. // Учебник / (2-е изд., перераб. и доп.) Москва, 2022. С. 494.

11. Баклушина, Е.К. Влияние перинатальных факторов риска на развитие плода и здоровье новорожденных. / Е.К. Баклушина, И.Е. Бобошко, А.В. Балакирева // Вестник Ивановской медицинской академии. 2014; 19(1): 48—51.

12. Баклушина, Е.К. Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей / А.В. Балакирева, Е.К. Баклушина, Л.А. Жданова // Методические рекомендации. Иваново. 2016; С. 110.

13. Баклушина, Е.К. Организационные аспекты профилактического консультирования беременных женщин в условиях первичного звена здравоохранения / Е.К. Баклушина, А.В. Балакирева // Вестник Ивановской медицинской академии. 2015; 20(4). С.15—20.

14. Балакирева, А.В. Анализ нормативно-правовой базы РФ по антенатальной охране здоровья детей и пути ее оптимизации / А.В. Балакирева, Е.К. Баклушина, И.Е. Бобошко // Вестник Ивановской медицинской академии. 2012; 17(2). С. 5—8.

15. Балакирева, А.В. Анализ профилактического консультирования беременных женщин в условиях первичного звена здравоохранения / А.В. Балакирева // Здоровье населения и среда обитания - ЗНиСО. 2015. № 9 (270). С. 4-8.

16. Балакирева, А.В. Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных женщин в системе антенатальной охраны здоровья детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А.В. Балакирева. - Москва, 2017. С. 25.

17. Балакирева, А.В. Организация профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей / А.В. Балакирева,

Е.К. Баклушина, Л.А. Жданова и др. // Российский педиатрический журнал. 2017. Т. 20. № 1. С. 23-29.

18. Бантьева, М.Н. Научное обоснование мероприятий по оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи и её нормативного обеспечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / М.Н. Бантьева. -Москва, 2011

19. Басалова, Ю.В. Некоторые аспекты охраны здоровья беременных на примере отдельных показателей работы женской консультации за 2019-2021 годы / Ю.В. Басалова, М.Н. Гоголева, А.А. Гринева, А.И. Матич // В сборнике: Мечниковские чтения-2023. Сборник материалов конференции. 96-я Всероссийская научно-практическая конференция студенческого научного общества с международным участием. Санкт-Петербург, 2023. С. 386-387.

20. Беженарь, В.Ф. Мертворождение: предпосылки и факторы риска / В.Ф. Беженарь, Л.А. Иванова, Э.К. Айламазян // Акушерство, гинекология и репродукция. 2020. Т. 14. № 5. С. 634-643.

21. Бейбутова, А.М. Деятельность женских консультаций по охране прав женщин: медико-социальный и правовой аспекты / Евразийский юридический журнал. 2015. № 10 (89). С. 187-189.

22. Беляева, Н.А. Оценка знаний, кормящих матерей в вопросах грудного вскармливания до и после занятий в школе материнства / Н.А. Беляева, О.С. Панина, Ю.В. Черненко // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. Т. 10. № 1. С. 108-110.

23. Бобошко А.В. Эффективные формы антенатальной охраны здоровья плода / А.В. Бобошко, Г.Н. Нуждина // В сборнике: Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека. Материалы V Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. 2019. С. 223-225.

24. Бондарчук, С.В. Принципы и методы исследования качества жизни в медицине / С.В. Бондарчук, Т.И. Ионова, В.И. Один и др. // учебное пособие для

врачей-специалистов, клинических ординаторов, слушателей циклов повышения квалификации и профессиональной подготовки. Санкт-Петербург, 2020. С. 102.

25. Бравая, Р.М. Охрана материнства и младенчества на Западе и в СССР: Исторический очерк / д-р Р. М. Бравая. - [Москва]: Гос. мед. изд-во, 1929. – С. 261.

26. Вартапетова, Н.В. Научное обоснование, разработка и внедрение организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на современном этапе: автореф. дис. ... док. мед. наук: 14.02.03 / Н.В. Вартапетова. - Москва, 2011

27. Ветров В.В. Диспансеризация беременных при осложнённой монохориальной диамниотической двойне / В.В. Ветров, Д.О. Иванов, В.А. Резник, Л.А. Романова, Л.В. Курдынко // В книге: Тезисы IX Общероссийского конференц-марафона «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» и II Научно-практической конференции «Педиатрия XXI века: новые парадигмы в современных реалиях». Москва, 2023. С. 16-17.

28. Ветров, В.В. Исходы гестации при различных вариантах помощи беременным с резус-иммунизацией / В.В. Ветров, Д.О. Иванов, В.А. Резник и др. // Педиатр. 2023. Т. 14. № 2. С. 5-16.

29. Воробей, Л.И. Антенатальная охрана плода у беременных с отягощенным акушерским анамнезом на фоне нейроэндокринных нарушений / Л.И. Воробей, Р.Р. Ткачук // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2017. Т. 7. № 3. С. 351-366.

30. Воронов, Г.Г. Проблема рационального использования лекарственных средств / Г.Г. Воронов, Ю.А. // Пищенко Охрана материнства и детства. 2006. № 2 (8). С. 13-20.

31. Всемирная организация здравоохранения. «Cooperation and coordination to improve maternal and infant health in the Russian Federation» 2021. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/europe/news/item/31-07-2020-cooperation-and-coordination-to-improve-maternal-and-infant-health-in-the-russian-federation>

32. Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества. Краткий отчет о деятельности Всероссийского попечительства об охране материнства и младенчества. - Петроград, 1915-1917. – С. 22.
33. Гинзбург, Б.С. Охрана материнства и младенчества. / Б.С. Гинзбург // Под ред. В.П. Лебедевой. М.: Издательство ОММ НКЗ; 1927. С. 54.
34. Глушкова С.И. Право на охрану здоровья: актуальные вопросы соблюдения и защиты / С.И. Глушкова, Е.Ю. Гордеева, К.Э. Мартынов // Вестник Гуманитарного университета. 2019. № 2 (25). С. 62-76.
35. Гмошинская, М.В. Различные формы организации работы с беременными / М.В. Гмошинская, И.В. Алешина, Н.В. Буланова // В книге: Тезисы XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии». Москва, 2022. С. 24.
36. Гончаров, Д.А. Социально-медицинские аспекты перинатального образования в школах материнства / Д.А. Гончаров, Л.В. Солохина, И.А. Блощинская // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 4. С. 106-109.
37. Горбунова, О. В. Антенатальная охрана плода (клиническая лекция) / О.В. Горбунова, Н.А. Ермолович, А.О. Висоцкий, И.В. Ярова, Е.В. Пузанова // Украинский журнал Здоровье женщины. 2021. 1(157). С. 47-68.
38. Гранатович, Н.Н. Региональные аспекты мертворождаемости / Н.Н. Гранатович, О.Г. Фролова // Вестник новых медицинских технологий. 2018. Т. 25. №3. С. 223- 226.
39. Губерт, В.О. Капля молока (Goutte de lait), как благотворительно-гигиеническая организация и участие в ней городских аптек / В.О. Губерт, прив.-доц. Имп. Воен.-мед. акад., зав. С.-Петербур. гор. приютом для преждевременно родившихся детей. - Санкт-Петербург: тип. П.П. Сойкина, 1904. – С. 13.
40. Гуляева, Т.Б. Особенности правовой охраны материнства и детства в конце XIX начале XX века в Германии и Франции / Т.Б. Гуляева, Л.В. Гнетова, А. А. Карпукова // Право и государство: теория и практика. 2023. № 11(227). С. 102-104.

41. Денисова, Ю.В. Перинатальная смертность неустановленной (неясной) этиологии: проблемы и пути решения / Ю.В. Денисова, Л.С. Александров, А.И. Ищенко и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2022. Т. 21. № 4. С. 99-115.
42. Дервянко, Х.П. Качество жизни беременных женщин, страдающих головными болями напряжения / Х.П. Дервянко, А.Ф. Исмагилова // Российский журнал боли. 2016. № 2 (50). С. 106-107.
43. Доброхотова, Ю.Э. Комплексная прегравидарная подготовка - реальный путь улучшения перинатальных исходов / Ю.Э. Доброхотова, Л.С. Джохадзе // Проблемы репродукции. 2019. Т. 25. № 6. С. 38-43.
44. Дударева, В.А. Становление системы охраны детства как социального института государства в России: медико-демографические аспекты (обзор литературы) / В.А. Дударева // Забайкальский медицинский вестник. 2017. № 4. С. 174-187.
45. Дьяченко, Т.С. Контроль качества диспансерного наблюдения беременных с использованием автоматизированной информационной системы / Т.С. Дьяченко, В.В. Иваненко, О.С. Емельянова // Медицина и организация здравоохранения. 2017. Т. 2. № 3. С. 22-26.
46. Егорышева, И.В. Проблема детской смертности в России в трудах русских врачей и ученых (XVIII - начало XX ВЕКА) / И.В. Егорышева // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. № 4. С. 53-5
47. Емельяненко, Е.С. Инновационные технологии в пренатальной диагностике: мнение врачей и пациентов / Е.С. Емельяненко, А.А. Исаев, Е.Е. Письменная и др. // Доктор. Ру. — 2017. — № 9 (138). — С. 38-43
48. Енина, М.А. Женская консультация как первичное звено здравоохранения / М.А. Енина, М.А. Мироненко, А.А. Сапрыкина, и др. // В сборнике: Молодой исследователь: вызовы и перспективы. сборник статей по материалам С международной научно-практической конференции. 2018. С. 109-113.

49. Елифанова, А.К. Организационные факторы прегравидарной подготовки в условиях территориальной женской консультации / А.К. Елифанова // В сборнике: к 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области. Гродно, 2019. С. 394-398.

50. Жданова, Л.А. Организация антенатальной охраны плода и профилактическая работа с новорожденными в поликлинике: учебное пособие / Л. А. Жданова, Г. Н. Нуждина, Л. К. Молькова, И. Е. Бобошко, и др. // – Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. – 102 с.

51. 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.

52. Заступова, А.А. Медико-социальная характеристика семей новорожденного / А.А. Заступова, //Forcipe. 2021. Т. 4. № S2. С. 54-55.

53. Заступова, А.А. Некоторые результаты оценки показателей, характеризующих деятельность акушерской службы / А.А. Заступова // Forcipe. 2023. Т. 6. № S1. С. 243-244.

54. Заступова, А.А. Нормативно-правовые основы антенатальной охраны плода в российской федерации / А.А. Заступова // В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Под редакцией Н.И. Вишнякова. Санкт-Петербург, 2023. С. 253-258.

55. Захаров, И.С. Влияние физической активности на качество жизни беременных / И.С. Захаров, А.А. Шмидт, Е.Ю. Сатушкина, и др. // Известия Российской военно-медицинской академии. 2023. Т. 42. № 2. С. 131-139.

56. Захарова, И.Н. История грудного вскармливания: что препятствовало естественному способу питания младенцев от древних времен до современности? / И.Н. Захарова, И.М. Османов, Е.Б. Мачнева, И.В. Бережная и др. // Медицинский совет. 2018. № 11. С. 18-26.

57. Захарова, Л.И. Антенатальная охрана плода при угрозе преждевременных родов и внутриутробного инфицирования: региональные

проблемы / Захарова Л.И. // В сборнике: Совершенствование специализированной медицинской помощи детям. Материалы научно-практической конференции, посвященной 95-летию педиатрической службы СОКБ им. М.И. Калинина и 90-летию кафедры детских болезней СамГМУ. Под редакцией С.А. Вдовенко. 2011. С. 34-38.

58. Золотых, И.В. Исследование качества жизни у женщин в III триместре физиологически протекающей беременности / И.В. Золотых, А.Н. Налобина, Л.В. Желиостова // Мать и дитя в Кузбассе. 2015. № 2 (61). С. 28-33.

59. Зырянова, И.А. Особенности течения беременности у женщин в городской женской консультации / И.А. Зырянова, Е.А. Иноземцева, Е.В. Мерабишвили // Проблемы современной науки и инновации. 2023. № 3. С. 83-85.

60. 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.

61. 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, О.И. Сергиенко, А.А. Заступова // Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 3. С. 4-11.

62. Иванов, Д.О. База данных «Медико-социальная характеристика беременных Санкт-Петербурга, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» / 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.

63. Иванов, Д.О. Служба охраны матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2021 году / Д.О. Иванов, В.И. Орел, Р.А. Насыров, В.Г. Пузырев и др. // Учебно-методическое пособие / Санкт-Петербург, 2022.

64. Иванов, Д.О. Сравнительная оценка показателей смертности и летальности новорожденных на региональном уровне / Д.О. Иванов, В.К. Юрьев, Ю.В. Петренко и др. // Общественное здоровье. 2021; 1(4): 34-48.

65. Иглина, Н.Г. Влияние различных факторов на протекание беременности и состояния здоровья новорожденных детей / Н.Г. Иглина, С.С. Косолап // Валеология. – 2006. – № 1. – С. 28–31.

66. Ионова, Т.И. Показатели качества жизни новорожденных / Т.И. Ионова, А.А. Заступова, К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 1. С. 21-31.

67. Исайкина, А.Н. Программы охраны материнства и детства при администрации Клинтон: цели и результаты / А.Н. Исайкина // Социально-гуманитарные знания. 2013. № 4. С. 355-360.

68. Калашников, К.Н. Проблемы дефицита медицинских кадров в сельских территориях / К.Н. Калашников, Т.Н. Лихачева // Вопросы территориального развития. 2017. № 2 (37). С. 6.

69. Ковалёва, М.Д. «Школа материнства» как место пересечения медицины, психологии, социальной работы и андрагогики / М.Д. Ковалёва, Н.В. Деларю // В сборнике: интеграционные процессы в науке в современных условиях. сборник статей Международной научно-практической конференции: в 3 частях. 2017. С. 135-137.

70. Колганова, Е.В. Зарождение системы охраны материнства и младенчества в России в начале XX в / Колганова Е.В. // Вестник Московского университета. Серия 8: История. 2011. № 6. С. 37-50.

71. Кононова Т.А. Психологическое сопровождение несовершеннолетних беременных в ситуации репродуктивного выбора (трехэтапная модель консультирования) / Кононова Т.А., Гурьева Н.А., Смирнова В.И., Разгуляева Д.Н., Резник В.А., Исаева И.Р. // Учебно-методическое пособие / Санкт-Петербург, 2022.

72. Конституция Российской Федерации" (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/10103000/>.

73. Конюс, Э.М. Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917-1940) [Текст]: По материалам орг. и науч. съездов / Э. М.

Конюс, д-р мед. наук; под ред. В. П. Лебедевой и Г. Н. Сперанского. - Москва: Центр. ин-т усовершенствования врачей, 1954. С.404.

74. Коротова, С.В. Современный взгляд на проблему антенатальной гибели плода / С.В. Коротова, И.Б. Фаткуллина, Л.С. Намжилова и др. // Сибирский медицинский журнал. 2014. Т. 130. № 7. С. 5-10.

75. Кривчик, Г.В. Прегравидарная подготовка женщин после позднего индуцированного аборта при врожденных пороках развития плода / Г.В. Кривчик, Е.Н. Кравченко, Л.В. Куклина, Е.В. Коломбет // Мать и дитя в Кузбассе. 2020. № 2 (81). С. 26-31.

76. Кузина, О.А. К проблеме курения при беременности / О.А. Кузина, Ю.С. Щетинина, Е.А. Зинченко // Теория и практика актуальных исследований. 2016. № 11. С. 119-126.

77. Кузнецова, А.И. Оптимизация антенатальной охраны здоровья плода / А.И. Кузнецова, В.О. Атьман, А.В. Бобошко, И.Е. Бобошко // В сборнике: Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека. XII областной фестиваль «молодые ученые - развитию ивановской области»: межрегиональная научная конференция студентов и молодых ученых с международным участием. Министерство здравоохранения РФ; Ивановская государственная медицинская академия. 2016. С. 245-247.

78. Кузнецова, Ю.В. Оценка факторов риска преждевременных родов и роль среднего медицинского персонала в выхаживании недоношенных детей / Ю.В. Кузнецова, А.А. Заступова, О.В. Лисовский, И.А. Лисица, Б.А. Селиханов, Н.В. Гецко // Медицина и организация здравоохранения. 2021. Т. 6. № 4. С. 42-50.

79. Купина, А.Д. Прегравидарная подготовка, беременность и роды, особенности течения послеродового периода при рассеянном склерозе (обзор литературы) / А.Д. Купина, Ю.А. Петров // Гинекология. 2020. Т. 22. № 2. С. 30-34.

80. Курдынко, Л.В. Опыт ведения беременных с новой коронавирусной инфекцией / Л.В. Курдынко, В.В. Ветров, Д.О. Иванов и др. // Forcüre. 2022. Т. 5. № S2. С. 291.

81. Кушнарченко, А.В. Некоторые правовые аспекты в решении проблемы дефицита медицинских кадров в малых городах и сельской местности / А.В. Кушнарченко, Е.А. Старжинская // Интернаука. 2020. № 8-1 (137). С. 20-21.

82. Лазарева, С.И. Организация городских попечительств - новый этап в развитии городского общественного призрения на дальнем востоке (вторая половина XIX - начало XX в.) / С.И. Лазарева // Россия и АТР. 2010. № 1 (67). С. 5-13.

83. Маймерова, Г.Ш. Антенатальная гибель плода: факторы риска и анализ / Г.Ш. Маймерова, А.М. Макенжан уулу и др. // Бюллетень науки и практики. 2023. Т. 9. № 12. С. 246-250.

84. Макаров, О.В. Организация акушерско-гинекологической помощи в РФ. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007: 9–10

85. Макогон, С.И. Антенатальные факторы риска ретинопатии недоношенных (обзор литературы) / С.И. Макогон, Н.В. Горбачева, Ю.С. Хлопкова // Российская педиатрическая офтальмология. 2022. Т. 17. № 4. С. 49-59.

86. Малова, М.А. Совершенствование пренатальной диагностики на региональном уровне: начало пути / М.А. Малова, О.И. Гусева // Медицинский альманах. 2014. № 5 (35). С. 54-56.

87. Матейкович, Е.А. Дефекты амбулаторной медицинской помощи в структуре акушерских случаев с неблагоприятными исходами родовспоможения имеют высокую частоту. Акушерство и гинекология. Акушерство и гинекология. 2020; 1: 163–8.

88. Микиртичан, Г.Л. Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества: преемственность идей (к 100-летию со дня основания) / Г.Л. Микиртичан // Педиатр. 2013. Т. 4. № 3. С. 130-137.

89. Микиртичан, Г.Л. К 100-летию со дня основания всероссийского попечительства об охране материнства и младенчества / Г.Л. Микиртичан // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2014. № 1. С. 260-274.

90. Микиртичан, Г.Л. Развитие идей всероссийского попечительства об охране материнства и младенчества в советской педиатрии (к 100-летию со дня основания) / Г.Л. Микиртичан // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2013. № S1. С. 137-139.

91. Мицюк, Н.А. История материнства в России на страницах зарубежной (англоязычной) историографии / Н.А. Мицюк // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. Т. 17. № 4. С. 162-177.

92. Мицюк, Н.А. Социальные эксперименты и поиск оптимальных путей в формировании нового института родительства в 1900-1930-е гг. / Н.А. Мицюк, Н.Л. Пушкарева // История повседневности. 2023. № 1 (25). С. 96-116.

93. Мицюк, Н.А. Тандем "сознательной матери" и врача: зарождение педиатрического патронажа над грудными детьми в России на рубеже XIX-XX вв. / Н.А. Мицюк // Женщина в российском обществе. 2015. № 2 (75). С. 90-104.

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

95. Моисеева, К.Е. Оценка антропометрических параметров детей, умерших в перинатальном периоде / К.Е. Моисеева, Д.О. Иванов, В.К. Юрьев и др. // Вопросы современной педиатрии. 2023. Т. 22. № 1. С. 31-43.

96. Моисеева, К.Е. Оценка антропометрических показателей детей, умерших в перинатальный период / К.Е. Моисеева, К.Г. Шевцова, Е.Н. Березкина // В книге: Тезисы XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраргументы» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраргументы неонатальной медицины и педиатрии». Москва, 2022. С. 116-118.

97. Моисеева, К.Е. Пациентоориентированный подход в оказании медицинской помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах /

К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, А.А. Заступова и др. // В сборнике: Профилактическая медицина-2022. сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией А.В. Мельцера, И.Ш. Якубовой. Санкт-Петербург, 2022. С. 186-191.

98. 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.

99. Моисеева, К.Е. Сравнительная оценка медико-социальной характеристики пациенток акушерских стационаров / К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, А.В. Алексеева, Ш.Д. Харбедия и др. // В сборнике: Профилактическая медицина-2022. сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией А.В. Мельцера, И.Ш. Якубовой. Санкт-Петербург, 2022. С. 192-197.

100. Моисеева, К.Е. Влияние осложненных родов на здоровье новорожденных / К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, А.В. Алексеева и др. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. № 2. С. 845-869.

101. 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.

102. Моисеева, К.Е. Отклонение массы тела при рождении как фактор риска для здоровья ребенка / К.Е. Моисеева, Д.О. Иванов, В.К. Юрьев, А.В. Алексеева, К.Г. Шевцова, Ш.Д. Харбедия, А.А. Заступова, В.В. Данилова // Социальные аспекты здоровья населения. 2023. Т. 69. № 2.

103. Моисеева, К.Е. Оценка антропометрических параметров детей, умерших в перинатальном периоде / К.Е. Моисеева, Д.О. Иванов, В.К. Юрьев и др. // Вопросы современной педиатрии. 2023. Т. 22. № 1. С. 31-43.

104. Моисеева, К.Е. Формирование, современное состояние и основные проблемы организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в России / К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, А.В. Алексеева и др. // Медицина и организация здравоохранения. 2022; 7(2): 89-99.

105. Мочалова, М.Н. Перинатальная смертность: пути снижения и профилактика на современном этапе / М.Н. Мочалова, В.А. Мудров // Забайкальский медицинский вестник. 2018. № 3. С. 46-55.
106. Мурашева, Ю.А. Акушерка женской консультации - помощник беременной / Ю.А. Мурашева, В.П. Карташев // В сборнике: Проблемы современных интеграционных процессов и пути их решения. сборник статей Международной научно-практической конференции. 2018. С. 184-189.
107. Ненашева, И.В. Школа материнства для беременных / И.В. Ненашева, Н.А. Воробьева // Медицинская сестра. 2011. № 5. С. 16-17.
108. Нечунаева, А.Н. Анализ частоты выявления врожденных пороков развития у плода за последние 3 года / А.Н. Нечунаева, Е.А. Ботоева, Л.М. Жовтун // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2020. № 1. С. 75-82
109. Николаева, А.Е. Преэклампсия. Возможности прогнозирования / А.Е. Николаева, И.А. Кайка, Е.Ю. Юабова, и др. // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. 2017. № 1. С. 8-11.
110. Нимгирова, А.С. Основные показатели деятельности женской консультации / А.С. Нимгирова, А.А. Ромахова, Н.Ф. Водовская // Международный научно-исследовательский журнал. 2021. № 5-2 (107). С. 112-115.
111. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова // Сер. Медицина XXI века. (2-е издание) Москва, 2007. С 315.
112. Ноговицына, А.Н. Этапы пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода в республике саха (Якутия) / А.Н. Ноговицына, А.Л. Сухомясова, Л.В. Готовцева, и др. // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2016. № 1 (02). С. 14-25.
113. Нуженкова, М.В. Совершенствование профилактической работы в женской консультации / М. В. Нуженкова, А. В. Балакирева, И. Е. Бобошко // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2015. – № 1 (59). – С. 90–92

114. Обоскалова, Т. А. Ведение нормальной беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе: учеб. пособие / Т. А. Обоскалова, Е. В., Кудрявцева М. В. Коваль и др. // Екатеринбург: УГМУ, 2022. – 128 с.

115. Оленев, А.С. Преэклампсия как угрожающее жизни состояние / А.С. Оленев, В.А. Новикова, В.Е. Радзинский // Акушерство и гинекология. 2020. № 3. С. 48-57.

116. Оразов, М.Р. Репродуктивные потери при эндометриозе. принципы постабортной контрацепции и реабилитации / М.Р. Оразов, В.Е. Радзинский, Е.Д. Долгов и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2023. Т. 22. № 2. С. 103-108.

117. Орел, В.И. Необходимость комплексного подхода к сопровождению несовершеннолетних беременных / В.И. Орел, М.Ф. Ипполитова, А.В. Ким, и др. // Российский педиатрический журнал. 2022. Т. 3. № 1. С. 225.

118. Орел, В.И. Заболеваемость детского населения Санкт-Петербурга / В.И. Орел, А.В. Ким, Н.А. Гурьева и др. // Детская медицина Северо-Запада. 2018. Т. 7. № 1. С. 241-242.

119. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2018 году. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2019.

120. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2019 году. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2020.

121. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2020 году. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2021.

122. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2021 году. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2022.

123. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2022 году. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2023.

124. Острогорский, С.А. Деятельность К.А. Раухфуса по охране материнства и младенчества / С.А. Острогорский // Охрана материнства и младенчества. — 1916. — № 1. — С. 27.

125. Персианинов, Л. С., Антенатальная охрана плода / Л. С. Персианинов, М. С. Малиновский // Управление печати исполкома Моссовета – Москва., 1968- С. 130-135

126. Перцева, Г.М. Иммунологический конфликт по резус-фактору во время беременности. Прошлое и настоящее / Г.М. Перцева, А.А. Борщева, И.В. Ищенко, Т.М. Гулько // Главврач Юга России. – 2016. – № 3 (50). – С. 15-17.

127. Петренко, Ю.В. Особенности строения плаценты при беременности у женщин с ожирением / Ю.В. Петренко, Д.О. Иванов, В.О. Полякова, В.П. Новикова и др. // Forcipe. 2023. Т. 6. № S1. С. 472-473.

128. Петрова, О.В. Опыт работы женской консультации по профилактике фетального алкогольного синдрома / О.В. Петрова, Е.Н. Овсянникова, С.Н. Горячкина // Управление качеством медицинской помощи. 2013. № 1. С. 32-36.

129. Подсвинова, Е.В. Особенности антенатальной охраны плода и оказания профилактической помощи беременным в г. Белгороде / Е.В. Подсвинова, Т.А. Романова, М.М. Гурова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2014. № 24-1 (195). С. 85-88.

130. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 г. №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71848440/>.

131. Приказ №306н от 27.03.2017 г. «Об утверждении профессионального стандарта "Врач-педиатр участковый» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71658254/>.

132. Приказ №662 от 14.09.2006г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/4183792/>.

133. Приказ Минздрава РФ от 20.11.2002 г. №350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/4002176/>

134. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 244 от 30.03.06 г. «Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4082497/>.

135. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.04. 2007 г. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084667/>.

136. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2007 г. №307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084665/>.

137. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70195856/>.

138. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/74840123/>.

139. Приказ Министерство Здравоохранения Российской Федерации от 27. 04.2021 г. №404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого

населения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/401314440/>.

140. Просоедова, Н.С. Анализ факторов, влияющих на точность результатов материнского биохимического скрининга / Н.С. Просоедова, А.Г. Трошина // Известия Тульского государственного университета. Технические науки. — 2016. — № 2. — С. 227-235.

141. Пустотина, О.А. Прегравидарная подготовка / О.А. Пустотина // Медицинский совет. 2017. № 13. С. 64-70.

142. Радзинский, В.Е. / Возможность оздоровления женщин с избыточной массой тела и ожирением на этапе прегравидарной подготовки В.Е. Радзинский, А.В. Соловьева, В.М. Кулешов, и др. // Акушерство и гинекология. 2023. № 1. С. 83-90.

143. Радзинский, В.Е. Акушерские и перинатальные осложнения у юных первородящих / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, И.А. Чакчурина, А.А. Оразмурадова // Доктор. Ру. 2019. № 7 (162). С. 6-11.

144. Радзинский, В.Е. Беременность и роды у женщин с железодефицитной анемией легкой степени, выявленной в I триместре / В.Е. Радзинский, А.В. Соловьева, Е.Ю. Алейникова и др. // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. 2021. Т. 9. № S3 (33). С. 6-13.

145. Радзинский, В.Е. Женская консультация / В.Е. Радзинский, А.А. Олина, М.Р. Оразов и др. // Руководство / (4-е издание, переработанное и дополненное) Москва, 2021. С. 576.

146. Радзинский, В.Е. Прегравидарная подготовка: доказанная польза. эссенциальные микронутриенты в составе поливитаминовых комплексов В.Е. //Радзинский, А.В. Соловьёва, О.А. Кузнецова, Т.В. Смирнова // Доктор.Ру. 2020. Т. 19. № 6. С. 30-35.

147. Растегаева, И. Н. История и дальнейшие перспективы развития диспансеризации беременных и родильниц на фоне общего развития диспансеризации в Российской Федерации / И. Н. Растегаева, С. М. Головина //

Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2012.

148. Раухфус, К.А. Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества / К. Раухфус. - Санкт-Петербург: Гос. тип., 1914. – С. 15.

149. Редина, О.О. Роль женской консультации в охране репродуктивного здоровья женщин и антенатальной охране плода / О.О. Редина, П.В. Пехота // В книге: Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты. XIII Всероссийская (87-я Итоговая) студенческая научная конференция СНО с международным участием, посвященная празднованию 100-летия СамГМУ. Сборник материалов. Под редакцией Г.П. Котельникова, В.А. Куркина, В.А. Калинина. 2019. С. 389-390.

150. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. 2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://whodc.mednet.ru/en/main-publications/zdorove-materi-i-rebenka/profilaktika-i-lechenie-oslozhnenij-beremennosti-i-rodov/3639.html>

151. Рекомендации ВОЗ: Оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/14/9789244504840\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/14/9789244504840_rus.pdf?ua=1)

152. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения в 2018 году. Часть I. Медицинские кадры. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2019.

153. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения в 2019 году. Часть I. Медицинские кадры. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2020.

154. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения в 2020 году. Часть I. Медицинские кадры. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2021.

155. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения в 2021 году. Часть I. Медицинские кадры. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2022.
156. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения в 2022 году. Часть I. Медицинские кадры. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2023.
157. Савельева, Г.М. Прегравидарная подготовка у больных с бесплодием и неэффективностью экстракорпорального оплодотворения в анамнезе / Г.М. Савельева, А.Г. Конопляников, Е.В. Гергерт и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2019. Т. 19. № 5. С. 43-51.
158. Сажина Н.С. Социальная политика в отношении материнства и детства в первые годы советской власти / Н.С. Сажина // Вестник Брянского государственного университета. 2013. № 2. С. 91-94.
159. Самоварова, Т.В. Анализ заболеваемости беременных женщин: статистический подход / Т.В. Самоварова // Заметки ученого. 2021. № 13. С. 134-137.
160. Сентябова, М.В. Женские консультации в системе охраны материнского здоровья в Красноярском крае в 1950-1960-х гг. / М.В. Сентябова // В сборнике: Иркутский историко-экономический ежегодник: 2023. Сборник статей. Иркутск, 2023. С. 350-360.
161. Сергиенко, О.И. Оценка организации медицинской помощи беременным с пороками развития плода. / О.И. Сергиенко, А.А. Заступова, Ш.Д. Харбедия // Forcipe. 2023. Т. 6. № S1. С. 560-561.
162. Серова, О.Ф. Анализ перинатальных исходов при очень ранних преждевременных родах / О.Ф. Серова, И.В. Чернигова, Л.В. Седаев, Н.В. Шутикова // Акушерство и гинекология. 2015. № 4. С. 32-36.
163. Смирнова, А.В. Основные показатели работы с беременными в женской консультации / А.В. Смирнова, О.А. Корягина, Н.Г. Воронова // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2022. № 1 (47). С. 65-67

164. Соколова О.А. Динамика личностных характеристик женщины в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка / О.А. Соколова, Е.А. Сергиенко // Психол. журн. – 2007. – Т. 28, № 6. – С. 69-81.

165. Соколовская, Т.А. Динамика соматической заболеваемости женщин, осложняющей течение родов / Т.А. Соколовская, М.Н. Бантьева // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. Т. 68. № 1.

166. Соловьева, Е.А. К вопросу оптимизации организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи / Е.А. Соловьева // Оренбургский медицинский вестник. 2014. Т. II. № 2 (6). С. 66-69.

167. Стародубов, В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / В.И. Стародубов, О.П. Щепин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 г. - 619 с.

168. Тараненко, И.В. Оценка факторов, влияющих на качество жизни беременных женщин и родильниц в период новой коронавирусной инфекции / И.В. Тараненко, А.В. Любимова, С.В. Рищук // Проблемы медицинской микологии. 2021. Т. 23. № 2. С. 147.

169. Ткаченко, Л.В. Особенности комплексной прегравидарной подготовки женщин с привычным невынашиванием беременности инфекционного генеза / Л.В. Ткаченко, Н.А. Линченко, М.В. Андреева, Е.П. Шевцова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2022. Т. 19. № 1. С. 129-132.

170. Ткаченко, Л.В. Прегравидарная подготовка как основной метод профилактики неразвивающейся беременности / Л.В. Ткаченко, Т.И. Костенко, Т.В. Складановская, Е.А. Хомич // Гинекология. 2018. Т. 20. № 4. С. 45-47.

171. Труфанов, Г. Е. УЗИ аномалий плода: [руководство для врачей] / Г.Е. Труфанов, В.В. Рязанов, Д.О. Иванов и др. // Ин-т перинатологии и педиатрии Федер. центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова. – СПб.: Элби-СПб, 2013. – С. 127.

172. Туманова, В.А. Медико-социальные аспекты профилактики антенатальных потерь: Автореф. дис. ... д-ра мед. Наук: 14.00.01 / В.А. Туманова. – Москва, 2005. – 38 с.

173. Тусюк, А.Ю. Школа матери - формирование здоровья будущего ребенка / А.Ю. Тусюк, О.В. Евгенова, А.Б. Шибайкина, Г.А. Яровикова // Медицина в Кузбассе. 2005. Т. 4. № 2. С. 52-54.

174. Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 года № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71684480/>.

175. Указ Президента РФ от 22.11.2023 г. №875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/408052277/>.

176. Фадеева, Н.Л. Медико-социальная работа в перинатальных центрах и женских консультациях: на примере исследования города Петрозаводска / Н.Л. Фадеева, А.О. Колмык // *Studia Humanitatis Borealis*. 2023. № 2 (27). С. 39-44.

177. Фатеева, Н.Б. Привлечение персонала в условиях высокой потребности в здравоохранении / Н.Б. Фатеева, Н.А. Алимарданова, Л.Н. Петрова и др. // *Право и управление*. 2023. № 12. С. 506-509.

178. Федеральный закон № 326 от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12180688/>.

179. Федеральный закон № 52 от 30.03.99 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12115118/>.

180. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12191967/>.

181. Федынский, С.И. К вопросу об охране материнства, младенчества и раннего детства в Германии. Направление её развития и некоторые выводы / С.И.

Федынский // Доклад, читанный в Обществе детских врачей в марте 1922 г. С. 8—86.

182. Ходжаева, З.С. Преэклампсия. эклампсия. отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде / З.С. Ходжаева, Р.Г. Шмаков, Г.М. Савельева и др. // Клинические рекомендации / Москва, 2021. С.79.

183. Хоменко, В. А. Антенатальная гибель плода: чем отличаются такие беременности / В.А. Хоменко, О.А. Безуглая, И.А. Могилевкина // Таврический медико-биологический вестник. 2012;15(2-2):201-203.

184. Цивьян, Б.Л. Работа женских консультаций Санкт-Петербурга глазами врачей-акушеров-гинекологов / В сборнике: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы II Международной научно-практической конференции. 2013. С. 368-371.

185. Черниченко, И.И. Оказание помощи женщинам с нарушениями лактации при обеспечении естественного грудного вскармливания / И.И. Черниченко, Я.Л. Геращенко // Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4. № 5. С. 597-598.

186. Чижова, Ж.Г. Влияние образа жизни и состояния здоровья молодых женщин на развитие потомства / Ж.Г. Чижова, Н.М. Никонорова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 4. – С. 24-27.

187. Чучалина, Л.Ю. Совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. / Л.Ю. Чучалина. – Москва, 2019. С.25.

188. Шабалов, Н.П. Перинатология / Н.П. Шабалов, А.А. Шмидт, Д.И. Гайворонских и др. // Учебник для студентов медицинских вузов для курсантов и студентов, обучающихся по программам специалитета "Лечебное дело", Педиатрия" / Санкт-Петербург, 2020. С. 206.

189. Шалаев, В.А. Состояние гемостаза у беременных группы «высокого риска» / В.А. Шалаев, А.В. Леонтьева, Я.Б. Бейкин // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. № 3 (49). С. 110-111.

190. Шевцова, К.Г. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у детей периода новорожденности / К.Г. Шевцова, Е.Н. Березкина, А.А. Заступова // В книге: Тезисы XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии». Москва, 2022. С. 138-140.

191. Шейман, И.М. Диспансеризация населения: ожидания и реальность / И.М. Шейман, С.В. Шишкин, В.И. Шевский и др. // Мир России. Социология. Этнология. 2021. Т. 30. № 4. С. 6-29.

192. Шер, С.А. Охрана здоровья детей в странах Европы и США в начале XX века / С.А. Шер, Т.В. Яковлева // Российский педиатрический журнал. 2017. Т. 20. № 6. С. 382-384.

193. Шерман, А.Я. О работе акушерско-терапевтическо-педиатрического комплекса (АТПК) / А.Я. Шерман, А.В. Пузынин, М.В. Баймлер // Вестник Челябинской областной клинической больницы. 2014. № 3 (26). С. 70-72.

194. Шибанов, С.Э. Влияние качества окружающей среды на врожденные пороки развития новорожденных в Крыму / С.Э. Шибанов // Приднепровский научный вестник. 2023. Т. 2. № 3. С. 67-70.

195. Шибанова, Е.К. Применение трехуровневой системы оказания медицинской помощи по охране здоровья женщин и детей в деятельности органов исполнительной власти (на примере Челябинской области)/ Е.К. Шибанова, И.С. Селихов // Научный ежегодник Центра анализа и прогнозирования. – 2018. – № 2. – С. 261-263.

196. Шишкина, М. А. Актуальные задачи в области охраны здоровья матери и ребенка в северных регионах России / М. А. Шишкина // Россия: тенденции и перспективы развития - 2017. С. 601- 603.

197. Шмаков, Р.Г. Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. акушерская тромбоземболия / Р.Г. Шмаков, А.В. Пырегов, Т.В. Вавилова и др. // Клинические рекомендации. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем O22/O87/O88. Возрастная группа: взрослые/дети / Москва, 2021. С. 81.

198. Щеголев, А.И. Влияние курения на развитие поражений плаценты /А.И. Щеголев, У.Н. Туманова, О.Д. Мишнёв // Гинекология. 2018. Т. 20. № 2. С. 34-40.

199. Щепин, О.П. Задачи диспансеризации в охране здоровья беременных женщин / О. П. Щепин, И. Н. Растегаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 2. – С. 3–6.

200. Щепин, О.П. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости населения / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23. № 1. С. 3-7.

201. Юрьев, В.К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000; 4: С.3–5.

202. Юрьев, В.К. Организация акушерско-гинекологической помощи населению России / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко // Учебно-методическое пособие для обучающихся в магистратуре по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение». Санкт-Петербург, 2023. С. 1- 43.

203. Юрьев, В.К. Основы общественного здоровья и здравоохранения / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко // Учебник для студентов, ординаторов, аспирантов и преподавателей стоматологических факультетов, слушателей системы дополнительного и послевузовского профессионального образования. Санкт-Петербург, 2019. С 1- 271.

204. Юрьев, В.К. Руководство к практическим занятиям по изучению заболеваемости населения: учебник / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко, Ш.Д. Харбедия. - СПб.: Сотис-Мед, 2018. - 586 с.

205. Яковлева, Т.В. Механизмы формирования единой профилактической среды в Российской Федерации / Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, В.Ю. Альбицкий // Российский педиатрический журнал. – 2015. - Т.18. - №3. – С. 28-31.

206. Ясакова, А.Р. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения / А.Р. Ясакова, Е.В. Шестакова // Проблемы современной науки и образования. - 2017. – Т.120. – № 38. - С. 26-30.

207. Agustina, S.A. Description of premarital health status in pregnancy preparation / S.A. Agustina, L. Barokah, D. Zolekhah // Midwifery and Nursing Research. 2022. Т. 4. № 1. С. 17-22.

208. Altgauzen, N.F. Some German institutions in the fight against child mortality. — Report on the meeting of the Society of pediatricians in Moscow on October 15, 1908. М.: Printing house of the magazine «Practical Medicine»; 1909. (in Russian).7; 20(6): с. 382- 384.

209. Annuaire sanitaire international, 1927 (Troisieme annee). Rapports sur les Progress realises dans le domaine de l'Hygiene publique en Vingtsept pays en 1926. / Geneve. 1927; С. 8-47.

210. Artymuk, N.V. Perinatal outcomes in pregnant women with covid-19 in Siberia and the Russian far east / N.V. Artymuk, M.N. Surina, T.E. Belokrinitskaya, N.I. Frolova, O.S. Filippov // Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2021. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33530804/>

211. Ayele, A. Unintended Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care Unit in Public Health Facilities of Dire Dawa City, Eastern Ethiopia, 2021 / A. Ayele, N. Abdurashid, B. Tefera // Obstetrics and Gynecology International. 2023. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37701415/>

212. Benenson, S. Protection of maternity and infancy. Okhrana materinstva i mladenchestva. / S. Benenson, pod red. A.Ya. Perel i A.A. Lubimova. Вып.6. Narkompros RSFSR. Uchpedgiz; 1932. С. 7—15.

213. Bertschy, S. Delivering care under uncertainty: swiss providers' experiences in caring for women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – an expert

interview study / S. Bertschy, J. Pannek, T. Meyer // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. T. 16. № 1. C. 1-16

214. Briden, L. *Period Repair Manual: Natural Treatment for Better Hormones and Better Periods*. Greenpeak Publishing, 2017. C. 418.

215. Brighten, J. *Beyond the Pill: A 30-Day Program to Balance Your Hormones, Reclaim Your Body, and Reverse the Dangerous Side Effects of the Birth Control Pill*. HarperOne, 2020. C. 368.

216. Bye, A. Differences in pre-conception and pregnancy healthy lifestyle advice by maternal BMI: Findings from a cross sectional survey / A. Bye, J. Shawe, J. Stephenson et al. // *Midwifery*. 2016; 42(1). C. 38—45.

217. Carlton, T.O. Trends in maternal and child health care: implications for research and issues for social work practice / T.O. Carlton, D.L. Poole // *Soc Work Health Care*. 1990;15(1): 45-62.

218. Choe, S.Ah. Chromosomal abnormality, fetal/neonatal death and socioeconomic status: a prospective cohort study / S.Ah. Choe, S.Mi. Lee, Y.Ju. Han et al. // *Maternal and Child Health Journal*. 2023. T. 27. № 1. C. 111-116.

219. Doherty, E. Antenatal care for alcohol consumption during pregnancy: pregnant women's reported receipt of care and associated characteristics / E. Doherty, J. Wiggers, L. Wolfenden, A.E. Anderson et al. // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019. T. 19. № 1. C. 1-17.

220. Dubucs, Ch. Severe placental lesions due to maternal sars-cov-2 infection associated to intrauterine fetal death / Ch. Dubucs, M. Groussolles, J. Ousselin, et al. // *Human Pathology*. 2022. T. 121. C. 46-55

221. Faller, D.A. Removing antenatal care from gps is yet another blow to continuity of care / D.A. Faller // *BMJ: British Medical Journal*. 2022. C. 378.

222. Giles, M.L. Antenatal care service delivery and factors affecting effective tetanus vaccine coverage in low- and middle-income countries: results of the maternal immunisation and antenatal care situational analysis (miasca) project / M.L. Giles, E. Mason, F.M. Muñoz et al. // *Vaccine*. 2020. T. 38. № 33. C. 5278-5285.

223. Grigoriadis, S. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis / S. Grigoriadis, A. Cheung, N.A. Rector, M. Richter et al. // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2018. Т. 79. № 5. С. 17.
224. Hoyert, D.L. Cause of fetal death: data from the fetal death report, 2014 / D.L. Hoyert, E.C.W. Gregory // *National Vital Statistics Reports*. 2016. № 7. С. 65.
225. Hugg, T. T. Parental smoking behaviour and effects of tobacco smoke on children's health in Finland and Russia / T. T. Hugg et al. // *Eur. J. of Public Health*. — 2008. — Vol. 18. С. 55—62.
226. Isupova, O. G. Crisis and Control: Russia's Dramatic Fertility Decline and Efforts to Increase It, in: *Fertility Rates and Population Decline: No Time for Children?* / O. G. Isupova, B. Perelli-Harris // L.: Palgrave Macmillan, 2013. Ch. 8. С. 141-155.
227. Jadhao, R. Review of number of antenatal care admission in antenatal care ward in tertiary care center / R. Jadhao, T. Palve, P. Bulchandani // *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2022. Т. 11. № 7. С. 1904.
228. Kerzum, A.P. Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества / A.P. Kerzum // В сборнике: *Благотворительность в Санкт-Петербурге 1703-1918. историческая энциклопедия*. Санкт-Петербург, 2016. С. 165-166.
229. Khedmat, L. Pregnant women and infants against the infection risk of covid-19: a review of prenatal and postnatal symptoms, clinical diagnosis, adverse maternal and neonatal outcomes, and available treatments / L. Khedmat, P. Mohaghegh, M. Veysizadeh et al. // *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2022. Т. 306. № 2. С. 323-335.
230. Lang, A.Y. Australian women's information-seeking preferences and needs in preparation for pregnancy / A.Y. Lang, Ch.L. Harrison, Ja.A. Boyle // *Health Promotion Journal of Australia*. 2023. Т. 34. № 1. С. 123-128.
231. Lehtonen, L. An avoidable fetal/neonatal death. L.Lehtonen, A. Gimeno, A. Parra-Llorca et al. // *Neonatology Today*. 2022. Т. 17. № 3. С. 42-44

232. Levi, R. Identifying risk factors for perinatal mortality from a preceding pregnancy without perinatal mortality / R. Levi, G. Pariente, Sheiner E., Wainstock T. // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2021. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33735456/>
233. Madaj, B. Where is the 'c' in antenatal care and postnatal care: a multi-country survey of availability of antenatal and postnatal care in low- and middle-income settings / B. Madaj, S. Gopalakrishnan, A. Quach et al. // *BJOG*. 2022. Т. 129. № 9. С. 1546-1557.
234. Mamed-Zade, G.T. Potential predictors of congenital malformations of the fetus in women with a history of antenatal mortality / G.T. Mamed-Zade // *Azerbaijan Medical Journal*. 2021. № 2. С. 61-68.
235. McManus, M.A. Rural maternal, child, and adolescent health / M.A. McManus, P.W. Newacheck // *Health Serv Res*. 1989 Feb;23(6): 807-48.
236. Melamed, N. Iron supplementation in pregnancy-does the preparation matter? N. Melamed, A. Ben-haroush, B. Kaplan, Ya. Yogev // *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2007. Т. 276. № 6. С. 601-604.
237. Morr, A.K. The preconception consultation: recommendations for the preparation of a pregnancy / A.K. Morr, D. Surbek // *Gynakologie*. 2018. С. 6-12.
238. Mtimavalye Lar. "Reproductive health care among women in Africa: currents trends and the future." *J Obstet Gynaecol East Cent Africa*. 1982 Jun;1(2):48-53.
239. Murphy, M. Preventive health counselling during antenatal care using the pregnancy risk assessment monitoring system (prams) in Ireland / M. Murphy, Sh. Mchugh, L.M. O'keeffe, et al. // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020. Т. 20. № 1. С. 1-10.
240. Nichols, L. Real Food for Gestational Diabetes: An Effective Alternative to the Conventional Nutrition Approach. Lily Nichols, 2015. С.192.
241. Notzon, F.C. «Vital and health statistics: Russian Federation and United States, selected years 1985-2000 with an overview of Russian mortality in the 1990s.» / F.C. Notzon, Y.M. Komarov, S.P. Ermakov, A.I. Savinykh, M.B. Hanson, J. Albertorio // *Vital Health Stat* 5. 2003 Jun;(11):1-55, 1-58.

242. Ozhiganova, A. Soldiers of the System: Maternity Care in Russia Between Bureaucratic Instructions and the Epidemiological Risks of COVID-19. *Frontiers in Sociology*. 2021. Т. 6. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.611374/full>
243. Safarova, G.A. Efficacy of pregravid preparation of women with sporadic case of non-developing pregnancy / G.A. Safarova, M.B. Igitova, N.L. Gurevich et al. // *Bulletin of Medical Science*. 2020. № 3 (19). С. 20-22.
244. Safran, D.G. Defining Primary Care / D.G. Safran // Paper prepared for the Committee on the Future of Primary Care. – Institute of Medicine. – 2004. – P. 3-8.
245. Schuiling, K.D. Gynecologic Health Care: With an Introduction to Prenatal and Postpartum Care. / K.D. Schuiling, F.E. Likis // Jones & Bartlett Learning, 2020. С. 500.
246. Shobaili, Al. Obstetrical and fetal outcomes of a new management strategy in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy / Al Shobaili et al. // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2011 — Vol. 283(6). С. 1219—1225.
247. Shuvalova, M. P. Maternal and child health statistics: Russian Federation and United Stat / M. P. Shuvalova, E. L. Yarotskaya, T. V. Pismenskaya, N. V. Dolgushina, E. N. Baibarina, G. T. Sukhikh // *Maternity Care in Russia: Issues, Achievements, and Potential.*" *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*. 2015. Т. 37, № 10. С. 865-71.
248. Sosnina, S.F. Risk of perinatal mortality among the offspring of workers employed at production with radiation hazards / S.F. Sosnina, P.V. Okatenko, M.E. Sokolnikov // *Health Risk Analysis*. 2023. № 3. С. 109-123.
249. Subedi, P. Satisfaction on antenatal care among pregnant women in a primary health care centre / P. Subedi, Sh.D. Sapkota, R. Ghimire, S. Poudel // *Journal of Health and Allied Sciences*. 2022. Т. 11. № 2. С. 53-58.
250. Waller, A. Women's perceptions of antenatal care: are we following guideline recommended care? / A. Waller, Ja. Bryant, E. Cameron et al. // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. Т. 16. № 1. С. 1-10.

251. Yamamoto, J.M. Community-based pre-pregnancy care programme improves pregnancy preparation in women with pregestational diabetes / J.M. Yamamoto, D.J.F. Hughes, M.L. Evans et al. // *Diabetologia*. 2018. T. 61. № 7. C. 1528-1537.

**ПРИЛОЖЕНИЯ****Приложение 1**

Администрация Кировского района Санкт-Петербурга

В Диссертационный совет

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №23» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №23»)

ул. Косинова, д. 17, лит. А  
г. Санкт-Петербург, 198095,  
тел./факс (812) 786-66-66  
e-mail: p23@zdrav.spb.ru, http://pol23.spb.ru/  
ИНН 7805039564 КПП 780501001  
ОКПО 34302793 ОКОНХ 91514 ОКВЭД 86.10  
ОГРН 1027802736928

26/12 2023 № 015-1/МС

**А К Т**  
**о внедрении**

**НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.**

Рекомендации, медико-организационного характера, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе для улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

**КЕМ ВНЕДРЕНО.**

Заведующая женской консультацией Духвинская И.В.  
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №23, Женская консультация № 36»  
198152, СПб, ул. Маршала Говорова, дом 4, лит. А  
Тел/факс: +7 (812) 784-22-74, Email: p23@zdrav.spb.ru

**ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ.**

Материалы диссертационного исследования Заступовой Анны Алексеевны на тему: «Состояние и научное обоснование улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации».

**РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.**

Предложенные по результатам работы памятка «Грудное вскармливание: значение, подготовка, лактация, гипогалактия» и плакат «Здоровая беременность = здоровый ребёнок» а также рекомендации, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе для улучшения антенатальной охраны плода, были внедрены в практику и позволили улучшить доступность и качество акушерско-гинекологической помощи женскому населению в условиях женской консультации.

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №23,  
Женская консультация № 36»  
Зав. женской консультацией



*[Handwritten signature]* /И.В. Духвинская/



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 № 01/Вк от 28.12.2023

В Диссертационный совет

### А К Т о внедрении

#### НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.

Рекомендации, направленные на совершенствование специализированной медицинской помощи беременным женщинам в консультативно-диагностическом отделении.

#### 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](mailto:kdo.prenatal@mail.ru), <http://www.gpma.ru>

#### ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ.

Материалы диссертационного исследования Заступовой Анны Алексеевны на тему: «Состояние и научное обоснование улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации».

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.

Предложенные по результатам работы памятка «Грудное вскармливание: значение, подготовка, лактация, гипогалактия» и плакат «Здоровая беременность = здоровый ребёнок» а также рекомендации, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе для улучшения антенатальной охраны плода, были внедрены в практику и позволили улучшить доступность и качество акушерско-гинекологической помощи женскому населению в условиях в консультативно-диагностическом отделении.

Главный врач, д.м.н.

/В.А. Резник/



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-  
ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

В диссертационный совет

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 ОКГУ 2300229

ОГРН 1037821066337 ИНН 7810467660

КПП 781001001

№ 01.24 № 1354К

**А К Т**  
**о внедрении**

**НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.**

Рекомендации, медико-организационного характера, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе для улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

**КЕМ ВНЕДРЕНО.**

Главный врач «Родильный дом №9» Болотских В.М.  
СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9». Женская консультация  
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 Заступовой Анны Алексеевны на тему: «Состояние и научное обоснование улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации».

**РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.**

Предложенные по результатам работы памятка «Грудное вскармливание: значение, подготовка, лактация, гипогалактия», а также рекомендации, направленные на совершенствование организации медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе для улучшения антенатальной охраны плода, были внедрены в практику и позволили улучшить доступность и качество акушерско-гинекологической помощи женскому населению в условиях женской консультации.

СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9»



/В. М. Болотских/



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 № 0242.н от 7.12.2024

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



### АКТ

#### О внедрении научно-практической разработки

##### 1. НАИМЕНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ.

Рекомендации по совершенствованию медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе для улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации.

##### 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 А.А. Заступовой на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Состояние и научное обоснование улучшения антенатальной охраны плода в условиях женской консультации».

##### 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 первичной специализированной медицинской помощи беременным женщинам для улучшения антенатальной охраны плода.

##### 6. ПРЕДЛОЖЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ.

Материалы диссертационного исследования Заступовой А.А. 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 антенатальной охраны плода.

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

  
/Д.О. Иванов/



**Брошюра «Грудное вскармливание: значение, подготовка, лактация, гипогалактия»**

*Грудное молоко является уникальной, лучшей пищей для ребенка первых месяцев жизни, поэтому важно кормить ребенка грудью, ведь оно наиболее полно отвечает на здоровье малыша.*

**В чём польза грудного вскармливания?**

**Польза грудного вскармливания для ребенка.**

1. полностью обеспечивает потребности организма в питательных веществах;
2. способствует развитию мозга и когнитивных способностей;
3. защищает от инфекций;
4. формирует здоровую микрофлору кишечника;
5. уменьшает риск ожирения, развития сахарного диабета и заболеваний ЖКТ в более старшем возрасте;
6. уменьшает вероятность развития аллергии.

**Польза грудного вскармливания для женщины.**

1. снижает риск развития рака яичников;
2. гормон окситоцин, выделяемый при кормлении, способствует сокращению матки, которая увеличивается во время беременности и родов;
3. уменьшает риск развития послеродовой депрессии;
4. помогает снизить лишний вес и прийти в форму после беременности;

5. не требует дополнительных расходов на смеси, добавки, бутылочки и соски.

**Противопоказания к кормлению грудью:**

**ВИЧ, острые инфекционные заболевания, особо опасные инфекции (тиф, холера и т.д.), открытая форма туберкулеза, приём лекарственных средств, несоместимых с грудным вскармливанием, при эклампсии, при кровотечениях и при обострении хронических заболеваний.**

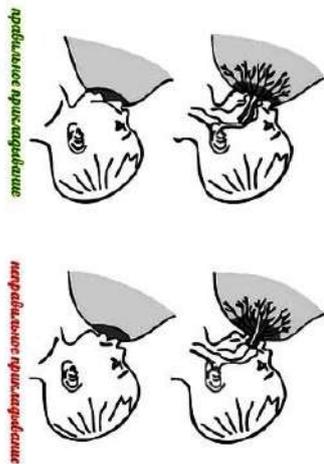
**Уход за грудью:**

1. В I и III триместре беременности - ежедневный гигиенический душ, легкое обтирание молочных желез полотенцем, а при сухости соска и ареолы - обработка кожи смягчающими и увлажняющими питательными кремами.
2. Во втором триместре желательно выполнять контрастный душ, а затем производить жестким полотенцем массаж молочных желез и соска в течение 2-3 минут по два раза в день. Движения должны носить поглаживающий характер в направлении от соска к основанию молочной железы.
3. При плоских и втянутых сосках рекомендуется специальная гимнастика (вытягивание соска и имитация пальцами сосательных движений), производимая 3-4 раза в сутки по 5 минут.
4. Для повышения устойчивости соска к механическим повреждениям ртом

ребенка во время сосания можно носить в бюстгальтере грубые хлопчатые прокладки.

5. Для предотвращения появления раздражений, трещин, потерю соска и ареолы необходимо соблюдать все меры гигиены, возможно использование специальных прокладок для груди, которые впитывают жирность и защищают грудь.

**Правильное прикладывание к груди ребенка – залог успеха грудного вскармливания**



**Основные правила прикладывания:**

1. Губы под углом 120-150 градусов. Мышцы рта расслаблены, губы трубочкой.
2. Нижняя губа вывернута наружу.
3. Если ребенок приложен правильно, то нижняя губа малыша и его подбородок утопают в груди. Это видно при отодвигании груди.
4. Рот малыша широко открыт. Нижняя челюсть направлена вниз.

5. В сосании заняты все мышцы от подбородка до виска
6. Щечки не втянуты.
7. Язык лежит на нижней десне, если отогнуть нижнюю губу, видно, как язычок работает.
8. Нет звуков причмокивания, цоканья. Слышно только звуки глотания.
9. После кормления, сосок не деформирован, нет скосов, сплющивания.
10. Главный признак - кормить не больно.

**ЛАКТАЦИЯ** представляет собой естественный физиологический процесс продуцирования материнского (грудного) молока.

**Факторы, влияющие на лактацию**

**Условиями:** убежденность матери в необходимости грудного вскармливания, голодный крик ребенка (слуховая стимуляция), вид голодного ребенка (зрительная стимуляция), запах ребенка (обонятельная стимуляция), частые прикладывания к груди матери, ночные кормления грудью, полное опорожнение молочных желез.

**Тормозит:** физическая усталость, стресс, боль, волнение, тревога, отрицательные эмоции, депрессия, болезни, редкие прикладывания к груди, неполное опорожнение молочных желез.

**ГИПОГАЛАКТИЯ** — это осложнение послеродового периода, при котором уровень выделения молока не удовлетворяет потребности ребенка в питательных веществах, необходимых для нормального развития.

Основными причинами гипогалактии являются: врожденная патология, нейроэндокринные расстройства, возраст старше 35 лет, соматические и инфекционные болезни, патологические беременности и роды, патология молочных желез, нарушение правил кормления, детский фактор.

**Профилактика гипогалактии**

1. Подготовка к зачатию (здоровый образ жизни, правильное питание с добавлением в рацион витаминов и минералов, спорт, активный отдых, своевременное выявление и лечение очагов инфекции);
2. Массаж молочных желез до и после родов;
3. Раннее прикладывание новорожденного к груди — в течение двух часов после родов, желательны в первые 30 минут;
4. Круглосуточное нахождение матери и новорожденного в одной палате;
5. Соблюдение режима кормления;
6. Достаточный сон и отдых матери днём, обязательные прогулки на свежем воздухе, исключение выматывающей работы;
7. Отказ от заменителей груди (сосок);

8. Применение по назначению врача специальных препаратов (никотиновой кислоты, витамина Е, витаминного комплекса и т. д.).

**ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ:  
ЗНАЧЕНИЕ, ПОДГОТОВКА,  
ЛАКТАЦИЯ, ГИПОГАЛАКТИЯ**



## Плакат «Залог здоровой беременности»

