

На правах рукописи

КАБОЧКИН АНДРЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

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

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

Москва - 2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: заслуженный работник высшей школы РФ,
доктор медицинских наук, профессор **Коновалов Олег Евгеньевич**

Официальные оппоненты:

заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела медико-социальных исследований, мониторинга и курации ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России **Васильева Татьяна Петровна**

доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник сектора координации научных исследований ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Черкасов Сергей Николаевич

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

Защита состоится «___» _____ 2015 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 001.023.01 при ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» по адресу: 119991 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» по адресу: 119991 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1 и на сайте <http://www.nczd.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 2015 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Ирина Валериевна Винярская

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

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

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

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

Настоящее исследование проводилось в соответствии с планом НИР ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Росздрава» (№ государственной регистрации 012002 02320).

Цель исследования: разработка научно-обоснованного комплекса мероприятий по оптимизации медико-социальной помощи беременным, роженицам и родильницам в крупном промышленном центре на основе изучения и оценки их здоровья и диспансерного наблюдения.

Задачи исследования:

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

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

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

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

Научная новизна заключается в том, что в результате проведенного исследования была получена новая научная информация об особенностях течения беременности и родов у жительниц крупного промышленного центра, в том числе работниц предприятий, с учетом их медицинской активности и диспансерной работы с беременными;

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

- выявлены слабые стороны диспансерной работы и дефекты в оказании медицинской помощи беременным и родильницам, в том числе при обследовании, лечении и проведении экспертизы временной нетрудоспособности;

- предложен комплекс мероприятий по совершенствованию диспансерной работы и медико-социальной помощи беременным и родильницам, включая создание специальных центров по оказанию социально-психологической, психотерапевтической помощи и других видов поддержки лиц в кризисных ситуациях

Научно-практическая значимость исследования заключается в том, что проанализированы уровень и структура осложнений беременности и родов у женщин, проживающих в условиях крупного промышленного центра, в том числе среди работниц промышленных предприятий. Получена комплексная оценка медицинской активности жительниц г. Рязани репродуктивного возраста и диспансерной работы с беременными. Выявленные проблемные зоны в диспансерной работе и оказании

медицинской помощи беременным и родильницам являются основой для разработки мер по их устранению.

Выработаны рекомендации по внедрению интерактивных форм обучения беременных по вопросам течения и гигиены беременности, подготовки к родам, особенностей послеродового периода с использованием интернет-ресурсов учреждений родовспоможения. Изучено мнение акушеров-гинекологов и неонатологов о предотвратимости перинатальных и материнских потерь в современных условиях, что позволяет определить медико-организационные приоритеты в области профилактики поведенческих факторов риска, своевременности диагностики и адекватности лечения женщин и новорожденных. Для повышения эффективности медико-социальной помощи женщинам предложено создание специальных центров по оказанию социально-психологической, психотерапевтической помощи и других видов поддержки беременных и молодых матерей, оказавшихся в кризисных жизненных ситуациях.

Полученные в ходе исследования результаты позволяют разработать комплекс мероприятий, направленных на совершенствование диспансерной работы и медико-социальной помощи беременным и родильницам, на основе принятия научно обоснованных организационно-управленческих решений. Выработанные предложения могут быть использованы на других территориях с учетом местных особенностей.

Внедрение результатов исследования в практику:

1. Рекомендации по совершенствованию организации и оказания лечебно-профилактической помощи беременным и родильницам используются в практической деятельности акушерско-гинекологической службы Рязанской области (письмо Министерства здравоохранения Рязанской области от 17.07.2014 г. № ЛТ/11-6534).

2. Предложения по совершенствованию организации и оказания медико-социальной помощи беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях внедрены в практику работы службы социальной защиты населения муниципальных образований Рязанской области.

3. Предложения по оптимизации диспансерного наблюдения беременных с учетом их медико-социальной характеристики и медицинской активности внедрены в практику работы врачей акушеров-гинекологов женской консультации ГБУ РО «Городской клинический родильный дом № 2» (акт внедрения от 25 апреля 2014 г.).

4. Материалы диссертации использованы для подготовки и издания информационного письма «Медицинская активность и диспансерное наблюдение беременных» (Рязань, 2014).

5. Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедрах Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Тверской государственной медицинской академии, Нижегородской государственной медицинской академии, Российского университета дружбы народов.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертации были представлены, доложены и обсуждены на:

- Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых «Молодой организатор здравоохранения», посвященной памяти проф. В.К. Сологуба (Красноярск, 2012);

- 17-й Республиканской научно-практической конференции «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2013);

- III Международной научно-практической конференции «Достижения и перспективы естественных и технических наук» (Ставрополь, 2013);

- I-й межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Молодежь и медицинская наука» (Тверь, 2013);

- научной конференции, посвященной 50-летию кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН «Актуальные проблемы гигиены, общественного здоровья и здравоохранения» (М., 2014);

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

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

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 печатных работ, в том числе 3 статьи в журналах, рецензируемых ВАК, и информационное письмо.

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

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении дано обоснование актуальности темы, указаны цель и задачи, научная новизна, научно-практическая значимость исследования, изложены основные положения, выносимые на защиту.

В **главе 1** представлен критический анализ отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Дана оценка состояния здоровья, репродуктивных установок и контрацептивного поведения женского населения в современных условиях. Показаны слабые стороны и проблемные зоны в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, в том числе при проведении диспансерной работы.

В **главе 2** «База, материалы и методы исследования» рассматриваются организационно-методические особенности диссертационной работы.

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

Объектом исследования являлись жительницы г. Рязани репродуктивного возраста.

Единица наблюдения - беременная женщина и родильница.

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

Служба родовспоможения Рязанской области в настоящее время представлена 3 родильными домами в г. Рязани и родильными отделениями в 19 районах. При этом круглосуточное наблюдение врачами акушерами-гинекологами осуществляется в 3 родильных домах г. Рязани и в 6 районах области [Петрова Е.И., Медведева О.В., 2013]. В области насчитывается 13 организаций родовспоможения первого уровня, 3 организации второго уровня и 1 организация – третьего уровня.

В Рязанском областном перинатальном центре оказываются все виды специализированной и высокотехнологичной помощи в области акушерства, гинекологии и неонатологии, осуществляется консультативно-диагностическая и медико-реабилитационная помощь наиболее тяжелому контингенту беременных и новорожденных, а также выхаживание недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела.

Мощность ГБУ «Городской клинический родильный дом № 2», на базе которого выполнен основной объем исследования, составляет 80 коек круглосуточного пребывания и 18 коек дневного стационара. В 2013 г. там было принято 2461 роды. В родильном доме обеспечивается полный объем клинических исследований, консультативной, анестезиологической и реанимационной помощи. Все это позволяет создать наиболее благоприятные условия для оказания лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам и родильницам, а также новорожденным.

Выполнение работы предусматривало соблюдение определенной этапности.

На **первом этапе** были разработаны план и программа исследования, включая методику сбора первичной информации. Изучены показатели частоты осложнений беременности и родов в г. Рязани и районах Рязанской области.

Второй этап исследования была посвящен оценке состояния диспансеризации беременных. Проводилась экспертная оценка качества медицинской помощи родильницам. При этом использовалась специальная карта экспертной оценки, состоящая из 4-х блоков: «Обследование», «Диагностика», «Лечение» и «Экспертиза временной нетрудоспособности». По результатам экспертизы выводилась итоговая оценка в баллах (от 0 до 1). Всего было проанализировано 529 карт экспертной качества оценки медицинской помощи женщинам, рожавшим в 2010 году, и 267 карт рожавших в 2013 году.

Проводилось также изучение мнения акушеров-гинекологов и неонатологов о предотвратимости перинатальных и материнских потерь.

На **третьем этапе** с использованием специально разработанной анкеты была получена медико-социальная характеристика родильниц – жительниц г. Рязани. Необходимое число анкет, обеспечивающее репрезентативность полученных результатов, определялось по таблице В.И. Паннотто с допущением 5% ошибки. При этом выборочным исследованием были

охвачены 672 женщины репродуктивного возраста, проживающие в г.Рязани. Материалы анкетирования дополнялись сведениями, полученными из медицинской документации.

На четвертом этапе были выработаны предложения по повышению эффективности диспансеризации беременных и совершенствованию медико-социальной помощи им и родильницам, в том числе находящимся в критических жизненных ситуациях.

Данные об объеме проведенного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количественные показатели проведенного исследования

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

В ходе выполнения исследований применялись социально-гигиенический, социологический, экспертных оценок, математико-статистические методы. Применялись выборочный и ретроспективный методы наблюдения. Анализировались статистические отчеты Росстата и

Рязаньстата. Использовались следующие математико-статистические подходы: вычисление средних величин и интенсивных показателей, оценка достоверности полученных результатов по t-критерию, корреляционный анализ.

Результаты собственного исследования представлены в **третьей-пятой** главах.

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

Ведущими загрязнителями атмосферного воздуха в 2011-2013 годах (превышающими ПДК в 5 и более раз) являлись формальдегид, 3,4-бензапирен, взвешенные вещества, фенол, углерода оксид, сероводород, диоксид азота. В 2013 году в Рязанской области доля проб атмосферного воздуха с превышением гигиенических нормативов составила 3,5 %. Под воздействием вредных веществ, превышающих гигиенические нормативы (ПДК) в 5 и более раз, в 2011-2013 годах находилось ориентировочно ежегодно 490 тыс. человек. Самым крупным предприятием города Рязани является ЗАО «Рязанский нефтеперерабатывающий комбинат», выбросы которого составляют 85 % от всех предприятий города.

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

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

мочеполовой системы (с 17,7 до 12,7), патологических состояний плода (с 17,9 до 12,8).

В г. Рязани по сравнению с районами области чаще встречаются отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (в 1,7 раза), анемии (в 2,3 раза), слабость родовой деятельности (в 1,6 раза).

В 2013 г. в организациях родовспоможения Рязанской области первого уровня было принято 21,9% родов, в организациях второго уровня – 53,9% родов, в организации третьего уровня – 24,2% родов. Было сделано 117 выездов акушерско-гинекологических и анестезиолого-реанимационных бригад в организации первого и второго уровней. Были переведены в другие стационары 198 беременных, из них 125 – из организаций первого уровня, в том числе, 86 – по экстренным показаниям. В перинатальном центре были сконцентрированы в наибольшей степени родившиеся с экстремально низкой и очень низкой массой тела. Туда же направлялись в основном женщины с эклампсией и тяжелой формой преэклампсии.

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

Данные о сроках окончания беременности за 2010-2013 гг. представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сроки окончания беременности (из числа состоявших под наблюдением на начало года и поступивших под наблюдение в отчетном году) по Рязанской области за 2010-2013 гг.

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

В 2013 г. дети, родившиеся с массой тела 500-999 грамм, составили 0,3%, 1000-1499 грамм – 0,6%, 1500-1999 грамм – 1,4%, 2000-2499 грамм – 3,6%. На детей с массой тела при рождении 4000 и более грамм пришлось 9,6%.

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

Распределение родившихся в Рязанской области в 2013 г. по массе тела при рождении представлено на рисунке 1.

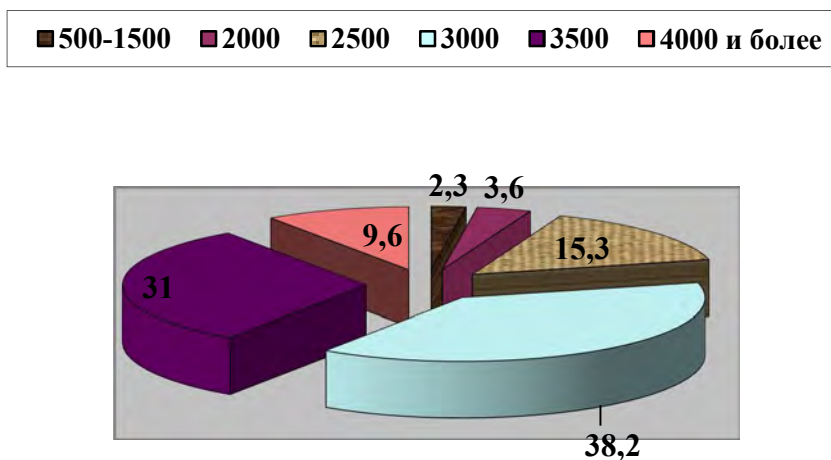


Рисунок 1. Распределение родившихся в Рязанской области в 2013 г. по массе тела при рождении (в %)

С целью получения развернутой медико-социальной характеристики и изучения медицинской активности женщин репродуктивного возраста с позиций профилактики нарушений репродуктивного здоровья, осложнений беременности и родов были опрошены 672 жительницы г. Рязани, родившие ребенка. Из них 165 женщин были работницами промышленных предприятий.

Возрастная структура респонденток выглядит следующим образом. Среди опрошенных преобладали лица в возрасте 20-24 лет (38,6%). На долю женщин в возрасте 25-29 лет пришлось 27,5%, 30-34 лет – 19,1%, в возрасте до 20 лет – 6,4%, 35 лет и старше – 8,4%.

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

респондентки-служащие бюджетных организаций (21,2%). На четвертом и пятом местах – домохозяйки и студентки ВУЗов (13,6% и 4,5% соответственно).

На момент проведения социологического исследования 74,6% респонденток, состояли в официально зарегистрированном браке. На долю женщин, состоящих в гражданском браке, пришлось 17,3%, никогда не состоявших в браке – 4,7% и разведенных – 3,4%. у 83,6% опрошенных женщин, настоящий брак является первым, у 16,4% - повторным.

По материалам анкетирования установлено, что 83,4% опрошенных женщин считают наличие детей необходимым условием для создания прочной семьи. При этом 32,4% из них имели одного ребенка, 18,4% - двоих детей, 1,2% - трех и более детей. При этом 58,3% респонденток указали на то, что не полностью реализовали свои планы в отношении рождения детей и хотели бы родить ребенка в будущем.

Среди опрошенных женщин имели одну беременность в анамнезе 44,7%, две и три беременности - соответственно 23,5% и 15,9%. Удельные веса женщин, указавших на наличие четырех и пяти беременностей, были еще меньше и составили 6,6% и 4,0% соответственно, от пяти до девяти беременностей – 5,3%.

Обращает на себя внимание то, что с увеличением числа беременностей в анамнезе, повышается удельный вес таких исходов, как самопроизвольные и искусственные аборты (рисунок 2). При этом доля респонденток, сделавших искусственный аборт во время третьей беременности составила 42,0% и была больше таковых при первой и второй беременностях соответственно на 10,8% и 4,1%. имели осложнения после искусственного прерывания беременности 11,9% респонденток. Следует также отметить, что наибольшая доля самопроизвольных абортов также наблюдается в структуре исходов третьей беременности (8,4%).

Наиболее распространенным мотивом искусственных абортов являлись материальные затруднения. Причем доля таких ответов при третьем аборте составила почти половину (49,8%) и была соответственно в 2 и в 1,7 раза больше, чем при первом и втором абортах ($p < 0,01$). Вторым по распространенности мотивом первого и второго абортов являлось плохое состояние собственного здоровья, на это указали соответственно 16,4% и 20,8% опрошенных женщин.

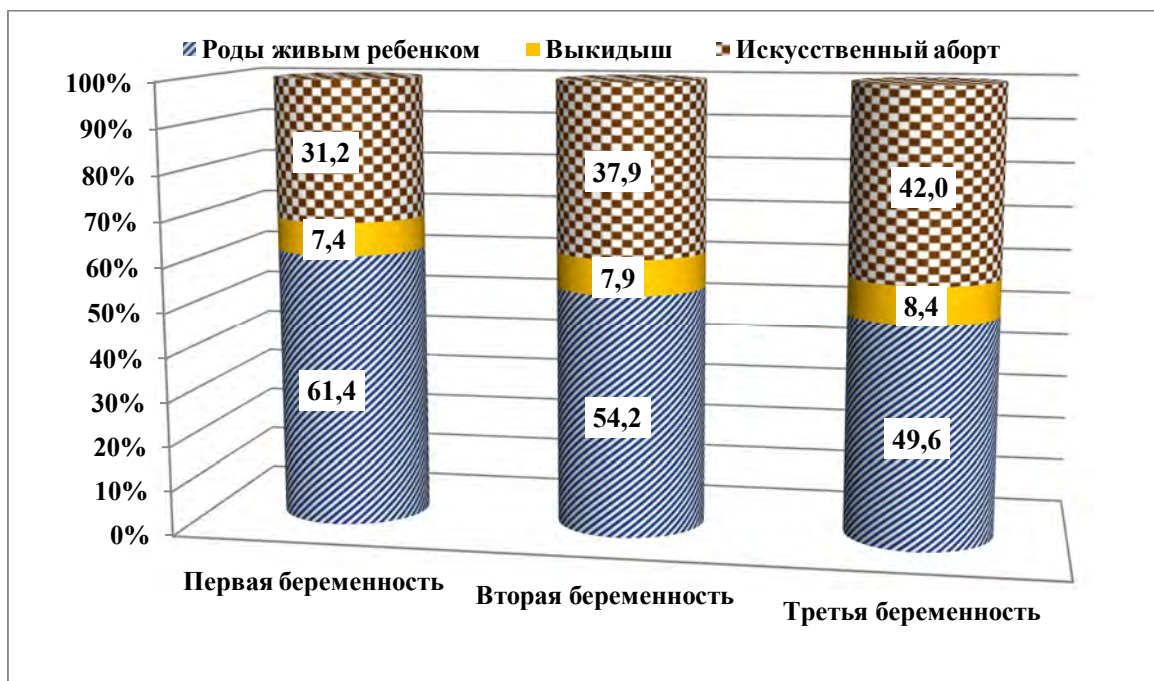


Рисунок 2. Структура исходов беременностей среди опрошенного контингента женщин (в %)

Такой же удельный вес в структуре мотивов производства первого аборта пришелся на занятость респонденток в учебе (16,4%). Второе ранговое место в структуре мотивов третьего аборта пришлось на семейные конфликты, удельный вес таких ответов составил 25,2%. Третье ранговое место в структуре мотивов первого и второго абортот занимали семейные конфликты (соответственно 14,5% и 16,7%), тогда как третьего абортот – отсутствие официально зарегистрированного брака (16,7%).

Установлено, что у 81,4% опрошенных женщин был один самопроизвольный абортот, у 11,2% - два и у 7,4% – три и более. Наибольший удельный вес (37,0%) в структуре их причин приходится на заболевания женщины во время беременности, второе ранговое место заняло сильное нервное напряжение (33,3%), третье – значительные физические нагрузки во время беременности (11,2%). Четвертое место поделили такие причины, как семейные конфликты и физическая травма во время беременности (по 7,4%). Попытки самостоятельного избавления от плода (3,7%) расположились на пятом месте в структуре причин самопроизвольных абортот.

Во время настоящей беременности страдали гинекологическими заболеваниями, а также инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), 20,8% опрошенных женщин. При этом распространенность ИППП среди обследованного контингента во время беременности составила 4,6 на

100 беременных. Согласно полученным данным, 7,3% респонденток проходили лечение от бесплодия, а 9,1% от невынашивания беременности. При этом наибольший удельный вес таковых пришелся на возрастную группу 35-39 лет (соответственно 16,7% и 25,0%).

Рассмотрим распространенность заболеваний и состояний, осложнивших течение беременности, среди опрошенного контингента женщин по данным выкопировки из «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (таблица 3).

Таблица 3

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

Заболевания и состояния	Частота
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	16,8
Угрожающий выкидыш	36,4
Гестозы беременных	9,3
Токсикозы беременных	12,7
Многоводие	6,4
Всего:	96,6

Наиболее распространенными формами патологии беременности среди обследованных были угрожающий выкидыш и хроническая фетоплацентарная недостаточность, их уровни составили соответственно 36,4 и 16,8 на 100 женщин, закончивших беременность. Частота токсикозов первой половины беременности составила 12,7 на 100 женщин, закончивших беременность.

Нами была проанализирована частота отдельных заболеваний и состояний, осложнивших течение беременности у женщин различных возрастных групп. Установлено, что первое ранговое место по частоте во всех возрастных группах занимал угрожающий выкидыш. При этом наибольшая частота данной патологии отмечалась среди женщин в возрасте от 30 до 34 лет (39,7 на 100 женщин, закончивших беременность).

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

С увеличением числа беременностей в анамнезе повышается частота таких заболеваний и состояний, как угрожающий выкидыш и токсикоз. Так, если при наличии одной беременности частота угрожающих выкидышей составляет 34,3 на 100 женщин, закончивших беременность, то при наличии двух и трех беременностей величина данного показателя увеличивается соответственно до 37,0 и 45,5.

В свою очередь, при наличии у женщин трех аборт в изучаемой структуре по сравнению с одним и двумя абортами, увеличивается частота угрожающих выкидышей и хронической фетоплацентарной недостаточности.

В период беременности среди женщин с наибольшей частотой встречалась такая экстрагенитальная патология, как анемии. Их уровень составил 40,3 на 100 женщин, закончивших беременность. Второе ранговое место поделили болезни системы кровообращения и острые респираторные заболевания (по 14,8). На третьем и четвертом ранговых местах находились болезни мочевыделительной системы (13,1) и эндокринные заболевания (8,4 на 100 женщин, закончивших беременность).

Методом корреляционного анализа была выявлена прямая сильная связь между наличием у беременных экстрагенитальных заболеваний и частотой преждевременных родов. Значение коэффициента корреляции составило 0,76.

Установлено также, что беременность у обследованных, имеющих в анамнезе гинекологические заболевания, в 1,3 раза чаще протекала с осложнениями, по сравнению с женщинами, не страдавшими заболеваниями генитальной сферы (45,8% и 35,3% соответственно).

ИППП встречались у каждой пятой обследованной, не достигшей 20-летнего возраста. Их частота снижалась по мере увеличения возраста женщин. Выявлена прямая корреляционная связь средней силы между частотой самопроизвольных аборт, с одной стороны, и распространенностью среди беременных кольпитов и ИППП с другой, при этом значения коэффициентов корреляции составили соответственно 0,68 и 0,62.

На наличие контакта с профессиональными вредностями, как фактора, увеличивающего риск возникновения нарушений в состоянии здоровья женщины и оказывающего негативное влияние на течение и исход

беременности, указали 77,6% опрошенных работниц промышленных предприятий.

Согласно данным нашего исследования, у работниц промышленных предприятий г. Рязани по сравнению с женщинами других профессий чаще имели место анемия беременных (в 1,4 раза), хроническая фетоплацентарная недостаточность в (1,9 раза), токсикозы первой половины беременности и гестозы (соответственно в 1,3 и 1,5 раза). Кроме того, в 1,6 раза чаще также встречались угроза прерывания беременности и в 1,4 раза - рождение недоношенных детей.

Среди респонденток выявлена широкая распространенность вредных привычек как до беременности, так и во время нее. Так, до наступления настоящей беременности употребляли алкогольные напитки 80,1% опрошенных женщин. При этом 5,3% из них делали это 1-2 раза в неделю.

Установлена положительная сильная связь между частотой осложнений беременности у обследованного контингента женщин и негативным влиянием употребления ими алкоголя ($r = + 0,74$). Так, удельный вес женщин, употреблявших алкоголь до беременности и не имевших осложнений в течение настоящей беременности (21,7%) в 4,1 раза ниже величины аналогичного показателя (88,7%) в сравниваемой группе женщин ($p < 0,01$).

Особого внимания заслуживает тот факт, что частота патологических родов среди обследованного контингента составила 57,9 на 100 женщин, закончивших беременность. При этом установлено, что с увеличением возраста достоверно уменьшается удельный вес лиц с нормальным течением родов. В возрастной группе женщин до 20 лет удельный вес нормальных родов составил 60,1%, что в 1,4 раза превышает величину данного показателя среди лиц в возрасте 35 – 39 лет - 41,7% ($p < 0,05$). Наличие в анамнезе хронических гинекологических заболеваний увеличивает частоту патологических родов на 10,2%.

Анализ полученных данных показал, что чаще всего преждевременно наступали третьи и четвертые роды, реже – вторые роды. У женщин, имевших осложнения в течение настоящей беременности, удельный вес преждевременных родов (12,7%) превышал аналогичный показатель в группе женщин с нормально протекавшей беременностью - 7,3% .

В таблице 4 представлена динамика сроков беременности при поступлении под наблюдение женской консультации беременных, проживающих в г. Рязани, районах и Рязанской области в целом.

Таблица 4

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

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

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

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

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

Опрос беременных женщин показал, что 84,3% опрошенных лиц считают диспансеризацию необходимой, 12,7% - не считают необходимой, 3% респондентов ответили, что "в зависимости от течения беременности". Выполнили все врачебные назначения, полученные в женской консультации,

86,4% респонденток. При этом посещали «Школу беременных» всего лишь 12,9% женщин из числа опрошенных.

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

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

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

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

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

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

нетрудоспособности» были обусловлены неправильным оформлением документации.

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

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

Согласно мнению 78,1% опрошенных акушеров-гинекологов и неонатологов, понятию «предотвратимая смертность» в наибольшей степени соответствует смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения, исходя из современных знаний и практики. При этом 11,5% респондентов считали, что этому понятию соответствует смертность, наступившая в результате врачебных ошибок.

Подавляющее большинство (84,2%) опрошенных врачей отметили, что критерий предотвратимой смертности должен определяться как экспертное мнение врачей-специалистов по данному вопросу. Некоторые (7,9%) респонденты считали, что в основе должны лежать заключения специалистов ВОЗ.

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

С позиции предотвратимости материнской смертности, по мнению врачей, большое значение имеет своевременная диагностика и адекватное лечение сепсиса, внематочной беременности и других угрожающих жизни состояний.

Не вызывает сомнения влияние характера семейных отношений на течение и исход беременностей, а также здоровье новорожденных. В связи с этим большую актуальность приобретает оказание доступной и эффективной

социально-психологической помощи беременным женщинам, находящимся в критических жизненных ситуациях. В полной мере данное обстоятельство касается беременных и молодых матерей, подвергающихся различным формам насилия со стороны супруга/партнера.

С учетом сказанного заслуживает положительной оценки опыт работы по организации и оказанию социально-психологической помощи беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях в г. Рязани. Структура созданного там Комплексного центра социального обслуживания населения «Семья» представлена на рисунке 3.

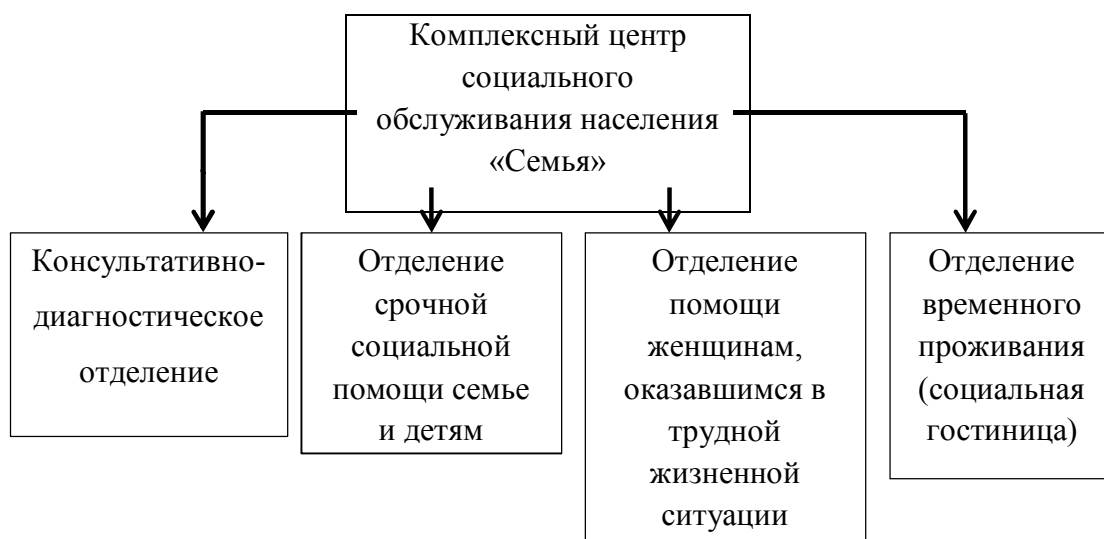


Рисунок 3. Структура «Комплексного центра социального обслуживания населения «Семья» г. Рязани

В Центре функционирует отделение помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, которое:

- осуществляет социальный патронаж женщин, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке;
- оказывает помощь женщинам в преодолении внутрисемейных конфликтов;
- осуществляет организацию мероприятий по повышению стрессоустойчивости женщин;
- предоставляет благоустроенное жилье на срок до 6 месяцев;
- оказывает психологическую, юридическую, педагогическую, социальную и иную помощь.

Считаем, что повышению эффективности работы подобных центров будет способствовать организация и оказание в них наряду с социально-

психологической и психотерапевтической помощи беременным и молодым матерям в кризисных ситуациях.

В заключении в обобщённом виде представлены результаты проведенного диссертационного исследования.

ВЫВОДЫ

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

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

3. У работниц промышленных предприятий г. Рязани, по сравнению с женщинами других профессий, чаще имели место анемия беременных (в 1,4 раза), хроническая фетоплацентарная недостаточность (в 1,9 раза), токсикозы первой половины беременности и гестозы (соответственно в 1,3 и 1,5 раза). Кроме того, также чаще встречались угроза прерывания беременности и рождение недоношенных детей.

4. Установлено, что 44,7% опрошенных женщин имели одну беременность в анамнезе, две-три беременности – 39,4%. Остальные указали на наличие четырех-девяти беременностей. С увеличением числа беременностей в анамнезе возрастал удельный вес таких исходов, как искусственные и самопроизвольные аборты. При этом, имели осложнения после искусственного прерывания беременности 11,9% респонденток, лечились от невынашивания беременности 9,1% опрошенных.

5. Ранняя постановка на диспансерный учет беременных по Рязанской области в 2010-2013 гг. составляла 86,2-87,6%. При этом наибольший удельный вес женщин, вставших под наблюдение женской консультации по поводу беременности при ее сроке до 12-ти недель, отмечался в г. Рязани. Женщины, чья беременность была запланирована, в 88,5% случаев рано встали на учет в женскую консультацию, тогда как величина данного показателя среди лиц с нежеланной беременностью в 1,3 раза ниже.

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

7. При оценке перинатальной смертности как полностью предотвратимой, на первом месте находилась внутриутробная гипоксия и асфиксия, как ее причина (на нее указали 34,2% врачей), далее следовали родовая травма (31,6%), внутриутробная пневмония (23,7%) и респираторные нарушения (21,1%). С позиции предотвратимости материнской смертности, по мнению акушеров-гинекологов, большое значение имеет своевременная диагностика и адекватное лечение сепсиса, внематочной беременности и других угрожающих жизни состояний.

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

9. Комплекс мероприятий по профилактике осложнений беременности, родов и послеродового периода должен включать такие направления, как совершенствование диспансерного наблюдения и медико-социальной помощи беременным и родильницам, в том числе в кризисных ситуациях; повышение медицинской активности женщин, предупреждение вредных привычек, эффективная лечебно-профилактическая работа среди работниц промышленных предприятий.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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

2. Руководителям медицинских организаций внедрять интерактивные формы обучения беременных по вопросам течения и гигиены беременности, подготовки к родам, преимуществ партнерских родов,

течения послеродового периода и грудного вскармливания, используя интернет-ресурсы учреждений родовспоможения.

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

4. Акушерам-гинекологам женских консультаций, центров планирования семьи и репродукции в своей работе по профилактике нарушений репродуктивного здоровья, перинатальных и материнских потерь необходимо учитывать результаты экспертных оценок, а также выявленные особенности медицинской активности, репродуктивных установок и поведения жительниц крупного промышленного центра.

5. Акушерам-гинекологам женских консультаций обратить особое внимание на профилактику у работниц промышленных предприятий, особенно контактирующих с профессиональными вредностями, хронической фетоплацентарной недостаточности, токсикозов первой половины беременности и гестозов, анемии беременных, а также угрозы прерывания беременности.

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

Список публикаций по теме диссертации:

1. Кабочкин А.А. Характеристика акушерско-гинекологической службы в г. Рязани и районах Рязанской области // Формирование и укрепление здоровья населения в современных условиях: межрегиональный сборник научных трудов. - Рязань-Тамбов., 2011. - Выпуск 3. - С. 27-30.

2. Кабочкин А.А., Коновалов О.Е. Экспертная оценка качества акушерско-гинекологической помощи беременным и родильницам // Формирование и укрепление здоровья населения в современных условиях: межрегиональный сборник научных трудов. - Рязань-Тамбов, 2011. - Выпуск 3. - С. 52-55.

3. Коновалов О.Е., Кабочкин А.А. Медико-демографическая характеристика репродуктивных установок городских жительниц в современных условиях // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов. - Вып. 17.- Спб., 2012.- С. 323-325.

4. Кабочкин А.А. Социально-гигиеническая характеристика исходов беременности у жительниц крупного города // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы 16-й республиканской научно-практической конференции. – Рязань, 2012. - С. 80 – 83.

5. Кабочкин А.А. Заболеваемость беременных и родильниц, проживающих в г. Рязани, соматической и гинекологической патологией // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы 16-й республиканской научно-практической конференции. - Рязань, 2012. - С. 83 – 85.

6. Кабочкин А.А. Медико-социальные аспекты мер демографической политики по повышению рождаемости // Молодой организатор здравоохранения: сб. науч. статей студентов и молодых ученых, посвященного памяти профессора В.К. Сологуб . - Красноярск: Версо, 2012. – С. 142-145.

7. Кабочкин А.А., Никифорова Я.Б. Соматической и репродуктивное здоровье городских жительниц (по материалам г. Рязани) // Молодежь и медицинская наука: материалы 1-й межвузовской науч.-практ. конф. - Тверь, 2013. – 46-47.

8. Кабочкин А.А., Харитонов А. К. Распространенность вредных привычек среди беременных и молодых матерей // Молодежь и медицинская наука: материалы 1-й межвузовской науч.-практ. конф. - Тверь, 2013. – 47-48.

9. Красненков В.Л., Руднев А.О., Кабочкин А.А. Домашнее насилие и реализация репродуктивной функции как медико-социальная проблема // Достижения и перспективы естественных и технических наук: материалы III Международной научно-практической конференции. – Ставрополь, 2013.- С. 61-63.

10. Кабочкин А.А., Пивень Е.А. К вопросу об эффективности диспансеризации беременных // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. - 2014. - №2. – С. 92-94.

11. Кабочкин А.А., Жильцова Е.Е. Медико-социальные аспекты реабилитации репродуктивного здоровья у беременных и родильниц // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. - 2014. - № 2. – С.33-37.

12. Кабочкин А.А., Руднев А.О. Организационная структура и функции центра «Семья» г. Рязани // Актуальные проблемы гигиены, общественного здоровья и здравоохранения: материалы научной конференции, посвященной 50-летию кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН. – М., 2014.- С. 108-111.

13. Кабочкин А.А. Течение беременности и родов с учетом медицинской активности и диспансерного наблюдения женщин // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. - 2014. - № 3. – С. 93-97.