

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
– ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ БИОФИЗИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ИМ. А.И. БУРНАЗЯНА»**

На правах рукописи

ВАРТАНЯН
Элен Араевна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ
ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

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
Плутницкий Андрей Николаевич

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	17
1.1. Медико-эпидемиологическая характеристика причин невынашивания беременности.....	18
1.2. Организация медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности.....	30
1.3. Организация медицинской помощи беременным женщинам, в том числе с привычным невынашиванием беременности в зарубежных странах	37
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
2.1. Основные понятия, используемые в настоящей работе.....	40
2.2. Программа, методика и организация исследования.....	41
2.3. Описание этапов исследования	42
2.4. Характеристика базы исследования.....	55
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К РИСКУ ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	58
3.1. Изучение распространенности привычного невынашивания беременности.....	58
3.2. Анализ факторов, способствующих возникновению привычного невынашивания беременности	64
3.2.1. Результаты опроса женщин с диагнозом «невынашивание беременности».....	64
3.2.2. Определение риска ПНБ в зависимости от возраста женщин	73
3.2.3. Анализ влияния качества организации и оказания медицинской помощи на сохранение беременности	80
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСА ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	93

4.1. Отделение профилактики для беременных - новая организационные мероприятия в процессе комплексного «оздоровления» женщин с привычным невынашиванием беременности.....	93
4.2.1. Анализ организации деятельности отделения профилактики для беременных.....	93
4.2. Алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с привычным невынашиванием беременности на базе отделения профилактики в рамках клинико-диагностического центра.....	98
4.3. Совершенствование информационного обеспечения управления организацией и оказанием медицинской помощи женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности.....	102
4.3.1. Результаты разработки системы показателей для оценки проведения профилактики привычного невынашивания беременности.....	102
4.3.2. Совершенствование системы диспансерного наблюдения семей женщин с ПНБ и проведения экспертизы качества ее организации	111
4.3. Результаты оценки медицинской, социальной и экономической эффективности внедрения разработанного и внедренного комплекса организационных мероприятий для совершенствования профилактики привычного невынашивания беременности.....	114
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	122
ВЫВОДЫ.....	129
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	132
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	133
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	134
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Анкета для беременных, относящихся к группе риска по перинатальной патологии	155
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Анкета по изучению образа жизни женщин трудоспособного возраста, с диагнозом привычное невынашивание в анамнезе	157
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Выписка из медицинской карты стационарного больного.....	163
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Индивидуальная карта учета семей с привычным невынашиванием беременности	165
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Карта экспертной оценки	167

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Научное обоснование и разработка комплекса организационных мероприятий, направленных на совершенствование организации профилактики привычного невынашивания беременности, является актуальной научной задачей для общественного здоровья и здравоохранения.

Одним из наиболее реальных и перспективных направлений улучшения демографической ситуации в Российской Федерации является охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения, что, в частности, отражено в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2030 года» и в Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ¹.

Ухудшение состояние репродуктивного здоровья населения, увеличение числа бесплодных браков, рост процента невынашивания и недонашивания беременности, числа детей, родившихся с низкой массой тела, что одновременно ведет к ухудшению состояния здоровья новорожденных детей и росту младенческой смертности, диктуют необходимость поиска новых путей для решения данной проблемы.

Невынашивание беременности – одна из наиболее сложных проблем репродуктологии, которая в настоящее время приобретает все большее медицинское и социально-экономическое значение на фоне настоящей демографической ситуации в России.

Среди всех желанных беременностей частота ее невынашивания составляет 15-20% (частота привычного невынашивания составляет 5-15%). До 85% выкидышей приходятся на первый триместр беременности, остальные 15% – на второй и третий [101]. В странах Европы, США и Канаде процент привычного невынашивания беременности составляет от 5% до 9% от общего количества

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025).

беременных, в Российской Федерации - от 6% до 15% по различным регионам, в Москве и Санкт-Петербурге – 6-9 % [21].

Как правило, привычное невынашивание беременности во второй ее половине, ведет к рождению недоношенных детей. Проблема недоношенности является одной из важнейших в неонатологии и педиатрии в целом. Доля недоношенных детей составляет 6-12 % от числа всех новорожденных. Из них на долю детей с очень низкой массой тела приходится 1-1,8 %, а детей с экстремально низкой массой тела – 0,4-0,5 %. Данная группа является самой сложной в прогнозировании инвалидизации и ухудшения качества жизни. В структуре ранней детской смертности доля недоношенных новорожденных составляет 60-70%, из них более чем у половины впоследствии выявляют неврологическую патологию [37].

Одними из основных показателей, характеризующих состояние службы родовспоможения, являются материнская и перинатальная смертность. Они наиболее полно определяют уровень социально-экономического благополучия в обществе, а также репродуктивно-демографический процесс восстановления и сохранения трудовых ресурсов [3]. При этом следует отметить, что привычное невынашивание беременности вследствие экстрагенитальной патологии в анамнезе, является одной из значимых причин перинатальной заболеваемости.

Таким образом, научное обоснование и разработка комплекса новых организационных мероприятий, направленных на совершенствование организации профилактики привычного невынашивания беременности является актуальной научной задачей для общественного здоровья и здравоохранения является актуальной задачей, требующей решения в целях улучшения демографических показателей в Российской Федерации.

Степень разработанности темы исследования

Невынашивание беременности – одна из важнейших проблем, вызывающих большую тревогу как отечественных, так и зарубежных ученых [17, 84, 86].

Достаточно большое число работ посвящено вопросам этиологии, патогенеза и терапии невынашивания беременности [7, 73]. Во многих работах отмечается, что

этиология невынашивания беременности весьма разнообразна и зависит от многих факторов [13, 29, 46].

Тем не менее истинная распространенность невынашивания беременности точно не установлена, что следует из больших разногласий в отечественных и зарубежных публикациях по поводу факторов риска репродуктивных потерь [1, 20, 36, 62, 77].

Несмотря на то, что в России были созданы принципиальные основы системы оказания специализированной амбулаторной и стационарной помощи беременным женщинам, разработана нормативная правовая база, показатели, стандарты оказания медицинской помощи беременным, вопросам организации и оказания помощи женщинам с привычным невынашиванием посвящены лишь отдельные работы. В частности, следует отметить, что за последние годы предложены новые организационные формы оздоровления беременных женщин [39, 50]. Однако, при этом не делается акцент на использование при проведении профилактических мероприятий возможностей амбулаторной сети городского здравоохранения.

Все вышеперечисленное подтверждает актуальность проблемы профилактики привычного невынашивания беременности, как значимого фактора риска материнской и перинатальной патологии и является основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: научно обосновать и разработать комплекс организационных мероприятий по профилактике привычного невынашивания беременности.

Задачи исследования:

1. Провести анализ распространенности привычного невынашивания беременности в городе Москве и проанализировать международный и отечественный опыт организации и оказания медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности.

2. Выявить наиболее значимые факторы риска развития привычного невынашивания беременности в современных условиях.

3. Научно обосновать и разработать комплекс организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики привычного невынашивания беременности.

4. Научно обосновать и разработать систему показателей для оценки проведения профилактики привычного невынашивания беременности.

5. Оценить эффективность разработанных и внедренных организационных мероприятий по профилактике привычного невынашивания беременности.

Научная новизна исследования заключается в проведенном научном анализе распространенности привычного невынашивания беременности в городе Москве и комплексном анализе опыта организации и оказания медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности, что позволило выявить и отобрать факторы, способствующие возникновению данной патологии в современных условиях, обоснованию на основе выявленных тенденций путей снижения риска ПНБ. Получены дополнительные данные о распространенности ПНБ; определена частота самопроизвольных абортов в разные сроки беременности с использованным общепринятым способом расчета данного показателя, определен наиболее оптимальный из них.

Выявленные и отобранные факторы риска развития привычного невынашивания беременности были классифицированы и ранжированы по степени значимости, в том числе с позиции возможностей управления ими. Установлена динамика встречаемости привычной невынашиваемости у женщин репродуктивного возраста с учетом семейного положения, бытовых условий, образования, условий труда, анамнеза жизни, соблюдения критериев обследования беременных женщин в условиях первичного звена акушерской службы. Представлен прогноз вероятного риска ПНБ в зависимости от возраста женщины. Предложена этапность формирования контингентов риска, порядок и объем клиничко-диагностических мероприятий в этих семьях. Все вышесказанное позволило научно обосновать инновационные подходы, направленные на нивелирование влияния выявленных факторов риска ПНБ.

Разработан и научно обоснован комплекс организационных мероприятий, включающий новую организационную форму (отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара), включенную в процесс комплексного оздоровления женщин с привычным невынашиванием беременности, в рамках которого осуществлено совершенствование системы диспансерного наблюдения семей женщин с привычным невынашиванием беременности; алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПМБ на базе данного отделения и систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения.

Научно доказана эффективность внедрения разработанного комплекса организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики ПНБ, в том числе с учетом выявленных факторов риска, информационного обеспечения управления.

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в том, что:

- результаты анализа распространенности ПНБ служат информационной базой при разработке целевых программ, направленных на оздоровление женщин репродуктивного возраста;

- полученные знания о наиболее значимых факторах риска развития ПНБ в современных условиях используются при планировании и проведении профилактических мероприятий, направленных на нивелирование их влияния;

- предлагаемая система показателей для совершенствования информационного обеспечения управления организацией и оказания медицинской помощи женщинам с диагнозом ПНБ прошла апробацию и используется в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»;

- разработанный комплекс организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики, включающий новую организационную форму (отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара), включенную в процесс комплексного оздоровления женщин с привычным невынашиванием беременности, алгоритм проведения

профилактических мероприятий женщинам с ПМБ на базе данного отделения и систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения, использована в практической деятельности ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» на функциональной основе;

- представленные в данной работе результаты по оценке эффективности комплекса организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики ПНБ использованы Департаментом здравоохранения г. Москвы;

- результаты исследования могут использоваться в работе медицинских организаций независимо от их правового статуса на всех этапах оказания медицинской помощи беременным.

Методология и методы исследования

Объектом исследования являлись женщины с привычным невынашиванием беременности в возрасте от 16 до 40 лет.

Предметом исследования являлось совершенствование организации профилактики привычного невынашивания беременности.

Единицами наблюдения, в зависимости от решения поставленных задач, являлись: научная публикация; нормативный правовой документ; беременная женщина; пациентка с диагнозом «привычное невынашивание беременности».

Исследование проводилось на базе современного родильного комплекса ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», являющегося уникальным научным, лечебным и учебным учреждением. Филиал «Перинатальный центр» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» рассчитан на 110 коек и включает 10 отделений. Центр укомплектован врачами и средним медицинским персоналом на 90%.

Период исследования – с 2014 г. по 2019 г. был выбран на основании того, что данный период является периодом до развития пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и характеризовался нормальными показателями распространенности ПНБ и нормальным состоянием организации оказания медицинской помощи беременным. Дополнительно был проведен анализ по данным 2022-2024 годов, в том числе, в части индексации результатов расчета экономической эффективности разработанного в ходе исследования комплекса

организационных мероприятий в ценах 2024 года с учетом уровней инфляции прошлых лет.

Исследование включало в себя ряд последовательных этапов.

На 1-ом этапе исследования были сформулированы цели и задачи исследования, определены объект и предмет исследования; изучен отечественный и зарубежный опыт организации и оказания медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности, позволивший выявить недостатки и резервы для улучшения родовспомогательной помощи пациенткам с данным диагнозом.

На 2-ом этапе исследования для проведения анализа распространенности привычного невынашивания беременности в г. Москве за 2014-2019 гг. и изучения структуры гинекологической патологии у женщин с привычным невынашиванием беременности произведена выкопировка из 21961 медицинской карты стационарного больного гинекологических стационаров за рассматриваемый период, что позволило достигнуть 100-процентной выборки женщин с изучаемой патологией. Были рассчитаны показатели, характеризующие исходы беременности, в частности, определилась частота самопроизвольных абортов в разные сроки беременности.

На 3-ем этапе исследования по разработанной нами анкете проводился опрос среди женщин, имеющих в анамнезе диагноз невынашивание беременности, с целью выявления факторов, которые могли оказать влияние на исход их беременности.

Также для выявления факторов риска привычного невынашивания беременности в базовой медицинской организации проводился ретроспективный анализ амбулаторных карт (форма № 111-1/у-97), и в дальнейшем - анализ стационарных историй родов форма № 096/у) за период 2014-2019 гг.

Для оценки значимости и ранжирования выявленных нами факторов риска привычного невынашивания беременности были привлечены 47 экспертов, в качестве которых выступили главные врачи, заместители главных врачей и

заведующие отделений медицинских организаций, оказывающих помощь женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности.

Требования к экспертам были следующие:

- стаж работы в руководящей должности не менее 5 лет
- стаж работы с контингентом пациенток с ПНБ не менее 10 лет
- наличие действующего сертификата по общественному здоровью и здравоохранению.

Отдельным (4-ым) этапом исследования являлась разработка комплекса организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики привычного невынашивания беременности, в том числе разработка системы показателей для оценки проведения профилактики привычного невынашивания беременности.

Разработанный нами комплекс организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики, включающий новую организационную форму (отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара), включенная в процесс комплексного оздоровления женщин с привычным невынашиванием беременности, алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПМБ на базе данного отделения и систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения, был внедрен в деятельность базовой медицинской организации. И на этом же этапе оценивалась их эффективность, включающая медицинский, экономический и социальный компонент.

Сравнительный анализ эффективности проводился в 3-х группах:

- первая группа (основная) – 663 (с установленным диагнозом ПНБ - 206) беременных группы риска невынашивания беременности незащищенных, которым проводилась медико-социальная профилактика условиях отделения профилактики ПНБ КДЦ;

- вторая группа - 150 беременных с факторами риска, получивших лечение в отделении патологии беременных родильного дома;

- третья группа - 158 беременных женщин, наблюдавшихся в условиях женской консультации этого же родильного дома.

Дополнительно был проведен анализ по данным 2022-2024 годов, в том числе, в части индексации результатов расчета экономической эффективности разработанного в ходе исследования комплекса организационных мероприятий в ценах 2024 года с учетом уровней инфляции прошлых лет.

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась на персональном компьютере с помощью пакета программ Statistica 10 (StatSoft Inc., USA) и Microsoft Excel расширенной профессиональной версии.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность результатов диссертационного исследования определяется методами сбора и анализа данных, адекватными поставленным задачам. Проанализированы 2017 медицинских карт стационарного больного (форма № 003-у) за 2014-2019 гг., 971 амбулаторные карты (форма № 111-1/у-97); 971 история родов (форма № 096/у); 971 обменно-уведомительная карта беременной и роженицы за период с 2014-2019 гг. (форма № 115). Проведено анкетирование 663 пациенток с НБ. Проведен опрос 36 экспертов в соответствии с формой карты экспертной оценки. Для статистической обработки данных использован целый спектр методов описательной статистики (расчет средних значений, стандартного отклонения) и статистических критериев (критерий Шапиро-Уилка, критерий Стьюдента с отдельной оценкой дисперсий; коэффициент конкордации Кендалла; критерий Фридмана; анализ по таблицам сопряженности; точный критерий Фишера; критерий хи-квадрат Пирсона). Статистическая обработка данных выполнена с использованием специализированного лицензионного программного обеспечения Statistica 10 (StatSoft Inc., USA).

Положения, выносимые на защиту:

1. Полученные данные о распространенности ПНБ, результаты анкетного опроса женщин с диагнозом ПНБ, а также данные экспертного опроса позволили выявить и классифицировать наиболее значимые факторы риска развития ПНБ в современных условиях: организационные, связанные, прежде всего, с

обеспечением необходимыми кадровыми и материально-техническими ресурсами; генетические; медицинские, обусловленные анамнестическими особенностями; психологические, обусловленные соответствующей патологией, и психоэмоциональным состоянием; социальные факторы.

2. Научно обоснованный комплекс организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики привычного невынашивания беременности включает: «отделение профилактики ПНБ на базе консультативно-диагностического центра родильного дома»; алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПМБ на базе данного отделения; систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения. Данный комплекс организационных мероприятий является эффективным с медицинских, экономических и социальных позиций.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно определена тематика диссертационного исследования на основании проведённого анализа зарубежной и отечественной научной литературы, сформулированы его цель и задачи, разработана комплексная программа исследования и его дизайн.

Автором лично разработаны анкеты для социологического исследования и проведен анкетный опрос среди супружеских пар, имеющих репродуктивные проблемы, а также самих пациенток с диагнозом привычное невынашивание.

Автор самостоятельно проводил сбор первичного материала диссертационного исследования, в том числе выкопировку данных из медико-статистической документации, обработку результатов исследования с применением современных методов статистического анализа, им сформулированы положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации, направленные на совершенствование организации профилактики привычного невынашивания беременности. В работе учтены материалы публикаций, оформленных с использованием результатов исследований, выполненных автором лично или в соавторстве.

Автором самостоятельно разработан, предложен и внедрен комплекс организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики привычного невынашивания беременности.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 7 статей в изданиях, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, и в отечественных изданиях, которые входят в международные реферативные базы данных и системы цитирования и в соответствии с пунктом 5 правил формирования перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, утвержденных приказом Минобрнауки России от 31 мая 2023 г. № 534; 4 иных публикаций по результатам исследования; 2 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационного исследования используются в практической деятельности ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы».

Разработанный комплекс организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики, включающий новую организационную форму (отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара), включенная в процесс комплексного оздоровления женщин с привычным невынашиванием беременности, алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПМБ на базе данного отделения и систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения, использован Департаментом здравоохранения г. Москвы.

Новая организационная форма (отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ родильного дома) внедрена и успешно функционирует в 3 медицинских организациях г. Москвы и Московской области, оказывающих медицинскую помощь беременным.

Материалы исследования использованы ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» в рамках плановой НИР «Организационно-экономические основы разработки системы управления качеством и эффективностью медицинской деятельности».

Материалы исследования используются в учебно-педагогическом процессе на кафедрах «Высшей школы управления здравоохранением, институт лидерства и управления здравоохранением» ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертационного исследования были доложены и обсуждены на: международной научно-практической конференции «Вопросы науки и практики - 2017» (Москва, 2017); международной научной конференции «Медицина, фармацевтика, здоровье - 2017» (Москва, 2017); на конференции ученых и специалистов транспортной отрасли «Современные подходы к обеспечению гигиенической, санитарно-эпидемиологической и экологической безопасности на железнодорожном транспорте» (Москва, 2017), межкафедральной научно-практической конференции Московской школы акушеров-гинекологов (Москва, 2019).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза: п.5 «Медико-социальное исследование показателей заболеваемости населения, определение закономерности их изменения ... с целью разработки основных направлений медико-социальной профилактики их распространения», п.8 «Изучение роли социально-гигиенических факторов ... и мероприятий по совершенствованию профилактического направления системы здравоохранения»,

п.10 «Исследование и анализ мнения различных профессиональных и возрастнополовых групп населения ...», п.13 «Исследование проблем организации медицинской помощи, управления здравоохранением. ...».

Объем и структура диссертации

Диссертация соответствует традиционной структуре, изложена на 169 страницах, и включает в себя следующие разделы: введение; обзор литературы, материал и методы, результаты собственных исследований (в четырех главах), заключение, выводы, список литературы и 5 приложений. Работа проиллюстрирована 20 таблицами и 13 рисунками. Библиографический аппарат работы включает суммарно 167 источников, из них: 61 российский и 106 зарубежных источников.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), обеспечение безопасной беременности и родов заключается в надлежащем и основанном на принципах равноправия оказании медицинской помощи всем женщинами и их новорожденным, учитывая все группы риска. В Российской Федерации материнская и младенческая смертность рассматриваются в качестве основных критериев социально-экономического благополучия населения. Профилактика и снижение репродуктивных потерь являются важнейшими государственными задачами [162].

Также одной из актуальных задач российского здравоохранения стоит сохранение здоровья детского населения. Проблема недоношенности в последнее время существенно возросла, что обусловлено переходом Российской Федерации на новые критерии живорожденности, рекомендованных ВОЗ [52].

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России № 1687н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» критерием рождения установлен срок беременности 22 недели и более; масса тела ребенка при рождении 500 граммов и более (или менее 500 граммов при многоплодных родах); длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна).

В Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2030 г., утвержденной Указом президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351, одной из приоритетных целей является снижение материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза.

1.1. Медико-эпидемиологическая характеристика причин невынашивания беременности

Невынашивание беременности (далее – НБ) – национальная проблема, под которой понимают самопроизвольное, без вмешательств со стороны женщины или других лиц, прерывание беременности на сроках гестационного периода до 37 полных недель (при расчете предварительной даты родов и срока беременности по первому дню последней менструации или по первому скрининговому исследованию) [40]. Прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель называют самопроизвольным абортom (выкидышем), от 28 до 37 недель — преждевременными родами. Прерывание беременности в сроки от 22 до 28 недель по номенклатуре Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) относят к очень ранним преждевременным родам. Во многих странах с этого момента исчисляют перинатальную смертность [42].

Привычным невынашиванием беременности (далее – ПНБ) называют самопроизвольное прерывание беременности подряд два и более раза [6].

Однако, в разных странах определение ПНБ может иметь некоторые особенности. К примеру, в странах Европы ПНБ означает три последовательных случая невынашивания беременности, в том числе не визуализированные. В свою очередь, ПНБ в США определяется как две или более клинические потери беременности (подтвержденные инструментальными исследованиями), при этом случаи невынашивания не обязательно последовательные. В РФ акушеры-гинекологи считают, что для ПНБ достаточно двух выкидышей с целью назначения обследования при планировании следующей беременности [56].

Возможность сохранения беременности и гарантированное рождение здорового ребенка при ПНБ – проблема, имеющая не только медицинское, но и социальное значение. Данная патология препятствует приросту населения вследствие бездетных браков, неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья матери, вызывая истощение и ряд нарушений в репродуктивной системе, а также заболевания других органов и систем женского организма [39].

Проведение своевременной терапии, направленной на сохранение беременности при ПНБ способствует донашиванию беременности. Однако, избежать перинатальных потерь, к сожалению, не всегда представляется возможным. Соответственно, выявление ПНБ и адекватная терапия у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе значительно повышает шансы благополучного исхода следующей беременности [45, 65, 88, 93, 113, 126].

Если рассмотреть структуру ранней детской смертности, то доля недоношенных новорожденных занимает 60-70%, из которых более чем у 50% диагностируется патология ЦНС. В целом, проблема недоношенности составляет одну из ведущих в неонатологии и педиатрии. Доля недоношенных занимает 6-12% от числа всех новорожденных детей, из которых на долю детей с очень низкой массой тела приходится 1-1,8%, а детей с экстремально низкой массой тела – 0,4-0,5% [58]. Именно по данной группе детей возникают большие сложности при составлении прогнозов по качеству жизни и инвалидизации.

Дети с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г), составляют примерно 0,5% от всех живорожденных. В развитых странах, которые перешли на критерии ВОЗ более 30 лет назад, дети с массой тела до 500 г выживают в 10-12% случаях, от 500 до 749 г — в 50%, от 750 до 1 000 г — в 80-85% [58, 136].

Большинство исследователей придерживаются концепции о многофакторном характере этиологии НБ, что определяет трудности в лечении данной патологии, при этом лечение зачастую является симптоматическим. В связи с указанным, диагностические поиски причин возникновения НБ приобретают важное значение для практического здравоохранения [4].

Вопросам этиологии, патогенеза и терапии НБ посвящено большое число работ [9, 27, 64, 81, 82, 100, 117], а в некоторых странах учет преждевременных репродуктивных потерь взят под государственный контроль [73].

Важную роль в НБ играют спонтанные прерывания (далее – СП) [2], однако, их регистрация обязательна лишь в отдельных развитых странах. Зачастую (в том числе в РФ) СП или спонтанные выкидыши (СВ) учитываются вместе с прерываниями по медицинским показаниям. В ряде стран исходы беременностей

до 28 недель подлежат регистрации в статистике различных медицинских организаций (гинекологические и акушерские стационары, поликлинические отделения). При этом практически нигде не удается достигнуть полной всеохватывающей регистрации СП как части системы национальной демографической статистики [74].

Это происходит по нескольким причинам: многие СП, особенно произошедшие в ранние сроки, являются трудно выявляемыми, причем СП самых ранних сроков могут оставаться незамеченными даже самой женщиной или протекать без каких-либо осложнений, что дает возможность не обращаться к врачу [28]. Второй причиной является разобщенность системы первичного учета, и третьей - величина репродуктивных потерь при учете зависит не только от работы органов здравоохранения, но и от других факторов (культурный уровень, плотность населения).

В связи с вышеизложенными факторами истинную распространенность НБ точно установить не удастся, наибольшие разногласия касаются первого триместра [140, 166]. По данным отечественных и иностранных авторов, показатели частоты НБ колеблются в пределах 10-30% к общему числу диагностированных беременностей. Более высокий «разброс» данных зафиксирован при анализе отдельных клинических вариантов НБ, выделяемых по этиопатогенетическому принципу [28, 140]. В последние годы предпринимаются попытки диагностики СП при сроке беременности 2-4 недели. Вопрос ранней диагностики беременности считается принципиально важным, так как позволяет не только уточнить истинную частоту СП, но и выявить пациенток с ПНБ в группе женщин, получающих лечение по поводу дисфункции яичников, первичного и вторичного бесплодия [28].

При анализе частоты выявления СП по медицинской документации, полученных при применении лабораторных или опросного методов. С помощью математических методов [129] рассчитали, что около 78% всех беременностей у человека заканчиваются СП. Однако, большинство исследователей считают эти данные резко завышенными. Так, при использовании гормональных показателей и математических методов [116] высчитали, что вероятность завершения

беременности СП у людей колеблется в пределах 43% к общему числу всех беременностей.

В своих работах зарубежные исследователи [119] полагают, что истинная частота СП в первые 12 недель составляет около 60%. На основании статистических данных о частоте клинически диагностированных привычных СП, прогнозируемая частота НБ колеблется в пределах 0,4-0,8% среди всех случаев диагностированной беременности. В. Ozgor et al. сообщают об уменьшении этого показателя за 30 лет до 0,3-0,4% [119].

Как указывает А.Л. Унанян, ПНБ характеризуется потерей двух или более беременностей у женщин репродуктивного возраста. Данная проблема встречается у 1-2% супружеских пар и не имеет тенденции к снижению [48].

Показатель частоты СА/СП (ПЧСА) – это число регистрируемых СА/СП, рассчитанное на 100 зарегистрированных беременностей. В зависимости от метода расчета ПЧСА подвержен значительным колебаниям, однако он всегда высок. Несмотря на высокую частоту СП в популяции, вопросы распространенности СП среди гинекологических больных как в отечественной, так и зарубежной литературе отражения не нашли.

Значительного внимания заслуживает вопрос о риске повторных СП. По средним статистическим данным после одного СП (если в семье нет живых детей) риск возникновения следующего СП увеличивается до 32-46%.

Распределение СА по срокам прерывания беременности происходит неравномерно. Большинство авторов, изучающих этот вопрос, показали примерно одинаковые закономерности: большое число СА приходится на ранние стадии внутриутробного развития, а затем процент СА постепенно снижается по мере увеличения срока беременности. Так, по данным Р. French [89] частота СП в сроке 5-8 недель равна 10,8%; в сроке 9-12 недель - 6,99%; а в сроке 25-26 недель - 0,3%.

Довольно четко прослеживается зависимость частоты СП от возраста женщины при зачатии [62]. Повышение риска возникновения СП при отсутствии известных провоцирующих факторов начинается в возрасте 30 лет, достигая

«пика» к 40 годам. Однако, данные по корреляции частот СП в зависимости от возраста у разных авторов не единообразны.

По мнению Курбанисмаилова Р.Б., возраст матери менее 18 лет не оказывает влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности [30].

Результаты, полученные одной группой исследователей, показали, что кривая СП относительно возраста имеет максимум в возрастных группах 25-27 и 35-37 лет. Далее с возрастом наблюдения частота СП постепенно снижается.

По данным других авторов, частота СП увеличивается с возрастом женщины, причем эта зависимость носит нелинейный характер. Данный показатель остается примерно на одном уровне до 30-32 лет и колеблется по данным разных авторов примерно от 5 до 10-12%, а после 35 лет экспоненциально нарастает до 25% и даже 40% в возрасте старше 40 лет [49].

Также стоит обратить внимание на исследование, представленное Н.В. Батыревой с соавт., где возраст женщин с очень ранними преждевременными родами колебался от 14 до 45 лет [5]. По мнению ряда авторов, доля недонашивания беременности была выше у молодых женщин; частота недонашивания у них остается относительно повышенной при второй и третьей беременностях. Другие исследователи считают, что женщины в 30 лет и старше к моменту первых родов имели самый высокий риск недонашивания. К завершению первых родов риск недонашивания второй беременности лишь незначительно снижался по сравнению с первой беременностью, однако у молодых женщин в возрасте до 25 лет при второй беременности наблюдалось выраженное снижение риска недонашивания [5].

При этом частота хромосомных аномалий, выявляемая у абортусов, с возрастом увеличивается. По данным Haider S. et al. частота хромосомных аномалий составляет 35,8% в возрасте 16-17 лет и достигает величины 76,7% в возрасте 42 и более лет [96].

Риск развития неблагоприятных исходов существенно увеличивается при имеющейся у матери избыточной массы тела. У женщин, вес которых на 25%

превышает норму, в 1,31 раза увеличен риск развития неблагоприятных исходов беременности [30].

По мнению С.Н. Черкасова, отклонения массы тела не только в сторону увеличения, но и снижения влияют на течение беременности и родов. У женщин, имеющих сниженную массу тела, отмечается повышение частоты прерывания беременности на 8,5% и 8% в первой и второй половине, соответственно. При избыточной массе тела возрастает риск прерывания беременности в первой половине выше на 4,35% по сравнению с женщинами с нормальным весом [54].

Необходимо также отметить и влияние наркотических веществ, в частности, марихуаны, которая повышает частоту выкидышей и преждевременных родов [33].

Исследования распространенности СП выявили их значительный рост в последние годы. По данным ВОЗ, ежегодно более 50 млн. женщин производится искусственное прерывание (ИП) беременности. Наряду с этим из года в год возрастает число СП. Эпидемиологическими исследованиями в США выявлено, что искусственное прерывание производится у 70% женщин, не достигших 25-летнего возраста, причем у 50% из них данная беременность была первой. Частота ранних и поздних осложнений при искусственном аборте по данным разных авторов составляет от 1% до 57% [79]. Среди отдаленных последствий ИП рассматривают и его значение для течения исхода последующих беременностей, в том числе и взаимосвязь между ИП и СП.

Во многих странах очень активно изучается влияние факторов внешней среды и социально-экономических факторов на частоту ранних СП. Резкое изменение климатических условий в связи со сменой места жительства, переезда в экстремальные условия Севера или тропических стран характеризуется существенным увеличением СП в I триместре [79].

Многочисленные исследования посвящены изучению влияния трудовой деятельности на частоту СП, хотя следует указать на их противоречивость, по-видимому, объясняющуюся различиями в методологии исследований.

Физически сложная работа, а также физическое напряжение, профессиональная усталость во время беременности связана с повышенным

риском преждевременных родов [63]. В то же время, посредством мета-анализа взаимосвязи между риском преждевременных родов и физической активностью, не связанной с профессиональной деятельностью, прямой корреляции не выявлено [160]. Черкасов С.Н. с соавт. сообщает о более высокой частоте СП у работниц электромеханической промышленности в Швеции, по сравнению с аналогичными группами работниц в других отраслях. Средний показатель СП для женщин, работающих на промышленных предприятиях в Италии, составляет 11,5% [54].

Назарова И.Б. с соавт. не выявили существенного увеличения частоты СП у женщин, занятых в сельском хозяйстве, работа которых характеризовалась контактом с химическими удобрениями, гербицидами, пестицидами, переносом тяжестей и вынужденным положением во время работы [34].

Ряд авторов [53] указывали на более высокую частоту СП у врачей и медсестер, контактирующих с наркотическими газами. Однако некоторые исследования [60] эту зависимость не подтвердили.

По некоторым данным [66] употребление алкоголя во время беременности увеличивает частоту СП. Однако другие авторы зависимость частоты СП от количества и регулярности приема алкогольных напитков не подтверждают. Повышает риск НБ прием цитотоксических и некоторых других фармакологических препаратов в ранние сроки беременности. Увеличивает частоту СП и курение сигарет (20-30 сигарет в день).

О.Г. Тишкова и Л.В. Дикарева в своей работе сообщили, что в популяционном случай-контроль исследовании причин ранних самопроизвольных аборт в Уппсале (Швеция) установлено, что кофеин, даже в количествах трех – пяти чашек кофе в день может увеличить риск самопроизвольного прерывания беременности. Выкидыши происходили чаще у женщин, которые употребляли от 100 мг кофеина в день [47].

Вышеперечисленные эпидемиологические данные и информация о способствующих НБ факторах внешней среды, безусловно, имеют важное значение. Но не вызывает сомнения, что сугубо медицинские аспекты проблемы имеют также большое значение. Медицинские причины НБ чрезвычайно

многообразны, часто комплексные, имеют индивидуальную окраску, связанную с жизнедеятельностью конкретной супружеской пары. По сводной статистике более чем у 40% женщин причины НБ остаются для врача невыясненными [104, 127, 153].

Самопроизвольный выкидыш регистрируется в сроки до 22 недель, а если ребенок родился в сроке от 22 до 37 полных недель, то его называют преждевременно рожденным. При этом существует термин синдром потери плода, к клиническим критериям которого относятся: один самопроизвольный выкидыш или более, неонатальная смерть морфологически нормального новорожденного, мертворождение. Данный термин подразумевает не только невынашивание и недонашивание беременности, но и перинатальные потери на доношенном сроке, поэтому не аналогичен привычной потере беременности. По мнению ряда зарубежных авторов, синдром потери плода характеризуется также тремя потерями беременности подряд и более в первом триместре [8].

При повторении прерывания беременности подряд два и более раз говорят о привычном невынашивании беременности [84].

Невынашивание беременности влияет на 1-3% женщин репродуктивного возраста [155] и в основном происходит до 10-й недели беременности и на той же гестационной неделе при последующих выкидышах [94, 99].

Потери классифицируются как [124]:

- предэмбриональные (<5 недель);
- эмбриональные (5-10 недель);
- плодные (>10 недель).

Анализируя литературные данные, можно разделить исследования других авторов на несколько групп:

- посвященных описанию патогенетических механизмов НБ;
- об организационных мероприятиях;
- о НБ как социально-психологической проблеме.

В соответствии с этими положениями и будут структурированы дальнейшие подразделы этой главы.

Клинико-патогенетическими факторами НБ являются:

- тромбофилия;
- генетические факторы;
- антифосфолипидный синдром;
- эндокринные нарушения, в том числе патология щитовидной железы);
- инфекционно-иммунологические факторы;
- негативное влияние экологии;
- образ жизни обоих родителей;
- другие факторы (хронический синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (ДВС-синдром); сахарный диабет 2 типа и прочее).

Необходимо глубоко понимать не только медицинские, но и социальные причины НБ, так как, воздействуя на них в тех случаях, когда это возможно, у семьи появляется шанс на осуществление своей репродуктивной функции [47, 83, 85, 156].

Понимание молекулярных механизмов НБ произошло не так давно, около 5-7 лет назад осуществлением прорыва в области репродукции человека. Исследования с участием биологических моделей демонстрировали, что пищевое поведение и пищевые привычки, неблагоприятные факторы окружающей среды, генотоксины оказывают воздействие не только на целостность ДНК, но и на все компоненты хроматина. Эти изменения запускают экспрессию определенных генов без изменения их последовательности или числа копий, влияющих на гаметогенез и развитие эмбриона. В результате повышается уровень фрагментации ДНК сперматозоидов, и эти эпигенетические модификации могут быть переданы потомству, что оказывает отрицательное влияние на течение беременности, в особенности в первом триместре [23, 36, 108, 128, 159].

Ряд исследований был посвящен изучению влияния роли мужчины на репродуктивные потери при беременности, исходы программ «вспомогательных репродуктивных технологий» (ВРТ) и рождение здорового ребенка [24, 32, 86, 106, 109, 118, 125].

Кроме того, конституциональные особенности женщины также оказывают влияние на способность к деторождению. Причем, речь идет не только о строении таза, но и о типе телосложения в целом. В одном из исследований было обследовано 119 беременных женщин, из них 34 (28,6%) имели макросоматический тип, 52 (43,7%) пациентки – мезосоматический, а 33 (27,7%) – микросоматический тип телосложения. Из обследованных 59,7% составили первородящие женщины, а 40,3% - повторнородящие. Было отмечено, что угроза прерывания беременности на разных сроках гестации была чаще диагностирована у женщин микросоматического типа телосложения. Преждевременные роды также чаще встречались у представительниц микросоматического типа телосложения [18, 115].

В одноцентровом обсервационном исследовании кардиологических, акушерских и неонатальных осложнений беременности было выявлено, что возраст матери влияет на риск патологии беременности, а серьезные осложнения беременности у женщин с пороком сердца встречаются редко. Кроме того, было заявлено, что существующие системы классификации рисков являются недостаточными для прогнозирования осложнений. Исследование проводилось при участии 496 беременных и 232 женщин после индуцированного прерывания, выкидыша, мертворождения и живорождения. Риски классифицировали с применением двух вариантов: риск сердечно-сосудистой патологии во время беременности (CARPREG) и модифицированные риски согласно ВОЗ (mWHO) [90].

Анамнестические указания на перенесенные ранее инфекции, передающиеся половым путем, также являются факторами риска для завершения беременности в срок. В частности, в некоторых исследованиях было выявлено, что высокая распространенность и выявляемость среди беременных вируса простого герпеса и цитомегаловируса коррелируют с НБ. Тем не менее, назначение адекватной противовирусной терапии обоим партнерам до наступления следующей запланированной беременности, способствует нормальному течению беременности в дальнейшем. Кроме того, состав вагинальной микрофлоры,

нарушение функций слизистой оболочки влагалища, также приводят к трудностям при вынашивании ребенка [16, 41, 72, 73, 75, 76].

Эндокринные нарушения могут иметь важное значение у пациенток с привычным невынашиванием, модификация которых также актуальна в определении его причин [59, 105].

Эндокринными факторами НБ, помимо половых гормонов, являются тиреодные гормоны, столь необходимые для обеспечения нормальной функции репродуктивной системы. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы и циркуляция в крови беременной антифосфолипидных антител отражают генерализованную активацию иммунной системы и усиливают аутоиммунный процесс в направлении фетоплацентарного комплекса [1, 67, 139, 141, 148, 167].

Вопросами биохимического и идиопатического НБ в репродуктивном анамнезе у женщин с привычным выкидышем занимаются датские исследователи, которые определили, что наступление беременности у женщин с этими патогенетическими типами невынашивания после спонтанного зачатия или после ≥ 3 предшествующих выкидышей на сроке до 12 недель гестации отрицательно влияет на вероятность рождения живого ребенка при последующей беременности. То есть, прогноз наступления беременности у этих женщин и завершение ее успешно вполне обнадеживающий [13, 103]. Причем, чем моложе женщина, тем выше у нее фертильный прогноз [102].

У женщин с НБ количество выкидышей до рождения живого ребенка является важным фактором, учитываемом в категории так называемых «невизуализируемых потерь беременности», к которым относятся потери, обусловленные биохимическими патогенетическими факторами. При этом обнаруживается высокий уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) при отсутствии ультразвуковых данных (либо не проводилось, либо беременность не установлена по УЗИ). Невизуализируемые потери беременности составляют 37% от всех зарегистрированных беременностей [103].

Большинство беременных женщин не могут распознать выкидыш до тех пор, пока не появится развернутая клиническая симптоматика и жалобы на маточные кровотечения и спазмы [70, 79, 80, 87, 95–97, 99, 121].

Таким образом, несмотря на многочисленные исследования в области патогенеза и эпидемиологии НБ [78], остается ряд неизученных вопросов по данной тематике. Выявление патогенетических механизмов, которые привели к преждевременному прерыванию беременности, и к рецидивирующему невынашиванию, позволяют разрабатывать в каждом отдельном случае, в каждой отдельной семье, стратегию ведения последующих беременностей [154].

Эффективность комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление репродуктивного здоровья женщин с ПНБ, определяется выявлением патогенетических причин еще до наступления беременности, а также наблюдением за ее течением на ранних сроках. Несомненно, эти диагностические возможности, своевременная коррекция выявленных нарушений обеспечивается силами акушеров-гинекологов, осуществляющих свою профессиональную деятельность в условиях женской консультации [14, 102, 131].

Патогенетически обоснованные особенности предгравидарной подготовки женщин после потери беременности используются при проведении генодиагностического скринингового исследования, которое включает оценку частоты и типов хромосомных аномалий, также предимплантационную генетическую диагностику [25, 83, 111, 123, 151].

Особое внимание следует уделять диагностике проблем здоровья женщин в области гинекологии на самых ранних этапах с целью своевременного назначения лечения, и, соответственно, предотвращения потерь также с экономической точки зрения [144]. Именно в данном аспекте и важна чёткая организация диагностики и профилактики репродуктивной патологии у женщин.

1.2. Организация медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности

В соответствии с Постановлением Правительства России от 28 декабря 2023 г. № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов», медицинская помощь при ПНБ оказывается женщинам бесплатно в рамках настоящей Программы. В частности, Приложение № 1 данной Программы отражает Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, где представлены подходы к комплексному лечению ПНБ. В МКБ-10 ПНБ под шифром O28.0 установлен привычный выкидыш, обусловленный сочетанной тромбофилией (антифосфолипидный синдром и врожденная тромбофилия) с гибелью плода или тромбозом при предыдущей беременности, а под шифрами O36.0 и O36.1 — привычный выкидыш, сопровождающийся резус-иммунизацией.

До 1 января 2021 года в РФ действовал порядок, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Настоящий порядок регулировал вопросы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и распространялся на медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь вне зависимости от форм собственности медицинской организации.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.06.2020 г. № 868 «О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации и об отмене некоторых актов федеральных органов исполнительной власти, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении государственного контроля качества и безопасности

медицинской деятельности» данный порядок был отменен и вместо него Министерством здравоохранения РФ был утвержден новый.

В соответствии Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» «медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по "акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)" и (или) "акушерскому делу"». Приказ вступил в силу 1 января 2021 г. и действует до 1 января 2027 года.

В целях надлежащего управления службой родовспоможения следует использовать полученные данные с различных этапов оказания медицинской помощи этой категории беременных. Данную информацию можно учитывать в ряде показателей, характерных для конкретного вида помощи и учитывающих особенности ее оказания при определенной патологии. Безусловно, учитывая все факторы риска ПНБ, необходимо уделять должное внимание профилактике этой патологии.

Действующий приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» и уже утративший свою силу Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.09.2014 № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов

государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения», регламентирующие использование критериев и показателей для оценки деятельности родовспомогательной службы, полностью не могли быть применимы при осложнениях беременности, в том числе при ПНБ.

К НБ в большинстве случаев приводят не только экологические, но и социально-гигиенические факторы, на которые зачастую обращается внимание лишь при привычном невынашивании [51].

Специальные эпидемиологические исследования и научные разработки, основанные на выборочном этиологическом подходе к изучаемой проблеме, показали, что причиной ПНБ являются эндокринологические (до 60%), иммунологические (до 50%) и генетические (до 80%) факторы, которые, как уже отмечалось выше, часто взаимосвязаны [51, 163].

Поэтому нередко возникает необходимость в медико-генетическом консультировании с проведением цитогенетического исследования. По мнению некоторых авторов [50], медико-генетическое консультирование супружеской пары рекомендуется проводить после исключения других возможных причин (анатомических, инфекционных, эндокринных и др.) ПНБ.

В исследованиях J.T. Pantzar et al. указывается, что цитогенетические исследования при комплексном обследовании женщин с привычным СВ следует проводить еще до использования инвазивных методов. Успешное медико-генетическое консультирование, закончившееся рождением живого здорового ребенка, зарегистрировано у 20-80% среди всех обратившихся [120].

Тщательно собранный наследственный анамнез супружеской пары по типу генеалогического опроса также чрезвычайно важен для выявления генетических факторов в происхождении ПНБ. Наличие в родословной супружеской пары указаний на СП, врожденные заболевания у родственников, предполагает возможность сбалансированных транслокаций у одного или обоих супругов.

Вопрос о правомерности цитогенетического обследования супругов в случае СП при первой беременности не имеет однозначного ответа. Тем не менее, выделяют 5 клинических вариантов, с которыми встречается акушер при медико-

генетическом консультировании: 1) единственный СП; 2) нормальный живой ребенок, единственный СП; 3) живой ребенок, единственный мертворожденный (причина смерти неизвестна) или перинатальная смерть; 4) живой ребенок, мертворожденный или перинатальная смерть (по неизвестным причинам), единственный СП; 5) два или более СП. Эти клинические ситуации возникают в тех случаях, когда кариотип абортусов или мертворожденных не исследовался [15].

При единственном СП, особенно при наличии живого здорового ребенка, нет показаний для специального изучения кариотипа у супружеской пары, и она не нуждается в каких-либо специальных рекомендациях, но подлежит диспансерному наблюдению, особенно в тех случаях, когда женщина старше 35 лет. Это связано с тем, что, если неисследованный анамнез мог привести к тому, что следующая беременность, вероятнее всего, также закончится СП из-за хромосомной патологии у плода. Если цитогенетическое исследование плода после одного СП производилось, и выявлены анеуплоидные изменения, то проводится серия исследований для обоснования показаний к пренатальной диагностике последующей беременности [26, 55, 57].

Другой тактики рекомендуется придерживаться в ситуации, когда до возникновения СП в I триместре уже имеются данные об отсутствии у супругов здорового живого ребенка и указания на мертворождение или перинатальную смерть по неизвестным причинам. В этой ситуации показано изучение кариотипа у членов супружеской пары, а показания к пренатальной диагностике зависят от выявленных изменений в кариотипе - у одного или обоих супругов. Если вышеописанная клиническая ситуация дополняется СП, то цитогенетическое исследование супружеской пары и пренатальная диагностика последующей беременности обязательны, так как даже при отсутствии изменений в кариотипе у супругов высока вероятность возникновения хромосомной патологии у плода.

При привычных СП (2 или более последовательных СП), даже при наличии живого ребенка - цитогенетическое исследование супругов и пренатальная диагностика последующей беременности считаются обязательными, особенно при возрасте родителей старше 35 лет. Известно, что в этой клинической ситуации

более чем в 3% наблюдений у одного из супругов регистрируется бессимптомная хромосомная патология [133–135, 142, 143, 145–147, 149, 150, 152, 158, 161, 164, 165].

При наличии у одного из супругов хромосомной транслокации - обязательна пренатальная диагностика последующей беременности [19, 62].

При цитогенетическом изучении супружеских пар основное внимание следует направлять на выявление не только транслокаций, но и инверсий мозаицизма половых хромосом, содержание структурного гетерохроматина, хотя вопрос о вкладе экстравариантов в невынашивание до настоящего времени дискутабелен.

Вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза и терапии отдельных клинических форм НБ достаточно полно изучены и отражены в литературе [98, 107, 110, 112, 114, 122, 130]. В то же время вопросам организации медицинской помощи женщинам с СВ уделяется недостаточное внимание.

В основном эти мероприятия сводятся к обследованию и лечению вне беременности только женщины, не учитывается тот факт, что невынашиванием страдает супружеская пара. Не вызывает сомнений, что семьи с НБ нуждаются в целенаправленном обследовании и динамическом наблюдении в специализированных лечебных учреждениях. Значительная распространенность СП в популяции привела к необходимости стандартизировать и унифицировать методические обследования и тем самым повысить качество диспансерного наблюдения. D. Rushton сообщает, что ежегодно в Великобритании регистрируется около 100000 СП, причину которых необходимо выяснить. В связи с этим, по мнению автора, необходимо разработать алгоритм исследований по принципу «от простого к сложному», чтобы рационально и по показаниям применять дорогостоящие и трудоемкие методики исследования [132].

Большой интерес представляет собой сопоставление подходов к организации медицинской помощи беременным женщинам, в том числе с ПНБ, в России и за рубежом. Применяя международный опыт в практике работы можно повысить

качество и безопасность медицинской деятельности при оказании помощи пациенткам с ПНБ.

В соответствие с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1273н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при привычном невынашивании беременности» установлены следующие положения:

- 1) Стандарт медицинской помощи женщинам с ПНБ
- 2) Перечень медицинских мероприятий для диагностики и лечения заболевания

В настоящее время в России созданы принципиальные основы системы специализированной амбулаторной и стационарной помощи женщинам, страдающим ПНБ. Система представлена следующими этапами: первый – женская консультация, второй – специализированное отделение или палаты в отделениях патологии беременности, третий – специализированный родильный дом для проведения преждевременных родов, то есть перинатальный центр и организации первого этапа выхаживания недоношенных детей. Обращает на себя внимание, что данная система ориентирована на оказание помощи только женщине, а не семье в целом и не включает гинекологический стационар, как этап диспансерного наблюдения. А между тем – это лечебное учреждение, в котором происходит оказание медицинской помощи в случаях СП и, соответственно, максимально полное выявление и регистрация всех случаев СП.

В женской консультации участковый врач акушер-гинеколог среди всех женщин детородного возраста выявляет группу риска по НБ и направляет их на специализированный прием. Проведение детальной диагностики необходимо осуществлять вне беременности для выявления групп риска. Следует отменить важной диспансеризации в ранней диагностике и лечении групп риска по [51]. Методики формирования групп риска по НБ описаны, однако в подавляющем большинстве случаев группа риска по невынашиванию формируется по обращению женщин за медицинской помощью. Это, очевидно, обусловлено отсутствием данных о частоте СВ, как основе планирования мероприятий по

профилактике и диспансеризации семей с невынашиванием, а также отсутствием преемственности в работе гинекологических стационаров и женских консультаций.

При НБ необходимы своевременные меры и соответствующая медицинская помощь. Одним из хорошо зарекомендовавших себя подходов к организации специализированной помощи в стационарных условиях показало объединение акушерского и педиатрического стационарных подразделений с дополнительным внедрением консультативного центра [44].

Медицинская организация обязана принимать меры по предупреждению НБ, вести преждевременные роды надлежащим образом и способствовать внедрению современных и своевременных реанимационных мероприятий, обеспечивать выхаживание и лечение недоношенных новорожденных, а также медицинскую реабилитацию. Профилактическая госпитализация женщин с риском НБ должна проводиться в критические сроки (7–8 недель беременности, в 16 и 28 недель) и в сроки прерывания предыдущих беременностей. Родовой блок должен включать в себя палату интенсивного наблюдения [14].

В РФ существует около 300 Центров планирования семьи и репродукции, функционирующие в основном на базе региональных больниц, либо являющихся структурными подразделениями других медицинских организаций. В среднем, на 60 тыс. населения приходится 20-30 человек персонала (всех специальностей). Безусловно, система здравоохранения в РФ и российское общество заинтересованы в выявлении имеющихся резервов для снижения предотвратимых потерь и формировании максимально эффективной и доступной медицинской помощи женщинам и детям. Однако, в целях совершенствования подходов к профилактике ПНБ и решения существующих проблем необходима четко отработанная система организации медицинской помощи женщинам с НБ [43].

Следует отметить, что материнская, перинатальная и младенческая смертности в регионах, где введены в работу перинатальные центры в 1,5 – 2 раза меньше, чем в регионах, где перинатальные центры отсутствуют [22, 61].

Также в РФ благодаря федеральным программам «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «АНТИ-СПИД» реализованы и продолжают

реализовываться мероприятия по охране репродуктивного здоровья граждан, в т. ч. меры, включающие профилактику возникновения НБ.

В Российской Федерации именно профилактические мероприятия, реализуемые центрами планирования семьи и ребенка, способствуют уменьшению частоты искусственных прерываний. Ведь именно искусственные прерывания являются одним из наиболее значимых фактором риска НБ. За последние 5 лет абсолютное число искусственных уменьшилось на 28,6%. Также увеличилась приверженность женщин к современным методам контрацепции [43].

1.3. Организация медицинской помощи беременным женщинам, в том числе с привычным невынашиванием беременности в зарубежных странах

Частота преждевременных родов варьируется в различных странах мира. Так, установлено, что в США значение данного показателя составляет до 12-13% [35]. Лечение или сестринский уход малообеспеченных беременных женщин в США относится к программе медицинской помощи Medicaid.

Также был произведен анализ социально-экономических данных на уровне сообщества, для прогнозирования преждевременных родов в масштабе среди беременных женщин [157]. По результатам исследования установлено, что частота НБ до 35 недель составила примерно 3,3%. В группе с очень высоким риском она составила 14,7% [157].

В ретроспективном исследовании иранских супружеских пар с бесплодием было доказано, что частота хромосомных аномалий составляет около 4,9%. Причем, патология «по вине» женщины обнаруживается в два раза чаще, чем из-за мужчин (6,8% против 3,9% соответственно). Прогноз в наступлении успешной беременности после предгравидарной подготовки также имеет гендерные различия: 52% и 18,64% соответственно «по вине» женщины и мужчины [83].

Исследование процента встречаемости преждевременных родов в тайской популяции показали, что ранний возраст до 20 и старше 35 лет является доказанным фактором риска развития преждевременных родов. Молодой возраст

чаще всего связан с риском спонтанных ранних преждевременных родов, тогда как возраст беременных более 35 лет связан с поздними индуцированными преждевременных родов и непосредственно связан с тяжелыми экстрагенитальными и акушерско-гинекологическими заболеваниями [35].

Показано, что в европейских странах около 2 млн женщин так или иначе сталкиваются с невынашиванием беременности. Однако благодаря системным мероприятиям по организации профилактики ПНБ данный показатель существенно снизился за последние годы [137].

Установлено, что в европейских странах показатель числа мертворождений достигает 25 000 в год [91]². В целях информационного обеспечения управления в Европейском союзе действует система показателей и рекомендаций в области репродуктивного здоровья³, в частности система показателей и мероприятий ESHRE (Европейское общество репродукции человека и эмбриологии) [68, 69].

Также разработаны стандарты медицинской помощи в области акушерства и гинекологии (EBCOG) [92]⁴.

Значение показателя «частота преждевременных родов» в разных странах мира составляет от 6% до 15%. На рост данного показателя оказывают влияние различные факторы, в том числе такие как увеличение возраста рождений детей, образ жизни и другие факторы [77].

В каждом из предложенных стандартов присутствуют положения, содержащие в себе клинические стандарты, стандарты обучения и показатели, подлежащие строгому контролю.

Также в странах Европейского союза на функциональной основе осуществляет свою деятельности проект Euro-Peristat. Основная цель данной системы мероприятий – информирование медицинских работников и всех

² Стандарты для служб родовспоможения и охраны неонатального здоровья [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/standarty-dlya-sluzhzb-rodovspomozheniya-i-ohrany-neonatalnogo-zdorovya/viewer>

³ Стандарты охраны здоровья женщин в Европе [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/50328-UNFPA-Standards%20of%20Care%20for%20Obstetric%20and%20Neonatal%20Services-RU-Web.pdf>

⁴ Стандарты для служб родовспоможения и охраны неонатального здоровья [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/standarty-dlya-sluzhzb-rodovspomozheniya-i-ohrany-neonatalnogo-zdorovya/viewer>

участников процессов оказания медицинской помощи беременным о современном состоянии проблемы привычного невынашивания беременности [71, 137]. Данный проект является примером эффективного инструмента информационного обеспечения управления организацией оказания медицинской помощи беременным женщинам [138]. Данный инструмент включает в себя 10 основных и 20 рекомендуемых показателей, классифицированных в четыре группы [71].

Таким образом, анализ отечественных и зарубежных научных публикаций, и нормативных правовых актов свидетельствует о необходимости уточнения частоты и распространенности НБ в различные ее сроки с использованием клинических, лабораторных и медико-генетических исследований [10]. Подчеркивается целесообразность разработки комплекса методов активного выявления семей с самопроизвольными выкидышами, их обследования, уточнения порядка диагностических мероприятий по значимости в системе медицинской помощи и др. Также, обращает на себя внимание, что созданная в Российской Федерации родовспомогательная система помощи женщинам, страдающим ПНБ, не ориентирована на раннее выявление и лечение женщин группы риска по невынашиванию. Поэтому, особое внимание необходимо уделять раннему выявлению проблем гинекологического здоровья женщин с целью профилактики, своевременной диагностики и назначения лечения в случае необходимости в целях предотвращения как репродуктивных, так и экономических потерь.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Основные понятия, используемые в настоящей работе

«Профилактика – совокупность мер по укреплению здоровья, предупреждению и устранению причин заболеваний человека».

«Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание беременности на любом сроке с момента зачатия до доношенного срока (37 недель)».

«Привычное невынашивание беременности – потеря беременности два и более раза».

«Привычное невынашивание беременности – это полиэтиологическая репродуктивная патология, характеризующаяся неоднократными последовательными эпизодами самопроизвольного прерывания гестации до 38-й (полных 37) недель».

Согласно классификации, принятой ВОЗ, невынашивание беременности подразделяют на следующие категории.

1. Самопроизвольный выкидыш — потеря беременности на сроке до 22 недель.

2. Преждевременные роды — прерывание беременности на сроке с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода более 500 г:

- 22-27 недель – очень ранние преждевременные роды;

- 28-33 недель – ранние преждевременные роды;

- 34-37 недель – преждевременные роды.

«Медицинская помощь – деятельность, направленная на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию пациентов, и состоящая из совокупности медицинских услуг и лекарственного обеспечения».

«Качество медицинской помощи – Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определяет как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания

медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

«Инновация – это принципиально новое решение или свежая идея в области технологий, а также техники управления и организации труда».

«Организационная форма или новая организационная форма – это специфическое для конкретной организации сочетание структуры, управленческого стиля, организационной культуры, ответственности, умений и др.»

«Эффективность медицинской помощи – это характеристика, отражающая степень достижения конкретных результатов диагностики и лечения заболеваний при определенных материальных, временных и трудовых затратах».

«Медицинская эффективность – это степень достижения медицинского результата».

«Социальная результативность – это степень достижения социального результат (в частности, удовлетворенность медицинской помощью».

«Экономическая эффективность – это соотношение полученных экономических результатов и произведенных затрат».

2.2. Программа, методика и организация исследования

Объектом исследования являлись женщины с привычным невынашиванием беременности в возрасте от 16 до 40 лет; **предметом исследования** – совершенствование организации профилактики привычного невынашивания беременности.

Единицами наблюдения, в зависимости от решения поставленных задач, являлись: научная публикация; нормативный правовой документ; беременная женщина; пациентка с диагнозом «привычное невынашивание беременности».

Период исследования – с 2014 г. по 2019 г. был выбран на основании того, что данный период является периодом до развития пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и характеризовался нормальными

показателями распространенности ПНБ и нормальным состоянием организации оказания медицинской помощи беременным.

Дополнительно был проведен анализ по данным 2022-2024 годов, в том числе, в части индексации результатов расчета экономической эффективности разработанного в ходе исследования комплекса организационных мероприятий в ценах 2024 года с учетом уровней инфляции прошлых лет.

Исследование выполнялось по специально разработанной программе и включало в себя несколько последовательных этапов. Программа исследования представлена в Таблице 2.1.

В соответствии с поставленными задачами в исследовании использовалась комплексная методика, включающая следующие методы: изучение и обобщение опыта, контент-анализ, монографического описания, аналитический, статистический, сравнительного анализа, социологический (опрос, интервьюирование), экономический, метод экспертных оценок, метод организационного эксперимента, экономический метод.

2.3. Описание этапов исследования

Исследование включало в себя ряд последовательных этапов.

На 1-ом этапе исследования были сформулированы цели и задачи исследования, определены объект и предмет исследования; изучен отечественный и зарубежный опыт организации и оказания медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности, позволивший выявить недостатки и резервы для улучшения родовспомогательной помощи пациенткам с данным диагнозом.

Таблица 2.1 – Программа исследования

Задачи исследования				
1. Провести анализ распространенности привычного невынашивания беременности в городе Москве и проанализировать опыт организации и оказания медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности	2. Выявить наиболее значимые факторы риска развития привычного невынашивания беременности в современных условиях	3. Научно обосновать и разработать комплекс организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики привычного невынашивания беременности	4. Научно обосновать и разработать систему показателей для оценки проведения профилактики привычного невынашивания беременности	5. Оценить эффективность разработанных и внедренных организационных мероприятий по профилактике привычного невынашивания беременности.
Этапы исследования				
1-ый этап: изучен отечественный и зарубежный опыт организации и оказания медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности, позволивший выявить недостатки и резервы для улучшения родовспомогательной помощи пациенткам с данным диагнозом.	2-ой этап: для проведения анализа распространенности привычного невынашивания беременности в г. Москве за 2014-2019 гг. и изучения структуры гинекологической патологии у женщин с привычным невынашиванием беременности произведена выкопировка из 21961 медицинской карты стационарного больного гинекологических стационаров за рассматриваемый период, что позволило достигнуть 100-процентной выборки женщин с изучаемой патологией. Были рассчитаны показатели, характеризующие исходы беременности, в частности, определена частота самопроизвольных абортов в разные сроки беременности.	3-ий этап: по разработанной нами анкете проводился опрос среди женщин, имеющих в анамнезе диагноз невынашивание беременности, с целью выявления факторов, которые могли оказать влияние на исход их беременности. Для выявления факторов риска привычного невынашивания беременности в базовой медицинской организации проводился ретроспективный анализ амбулаторных карт (форма № 111-1/у-97), и в дальнейшем - анализ стационарных историй родов форма № 096/у) за период 2014-2019 гг.	4-ый этап: разработка комплекса организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики привычного невынашивания беременности, в том числе разработка системы показателей для оценки проведения профилактики привычного невынашивания беременности. Все разработанные организационные мероприятия были внедрены в деятельность базовой медицинской организации. И на этом же этапе оценивалась их эффективность, включающая медицинский, экономический и социальный компонент. Сравнительный анализ эффективности проводился в 3-х группах: - первая группа (основная) – 663 (с установленным диагнозом ПНБ - 206) беременных группы риска невынашивания беременности незащищенных, которым проводилась медико-социальная профилактика условиях отделения профилактики ПНБ КДЦ; - вторая группа - 150 беременных с факторами риска, получивших лечение в отделении патологии беременных родильного дома; - третья группа - 158 беременных женщин, наблюдавшихся в условиях женской консультации этого же родильного дома.	

Продолжение таблицы 2.1

Главы и подглавы диссертации, в которых представлены результаты			
Глава 3 (подглава 3.1)	Глава 3 (подглава 3.2)	Глава 4 (подглава 4.1)	Глава 4 (подглава 4.2, подглава 4.3)
Источники информации (материалы исследования)			
- Статьи, монографии, авторефераты по теме исследования, законодательные и нормативные правовые документы федерального и регионального уровня. 126 отечественных и 69 зарубежных научных публикаций и официальных документов по теме исследования.	- Данные Департамента здравоохранения г. Москвы, родовспомогательных и гинекологических стационаров г. Москвы и Перинатального центра ГКБ им. М.П. Кончаловского за 2014-2019 г. - Медицинская карта стационарного больного (ф. 003-у) за 2014-2019 гг. - 2017 шт. - Карта экспертной оценки - 36 шт.	- Амбулаторные карты (форма № 111-1/у-97) - 971 шт. - История родов (форма № 096/у) - 971 шт. - Обменно-уведомительная карта беременной и роженицы за период с 2014 -2019 гг. (уч. ф. № 115) - 971 шт. - Анкеты для проведения опроса пациенток с НБ -663 шт.;	- Результаты предыдущих этапов - Амбулаторные карты (форма № 111-1/у-97) - 971 шт. - История родов (форма № 096/у) - 971 шт. - Обменно-уведомительная карта беременной и роженицы за период с 2014 -2019 гг. (уч. ф. № 115) - 971 шт. - Анкеты для проведения опроса пациенток с НБ -663 шт.;
Методы исследования			
Изучение и обобщение опыта, аналитический метод, контент-анализ	Метод сравнительного анализа, статистический метод, математический метод, аналитический метод, метод экспертных оценок,	Метод ретроспективного анализа, социологический метод (опрос, интервьюирование) статистический метод, аналитический метод	Аналитический метод, метод монографического описания, аналитический метод, статистический метод, метод организационного эксперимента, экономический метод

На 2-ом этапе исследования для проведения анализа распространенности привычного невынашивания беременности в г. Москве за 2014-2019 гг. и изучения структуры гинекологической патологии у женщин с привычным невынашиванием беременности произведена выкопировка из 21961 медицинской карты стационарного больного гинекологических стационаров за рассматриваемый период, что позволило достигнуть 100-процентной выборки женщин с изучаемой патологией. Были рассчитаны показатели, характеризующие исходы беременности, в частности, определена частота самопроизвольных абортов в разные сроки беременности.

На 3-ем этапе исследования по разработанной нами анкете проводился опрос среди женщин, имеющих в анамнезе диагноз невынашивание беременности, с целью выявления факторов, которые могли оказать влияние на исход их беременности.

Также для выявления факторов риска привычного невынашивания беременности в базовой медицинской организации проводился ретроспективный анализ амбулаторных карт (форма № 111-1/у-97), и в дальнейшем - анализ стационарных историй родов форма № 096/у) за период 2014-2019 гг.

Для оценки значимости и ранжирования выявленных нами факторов риска привычного невынашивания беременности были привлечены 47 экспертов, в качестве которых выступили главные врачи, заместители главных врачей и заведующие отделений медицинских организаций, оказывающих помощь женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности.

Требования к экспертам были следующие:

- стаж работы в руководящей должности не менее 5 лет
- стаж работы с контингентом пациенток с ПНБ не менее 10 лет
- наличие действующего сертификата по общественному здоровью и здравоохранению.

Отдельным (4-ым) этапом исследования являлась разработка комплекса организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики привычного невынашивания беременности, в том числе разработка системы

показателей для оценки проведения профилактики привычного невынашивания беременности.

Разработанный нами комплекс организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики, включающий новую организационную форму (отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара), включенная в процесс комплексного оздоровления женщин с привычным невынашиванием беременности, алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПМБ на базе данного отделения и систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения, был внедрен в деятельность базовой медицинской организации. И на этом же этапе оценивалась их эффективность, включающая медицинский, экономический и социальный компонент.

Сравнительный анализ эффективности проводился в 3-х группах:

- первая группа (основная) – 663 (с установленным диагнозом ПНБ - 206) беременных группы риска невынашивания беременности незащищенных, которым проводилась медико-социальная профилактика условиях отделения профилактики ПНБ КДЦ;

- вторая группа - 150 беременных с факторами риска, получивших лечение в отделении патологии беременных родильного дома;

- третья группа - 158 беременных женщин, наблюдавшихся в условиях женской консультации этого же родильного дома.

Дополнительно был проведен анализ по данным 2022-2024 годов, в том числе, в части индексации результатов расчета экономической эффективности разработанного в ходе исследования комплекса организационных мероприятий в ценах 2024 года с учетом уровней инфляции прошлых лет.

Более углубленному изучению были подвергнуты все случаи беременности, закончившиеся самопроизвольным прерыванием (СП), которые составляли 2017 случаев.

Выкопировка данных в случаях СП проводилась в специально разработанную карту, включающую следующие вопросы: паспортные данные пациентки; социальный статус; место обследования и направления; особенности менструальной функции; матримониальное состояние; паритет и репродуктивный анамнез; наличие в анамнезе спонтанных прерываний; история жизни; наличие профессиональных вредностей и др.

Вся совокупность случаев СП была подвергнута анализу, на основании которого установлены: частота СП в разные сроки беременности; удельный вес СП в структуре гинекологической заболеваемости.

Были рассчитаны показатели, характеризующие исходы беременности, в частности, определена частота самопроизвольных абортов в разные сроки беременности.

Для оценки распространенности СА/СП использовались следующие показатели:

ПЧСА – показатель частоты СА – это число регистрируемых СА, рассчитанное на 100 зарегистрированных беременностей. Существует несколько способов расчета этого показателя:

$$\text{ПЧСА} = \frac{NCA}{NP + NCA} \times 100 \quad (1)$$

$$\text{ПЧСА} = \frac{NCA}{NP + NCA + \frac{1}{2}NIA} \times 100 \quad (2)$$

$$\text{ПЧСА} = \frac{NCA}{NP + NCA + NIA} \times 100 \quad (3)$$

где: ПЧСА – показатель частоты СА;

NCA – число зарегистрированных СА;

NP – число зарегистрированных родов;

NIA – число зарегистрированных искусственных абортов;

1/2NIA – половина числа зарегистрированных искусственных абортов.

Пересчет показателя частоты СА на первый триместр беременности производился по следующим формулам:

$$\text{ПЧСА}_I = \frac{NCA_I}{NP + NCA} \times 100 \quad (4)$$

$$\text{ПЧСА}_I = \frac{NCA_I}{NP + NCA + \frac{1}{2}NIA} \times 100 \quad (5)$$

$$\text{ПЧСА}_I = \frac{NCA_I}{NP + NCA + NIA} \times 100 \quad (6)$$

Где: ПЧСА_I - показатель частоты СА первого триместра;

NCA_I - число зарегистрированных СА первого триместра.

При проведении исследования большое внимание было уделено изучению и выявлению факторов риска возникновения привычного невынашивания беременности и впоследствии развития материнской и перинатальной патологии.

В дальнейшем из 2017 случаев, которые имели в анамнезе самопроизвольные аборты, были выделены 971 случай, которые были с диагнозом невынашивание. Данная группа пациенток была подвергнута более глубокому анализу.

В частности, сплошным методом проводилось изучение историй родов, обменных карт, анкетных данных всех 663 беременных женщин, имеющих невынашивание в анамнезе, в возрасте от 16 до 40 лет за 2014 - 2019 годы, проходивших лечение в отделении профилактики КДЦ акушерского стационара ГKB им. М.П. Кончаловского.

Для сравнения была подобрана группа из 150 беременных женщин с соответствующими возрастными и некоторыми другими характеристиками, лечившихся в отделении патологии беременности акушерского стационара ГKB им. М.П. Кончаловского. Наряду с этим, были изучены истории беременности и родов у 158 беременных женщин, наблюдавшихся только в условиях женской консультации акушерского стационара ГKB им. М.П. Кончаловского (Таблица 2.2). При этом медицинской документации давалась экспертная оценка врачом

акушером-гинекологом, терапевтом и неонатологом. При необходимости привлекались и другие специалисты.

В ходе исследования изучалась возможность влияния социально-гигиенических, возрастных, медико-биологических, производственных и других факторов на данную патологию. С этой целью был проведен опрос среди взятого под наблюдение контингента женщин, имеющих в анамнезе диагноз невынашивание беременности, с целью выявления факторов, которые могли оказать влияние на исход их беременности.

Таблица 2.2 – Возрастной состав беременных женщин, включенных в исследование (2014-2019 гг.)

Возрастные группы, лет	Число обследованных беременных женщин, лечившихся в различных медицинских организациях			
	Отделение профилактики ГKB им. М.П. Кончаловского	Отделение патологии беременных роддома ГKB им. М.П. Кончаловского	Женская консультация роддома ГKB им. М.П. Кончаловского	Всего
До 20	149 (22,5 %)	40 (26,7 %)	18 (11,4 %)	207(21,3%)
21-25	226 (34,1 %)	44 (29,3 %)	58 (36,7 %)	328 (33,7%)
26-30	170 (25,6 %)	32 (21,3 %)	27 (17,1 %)	229 (23,6%)
31-35	80 (12,1 %)	21 (14,1 %)	28 (17,7 %)	129 (13,3%)
36-40	38 (5,7 %)	13 (8,6 %)	27 (17,1 %)	78 (8,1%)
Итого	663 (100%)	150 (100%)	158 (100%)	971(100%)

Анкета включила в себя следующие группы вопросов: семейное положение беременной, общий и акушерский анамнез, течение беременности, осложнения в период беременности и родов, наличие экстрагенитальной патологии. Кроме того, в анкете отражены: общее состояние беременной, масса тела, АД, ЭКГ, результаты анализов крови, психоэмоциональный статус, данные «Вегетотеста», срок беременности, данные ультразвукового и кардиомониторного исследования,

проведенные консультации, вопросы касающиеся изучения и оценки работы отделения беременных; эффективности проводимых лечебно-профилактических мер в условиях отделения патологии беременных и женской консультации.

Опрос взятого под наблюдение контингента женщин по специально разработанной анкете включал также самооценку женщинами своего здоровья, их представление о ценности здоровья и здорового образа жизни и оценку женщиной своего образа жизни.

Учитывая, что одним из ведущих факторов риска ПНБ является возраст женщины, нами было проведено прогнозирование вероятного риска ПНБ в зависимости от этого фактора. Для расчетов показателей риска невынашивания для женщин различных возрастных групп использовалась Теорема Байеса:

$$P(A|B) = \frac{P\left(\frac{B}{A}\right) * P(A)}{P(B)} \quad (7)$$

Где: $P(A|B)$ - апостериорная оценка вероятности события А при условии наступления события В (т. н. условная вероятность) или вероятностный риск ПНБ у женщины при наступлении определенного возраста (в конкретной возрастной группе);

$P(A)$ – вероятность события А (основная, априорная оценка) или удельный вес конкретной возрастной группы пациенток с ПНБ;

$P(B|A)$ – вероятность (также условная), которую мы получаем из наших данных или частота ПНБ в конкретных возрастных группах женщин;

$P(B)$ – полная вероятность наступления события В

Также в качестве учетных были выделены факторы, оказывающие влияние качество организации и оказания медицинской помощи у женщин с ПНБ.

На основании данных научных публикаций, изучения всей нормативной базы, касаемой ПНБ. Для применения метода результатов анализа учетной медицинской документации и опроса среди всех женщин в базовой медицинской организации, имеющих в анамнезе диагноз ПНБ, были определены факторы, которые оказывают влияние на исход беременности этих пациенток.

Для применения метода коллективной оценки была сформирована группа экспертов в составе 47 человек, в роли которых выступили главные врачи, заместители главных врачей и заведующие отделений медицинских организаций, оказывающих помощь женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности.

Требования к экспертам были следующие:

- стаж руководящей должности не менее 5 лет
- стаж работы с контингентом пациенток с ПНБ не менее 10 лет
- наличие действующего сертификата по общественному здоровью и здравоохранению.

Каждый из них должен был выделить наиболее компетентных коллег, где число единица обозначала наличие выбора, а ноль – отсутствие выбора. На основании данного «голосования» были просуммированы баллы и определен уровень компетенции каждого эксперта.

В составе групп экспертов осталось 36 человек. В результате такого комплексного исследования был составлен перечень факторов риска ПНБ в современных условиях.

Также на этом этапе исследования проводилась экспертная оценка этих факторов в зависимости от степени значимости их влияния на риск развития привычного невынашивания беременности по 5-бальной шкале (от 1 балла - фактор риска имеет минимальное значение, до 5 баллов – фактор риска имеет максимальное значение). Был рассчитан коэффициент согласованности мнений экспертов (коэффициент конкордации Кендалла). Статистическая значимость различий оценивалась с использованием непараметрического критерия Фридмана.

«На основании результатов изучения мнения экспертов были определены ранговые значения этих факторов риска, а также проведен сравнительный анализ их распределения по значимости для различных групп факторов» [Сайтгареев Р.Р., 2018].

Степень значимости факторов (X) определялась по формуле:

$$X = \frac{\sum_0^N i \times n_i}{\sum_0^N n_i} \quad (8)$$

Где: i – оценка данного фактора в баллах;

n_i – число респондентов, давших i -ую оценку фактору;

N – общее число респондентов.

Оценка нормальности распределения в каждой из групп производилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. В случае, если p -значение при расчете критерия Шапиро-Уилка превышало пороговое значение 0,05 принималась нулевая гипотеза о соответствии наблюдаемого распределения закону нормального распределения.

Далее при получении соответствия наблюдаемого распределения закону нормального распределения по общепринятым формулам рассчитывались следующие меры центральной тенденции и разброса:

- среднее арифметическое от оценок факторов
- стандартное квадратическое отклонение от оценок факторов
- средняя ошибка от оценок факторов

Для установления наличия или отсутствия статистически значимых различий между группами использовался t -критерий Стьюдента с отдельной оценкой дисперсий.

В дальнейшем все факторы риска ПНБ были нами распределены на две основные группы по возможности управления ими, т. е. поддающиеся и не поддающиеся профилактике, а также целому ряду подгрупп (медицинские, социальные, организационные и др.).

На основании анализа существующей нормативной правовой базы, показателей, рекомендованных Минздравом России для оценки деятельности женской консультации, родильного дома, врача и др., накопленного собственного

опыта и мнения экспертов (руководителей различных уровней управления), в рамках проводимого исследования для оценки организации и оказания медицинской помощи женщинам с диагнозом ПНБ, был дополнен перечень утвержденных показателей. В частности, предложены новые показатели с учетом факторов риска возникновения ПНБ в современных условиях. При построении системы показателей нами использовалась методика ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», в соответствии с которой все показатели были распределены на 3 группы: показатели, характеризующие структуру, процесс и результат оказания медицинской помощи женщинам с ПНБ.

Отдельным этапом исследования являлся углубленный и всесторонний анализ функционирования новой организационной формы в процессе комплексного оздоровления женщин с ПНБ - отделения профилактики для беременных с ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара дома.

На этом же этапе оценивалась эффективность деятельности данной новации, включающая медицинский, экономический и социальный компонент.

Под медицинской эффективностью мы понимали улучшение или стабилизацию общего состояния женщины в период беременности, сокращение количества различных осложнений в период гестации.

Социальная составляющая эффективности оценивалась по предотвращенным перинатальным потерям в группе беременных женщин с ПНБ, лечившихся в отделении профилактики ПНБ.

Группой сравнения выступали женщины, которым оказывалась медицинская помощь в женской консультации и отделении патологии беременных акушерского стационара.

Далее проводился детальный сравнительный анализ эффективности медико-социальной профилактики у беременных женщин в 3-х группах:

- первая группа (основная) - 663 беременных группы риска невынашивания беременности незащищенных, которым проводилась медико-социальная профилактика условиях отделения профилактики ПНБ КДЦ;

- вторая группа - 150 беременных женщин, у которых были выявлены различные факторы риска и которым оказывалась медицинская помощь в отделении патологии беременных акушерского стационара дома;

- третья группа - 158 беременных женщин, которым оказывалась медицинская помощь в условиях женской консультации этой же медицинской организации.

По нашему мнению, медицинский эффект по предотвращению числа осложнений у женщин группы риска при лечении в отделении профилактики ПНБ КДЦ обуславливает часть экономического эффекта в связи с тем, что при наличии осложнений беременности женщины имеют дополнительно к обычному декретному отпуску 16 дней нетрудоспособности.

В 4 главе данной работы приводятся подробные расчеты экономии средств социального страхования в результате лечения беременных женщин в отделении профилактики беременности.

На данном этапе исследования также производилась оценка экономической эффективности путем расчета разницы средней стоимости лечения беременных женщин с определенным заболеванием в отделении патологии беременности и средней стоимости лечения беременных женщин с определенным заболеванием в отделении профилактики ПНБ. Данная разница умножалась на число определенных заболеваний среди женщин, которым оказывалась медицинская помощь в отделении профилактики. И далее полученные произведения суммировались.

В дальнейшем был осуществлен пересчет суммарной экономии средств бюджета здравоохранения и социального страхования в расчете на одну беременную женщину, лечившуюся в отделении профилактики ПНБ.

Статистическая обработка материалов осуществлялась (с помощью программы Microsoft Excel и статистического пакета STATISTICA 10) проводилась по методам параметрической статистики (расчет средних величин, их ошибок, статистических критериев).

При этом в ходе обработки материалов отдельных фрагментов исследования возникали некоторые сложности статистического анализа полученной информации, которые были обусловлены тем, что приходилось оценивать связи множества признаков как количественного, так и качественного характера.

При этом во многих случаях встречались нулевые величины показателей, что всегда требует очень осторожного подхода при анализе.

Для анализа качественных переменных использовался анализ по таблицам сопряженности: для таблиц 2x2 – точный критерий Фишера, для таблиц большей размерности – критерий хи-квадрат.

2.4. Характеристика базы исследования

Исследование проводилось на базе современного родильного комплекса ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», являющегося уникальным научным, лечебным и учебным учреждением.

Филиал «Перинатальный центр» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» рассчитан на 110 коек и включает 10 отделений: консультативно-диагностический центр (КДЦ) с дневным стационаром, родовое, патологии беременности, акушерское наблюдательное и акушерское физиологическое, отделение новорожденных, реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, патологии новорожденных и недоношенных детей, анестезиологии-реанимации для взрослых, гинекологического отделения. Круглосуточно работает клиничко-диагностическая лаборатория, проводятся УЗИ.

Центр укомплектован врачами и средним медицинским персоналом на 90%, в их числе 2 доктора медицинских наук, 15 кандидатов медицинских наук. Высшую квалификационную категорию имеют 59,6% сотрудников. При этом текучесть кадров составляет 4%, в основном, за счет среднего медперсонала.

Центр является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Это дает дополнительные возможности непрерывного повышения квалификации персонала. Сотрудники

кафедры ведут постоянное обучение специалистов и их сертификацию через циклы переподготовки и последипломной подготовки.

Практическая деятельность института направлена на оказание высококвалифицированной помощи больным на уровне современных достижений медицинской науки и ведется по следующим направлениям: амбулаторный прием, диагностика, лечение в стационаре.

С 2017 года, после присоединения женских консультаций к роддомам, налажена тесная связь Женской консультации с КДЦ перинатального центра. Построена четкая система взаимодействия амбулаторного звена и стационара. Сформирован мультидисциплинарный подход при оказании акушерско-гинекологической помощи. Усиление преемственности и работа в едином информационном поле позволили достигнуть поставленных задач. Доля пациенток, состоящих на учете в женских консультациях и обратившихся за стационарной медицинской помощью в перинатальный центр ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», варьирует в пределах 95-97%.

Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных оснащено современной аппаратурой. Внедрены передовые технологии выхаживания маленьких пациентов. Выхаживание детей, рожденных на сроках от 22 недель с весом от 500 граммов и менее, с каждым годом приносит положительный результат в дальнейшем катамнезе данной группы детей. Отделение работает по принципу открытой реанимации. К процессу ухода за новорожденными активно привлекаются оба родителя, применяется метод кенгуру, иными словами говоря принцип «кожа-к-коже», что способствует более мягкой адаптации новорожденного в окружающей среде и обсеменацией материнской микрофлорой.

Переоснащение отделения патологии для новорожденных и недоношенных детей позволило внедрить в работу менее инвазивные технологии по поддержке витальных функций и лечению дыхательной недостаточности даже у детей, рожденных при сверхранних сроках гестации (менее 32 недель).

Филиал «Перинатальный центр» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» входит в приказ Департамента здравоохранения города Москвы по маршрутизации

пациенток с угрозой преждевременных родов. Матерям и детям оказывается вся необходимая, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь на любом этапе, начиная с периода планирования семьи и предгравидарной подготовки и заканчивая наблюдением за здоровьем пациенток после выписки из акушерского стационара. Получены лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям неонатология, акушерство и гинекология.

Внедрены и поставлены на поток высокотехнологичные органосохраняющие операции при «врастании» плаценты и массивных ранних послеродовых кровотечениях. Это стало возможным благодаря дополнительному оснащению операционного блока и привлечению высококвалифицированных специалистов Регионального сосудистого центра ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

Для минимизации рисков травматизации недоношенных новорожденных во время операции кесарева сечения врачи перинатального центра используют методику бережного родовспоможения, извлечения ребёнка в плодном пузыре, сохраняя его целостность. За счет этого околоплодные воды создают естественную гидравлическую защиту шеи и головы малыша, что во многих случаях позволяет избежать серьезных проблем при дальнейшем выхаживании.

Вся медицинская помощь в перинатальном центре оказывается в соответствии с принятыми стандартами оказания медицинской помощи населению. Один из показателей эффективности работы – отсутствие обоснованных жалоб пациентов и судебных исков по некачественному оказанию медицинской помощи.

Филиал «Перинатальный центр» ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» в мае 2018 г. роддом был удостоен международного статуса ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница доброжелательная к ребенку».

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К РИСКУ ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

3.1. Изучение распространенности привычного невынашивания беременности

Поскольку невынашивание беременности, подразумевает под собой самопроизвольное прерывание беременности на любом сроке с момента зачатия до доношенного срока (37 недель), нельзя оставить без внимания группу пациенток с преждевременными родами. В 2018 году роддом ГКБ им. М.П. Кончаловского получил статус перинатального центра, ставшим 4 перинатальным центром города Москвы. В связи с этим перераспределением потока пациенток с угрозой преждевременных родов исключительно в перинатальные центры, процент преждевременных родов в последние годы возрос. Если в 2014 году в роддоме ГКБ им. М.П. Кончаловского составлял 3,5% от общего количества родов, то в 2019 году данный процент составил 5,4% (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Динамика преждевременных родов от общего количества родов в ГКБ им. М.П. Кончаловского (2014 – 2019 гг.)

Срок беременности	2014	2015	2016	2017	2018	2019
22 – 27 недель	0,4 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %	1,1 %	1,5 %
28 – 33 недель	1,5 %	0,9 %	1,1 %	1,3 %	1,9 %	1,6 %
33 – 37 недель	1,6%	1,9 %	2,4 %	3,1 %	2,2 %	2,3%
Итого	3,5%	3,3 %	4,2 %	4.9 %	5,2 %	5,4 %

В нашей работе более глубокому анализу рассматривались случаи прерывания беременности до 22 недель, то есть самопроизвольный выкидыш (аборт). Как было указано выше, данные литературы относительно распространённости ПНБ достаточно противоречивы. Частота привычного невынашивания беременности (ПНБ) по данным разных авторов варьирует от 5% до 15%, что, по-видимому, зависит от методических приемов регистрации данной

патологии [Байбарина, Е.Н., 2006; Robinson K.M. et al., 2009; Munro M.G. et al., 2011; Унанян А.Л. с соавт., 2021; Leli C. et al., 2012].

В соответствии с методикой исследования, по данным родовспомогательных и гинекологических стационаров г. Москвы и данным Перинатального центра ГКБ им. М.П. Кончаловского за 2014-2018 гг., были рассчитаны показатели, характеризующие исходы беременности, в частности определялась частота самопроизвольных выкидышей в разные сроки беременности.

Было выявлено, что суммарные потери рождаемости, по данным города Москвы, в 2018 г. возросли до 618,6 тыс., т.е. более чем на четверть (на 25,2%) по сравнению с 2014 г. При этом самопроизвольные выкидыши формируют почти 2/3 всех потерь при ПНБ.

Сравнивая динамику самопроизвольных прерываний с 2019 году, наблюдается тенденция к снижению в Южном округе (19,9%), в Юго-Западном округе (20,3), Восточном округе (19,7%). Наблюдается некоторое увеличение самопроизвольных аборт в Центральном округе (6,1%) и Северо-Западном округе города Москвы (4,1%). В Зеленоградском и в Северных округах картина осталась приблизительно той же: ЗелаО (3,7) и САО (3,6%).

Также проведенный анализ показал, что показатель ПНБ в г. Москве и в базовом ЗелаО в изучаемом периоде имел тенденцию к росту (соответственно с 11,6 на 100 родившихся детей до 13,5 и с 7,5 до 8,7); последовательно из года в год уменьшался показатель искусственного прерывания беременности (соответственно с 76,5 на 100 родившихся детей до 57,6 и с 16,3 до 14,2) (Таблица 3.2.).

В целом отмечается одинаковая динамика изучаемых показателей в г. Москве и базовом административном округе.

В то же время следует отметить, что показатель частоты ПНБ в г. Москве и ЗелаО превышает таковой по РФ в 2018 г. (4,0 на 100 детей) – соответственно в 3,4 и 2,2 раза, в связи с большим количеством пациенток, не обращающимся своевременно в медицинские учреждения.

Таблица 3.2 – Показатели, характеризующие исходы беременности в г. Москве и ЗелАО за 2014-2019 гг.

Годы	г. Москва			Перинатальный центр ЗелАО		
	Закончились родами	ПНБ (на 100 родившихся детей)	Прерывания беременности (на 100 родившихся живыми)	Закончились родами	ПНБ (на 100 родившихся детей)	Прерывания беременности (на 100 родившихся живыми)
2014	138 358	11,6	76,5	4 412	7,5	16,3
2015	143 150	12,5	69,2	4 023	8,2	15,2
2016	146 000	12,7	56,9	4 452	7,9	15,6
2017	134 573	14,2	58,3	3 714	8,7	14,2
2018	99 082	13,5	57,6	3 872	8,9	14,3
2019	110 000	13,8	56,9	4 200	8,7	14,2

Как было указано в главе 2, в настоящее время показатели частоты СП определяются различными способами по трём формулам. В нашем исследовании они имели следующие значения: 16,9% (при расчете по формуле 1), 11,7% (при расчете по формуле 2) и 8,9% (при расчете по формуле 3).

Мы считаем наиболее корректным ПЧСА, рассчитанный по формуле 1. Он составляет 16,9% (по данным ВОЗ за 2017 г. - 15-20%) и наиболее достоверно отражает частоту ПНБ в популяции, так как учитывает процентное соотношение неудач при желанных беременностях к общему числу желанных беременностей.

По формуле 2 ПЧСА составил 11,7%. Показатель, рассчитанный по формуле 1, учитывает лишь половину искусственных прерываний (ИП). Это обусловлено предположением, что среди ИП примерно в половине случаев встречаются беременности, которые в дальнейшем могли завершиться привычным невынашиванием.

Однако существует мнение, что среди ПНБ, вероятно, встречаются индуцированные прерывания. Поэтому для расчета ПЧСА была предложена формула 3. При таком расчете частота ПНБ отражена недостоверно, ибо учитывает

процентное соотношение неудач при желанных беременностях к общему числу зачатий независимо от их исходов. Мы считаем такой метод определения частоты СА/СП несовершенным, однако в практике органов здравоохранения он наиболее доступен, так как в настоящее время у нас в стране в статистических отчетных формах искусственные и самопроизвольные прерывания регистрируются и учитываются совместно.

ПЧСА, рассчитанные по формулам 5 и 6 и составившие соответственно 9,51% и 7,26%, по-нашему мнению, не отображают истинной ЧПНБ I триместра из-за учета незапланированных беременностей, завершившихся искусственным абортом.

Высокий ПЧСА, рассчитанный по формуле 4, согласуется с результатами исследований, полагающими, что частота ПНБ в первые 12 недель составляет около 60%. Если учесть, что при ПНБ в I триместре, по данным собственного исследования, у 61,5% исследованных плодов выявляется хромосомная патология, то становится очевидной необходимость включения ПНБ в систему динамического слежения за мутагенной нагрузкой в популяции, т.е. использование ПНБ как единицы генетического мониторинга.

Привычное невынашивание беременности – это совокупность самопроизвольных прерываний два или более раза подряд до 37 полных недель гестации. Известно, что наибольшее число ПНБ приходится на период до 28 недель беременности. Так, например, в базовой медицинской организации в структуре ПНБ в 2018 г. СА составляли 61,4%, соответственно произвольные роды – 38,6%.

Наряду с этим в проведенных нами исследованиях было выявлено, что максимальное число привычных невынашиваний приходится на 1 триместр беременности.

Анализ статистических данных базовой медицинской организации показал, что в 2019 г. частота самопроизвольных прерываний в 1 триместре беременности составляла 81,6%; на более поздних сроках (13-22 недели) 18,9% (уровень статистической значимости различий частот в соответствии с критерием хи-

квадрат Пирсона $p=0,00861$. На Рисунке 3.1 представлена визуализация данного статистически значимого различия.

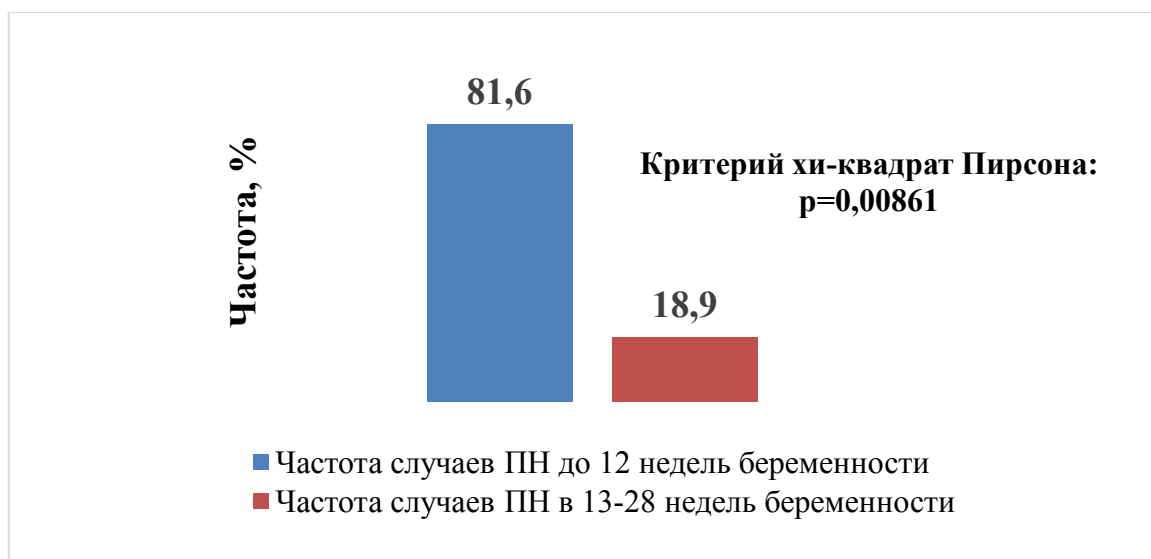


Рисунок 3.1 – Сравнение частот возникновения ПНБ до 13 недель беременности и на сроке 13-22 недели беременности (по результатам анализа статистических данных базовой медицинской организации за 2019 год)

Полученные данные, несомненно, представляют интерес и их целесообразно учитывать при организации медицинской помощи беременным.

При определении удельного веса ПНБ в госпитализированной гинекологической заболеваемости использовались два способа расчета: с учетом искусственных прерываний и без них.

Рассчитанные показатели за 2019 год существенно различаются между собой. При определении показателя удельного веса ПНБ в структуре гинекологической заболеваемости по данным стационаров без учета ИП, он значительно выше, чем с учетом поступлений по поводу прерываний по медицинским показаниям (соответственно 17,3% и 9,8%.)

Выявлено, что каждая пятая пациентка поступает в гинекологический стационар по поводу НБ. При пересчете на 1 триместр также выявлены существенные различия в показателях - 14,4% и 7,4%. Однако проведение таких расчетов возможно лишь при наличии целевой выборки. Это обусловлено тем, что

в медицинской статистике прерывание по медицинским показаниям регистрируются в общем потоке поступлений, а в отчетной - совместно с ПНБ.

При планировании стационарной помощи женщинам с невынашиванием беременности мы считаем приемлемыми расчеты, при которых адекватно отражено место ПНБ в структуре госпитализированной гинекологической заболеваемости. По всей видимости, относить искусственное прерывание беременности без ранних осложнений к заболеваемости не правомочно. Если при расчете удельного веса ПНБ учитывается число искусственно прерванных беременностей, то это, без сомнения, не отражает истинного состояния и места самопроизвольного прерывания беременности в структуре гинекологической заболеваемости, регистрируемой в стационаре.

Одной из ведущих причин в структуре потерь рождаемости являются самопроизвольные выкидыши (аборты) (СА).

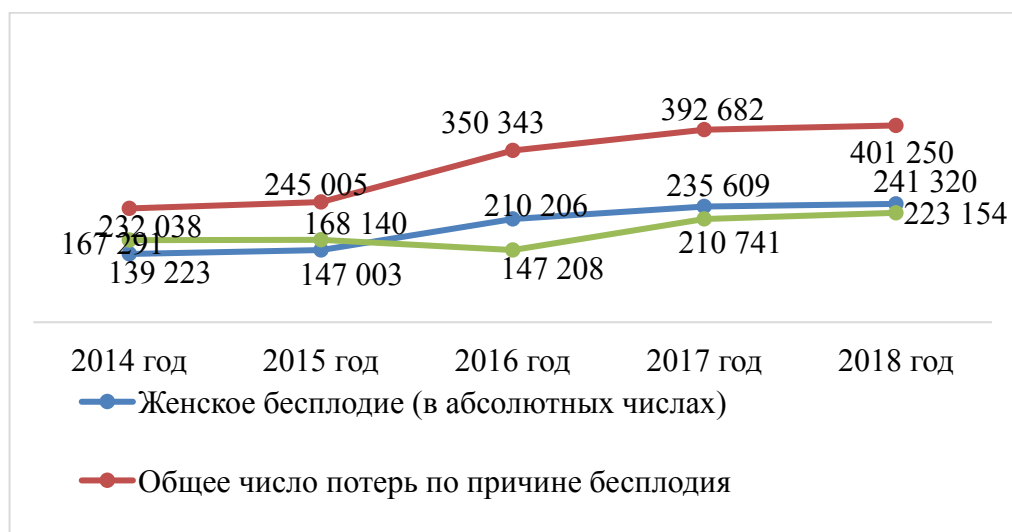


Рисунок 3.2 – Число случаев женского бесплодия, потерь после излечения бесплодия методом ВРТ и самопроизвольных выкидышей без ВРТ в 2014-2018 гг. (абс.)

Согласно данным статистики, заболеваемость беременных женщин в г. Москве выше, чем в РФ, особенно по таким классам болезней как: болезни мочеполовой системы, органов кровообращения, причем в динамике за 2014-2019 гг. регистрируется рост распространенности соматической патологии среди беременных (с 53,0% до 79,8% на 100 беременностей). Эти факторы являются предрасполагающими к возникновению осложнений беременности и родов, а

также способствуют развитию патологии плода и репродуктивным потерям на всех этапах онтогенеза – начиная с ранних перинатальных потерь (клиническим эквивалентом которых является невынашивание беременности и самопроизвольные выкидыши).

3.2. Анализ факторов, способствующих возникновению привычного невынашивания беременности

3.2.1. Результаты опроса женщин с диагнозом «невынашивание беременности»

В соответствии с методикой исследования был проведен опрос среди женщин, имеющих в анамнезе диагноз «невынашивание беременности», с целью выявления факторов, которые могли оказать влияние на исход их беременности.

Всего было опрошено 663 женщин за 2014-2019 гг., из которых было 514 пациенток с установленным диагнозом ПНБ. В ходе исследования изучалась возможность воздействия на женщин детородного возраста, имеющих в анамнезе диагноз «невынашивание беременности», условий жизни, прежде всего, социальных условий (образования, особенностей трудовой деятельности, жилищных условий, экономического статуса и др.) [11].

Известно, что в настоящее время произошли значительные изменения состава населения, которые приводят к активному участию женщин в различных отраслях народного хозяйства.

При изучении общественно-профессиональной принадлежности респондентов, нами были выделены следующие виды деятельности в соответствии с современным рынком труда: руководители (2,5% респондентов), инженеры и технические работники (6,0%), финансовые работники (10,5%), медицинские работники (13,1%), работники сферы образования (12,3%), специалисты по продаже (18,3%), специалисты сферы услуг (12,8%), работники без специальных навыков (4,5%), рабочие (21,0%) [11] (Рисунок 3.3).

То есть большинство респондентов (женщин, имеющих в анамнезе диагноз невынашивание беременности) – это женщины, занятые в процессе производства: рабочие, менеджеры, работники среды услуг и образования (64,4%).

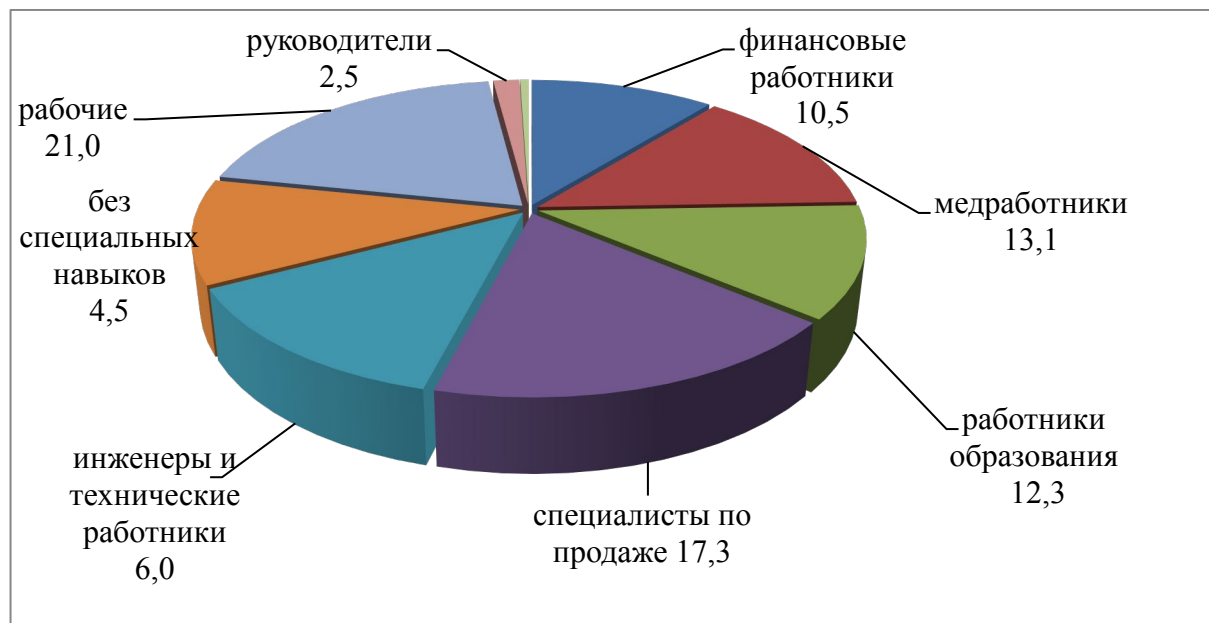


Рисунок 3.3 – Распределение обследованных женщин в зависимости от их профессии (в % к итогу)

По уровню образования респонденты распределились следующим образом: 19,0% женщин имели среднее специальное и 18,0% - высшее образование, почти 40% женщин имели лишь среднее образование и 24,0% начальное или неполное среднее образование [11] (Рисунок 3.4).⁵

⁵ Изложено в собственной статье автора диссертационного исследования Анализ социально-гигиенических и социально-экономических характеристик условий жизни женщин с диагнозом привычное невынашивание / Э. А. Вартамян, О. В. Гриднев, Е. В. Песенникова, С. С. Кучиц // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 2(60). – С. 10. [11]

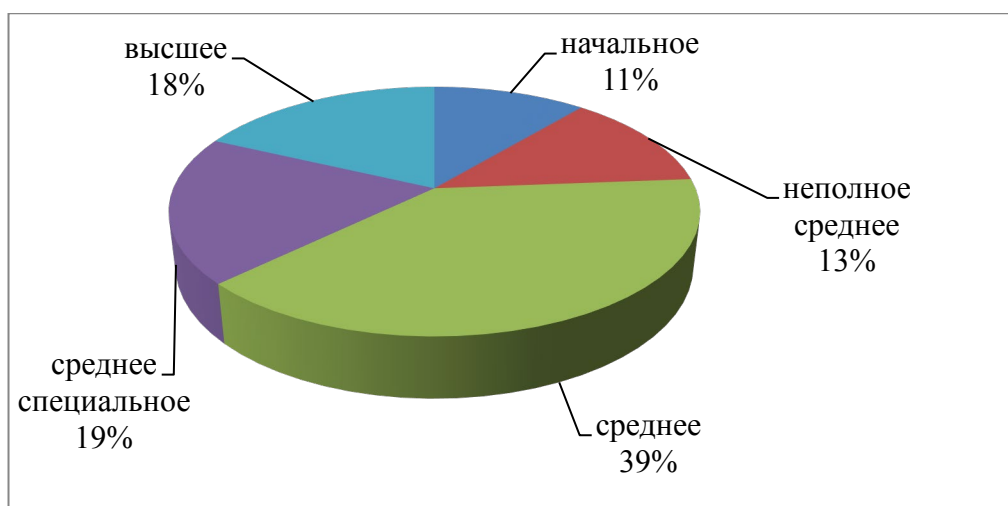


Рисунок 3.4 – Распределение обследованных женщин по уровню образования (в % к итогу)

В ходе исследования были изучены мотивы активного участия женщин в производстве и желание их иметь работу против того, чтобы быть домохозяйкой. Среди мотивов осуществления трудовой деятельности большое значение имеет материальная заинтересованность. Значительное число женщин вынуждены были работать по причине плохого, по их мнению, материального положения (66,7%). Некоторые женщины продолжали привычную трудовую деятельность в связи с тем, что у них не было необходимого трудового стажа для начисления пенсии по возрасту (2,4%).

В качестве материальных мотивов обычно также выступает стремление иметь достаточный семейный бюджет, во многих случаях - желание поддержать детей (44,3%). Однако, помимо экономических мотивов, стимулов к продолжению работы женщин, имели место такие причины, как любовь к выбранной ей профессии, потребность в трудовой деятельности, стремление быть полезным членом общества (30,8%).

Среди социально обусловленных мотивов желания продолжать профессиональный труд женщины называли потребность трудиться, убежденность в необходимости посильной трудовой деятельности для поддержания бодрости и здоровья, потребность в общении с коллективом, увлеченность работой, осознание необходимости полноценной работы как гражданского долга, наконец, стремление заполнить свободное время работой. К этой категории относятся,

прежде всего, представители напряженного умственного труда, имеющие высокий уровень социального обеспечения, увлеченные своей работой, дающие хорошую самооценку своему здоровью (22,5%), а также женщины, живущие без семьи (30,8%).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что только материальные мотивы трудовой деятельности характерны для малоквалифицированных работников с небольшим размером заработной платы и женщин, проживающих со своими родственниками.

Из числа женщин, которые не продолжали свою трудовую деятельность после получения образования, не работали по следующим причинам: по состоянию здоровья, необходимость ухода за родственниками, отсутствие желания продолжать трудовую деятельность, сокращение рабочих мест.

Оценивая свое здоровье «плохим», как причину прекращения трудовой деятельности, исследуемые отметили в 12,1% случаев, желание отдохнуть от работы - 12,1%, воспитание детей - 12,6%, уход за больными родственниками - 10,2%, сокращение рабочего времени - 5,3%.

Распределение респондентов в зависимости от продолжительности трудовой деятельности представлено в Таблице 3.3.

Таблица 3.3 – Распределение респондентов в зависимости от продолжительности трудовой деятельности

Длительность стажа, лет	Абсолютное число женщин от исследуемой когорты, чел.	% женщин от исследуемой когорты
До 5 лет	276	27,6
6-10 лет	207	20,7
11-15 лет	96	9,6
16-20 лет	45	4,5
Всего	624	62,4

Большинство женщин, участвующих в опросе (62,4%), имели трудовой стаж. Среди них почти половина (48,3%) – работали менее 10 лет.

Известно, что экономический фактор в значительной степени влияет на качество жизни женщин, особенно тех, кто имеет хроническое гинекологическое заболевание.

По экономическому статусу женщины с диагнозом невынашиваемая беременность, были подразделены на следующие группы:

1. Неимущие, т.е. имеющие денежные средства только для поддержания жизни.
2. Малообеспеченные, имеющие в наличии денежные средства только на повседневные расходы.
3. Обеспеченные, которые имеют достаточно денежных средств для обновления предметов длительного пользования, улучшения жилищных условий за свой счет или с помощью кредита.

Структура женщин-респондентов согласно данному признаку представлена на рисунке 3.5, из которого видно, что 49% относят себя к малообеспеченным слоям населения.

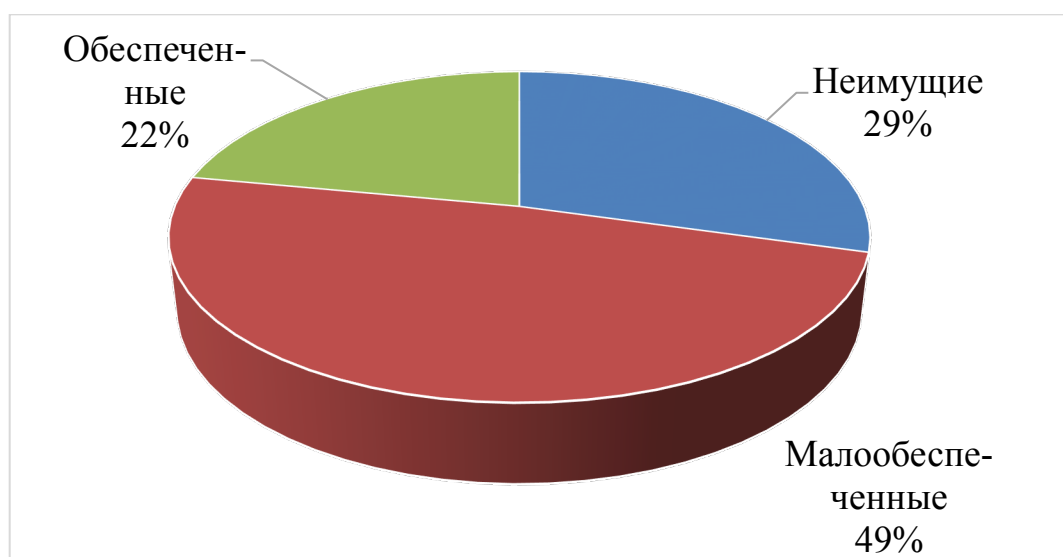


Рисунок 3.5 – Распределение респондентов в зависимости от уровня достатка (в %)

Неимущие и малообеспеченные женщины отметили, что в результате инфляции уровень их жизни катастрофически ухудшается.

Большинство респондентов отметили, что их заработная плата является главным источником дохода, соответственно 90,5% и 88,7%. Прямым следствием низких размеров заработной платы является несбалансированное питание. Основная часть средств женщины, как они отмечают, расходуется на продукты питания (83,5%), поэтому они не имеют возможности приобретать нужные лекарства, что, несомненно, сказывается на состоянии их здоровья. Следовательно, современной женщине с хроническими гинекологическими заболеваниями трудно рассчитывать только на государственное обеспечение.

Характер своего питания как удовлетворительный оценили 55,9% опрошенных, как хороший - 31,2%, как неудовлетворительный - 12,9%. Значительное ухудшение качества питания, тем самым и неудовлетворённость его режимом, отметили 78,5% женщин. Большинство респондентов (87,0%) для сохранения и улучшения своего здоровья, считает необходимым следовать рекомендациям здорового питания, следить за массой своего тела. Причины выявленных нарушений питания, по их мнению, имеют экономические корни и обусловлены снижением доступности продовольствия, вследствие снижения их покупательной способности. Также, по мнению опрошенных, при организации правильного питания, нельзя не учитывать такие факторы, как недостаточную культуру питания, низкий уровень знаний населения о здоровом питании, привычки и традиции питания.

Неудовлетворительное питание женщин, как и ряд других потребностей, влияет на качество жизни. Ухудшение материального положения большинства женщин, недостаточное и несбалансированное питание, неуверенность в завтрашнем дне, сопровождающаяся стрессами, являются основными факторами по мнению опрошенных женщин.

По мнению респондентов, существенное место в жизни занимает психоэмоциональное состояние женщин, зависящее от взаимоотношений со своей семьей и, прежде всего, с мужьями (97,0%). Существенную роль играет наличие

или отсутствие внутрисемейных конфликтов, сложившиеся традиции, существующая форма отдыха в семье.

При анализе отношений с мужьями, в целом, хорошие отношения имеют 61,5% опрошенных. Как «удовлетворительные» оценили свои отношения 36,0% женщин. Остальная часть опрошенных женщин (2,5%) оценили отношения как «неудовлетворительные» (случаются частые конфликты). Характеризуя условия быта исследуемой группы женщин и оценивая обеспеченности жилищной площадью, получена следующая картина: 80,2% женщин и их семей имеют отдельную квартиру. Однако количество квадратных метров, приходящееся на одного человека в семьях в большинстве случаев (87,0%), составляет 5-8 м², 9-12 м² имеют 13,0% семей и не было выявлено семей, имеющих более 13 м² на одного человека. В коммунальной квартире проживает 6,8% респондентов, в условиях общежития 1,7%.

Анализ комплексной оценки социально-гигиенической характеристики исследуемых женщин позволил распределить их на три группы. Результаты, представленные на рисунке 3.6, свидетельствуют, что среди женщин с диагнозом невынашиваемая беременность в 31% случаев имеет место неудовлетворительная оценка их социально-гигиенического статуса, около 1% пациенток затруднились ответить.

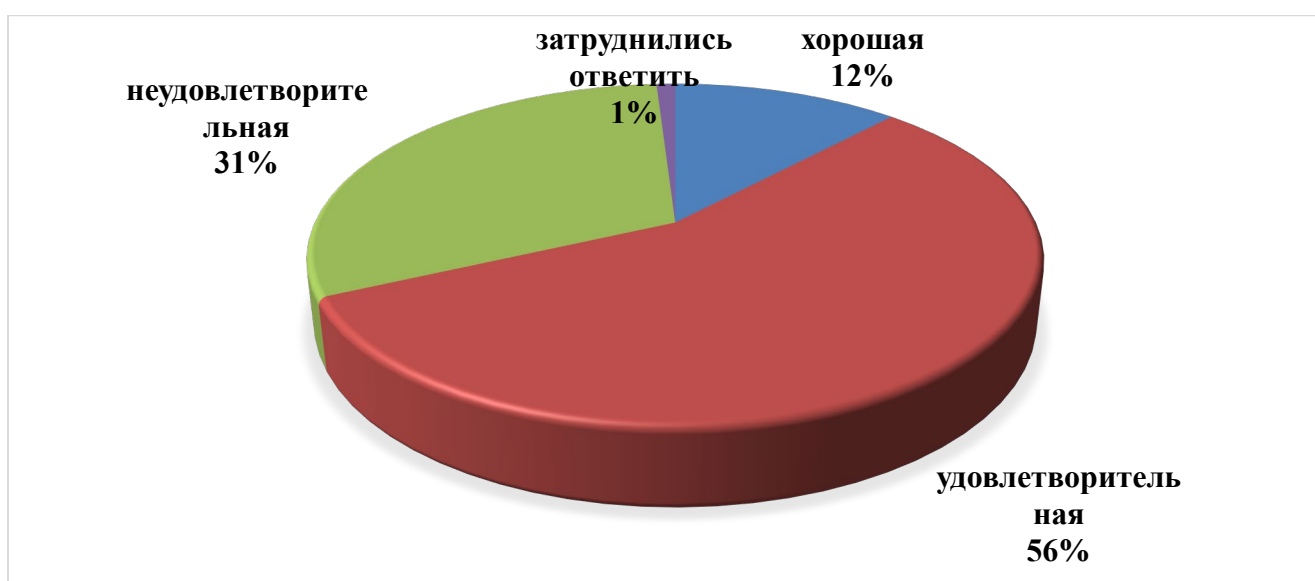


Рисунок 3.6 – Распределение мнений респондентов о самооценке их статуса (в % к итогу)

Соблюдение правил здорового образа жизни базируется, в первую очередь, на наличии мотивации сохранения и укрепления здоровья, на формировании потребности быть здоровым и понимании высокой ценности здоровья, на знании основных принципов здорового образа жизни и осознанном желании следовать этим принципам, а также на владении навыками здорового образа жизни. Опрос взятого под наблюдение контингента женщин по специально разработанной анкете включал самооценку женщинами своего здоровья, их представление о ценности здоровья и здорового образа жизни и оценку женщиной своего образа жизни.

Полученные данные свидетельствуют, что самооценка женщинами своего здоровья явно завышена, что связано, с одной стороны, с тем, что не все функциональные расстройства и даже заболевания, которые выявляются врачом при профилактических и диспансерных осмотрах, проявляются субъективным недомоганием и жалобами. С другой стороны, женщинам свойственно при самостоятельном определении признаков здоровья оценивать лишь физическое благополучие (отсутствие явных признаков болезней, хорошее самочувствие, работоспособность, хороший внешний вид).

Декларируемая женщинами ценность здоровья достаточно высокая, поскольку здоровье является залогом долгой и успешной жизни, дает возможность создать крепкую и здоровую семью, помогает быть счастливой и уверенной в себе и т.д. Обращает на себя внимание, что женщины теоретически правильно оценивают факторы, характеризующие привычки и особенности поведения, негативно влияющие на здоровье человека.

Среди факторов, определяющих здоровый образ жизни, женщины называют такие, как отсутствие вредных привычек, соблюдение личной гигиены, соблюдение режима труда и отдыха, оптимальная деятельная активность (Рисунок 3.7).

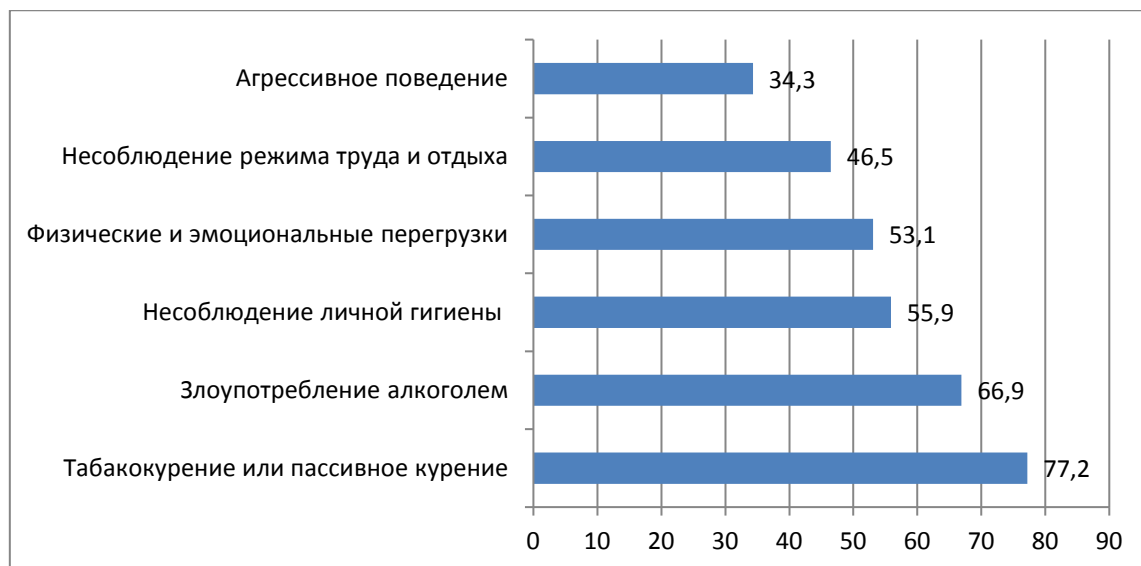


Рисунок 3.7 – Ранговое распределение женщинами факторов риска, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья

Однако, несмотря на правильную в целом оценку женщинами факторов, формирующих здоровый образ жизни, в действительности существуют расхождения между декларируемыми ценностями по сохранению здоровья и реально существующими в их повседневной жизни.

Среди опрошенных 33,4% отметили, что курят, 78,5% - испытывают физические и эмоциональные перегрузки, 65,7% - не соблюдают режим труда и отдыха, 1,7% - злоупотребляют алкоголем.

В целом, среди опрошенных женщин, не связывают состояние своего здоровья с образом жизни лишь 18,0%. Среди причин, мешающих женщинам соблюдать правила здорового образа жизни для сохранения и укрепления здоровья, большая часть назвала недостаток времени (55,4%), почти каждая вторая женщина (42,6%) считает препятствием наличие неорганизованности и лень, 13,2% женщин указали на отсутствие единомышленников, 12,4% женщин – на недостаточное материальное положение (в расчете на 100 опрошенных).

Паспорт пациентки с привычным невынашиванием беременности по нашим исследованиям:

Исходя из выше сказанного, можно сказать, что пациентка с невынашиванием беременности – это женщина, средних лет, занятая в процессе производства: рабочая, менеджер, работник среды услуг со средним образованием,

работающая по причине плохого, по ее мнению, материального положения, имеющая трудовой стаж около 10 лет, заработная плата, которой является главным источником дохода, состоящая и оценивающая свои семейные отношения как хорошие, удовлетворительного социально-гигиенического статуса, испытывающая физические и эмоциональные перегрузки и не соблюдающая режим труда и отдыха.

3.2.2. Определение риска ПНБ в зависимости от возраста женщин

Установлено, что в возрастной группе 16-20 лет удельный вес рожениц (125 человек; 12,5%) статистически значимо превышает удельный вес пациенток с невынашиванием беременности (НБ) (80 человек; 8,2%) – значение критерия хи-квадрат Пирсона составляет 9,444, что превышает пороговое значение 6,635 для степени свободы $n=1$ и уровня значимости $p<0,01$).

В возрастной группе 21-25 лет удельный вес рожениц (454 человек; 45,4%) также статистически значимо ($p<0,01$) превышает удельный вес пациенток с НБ (335 человек; 34,5%).

В возрастной группе 26-30 лет удельный вес рожениц (283 человек; 28,3%) статистически значимо не отличается ($p>0,05$) от удельного веса пациенток с НБ (264 человек; 27,2%) – значение критерия хи-квадрат Пирсона составляет 2,973, что ниже порогового значения 3,841 для степени свободы $n=1$ и уровня значимости $p<0,05$).

Распределение удельного веса рожениц и пациенток с НБ в различных возрастных группах в Таблице 3.4.

Начиная с возрастной группы 31-35 лет, удельный вес пациенток с НБ (173 человек; 17,8%) статистически значимо ($p<0,01$) превышает удельный вес рожениц (104 человек; 10,4%).

В возрастной группе 36-40 лет удельный вес пациенток с НБ (94 человек; 9,7%) также статистически значимо ($p<0,01$) превышает удельный вес рожениц (30 человек; 3,0%).

Таблица 3.4 – Возрастная структура женщин с прерыванием в анамнезе, обратившихся пролечившихся в Перинатальном центре ГКБ им. М.П. Кончаловского (в абсолютных числах и процентах от общего числа обследованных)

Возраст, лет	Пациентки с НБ		Родильницы		Значение критерия хи-квадрат Пирсона	р-значение
	абс.	%	абс.	%		
16-20	80	8,2	125	12,5	9,444	p<0,01
21-25	335	34,5	454	45,4	89,748	p<0,01
26-30	264	27,2	283	28,3	2,973	p>0,05
31-35	173	17,8	104	10,4	77,648	p<0,01
36-40	94	9,7	30	3,0	56,162	p<0,01
41-45	23	2,4	4	0,4	15,612	p<0,01
46 и старше	2	0,2	0	0,0	–	–
Всего	971	100	1000	100		

Следует отметить, что группа пациенток из 2017 случаев, которые имели в анамнезе самопроизвольные прерывания, были выделены 971 случай за 2014–2019 гг. (1-2 случая прерывания беременности). Данная группа пациенток была подвергнута более глубокому анализу. Далее пациентки были поделены на 3 группы: 663 беременных женщин, имеющих невынашивание в анамнезе, в возрасте от 16 до 40 лет, проходивших лечение в отделении профилактики КДЦ роддоме ГКБ им. М.П. Кончаловского (из 663 пациенток пролечившихся в отделении профилактики КДЦ с диагнозом невынашивание у 206 пациенток был выставлен диагноз ПНБ), 150 беременных женщин с соответствующими возрастными и некоторыми другими характеристиками, лечившихся в отделении патологии беременных роддома ГКБ им. М.П. Кончаловского и 158 беременных женщин, наблюдавшихся только в условиях женской консультации.

Как видно из приведенных данных, в обследованных группах самый высокий удельный вес занимают пациентки в возрасте 21-25 (34,5% и 45,4%) и 26-30 (7,2% и 28,3%) лет. Таким образом, женщины с ПНБ - представители самого активного

репродуктивного возраста (21-30 лет) - 61,7%. В возрастной группе 31-35 лет отмечено снижение числа женщин с ПНБ до 17,8% (родильниц - 10,4%).

В дальнейшем, с возрастом наблюдается резкое скачкообразное снижение количества НБ. После 36 лет НБ зарегистрировано у 12,2% женщин, из них: в 36-40 лет у 9,7%, в 41-45 лет - 2,4% и в 46 лет и старше - у 0,2%. Очевидно, что такое резкое снижение доли женщин с НБ в более зрелом возрасте является относительным: оно обусловлено увяданием репродуктивной функции и, соответственно, уменьшением количества полноценных зачатий. Однако, после 30 лет доля женщин, у которых беременность завершилась ПНБ, выше по сравнению с группой родильниц. В этом возрасте увеличивается число факторов риска (медицинских и социальных), влияющих на указанные исходы беременности. Случаи ПНБ в возрастных группах старше 36 лет могут незначительно влиять на общий показатель ЧСА в популяции из-за незначительного числа женщин этой группы.

Обращает на себя внимание значительное количество женщин в группе с НБ в возрасте до 20 лет, составившие 8,2%. Спонтанные аборт у женщин данной возрастной группы представляют серьезную угрозу для их репродуктивной функции в будущем.

Для уточнения представления о специфике повозрастного распределения пациенток с ПНБ и удельного веса невынашивания в общем числе беременностей, соответственно возрасту, было проведено сопоставление полученных данных с возрастным распределением беременных в двух акушерских стационарах г. Москвы, не имеющих в анамнезе НБ.

В данном исследовании объем группы составил 1000 женщин из общей совокупности 9848, что является репрезентативной выборкой с вероятностью надежности оценки 99% ($p < 0,01$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что возрастное распределение женщин с НБ отличается от возрастного распределения женщин, завершивших беременность родами без НБ. В частности, в тест-группе достоверно большим

является удельный вес женщин от 31 года и старше. В то же время достоверно меньше удельный вес женщин с ПНБ в возрасте 21-25 лет.

Таблица 3.5 – Возрастная структура женщин с ПНБ, пролечившихся в Перинатальном центре ГКБ им. М.П. Кончаловского (в абсолютных числах и процентах к общему числу обследованных)

Возраст	Пациентки с ПНБ		Родильницы		Значение критерия хи-квадрат Пирсона	р-значение
	абс.	%	абс.	%		
16-20	32	6,2	125	12,5	53,91	p<0,01
21-25	188	36,5	454	45,4	109,384	p<0,01
26-30	130	25,2	283	28,3	0,02	p>0,05
31-35	101	19,8	104	10,4	23,435	p<0,01
36-40	40	7,7	30	3,0	8,543	p<0,01
41-45	17	3,4	4	0,4	6,378	p<0,05
46 и старше	6	1,2	0	0,0	–	–
Всего	514	100	1000	100		

Далее, мы проанализировали всех пациенток, пролечившихся во всех подразделениях ГКБ им. М.П. Кончаловского с установленным диагнозом ПНБ. Как было отмечено выше, с установленным диагнозом ПНБ пролечились 206 пациенток, состоящих в отделении профилактики КДЦ, 150 пациенток, пролеченных в отделении патологии беременности и 158 пациенток, состоящих на учете в женской консультации.

Учитывая вышесказанное, отдельным этапом настоящего исследования являлся прогноз вероятного риска ПНБ в зависимости от возраста женщины.

Как видно из Таблицы 3.5, данные свидетельствуют о том, что возрастное распределение женщин с ПНБ отличается от возрастного распределения женщин, завершивших беременность родами без ПНБ и практически одинаково с пациентками, имеющими в анамнезе НБ.

Однако следует отметить, что важно понимать, что на вероятность риска ПНБ влияет и гинекологическая патология. Поэтому в исследовании была

проанализирована структура гинекологической патологии у женщин с привычным невынашиванием как одного из медико-социальных факторов риска.

Выявлено, что гинекологические заболевания в анамнезе отмечались у 14,1% женщин (Таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Гинекологические заболевания в анамнезе у женщин с ПНБ (по данным медицинской документации без оперативных вмешательств)

Наименование заболевания	Абсолютное число случаев	Удельный вес, %
Неспецифические острые и хронические воспалительные заболевания матки и придатков	43	8,5
Первичное и вторичное бесплодие (ВРТ)	34	6,6
Расстройства менструального цикла (в т.ч. аменорея)	11	2,1
Эрозия шейки матки	8	1,5
Привычное невынашивание неустановленной этиологии	5	0,9
Привычное невынашивание, обусловленное:		
а) истмико-цервикальной недостаточностью	55	11
б) аномалиями развития гениталий	20	3,9
миома матки	43	8,3
TORCH инфекции	49	9,5
Синдром склерокистозных яичников	8	1,5
Киста яичников	14	2,7
Полипоз эндометрия	23	4,5
Не указаны заболевания	200	39
ВСЕГО	514	100,0

Оперативному лечению подвергались 61,4% женщин с ПНБ. В большинстве случаев оно было обусловлено патологией со стороны гениталий (57,4%). Экстрагенитальная патология, как причина оперативных вмешательств, наблюдалась лишь у 4,2% женщин с ПНБ.

Представленный анализ гинекологической патологии у женщин с ПНБ в плане риска возникновения данной патологии, можно использовать для расчета вероятностного риска ПНБ.

Ниже приводится характеристика оперативных вмешательств, имевших место в анамнезе исследованной группы женщин с ПНБ (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Оперативные вмешательства в анамнезе у женщин с ПНБ (по данным медицинской документации)

Наименование заболевания	Абсолютное число случаев	Удельный вес, %
Гинекологические операции, из них:	246	57,4
Искусственные аборты	179	40,6
Диагностическое выскабливание стенок полости матки	75	14,5
Аднексэктомия	4	0,6
Тубэктомия	3	0,5
Кесарево сечение	2	0,4
Диагностическая пункция заднего свода	2	0,3
Клиновидная резекция яичников	1	0,2
Полипэктомия	1	0,2
Энуклеация фиброматозных узлов	1	0,1
Другие оперативные вмешательства		
Аппендэктомия	15	3,0
Тонзилэктомия	6	1,1
Операция на сердце	1	0,1
Холецистэктомия	1	0,1
Всего оперативному лечению подверглись	304	61,7
Не указаны оперативные вмешательства	187	38,3
Всего:	514	100,0

Теорема Байеса, о которой говорилось **при описании методики** позволяет использовать полученные в данном исследовании результаты для прогнозирования вероятного риска ПНБ в зависимости от возраста женщины.

Как указывалось ранее, частота ПНБ колеблется в пределах 8,9 – 16,9%. Данное повышение риска ПНБ не включает себя преждевременные роды, расчет шел исключительно по анализу самопроизвольных аборт.

Исходя из этого, вычисление минимального риска ПНБ в конкретных возрастных группах проводилось с применением коэффициента Р/Н/, равного 0,0896, а максимального – 0,1699.

Для возрастной группы 16-20 лет величина риска ПНБ вычислялась следующим образом:

$$P/H \mid B_{16-20} = \frac{0,0896 \times 8,18}{0,0896 \times 8,18 + 0,9104 \times 12,50} = 0,0605 = 6,05\%$$

$$P/H \mid B_{16-20} = \frac{0,1699 \times 8,18}{0,1699 \times 8,18 + 0,8301 \times 12,50} = 0,1181 = 11,81\%$$

Данные расчетов по всем возрастным группам приведены в Таблице 3.8.

Таблица 3.8 – Показатели риска привычного невынашивания для женщин различных возрастных групп (%)

Возрастная группа, лет	Риск ПНБ при наступлении беременности	
	С учетом СП	Без учета СП
16-20	6,05	11,81
21-25	6,96	13,46
26-30	8,64	16,44
31-35	14,41	25,94
36-40	24,08	39,74
41-45	36,93	54,91
46 и старше	67,59	85,49
Общий популяционный риск	8,96	16,99

Как по минимальным, так и по максимальным значениям наблюдается одна и та же тенденция увеличения риска ПНБ с возрастом женщины при зачатии.

Однако, более достоверными можно считать показатели второй колонки риска ПНБ, так как их расчет производился при исключении случаев нежелательных беременностей в оценке показателя популяционной ЧСА. Максимальное значение ПНБ наглядно отражает ситуацию, при которой в расчет берутся исходы всех желательных беременностей.

Полученные данные сопоставимы с результатами исследований, проведенных ранее, когда ряд авторов сделали вывод о том, что повышение риска ПНБ при отсутствии известных провоцирующих факторов начинается в возрасте 30 лет, достигая «пика» к 40 годам. Другими исследователями показано увеличение ЧСА/ЧСП с возрастом женщины, причем эта зависимость носит нелинейный характер. Данный показатель остается примерно на одном уровне до 30-32 лет и колеблется по данным разных авторов от 5 до 10-12%, а после 35 лет экспериментально нарастает до 25% и даже 40% в возрасте старше 40 лет [Байбарина, Е.Н., 2006; Robinson K.M. et al., 2009; Munro M.G. et al., 2011; Унанян А.Л. с соавт., 2021; Leli C. et al., 2012]. Результаты, полученные нами, показали, что кривая показателя ЧСА/ЧСП относительно возраста имеет максимумы в возрастных группах 25-27 и 35-37 лет. Далее с возрастом наблюдения ПЧПН в популяции снижается.

Полученные в настоящем исследовании показатели риска невынашивания в зависимости от возраста, свидетельствует о его возрастании, начиная с 31-35 лет, достигая максимума в возрасте 46 лет и старше.

3.2.3. Анализ влияния качества организации и оказания медицинской помощи на сохранение беременности

Медицинская помощь женщинам в случаях ПНБ оказывается в гинекологических стационарах г. Москвы, в основном в гинекологических отделениях городской клинической больницы скорой медицинской помощи

(БСМП) и отделения патологии беременности (в 72% случаев). Схема порядка поступления для лечения в стационар представлена на Рисунке 3.8.



Рисунок 3.8 – Схема поступления женщин с ПНБ для прохождения стационарного лечения

Анализируя данные о каналах поступления в стационар, можно сделать вывод о том, что порядок госпитализация пациенток в стационар в 63,3% случаев оказался ургентным. При этом лишь в 50,3% случаев пациентки были направлены для стационарного лечения врачами женских консультаций и поликлиник.

В остальных случаях больные доставлялись в стационары города бригадой скорой медицинской помощи (44,5%) или обращались без направления в медицинские организации - 5,2%. Результаты проведенного анализа могут свидетельствовать о том, что одной из причин такой структуры поступления женщин в стационар может быть несвоевременная диагностика гинекологической патологии и недостаточная преемственность в работе гинекологических стационаров и женских консультаций.

Было выявлено, что с 2014 - 2019 г. в гинекологические отделения базовой медицинской организации поступило 2017 женщин, которые провели в них 9 682 койко-дней, средняя длительность лечения составляла 4,8 койко-дня. Из общего числа пациенток 17,5% находились в стационаре в течение суток, в связи с внутриматочным вмешательством и наличием сопутствующие патологии, попыткой сохранения беременности.

По поводу самопроизвольного прерывания в гинекологические стационары были госпитализированы 82,4% из общего числа пациенток; у 17,6% женщин после поступления в стационар проводилось лечение, направленное на сохранение беременности по общепринятой схеме (спазмолитики, прогестерон, фолликулин, гонадотропин, β -миметики) с учетом срока беременности.

Однако, независимо от продолжительности их лечения, во всех случаях положительный эффект отсутствовал.

Отсутствие эффекта от проводившегося лечения, направленного на сохранение беременности, обусловлено, очевидно, недостаточностью данных об этиопатогенетических механизмах возникновения ПНБ и подбора адекватной терапии.

При проведении экспертизы качества оказанной медицинской помощи были выявлены дефекты в тактике ведения женщин при ПНБ. Наиболее значимыми из них являлись: неполноценное обследование и лечение вследствие недостаточного срока пребывания. В то же время известно, что именно первые дни и недели после прерывания беременности являются решающими для проведения необходимых мероприятий по профилактике привычного невынашивания беременности.

Одним из наиболее существенных аспектов проблемы является высокая частота инфекционных осложнений у женщин после ПНБ.

Сравнительная характеристика частоты развития инфекционных осложнений у здоровых женщин и женщин с ПН представлена на Рисунке 3.9.



Рисунок 3.9 – Сравнительная характеристика частоты развития инфекционных осложнений с указанием наиболее часто встречающихся инфекционных агентов у здоровых женщин и женщин с ПНБ

В качестве контрольной группы были проанализированы 1000 родильниц без наличия инфекционно–воспалительных процессов в анамнезе из общей совокупности 9848, что является репрезентативной выборкой с вероятностью надежности оценки 99% ($p < 0,01$).

Представленные данные отображают тот факт, что женщины с явлениями угрозы прерывания беременности чаще, по сравнению со здоровыми беременными, являются носителями кандидоза (12,3 на 100 женщин в сравнении с 8,2 на 100 женщин у здоровых), эпидермального и золотистого стафилококка (13,2% в сравнении с 6,9% у здоровых), энтерококков и пирогенных стафилококков (9,8% в сравнении с 7,3% у здоровых), хламидий (18,6% в сравнении с 10,8% у пациенток из контрольной группы), что следует расценивать как один из факторов, способствующих возникновению самого ПНБ, а также осложнений после него

($p < 0,01$). В случае ПНБ стерильность полости матки нарушается еще до инструментальной ревизии (в случае медицинского аборта - со второго дня выполнения операции). На третий-четвертый день высеваемость патогенных микроорганизмов резко повышается, в содержимом матки часто обнаруживают стафилококки и кишечную палочку. При высокой вирулентности микробов и повышении восприимчивости организма к инфекции, воспалительный процесс может поражать не только все слои эндометрия, но и распространиться на миометрий.

Таким образом, лечение даже бактериального носительства требует проведения противовоспалительного лечения в течение не менее пяти дней.

В то же время, в течение первых трех суток после произведенного выскабливания стенок полости матки из стационара выписаны 61,1% больных, из них: в день выскабливания - 6,0%, в первые сутки, 22,2%, вторые - 18,5% и в третьи - 13,4% пациенток, в зависимости от реакции организма и ответа на инфекционно-воспалительный процесс. У остальных 38,9% женщин проводили лечение осложнений после ПНБ или сопутствующей гинекологической патологии.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что столь непродолжительное пребывание в гинекологическом стационаре не позволяет провести в полном объеме обследование и лечение женщин с ПНБ, что также практически невозможно из-за неясности причин прерывания беременности.

В соответствии с методикой данного исследования на основании анализа научных публикаций и результатов, специально проведенного нами исследования, в частности, опроса среди всех женщин в базовой медицинской организации, имеющих в анамнезе диагноз невынашивание беременности, были выделены факторы, которые могли оказать влияние на исход беременности пациенток. Также при оценке этих факторов риска учитывалось мнение экспертов. В результате нами был дополнен и составлен перечень факторов риска ПНБ в современных условиях.

Отдельным этапом исследования явилось проведения экспертной оценки этих факторов в зависимости от степени значимости их влияния на риск развития привычного невынашивания беременности по 5-бальной шкале [38] (от 1 балла -

фактор риска имеет минимальное значение, до 5 баллов - фактор риска имеет максимальное значение) (Таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Распределение факторов (причин), имеющих наибольшее влияние на риск развития привычного невынашивания беременности в современных условиях⁶

Фактор риска	Среднее значение ± станд. отклонение оценок экспертов (баллы)	Ранги
1	2	3
1 и более случаев невынашивания в анамнезе	4,90±0,13	1
Недостаточная обеспеченность высококвалифицированными специалистами, ведущих данную группу пациенток	4,90±0,13	1
Цервико-вагинальная инфекция	4,90±0,17	1
Эндокринные нарушения в организме женщины	4,60±0,20	2
1 и > поздних выкидышей	4,50±0,15	3
Генетические аномалии плода	4,50±0,24	3
Инфекции у матери	4,50±0,21	3
Отсутствие возможности детального дообследования и выявления дополнительных медицинских факторов риска ведения данной группы пациенток	4,50±0,11	3
Недостаточная оснащенность лабораторно–инструментальными методами дообследования данной группы пациенток	4,50±0,13	3
Отсутствие мультидисциплинарного подхода при ведении беременности у данной группы пациенток	4,50±0,15	3
Низкий уровень организации ПНБ	4,50±0,13	3
Сахарный диабет (тяжелые формы)	4,40±0,17	4
Алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость	4,30±0,21	5
Отсутствие возможности донашивания беременность в условиях санаторно-курортного пребывания	4,30±0,17	5

⁶ Изложены в собственной статье автора диссертационного исследования Разработка организационной технологии управления факторами риска развития привычного невынашивания беременности / А. Н. Плутницкий, Н. К. Гришина, Э. Э. Вартамян, И. А. Михайлов // Ремедиум. – 2024. – Т. 28, № 4. – С. 337-341 [38].

Продолжение таблицы 3.9

1	2	3
Маточные кровотечения	4,10±0,26	6
Болезни органов крови	3,90±0,21	7
Условия труда	3,50±0,22	8
Патология матки (двурогая матка, удвоение матки, наличие внутриматочной перегородки, синехии)	3,50±0,19	8
Стрессовая ситуация на работе и/или в семье	3,50±0,19	8
Условия быта	3,20±0,21	9
2 и >медабортов	3,20±0,19	9
Ожирение	3,10±0,23	10
Возраст < 18 или > 34 лет	3,10±0,17	10
Конизация/ампутация шейки матки	2,90±0,11	11
Многоплодная беременность	2,50±0,15	12
Хронические заболевания у матери	2,40±0,23	13
Преждевременное «созревание» шейки матки	2,40±0,19	13
Психо-эмоциональное состояние женщины	2,30±0,25	14
Многоводие	2,30±0,23	14
Индукцированная беременность	2,20±0,26	15
Экология	2,20±0,28	15
Дефицит фолиевой кислоты	2,10±0,11	16
Высокий паритет (> 4 родов)	2,00±0,21	17

В дальнейшем все факторы риска ПНБ были нами распределены на две основные группы по возможности управления ими [20, 38], в частности, поддающиеся и не поддающиеся профилактике (Таблица 3.10).

Так, по мнению экспертов, при оценке факторов риска, воздействующих на привычное невынашивание беременности наибольший интерес, представляла группа факторов риска, поддающаяся управлению (профилактируемая).

Первое ранговое место по значимости в данной группе занимают организационные факторы риска (средний балл 4,46). А именно: недостаточная обеспеченность медицинских организаций высококвалифицированными специалистами, ведущих данную группу пациенток (4,50); отсутствие мультидисциплинарного подхода при ведении беременности у данной группы

пациенток (4,50); отсутствие возможности детального дообследования и выявления дополнительных медицинских факторов риска ведения данной группы пациенток (4,50); недостаточная оснащённость лабораторно-инструментальными методами для проведения дополнительных исследований, необходимых данной категории пациенток (4,50), низкий уровень организации ПНБ (4,50).

Коэффициент согласованности мнений экспертов (коэффициент конкордации Кендалла) составил $W = 0,7183$, что соответствует высокой согласованности мнений экспертов (непараметрический критерий Фридмана: $p=0,00032$).

Таблица 3.10 – Распределение факторов (причин) риска развития ПНБ по возможности управления ими⁷ [20]

Управляемые (подающиеся профилактике)	Неуправляемые (не подающиеся профилактике)
1	2
<p>Медицинские (3,51±0,19)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 и более случаев невынашивания в анамнезе (4,90±0,13) - цервико-вагинальная инфекция (4,90±0,17) - эндокринные нарушения в организме женщины (4,60±0,20) - инфекция мочевыводящих путей (в т.ч. и бессимптомная) (4,50±0,23) - инфекции у матери (4,50±0,21) - тяжелая экстрагенитальная патология (4,50±0,15) - 1 и более случаев поздних выкидышей в анамнезе (4,50±0,15) - сахарный диабет (тяжелые формы) (4,40±0,17) - маточные кровотечения (4,10±0,26) - гематология (3,90±0,21) - патология матки (двурогая матка, удвоение матки, наличие внутриматочной перегородки, синехии)(3,50±0,19) 	<p>Генетические (4,30±0,20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Генетические аномалии плода (4,50±0,24) - Тяжелая генетическая экстрагенитальная патология (4,50±0,15) - Болезни крови (3,90±0,21) <p>Социальные (2,70±0,24)</p> <ul style="list-style-type: none"> - условия быта (3,20±0,21) - экология (2,20±0,28)

⁷ Изложены в собственной статье автора диссертационного исследования Пути совершенствования управления организацией и оказанием помощи женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности / О. В. Гриднев, Н. К. Гришина, Н. Б. Соловьева, Э. А. Варгания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 45-50. [20]

Продолжение таблицы 3.10

1	2
<ul style="list-style-type: none"> - ожирение (3,10±0,23) - конизация/ампутация шейки матки (2,90±0,11) - многоплодная беременность (2,50±0,15) - преждевременное «созревание» шейки матки (2,40±0,19) - хронические заболевания у матери (2,40±0,23) - многоводие (2,30±0,23) - индуцированная беременность (2,20±0,26) - дефицит фолиевой кислоты (2,10±0,11) <p>Социальные (3,00±0,20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - условия труда (3,50±0,22) - условия быта (3,20±0,21) - 2 и >медабортов (3,20±0,19) - возраст < 18 или > 34 лет (3,10±0,17) - высокий паритет (> 4 родов) (2,00±0,21) <p>Организационные (4,46±0,14)</p> <ul style="list-style-type: none"> - недостаточная обеспеченность высококвалифицированными специалистами, ведущих данную группу пациенток (4,50±0,15) - отсутствие мультидисциплинарного подхода при ведении беременности у данной группы пациенток (4,50±0,15) - отсутствие возможности детального дообследования и выявления дополнительных медицинских факторов риска ведения данной группы пациенток (4,50±0,11) - недостаточная оснащенность лабораторно-инструментальными методами дообследования данной группы пациенток (4,50±0,13) - низкий уровень организации ПНБ (4,50±0,13) - отсутствие возможности донашивания беременности в условиях санаторно-курортного пребывания (4,30±0,17) <p>Психологические (3,37±0,21)</p> <ul style="list-style-type: none"> - алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость (4,30±0,21) - стрессовая ситуация на работе и/или в семье (3,50±0,19) <p>психо-эмоциональное состояние женщины (2,30±0,25)</p>	

Второе ранговое место среди управляемых факторов риска ПНБ принадлежит медицинским факторам (средний балл 3,51), среди которых наиболее значимыми являются: 1 и более случаев невынашивания беременности в анамнезе (4,90); цервико-вагинальная инфекция (4,90); эндокринные нарушения в организме женщины (4,60).

На третьем ранговом месте среди факторов, поддающихся профилактике - факторы, отражающие психологические аспекты (средний балл 3,37). В их числе: алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость (4,30); стрессовая ситуация на работе и/или в семье (3,50); психо-эмоциональное состояние беременной (2,30).

Последнее место среди управляемых факторов, влияющих на невынашивание беременности, по оценкам экспертов, занимают социальные факторы (средний балл 3,00), в том числе: условия труда (3,50); условия быта (3,20); 2 и более медицинских аборт (3,20).

В группе факторов риска, не поддающихся профилактике ПНБ, наиболее значимыми, по мнению экспертов, являются генетические факторы (средний балл 4,30). Это: генетические аномалии плода (4,50); тяжелая экстрагенитальная генетическая патология (4,50); болезни органов крови (3,90).

Наименее значимыми факторами риска привычного невынашивания беременности среди неуправляемых причин, являются социальные факторы (средний балл 2,70), такие факторы риска как: условия быта (3,20); воздействие экологии на вынашивание беременность (2,20).

Распределение по значимости групп факторов (причин), обуславливающих риск возникновения ПНБ, представлено на Рисунке 3.10.

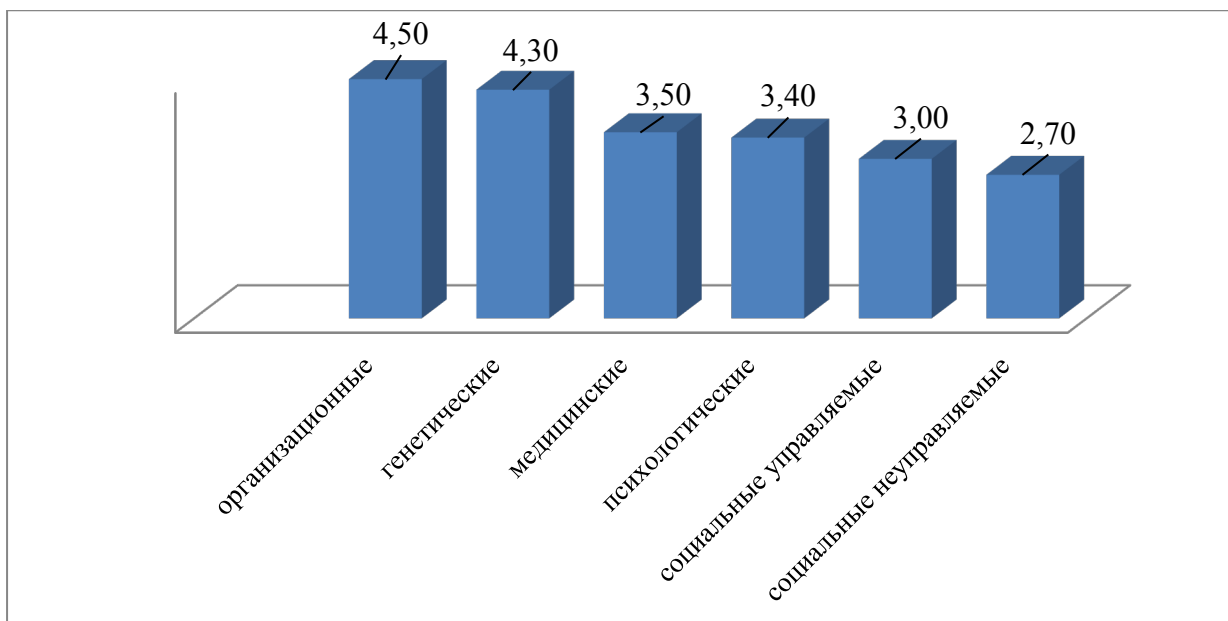


Рисунок 3.10 – Распределение групп факторов по значимости влияния на риск развития привычного невынашивания беременности в баллах

В целом знания о факторах риска возникновения ПНБ в современных условиях необходимо использовать в качестве информации для управления процессом организации и оказания медицинской помощи женщинам с данным диагнозом.

Анализ влияния качества организации и оказания медицинской помощи на сохранение беременности показал, что преимущество в работе женских консультаций и гинекологических стационаров недостаточна, о чем свидетельствует тот факт, что большинству женщин – 63,3% - медицинская помощь оказывалась в ургентном порядке, из них 44,5% больных были доставлены в стационар скорой помощью. При этом среднее пребывание больных в стационаре составило 4,6 койко-дня; 17,5% женщин выписаны из стационара в течение первых суток после операции выскабливания стенок полости матки. При проведении экспертизы качества оказанной медицинской помощи были выявлены дефекты в тактике ведения женщин после ПНБ. Наиболее значимыми из них являлись: неполноценное обследование и лечение вследствие недостаточного срока пребывания.

Наряду с этим в ходе исследования в соответствии с его методикой были выявлены наиболее значимые факторы, которые могли оказать влияние на исход

беременности пациенток с ПНБ в современных условиях. При определении данных факторов риска учитывалось мнение экспертов, по мнению которых первое ранговое место по значимости в данной группе занимают организационные факторы риска (средний балл 4,46). А именно: наличие высококвалифицированных специалистов, ведущих данную группу пациенток (4,50); обеспеченность мультидисциплинарного подхода при ведении беременности у данной группы пациенток (4,50); возможность детального дообследования и выявления дополнительных медицинских факторов риска ведения данной группы пациенток (4,50); оснащенность лабораторно-инструментальными методами для проведения дополнительных исследований, необходимых данной категории пациенток (4,50).

Второе ранговое место среди управляемых факторов риска ПНБ принадлежит медицинским факторам (средний балл 3,51), среди которых наиболее значимыми являются: 1 и более случаев невынашивания беременности в анамнезе (4,90); цервико-вагинальная инфекция (4,90); эндокринные нарушения в организме женщины (4,60).

На третьем ранговом месте среди факторов, поддающихся профилактике - факторы, отражающие психологические аспекты (средний балл 3,37). В их числе: алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость (4,30); стрессовая ситуация на работе и/или в семье (3,50); психоэмоциональное состояние беременной (2,30).

Последнее место среди управляемых факторов, влияющих на невынашивание беременности, по оценкам экспертов, занимают социальные факторы (средний балл 3,00), в том числе: условия труда (3,50); условия быта (3,20); 2 и более медицинских аборт (3,20).

В группе факторов риска, не поддающихся профилактике ПНБ, наиболее значимыми, по мнению экспертов, являются генетические факторы (средний балл 4,30). Это: генетические аномалии плода (4,50); тяжелая генетическая экстрагенитальная патология (4,50); болезни органов крови (3,90). Наименее значимыми факторами риска привычного невынашивания беременности среди неуправляемых причин, являются социальные факторы (средний балл 2,70), такие

факторы риска как: условия быта (3,20); воздействие экологии на вынашивание беременности (2,20).

Изучение факторов риска развития ПНБ в современных условиях, во многом способствовало созданию более действенной системы информационного обеспечения управления процессом организации и оказания медицинской помощи женщинам с данным диагнозом.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСА ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В ходе данного исследования был разработан и научно обоснован комплекс организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики, включающий три составляющих:

- новую организационную форму (отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара);
- алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПМБ на базе данного отделения;
- систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения.

В данной главе последовательно описываются результаты разработки всех трех составляющих данного комплекса организационных мероприятий.

Также в данной главе описываются результаты оценки медицинской, социальной и экономической эффективности внедрения разработанного комплекса организационных мероприятий из трех составляющих.

4.1. Отделение профилактики для беременных - новая организационные мероприятия в процессе комплексного «оздоровления» женщин с привычным невынашиванием беременности

4.2.1. Анализ организации деятельности отделения профилактики для беременных

Нами совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы с 2016 года была разработана базе ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», а также результаты, полученные в ходе анализа сложившейся ситуации в плане ПНБ, были

учтены нами, и мы сочли возможным предложить, апробировать, а в последующем внедрить следующие организационные мероприятия:

1. «Отделение профилактики ПНБ на базе консультативно-диагностического центра акушерского стационара»;
2. Алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПНБ на базе данного отделения;
3. Система показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения.

В отделении также функционирует дневной стационар. Дневной стационар раскрыт на 5 коек, которые работают в две смены, что позволяет нам оказывать медицинскую помощь пациенткам, не госпитализируя их в отделение патологии беременности.

На этапе прегравидарной подготовки или уже с момента постановки на учет по беременности в женскую консультацию, врачами акушерами – гинекологами женской консультации просчитываются риски, которые могут привести к потере желанной беременности, и пациентка направляется на специализированный прием в КДЦ. Врачами акушерами - гинекологами отделения профилактики ПНБ составляется план – график обследования и посещения разных узких специалистов, в зависимости от экстрагенитальных заболеваний.

Организационная структура отделения профилактики ПНБ на базе Консультативно-диагностического центра представлена на Рисунке 4.1.

Так, например, в *кабинете функциональной диагностики* проводится обследование сердечно-сосудистой системы и функционального состояния вегетативной нервной системы беременных женщин.

Как говорилось выше, за период функционирования отделения профилактики с 2016 года, через отделение прошло 663 пациентки, имеющие в анамнезе невынашивание беременности, с диагнозом ПНБ было пролечено 206 пациенток.

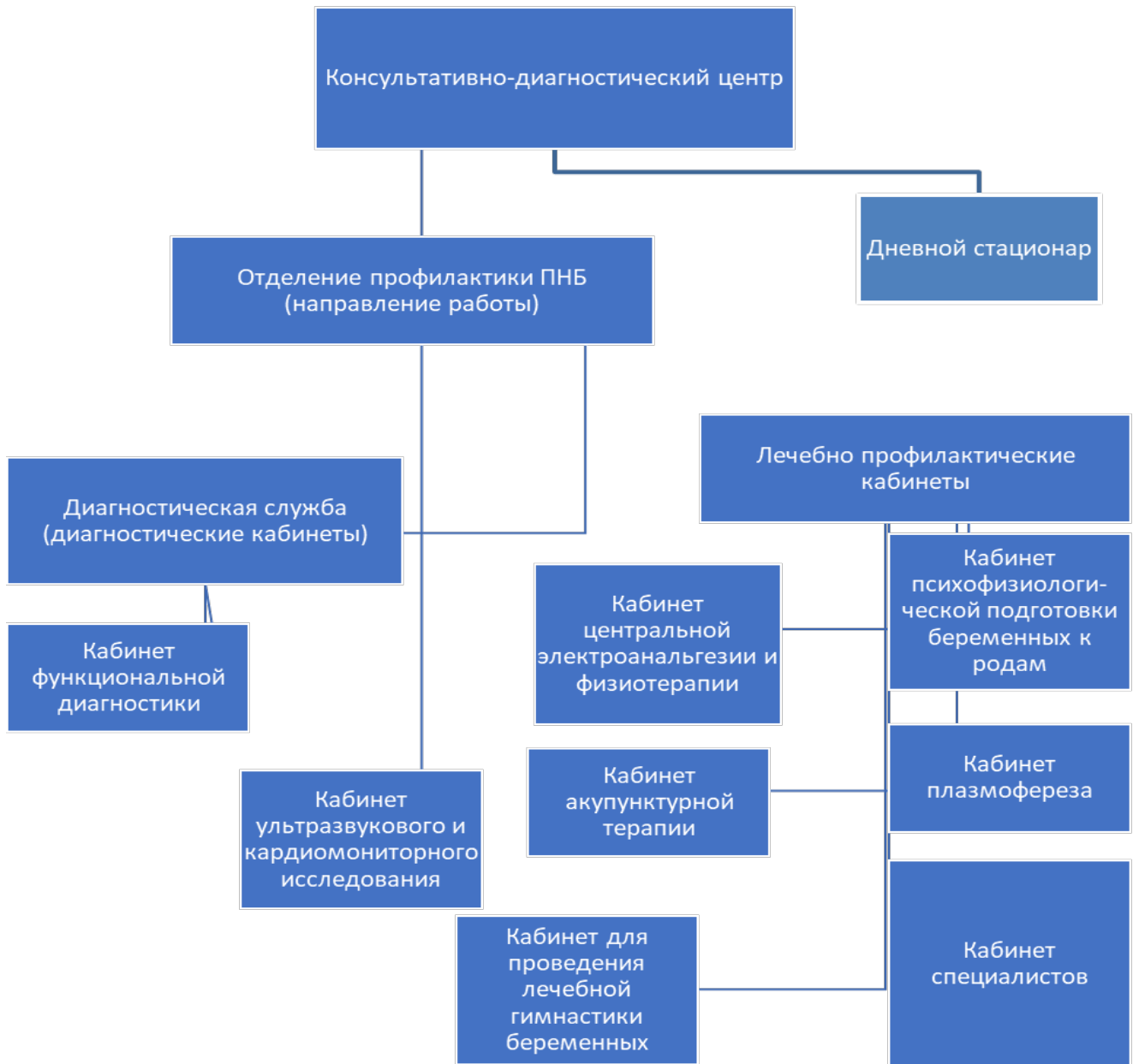


Рисунок 4.1 – Организационная структура отделения профилактики ПНБ (на базе Консультативно-диагностического центра) – новой организационной формы и первой составляющей комплекса организационных мероприятий

Было выявлено, что у 47% пациенток, наблюдавшихся в отделении, отмечались разной степени нарушения в эндокринной системе, у 48% пациенток наблюдалась истмико–цервикальная недостаточность, 52% пациенток имели нарушения в системе гемостаза 36% беременных женщин имеющие заболевания сердечно – сосудистой системы и 43% пациенток с хроническими инфекциями мочеполовой системы. Все это свидетельствовало о необходимости организации

своевременного консультирования и принятия лечебно–профилактических мер, также как и проведение психологической реабилитации, проведения занятий по лечебной гимнастике с данной группой беременных.

Также в деятельности данного отделения используются такие современные методы как: эхокардиография, доплерометрия, кардиотокография и др. Все они позволяют в динамике наблюдать за состоянием плода, выявлять аномалии его развития и при необходимости, незамедлительно родоразрешить пациентку в интересах жизни плода. Для этого в структуре отделения функционирует *кабинет ультразвукового и кардиомониторного* исследования.

В отделении профилактики ПНБ в качестве способа подготовки беременных к родам, успешного их проведения, профилактики невроза беременных группы риска, снижения болевых ощущений используется такой современный метод как центральная электроанальгезия.

В настоящее время большое внимание уделяется разработке немедикаментозных методов лечения беременных женщин при наличии у них различных патологических процессов. Одним из таких методов является акупунктура (АП), которая широко применяется в акушерско-гинекологической практике при ранних токсикозах, субклинической форме гипертензивных расстройств у пациенток, анемии, гипотонии беременных, при лечении и профилактике угрозы прерывания беременности. В частности, нами предложена АП-терапия для сохранения беременности в сроки от 6 до 37 недель. Для ее проведения нами был организован специальный кабинет акупунктурной терапии, подготовлены специалисты, знающие не только методы иглорефлексотерапии, но и акушерскую патологию.

Проводимые мероприятия в кабинете физиотерапии направлены на решение следующих задач:

- повышение сопротивляемости организма;
- оптимизация процессов адаптации беременной к условиям повышенных требований к основным системам организма в процессе прогрессирования беременности;

- обеспечение условий для нормального внутриутробного развития плода;
- профилактика послеродовых осложнений и маститов;
- лечение заболеваний, не являющихся следствием беременности, но развившихся во время нее.

Среди необходимых процедур для здоровых беременных женщин и женщин группы риска проводятся: климатолечение общие или местные световоздушные ванны, облучение ультрафиолетовыми лучами и др. Также используются различные схемы физиотерапевтического воздействия при наиболее распространенных заболеваниях беременных (гипертоническая болезнь, гипертензивные расстройства во второй половине беременности).

Беременным с гипертензивными расстройствами второй половины беременности (преэклампсией умеренно выраженной), с гипертонической болезнью с повышенной раздражительностью, с эмоциональной неустойчивостью, невротическими реакциями применяется: гальванизация воротниковой зоны либо эндоназальная гальванизация, короткоимпульсная электроанальгезия, ДМВ-терапия, ультразвук, центральная электроанальгезия.

Лечебная гимнастика в отделении профилактики ПНБ проводится с 32 недель беременности подготовленным специалистом-инструктором в специально оборудованном спортивном зале (*кабинет лечебной гимнастики*).

При проведении лечебной гимнастики в период беременности решаются следующие задачи:

- оказать общее оздоровительное влияние на организм женщины;
- улучшить состояние сердечно-сосудистой системы, легких, кишечника;
- обеспечить достаточное насыщение кислородом крови матери и плода;
- обучить беременную правильному дыханию, что в последующем, в родах будет способствовать регуляции потужного периода и др.

Также используется активно кабинет плазмафереза для предотвращения циркулирования в крови патологических веществ (токсинов, циркулирующих иммунных комплексов, ненужных организму антител и медиаторов воспаления), что в свою очередь снижает риск перинатальных потерь.

В целом, внедрение такой новации как отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ родильного дома обеспечивает мультидисциплинарный подход к женщинам с ПНБ с участием высококвалифицированных врачей разных специальностей, имеющих опыт работы с данной группой пациенток; возможность проведения более специфичных исследований за счет наличия оборудования экспертного класса, что, в свою очередь, способствует нивелированию целого ряда факторов риска развития ПНБ, положительно влияет на результаты лечения женщин с этой патологией и успешное завершение беременности.

4.2. Алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с привычным невынашиванием беременности на базе отделения профилактики в рамках клинко-диагностического центра

На Рисунке 4.2 представлена схема алгоритма проведения профилактических мероприятий женщинам с привычным невынашиванием беременности на базе отделения профилактики в рамках клинко-диагностического центра.

Алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПНБ включает в себя выявление пациенток с ПНБ в женской консультации или гинекологического стационара (отделения патологии).

На следующем этапе происходит переход пациенток на комплексное диспансерное наблюдение в отделения профилактики ПНБ на базе КДЦ.

После консультации врача-акушера-гинеколога данного отделения назначаются и проводятся на базе отделения различные диагностические исследования и вся диагностическая информация аккумулируется в данном отделении. Далее происходит привлечение для консультаций «узких» специалистов, которые оформлены в данном отделении на 0,25 ставки. Таким образом формируется мультидисциплинарная команда.

Наряду с этим в данном отделении проводится диспансерное наблюдение семей с ПНБ в условиях консультации «Брак и семья» или врачом специализированного приема;

организовано проведение медико-генетического консультирования и проводятся цитогенетические исследования у супругов в семьях женщин с ПНБ, независимо от порядкового номера прервавшейся беременности при отсутствии в семье живых здоровых детей.

В целом, внедрение такой новации как отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара обеспечивает мультидисциплинарный подход к женщинам с ПНБ с участием высококвалифицированных врачей разных специальностей, имеющих опыт работы с данной группой пациенток; возможность проведения более специфичных исследований за счет наличия оборудования экспертного класса, что, в свою очередь, способствует нивелированию целого ряда факторов риска развития ПНБ, положительно влияет на результаты лечения женщин с этой патологией и успешное завершение беременности.

В целях предотвращения ПНБ необходимо правильно управлять всем процессом организации и оказания медицинской помощи женщинам с данным диагнозом. Для этого должна быть создана действенная система информационного обеспечения управления, позволяющая получать всю необходимую информацию с различных этапов оказания медицинской помощи беременным. В частности, такую информацию можно получать в ходе анализа различных показателей.

В настоящее время критерии и показатели оценки деятельности акушера-гинеколога в женской консультации, родильном отделении и в объединённом родильном доме регламентируются приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421 и приказом Минздрава России № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Как видно из анализа нормативных документов, ни в одном из них нет достаточного акцента на профилактику осложнений беременности и, в частности, на профилактику привычного невынашивания беременности.

Алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПНБ на базе отделения профилактики ПНБ на базе КДЦ



Рисунок 4.2 – Алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПНБ на базе отделения профилактики ПНБ на базе КДЦ (вторая составляющая комплекса организационных мероприятий)

В этой связи нами был дополнен перечень вышеперечисленных показателей. При этом мы учитывали результаты, полученные на предыдущем этапе исследования, а именно ориентировались на выявленные управляемые факторы риска. В частности, предложены следующие 3 группы показателей для оценки деятельности врача акушера-гинеколога акушерского стационара, основанные на результатах изучения мнения экспертов о факторах риска развития ПНБ:

I. Показатели, характеризующие общие вопросы деятельности врача акушера-гинеколога:

- **выполнение плана посещений беременными** (соотношение фактического и нормативного числа посещений в год) %;
- число посещений на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога на приеме в женской консультации в год (**функция врачебной должности**);
- среднее число пролеченных пациентов, приходящихся на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога в отделении патологии беременности в год.

II. Показатели оценки качества и эффективности лечебно-профилактической деятельности врача акушера-гинеколога:

- своевременность взятия на диспансерный учет женщин с ПНБ, выявленных при профилактических осмотрах (%);
- частота самопроизвольных прерываний в данном календарном году (%);
- частота выявления больных с гинекологическими заболеваниями, приведших к диагнозу ПНБ, при профосмотрах (на 1000 осмотренных), в том числе цервико-вагинальная инфекция;
- и другие показатели

III. Показатели качества медико-социальной помощи беременным:

- своевременность проведения и полнота охвата лечебно-оздоровительными мероприятиями беременных группы риска (%);
- доля беременных группы риска, удовлетворенных организацией лечебно-профилактической помощи (%);

- обеспеченность лабораторно-инструментальным оборудованием при проведении обследований беременных группы риска (на 100 законченных случаев).

- охват санаторно-курортным лечением пациенток с патологией беременности (%).

Также все показатели были нами распределены на 3 группы: показатели, характеризующие **структуру** оказания медицинской помощи; показатели, характеризующие **процесс** оказания медицинской помощи; показатели, характеризующие **результат оказания медицинской помощи**. Данная классификация может использоваться руководителями на различных иерархических уровнях в процессе управления.

4.3. Совершенствование информационного обеспечения управления организацией и оказанием медицинской помощи женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности

В целях предотвращения ПНБ необходимо правильно управлять всем процессом организации и оказания медицинской помощи женщинам с данным диагнозом. Для этого должна быть создана действенная система информационного обеспечения управления, позволяющая получать всю необходимую информацию с различных этапов оказания медицинской помощи беременным. В частности, такую информацию можно получать в ходе анализа различных показателей.

4.3.1. Результаты разработки системы показателей для оценки проведения профилактики привычного невынашивания беременности

В настоящее время критерии и показатели оценки деятельности акушера-гинеколога в женской консультации, акушерского стационара регламентируются приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного

самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» и Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» и Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

В Приказах данные критерии и показатели распределены следующим образом:

I. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача-акушера-гинеколога родильного дома

II. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача-акушера-гинеколога отделения патологии беременных (круглосуточный стационар)

III. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача-акушера-гинеколога гинекологического отделения (круглосуточный стационар):

IV. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача-акушера-гинеколога дневного стационара:

V. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации (кабинет врача-акушера-гинеколога поликлиники):

Показатели деятельности распределены следующим образом:

I. Показатели ресурсной обеспеченности:

II. Показатели процесса оказания медицинской помощи:

III. Показатели результативности:

Как видно из анализа нормативных документов, ни в одном из них нет акцента на профилактику осложнений беременности и, в частности, на профилактику привычного невынашивания беременности.

В этой связи нами был дополнен перечень вышеперечисленных показателей. В частности, предложены следующие 3 группы показателей для оценки деятельности врача акушера-гинеколога объединённого родильного дома, основанные на результатах изучения мнения экспертов о факторах риска развития ПНБ:

I. Показатели, характеризующие общие вопросы деятельности врача акушера-гинеколога:

- выполнение плана посещений беременными (соотношение фактического и нормативного числа посещений в год) %;
- число посещений на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога на приеме в женской консультации в год (функция врачебной должности);
- среднее число пролеченных пациентов, приходящихся на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога в отделении патологии беременности в стационаре в год.

II. Показатели оценки качества и эффективности лечебно-профилактической деятельности врача акушера-гинеколога:

- своевременность взятия на диспансерный учет женщин с ПНБ, выявленных при профилактических осмотрах (%);
- частота самопроизвольных абортов в данном календарном году (%);
- частота выявления больных с гинекологическими заболеваниями, приведших к диагнозу ПНБ, при профосмотрах (на 1000 осмотренных), в том числе цервико-вагинальная инфекция;
- охват контрацепцией женщин с ПНБ (%);
- процент беременных, поступивших своевременно (до 12 недели) под наблюдение акушера-гинеколога (%);
- процент беременных, поступивших под наблюдение акушера-гинеколога поздно (свыше 28 недель беременности) %;
- процент беременных, имеющих в анамнезе 1 и более случаев невынашивания (%);

- процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась своевременными родами (%);
- процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась преждевременными родами (%);
- процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась самопроизвольным прерыванием (%);
- процент беременных группы риска, осмотренных своевременно терапевтом, окулистом, стоматологом, лор-врачом, эндокринологом (%);
- частота поздних токсикозов беременных (%);
- частота беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями (на 1000 наблюдаемых пациенток), в том числе: эндокринные нарушения, инфекция мочевыводящих путей (включая бессимптомную);
- процент беременных, прошедших физиопсихопрофилактическую подготовку (%);
- полнота обследования беременных на резус-принадлежность, ВИЧ, реакцию Вассермана %;
- охват беременных группы риска регулярным наблюдением (%);
- своевременность обследования несовершеннолетних беременных (%);
- своевременность дородовой госпитализации беременных группы риска (%);
- своевременность проведения дородового и послеродового патронажа (%);
- полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий беременным группы риска (%).

III. Показатели качества медико-социальной помощи беременным:

- своевременность проведения и полнота охвата лечебно-оздоровительными мероприятиями беременных группы риска (%);
- доля беременных группы риска, удовлетворенных организацией лечебно-профилактической помощи (%);

– обеспеченность лабораторно-инструментальным оборудованием при проведении обследований беременных группы риска (на 100 законченных случаев).

- охват санаторно-курортным лечением пациенток с патологией беременности (%).

Также все показатели были нами распределены на 3 группы: показатели, характеризующие структуру оказания медицинской помощи; показатели, характеризующие процесс оказания медицинской помощи; показатели, характеризующие результат оказания медицинской помощи (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Перечень показателей (индикаторов) для оценки эффективности организации и оказания медицинской помощи женщинам с диагнозом ПНБ (третья составляющая комплекса организационных мероприятий)⁸ [12]

Наименование показателя (индикатора)	Единица измерения
1	2
Показатели, характеризующие структуру оказания медицинской помощи:	
«Выполнение плана посещений беременными (соблюдение протоколов МЗ)»	%
«Число посещений на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога на приеме в женской консультации в год» (функция врачебной должности)	посещение
«Среднее число пролеченных пациентов, приходящихся на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога в отделении патологии беременности в стационаре в год»	пациент
«Среднее число коек на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога при обслуживании беременных в отделении патологии беременности в стационаре»	койка
«Доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории в общей численности физических врачей-специалистов при ведении беременных группы риска»	%

⁸ Изложены в собственной статье автора диссертационного исследования Разработка структурно-функциональной модели мониторинга состояния репродуктивного здоровья женщин с диагнозом привычное невынашивание / Э. А. Вартамян, А. Э. Заргарова, Г. С. Шестаков, В. С. Нечаев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 6(64). – С. 10. [12]

Продолжение таблицы 4.1

1	2
«Обеспеченность лабораторно-инструментальным оборудованием при проведении обследований беременных группы риска (на 100 законченных случаев)»	%
«Наличие в составе родовспомогательной организации анестезиологической службы и блока интенсивной терапии и отделения недоношенных детей»	да/нет
«Наличие в составе родовспомогательной организации дежурной бригады, обеспечивающей оказание экстренной помощи»	да/нет
«Своевременность проведения и полнота охвата лечебно-оздоровительными мероприятиями беременных группы риска»	%
Показатели, характеризующие процесс оказания медицинской помощи:	
«Своевременность взятия на диспансерный учет женщин с ПНБ, выявленных при профилактических осмотрах»	%
«Частота самопроизвольных прерываний в данном календарном году»	%
«Частота выявления больных с гинекологическими заболеваниями, приведших к диагнозу ПНБ, при профосмотрах (на 1000 осмотренных)», в том числе: - цервико-вагинальная инфекция	‰
«Охват контрацепцией женщин с ПНБ»	%
«Процент беременных, поступивших своевременно (до 12 недели) под наблюдение акушера-гинеколога»	%
«Процент беременных, поступивших под наблюдение акушера-гинеколога поздно (свыше 22 недель беременности)»	%
«Процент беременных, имеющих в анамнезе 1 и более случаев невынашивания»	%
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась своевременными родами»	%
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась преждевременными родами»	%
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась самопроизвольным прерыванием»	%
«Процент беременных группы риска, осмотренных своевременно терапевтом, окулистом, стоматологом, лор-врачом, эндокринологом»	%
«Частота поздних токсикозов беременных»	%
«Частота беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями (на 1000 наблюдаемых пациенток)», в том числе: - эндокринные нарушения; - инфекция мочевыводящих путей (включая бессимптомную)	‰

Продолжение таблицы 4.1

1	2
«Процент беременных, прошедших физиопсихопрофилактическую подготовку»	%
«Полнота обследования беременных на резус-принадлежность, ВИЧ, реакцию Вассермана, ВУН, HbsAg»	%
«Охват беременных группы риска регулярным наблюдением»	%
«Своевременность обследования несовершеннолетних беременных»	%
«Своевременность дородовой госпитализации беременных группы риска»	%
«Своевременность проведения дородового и послеродового патронажа»	%
«Полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий беременным группы риска»	%
«Частота оказания высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам патологией беременности»	%
Показатели, характеризующие результат оказания медицинской помощи:	
«Частота обоснованных жалоб по вопросам качества организации медицинской помощи беременным группы риска, в том числе жалобы на нарушение принципов медицинской этики и деонтологии» (на 100 пациенток, которым оказывается медицинская помощь)	%
«Доля беременных группы риска, удовлетворенных организацией лечебно-профилактической помощи»	%
«Родовая травма» (на 1000 родившихся живыми)	‰
«Смертность новорожденных в родовспомогательных учреждениях» (на 1000 родившихся живыми)	‰
«Перинатальная смертность» (на 1000 родившихся живыми)	‰
«Материнская смертность» (на 100 000 родившихся живыми)	на 100 тыс.
«Охват санаторно-курортным лечением пациенток с патологией беременности»	%

Таблица 4.2 – Перечень показателей (индикаторов) по значимости по мнению экспертов для оценки эффективности организации и оказания медицинской помощи женщинам с диагнозом ПНБ

Наименование показателя (индикатора)	Единица измерения
1	2
Показатели, характеризующие структуру оказания медицинской помощи:	
«Выполнение плана посещений беременными (соблюдение протоколов МЗ)»	100%
«Число посещений на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога на приеме в женской консультации в год» (функция врачебной должности)	65%
«Среднее число пролеченных пациентов, приходящихся на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога в отделении патологии беременности в стационаре в год»	45%
«Среднее число коек на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога при обслуживании беременных в отделении патологии беременности в стационаре»	86%
«Доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории в общей численности физических врачей-специалистов при ведении беременных группы риска»	98%
«Обеспеченность лабораторно-инструментальным оборудованием при проведении обследований беременных группы риска (на 100 законченных случаев)»	99%
«Наличие в составе родовспомогательной организации анестезиологической службы и блока интенсивной терапии и отделения недоношенных детей»	100%
«Наличие в составе родовспомогательной организации дежурной бригады, обеспечивающей оказание экстренной помощи»	100%
«Своевременность проведения и полнота охвата лечебно-оздоровительными мероприятиями беременных группы риска»	100%
Показатели, характеризующие процесс оказания медицинской помощи:	
«Своевременность взятия на диспансерный учет женщин с ПНБ, выявленных при профилактических осмотрах»	100 %
«Частота самопроизвольных абортов в данном календарном году»	96 %
«Частота выявления больных с гинекологическими заболеваниями, приведших к диагнозу ПНБ, при профосмотрах (на 1000 осмотренных)», в том числе: - цервико-вагинальная инфекция	99 %
«Охват контрацепцией женщин с ПНБ»	59 %

Продолжение таблицы 4.2

1	2
«Процент беременных, поступивших своевременно (до 12 недели) под наблюдение акушера-гинеколога»	97 %
«Процент беременных, поступивших под наблюдение акушера-гинеколога поздно (свыше 22 недель беременности)»	95 %
«Процент беременных, имеющих в анамнезе 1 и более случаев невынашивания»	100 %
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась своевременными родами»	97 %
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась преждевременными родами»	99%
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась самопроизвольным прерыванием»	100%
«Процент беременных группы риска, осмотренных своевременно терапевтом, окулистом, стоматологом, лор-врачом, эндокринологом, кардиологом»	100%
«Частота поздних токсикозов беременных»	87%
«Частота беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями (на 1000 наблюдаемых пациенток)», в том числе: - эндокринные нарушения; - инфекция мочевыводящих путей (включая бессимптомную)	89%
«Процент беременных, прошедших физиопсихопрофилактическую подготовку»	95%
«Полнота обследования беременных на резус-принадлежность, ВИЧ, реакцию Вассермана, ВУН, HbsAg»	98 %
«Охват беременных группы риска регулярным наблюдением»	100 %
«Своевременность обследования несовершеннолетних беременных»	100 %
«Своевременность дородовой госпитализации беременных группы риска»	100 %
«Своевременность проведения дородового и послеродового патронажа»	85 %
«Полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий беременным группы риска»	99 %
«Частота оказания высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам патологией беременности»	99 %
Показатели, характеризующие результат оказания медицинской помощи:	
«Частота обоснованных жалоб по вопросам качества организации медицинской помощи беременным группы риска, в том числе жалобы на нарушение принципов медицинской этики и деонтологии» (на 100 пациенток, которым оказывается медицинская помощь)	65%

Продолжение таблицы 4.2

1	2
«Доля беременных группы риска, удовлетворенных организацией лечебно-профилактической помощи»	72%
«Родовая травма» (на 1000 родившихся живыми)	80%
«Смертность новорожденных в родовспомогательных учреждениях» (на 1000 родившихся живыми)	92%
«Перинатальная смертность» (на 1000 родившихся живыми)	92%
«Материнская смертность» (на 100 000 родившихся живыми)	100%
«Охват санаторно-курортным лечением пациенток с патологией беременности»	89%

Рекомендованный перечень показателей, разработанный на основе консенсуса в процессе экспертных оценок специалистов, может быть использован как для мониторинга и оценки эффективного оказания помощи и улучшения здоровья матерей и их новорожденных детей, так и для формирования доказательно обоснованной государственной демографической политики.

4.3.2. Совершенствование системы диспансерного наблюдения семей женщин с ПНБ и проведения экспертизы качества ее организации

Качество лечебно-профилактической помощи отражает степень соответствия оказанной медико-социальной помощи заранее установленным критериям и стандартам. В целях оказания качественной лечебно-профилактической помощи женщинам с привычным невынашиванием в женской консультации необходимо осуществлять диспансерное наблюдение за ними с соблюдением принципов преемственности женской консультации, акушерским стационаром и врачей узких специальностей.

Как было указано выше, на развитие ПНБ оказывают влияние многие факторы; данная патология полиэтиологична и обусловлена разнообразными патологическими процессами у одного или обоих супругов. Учитывая эту особенность, система диспансерного наблюдения за такими семьями должна быть достаточно гибкой, чтобы способствовать обеспечению индивидуального подхода в обследовании семьи. Это, в

свою очередь, обеспечит поэтапное проведение оценки эффективности наблюдения и проведение необходимых медицинских мероприятий.

Для повышения качества диспансеризации особое значение имеет регулярное проведение экспертной оценки оказываемых услуг.

При проведении экспертизы качества диспансеризации женщин с ПНБ оценивается качество оказанной лечебно-профилактической помощи, ведения медицинской документации. Основные этапы проведения такой экспертизы в отделении профилактики КДЦ представлены на Рисунке 4.3.



Рисунок 4.3 – Основные этапы проведения экспертизы диспансеризации в отделении профилактики КДЦ.

Экспертизу качества лечебно-профилактической помощи женщинам с ПНБ в отделении профилактики рекомендуется проводить по индивидуальным картам беременной и родильницы (ф.111/у) и обменным картам родильного дома

(ф.113/у). Экспертную оценку осуществляют заведующие гинекологическими отделениями стационара, заведующие родильным блоком, женскими консультациями, а также штатные эксперты городского управления здравоохранения на основе детального ознакомления и анализа врачебных записей в индивидуальных картах беременных. Для этого рекомендуется отбирать механическим методом каждую 4-ю или 5-ю карту.

В ходе экспертизы заведующие различных подразделений должны оценить каждый этап лечебно-диагностического процесса. Качество диспансеризации эксперты оценили по критериям своевременности, полноты и обоснованности обследования, диагностики и лечения беременных с привычным невынашиванием. После подведения итогов экспертизы её результаты обсуждаются с врачами на оперативном совещании.

Анализ качества ведения беременных по данным экспертной оценки необходимо использовать не только для устранения недостатков, но и в целях повышения квалификации врачей.

Экспертиза качества диспансеризации женщин с привычным невынашиванием завершается составлением экспертного заключения, содержащего конкретные объективные результаты исследования и рекомендации, направленные на устранение выявленных недостатков. Метод экспертной оценки позволяет не только выявить недостатки, но и проверить, как они исправляются. Для этого через определенный промежуток времени экспертизу следует повторить по тем же вопросам и сравнивают полученные данные с результатами предыдущей экспертизы.

Экспертная оценка является оперативным методом и может быть широко использована органами и учреждениями здравоохранения, страховыми компаниями для решения самых различных вопросов организации лечебно-профилактической помощи женщинам с привычным невынашиванием на всех этапах оказания специализированной помощи.

4.3. Результаты оценки медицинской, социальной и экономической эффективности внедрения разработанного и внедренного комплекса организационных мероприятий для совершенствования профилактики привычного невынашивания беременности

Эффективность пребывания беременных женщин из групп риска в отделении профилактики привычного невынашивания беременности в Консультативно-диагностическом центре акушерского рассматривалась с трех позиций: медицинской (лечебной), экономической и социальной.

Как было указано в методике исследования, под медицинской составляющей результативностью мы понимаем улучшение или стабилизацию общего состояния женщины в период беременности, сокращение количества различных осложнений.

В таблице 4.3 представлен анализ показателей женщин, которым оказывалась медицинская помощь в отделении профилактики, в отделении патологии беременности и в женской консультации перинатального центра ГKB им. М.П. Кончаловского по основным видам осложнений в период беременности с установленным диагнозом ПНБ.

Таблица 4.3 – Осложнения в период беременности и родов

Виды осложнений	Численность женщин групп риска по перинатальной патологии, имевших осложнения в родах и лечившихся в разных отделениях (абс./%)						р-значение (критерий хи-квадрат Пирсона)
	отделение профилактики КДЦ n=206		отделение патологии беременных n=150		ЖК n=158		
	абс.	на 100 женщин	абс.	на 100 женщин	абс	на 100 женщин	
Преждевременные роды	5	2,4	38	25,2	52	33	p<0,01
Оперативные вмешательства	14	6,8	18	12	31	19,6	p<0,01
Кровотечения	5	2,4	11	7,3	22	20,2	p<0,05
Перинатальные потери	4	1,9	5	3,3	8	5	p<0,01
Итого	28	13,6	72	48	113	71,5	p<0,01

Установлено, что частота возникновения основных видов осложнений значительно снижается у пациентов, которым оказывалась медицинская помощь в отделении профилактики на базе КДЦ.

Отметим, что доля госпитализации в отделение патологии беременности пациенток, состоящих на учете женской консультации, составило всего 23 %. Когда, как после открытия отделения профилактики КДЦ, все 100% пациенток, имеющие в анамнезе перинатальные потери и состоящие на учете в женской консультации, направляются в данное отделение на дальнейшее ведение беременности. В отделение патологии беременности, данная группа пациенток не госпитализировалась, при необходимости проходила лечение в рамках дневного стационара КДЦ.

В соответствии с программой исследования изучение эффективности медико-социальной профилактики материнской и перинатальной патологии у беременных женщин проводилось в 3-х выделенных группах:

- первая группа (основная) – 663 (с установленным диагнозом ПНБ - 206) беременных группы риска невынашивания беременности незащищенных, которым проводилась медико-социальная профилактика условиях отделения профилактики ПНБ КДЦ;

- вторая группа - 150 беременных с факторами риска, получивших лечение в отделении патологии беременных родильного дома;

- третья группа - 158 беременных женщин, наблюдавшихся в условиях женской консультации этого же родильного дома.

Установлено, что в исследуемых группах не были выявлены различия по критерию хи-квадрат Пирсона ($p > 0,05$).

У женщин, которым оказывалась медицинская помощь в отделении профилактики на базе КДЦ, частота возникновения артериальной гипертензии была значительно ниже ($p < 0,01$).

Из 150 женщин, находившихся в отделении патологии беременности в анамнезе было выявлено: гипертензивные расстройства - у 42 % беременных, анемия - у 48,3 %; хронический пиелонефрит - у 9,5%, нарушение

эндокринной системы наблюдались у 49% пациенток и с нарушением гемостаза у 32% пациенток. Из общего количества 48,9% женщины оказались старыми и юными первородящими.

Из 158 женщин, находившихся на учете женской консультации и получающих лечение в рамках амбулаторно – поликлинической помощи,

в анамнезе было выявлено: гипертензивные расстройства - у 49 % беременных, анемия - у 51,3 %; хронический пиелонефрит - у 23,5%, нарушение эндокринной системы наблюдались у 41% пациенток и с нарушением гемостаза у 21 % пациенток. Из общего количества 37,9% женщины оказались старыми и юными первородящими (Таблица 4.4)

Таблица 4.4 – Осложнения течения беременности у наблюдаемых пациенток

Основные виды осложнений	Численность женщин групп риска перинатальной патологии, имевших осложнения в родах и лечившихся в разных отделениях (абс./%)						р-значение (критерий хи-квадрат Пирсона)
	отделение профилактики КДЦ n=206		отделение патологии беременных n=150		ЖК n= 158		
	абс.	на 100 женщин	абс.	на 100 женщин	абс	на 100 женщин	
Гипертензивные расстройства беременности Преждевременные роды		31		42		49	p < 0,01
Угроза прерывания беременности вмешательства	45	21,8	43	27,2	54	34	p < 0,01
Инфекции мочеполовой системы		19,2		9,5		23,5	p < 0,05
Эндокринные нарушения		37		49		41	p < 0,01
Нарушения гемостаза		52		32		21	p < 0,01
Итого						100	

Структура исходов родов у наблюдаемых пациенток представлена в Таблице 4.5.

Таблица 4.5 – Исход родов у наблюдаемых пациенток

Исходы родов	Численность женщин групп риска перинатальной патологии, имевших осложнения в родах и лечившихся в разных отделениях (абс./%)						р-значение (критерий хи-квадрат Пирсона)
	отделение профилактики КДЦ n=206		отделение патологии беременных n=150		ЖК n= 158		
	абс.	на 100 женщин	абс.	на 100 женщин	абс.	на 100 женщин	
Срочные роды	201	97,6	109	72,7	101	63,9	p < 0,01
Преждевременные	5	2,4	38	25,3	52	33	p < 0,01
Запоздалые	0	0	3	2	5	3,1	p < 0,05
Итого	206	100	150	100	158	100	

Как видно из Таблицы 4.6, суммарный экономический эффект в размере 184 576 тыс. руб. получен от лечения 206 беременных женщин группы риска в условиях отделения профилактики ПНБ.

Таблица 4.6 – Экономический эффект пребывания беременных женщин в отделении профилактики ПНБ на базе Консультативно-диагностического центра

Наименование заболевания	Шифр заболевания	Средняя стоимость лечения беременных женщин (в ценах на 12 - 2019г. в тыс. руб.)		Разница в стоимости лечения (гр.3 - гр.4)	Общее число заболеваний среди лечившихся в отделении профилактики ПНБ
		В отделении патологии берем-х 1 к/д	В отделении профилактики ПНБ 1 ч/д		
Невынашивание беременности	644,1	3200	985	2 215	206

Следует отметить также следующее, что среди 663 пациенток с невынашиванием беременности, прошедших через отделение профилактики у 206 пациенток был установлен диагноз ПНБ. Данная группа пациенток должна была быть госпитализирована в отделение патологии беременности для более детального обследования [31]. Нам удалось детально обследовать и проконсультировать данную группу пациенток в рамках отделения профилактики ПНБ с использованием дневного стационара и соответственно избежать госпитализации в ОПБ.

Таким образом, экономия средств бюджета здравоохранения и социального страхования на пациенток, лечившихся в отделении профилактики ПНБ, составила 456 290 руб.

$$3200 \times 206 = 659\ 200 \text{ руб.}$$

$$985 \times 206 = 202\ 910 \text{ руб.}$$

$$659\ 200 - 202\ 910 = 456\ 290 \text{ руб.}$$

В перерасчете на одну пациентку экономия составила 2 215 руб.

В настоящее время в среднем, за год имеют показания к лечению в отделении профилактики ПНБ около 700 беременных женщины группы риска по перинатальной патологии. Лечение их всех в отделении профилактики ПНБ обуславливало бы существенный экономический эффект.

Дополнительно был проведен анализ по данным 2022-2024 годов, в том числе, в части индексации результатов расчета экономической эффективности разработанного в ходе исследования комплекса организационных мероприятий в ценах 2024 года с учетом уровней инфляции прошлых лет.

Рассчитанная ранее экономия средств бюджета здравоохранения и социального страхования на пациенток, лечившихся в отделении профилактики ПНБ, составила 456 290 рублей в ценах 2019 года.

В соответствии с официальной статистической информацией, представленной на сайте Росстата (<https://rosstat.gov.ru/statistics/price>) индекс потребительских цен составлял следующие значения:

в 2020 году – 104,91%

в 2021 году – 108,39%

в 2022 году – 111,94%

в 2023 году – 107,42%

в 2024 году – 109,52%

В Таблице 4.7 представлены результаты оценки экономии средств бюджета здравоохранения и социального страхования на пациенток, лечившихся в отделении профилактики ПНБ в ценах 2024 года путем последовательного увеличения на индекс потребительских цен за каждый год за период 2020-2024 гг.

Таблица 4.7 – Оценка экономии средств бюджета здравоохранения и социального страхования на пациенток, лечившихся в отделении профилактики ПНБ в ценах 2024 года

Показатель	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год	2024 год
Индекс потребительских цен (инфляция), %	-	104,91	108,39	111,94	107,42	109,52
Экономия средств бюджета здравоохранения и социального страхования на пациенток, лечившихся в отделении профилактики ПНБ, рублей	456 290,00	478 693,84	518 856,25	580 807,69	623 903,62	682 675,34

Как видно из Таблицы 4.7, экономия средств бюджета здравоохранения и социального страхования на пациенток, лечившихся в отделении профилактики ПНБ в ценах 2024 года, составила бы 682 675,34 рублей.

Таким образом, может быть констатирована экономическая эффективность разработанного комплекса организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики первичного невынашивания беременности в условиях 2024 года.

Социальная составляющая эффективности разработанного комплекса организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики первичного невынашивания беременности заключается в том, что предотвращена перинатальная смертность в группе беременных женщин с ПНБ, лечившихся в отделении профилактики ПНБ, по сравнению с женщинами, лечившимися в отделении патологии беременных родильного дома, и состоящими на учете в женской консультации.

Исходя из этих показателей можно отметить, что в результате комплексного метода оздоровления беременных в условиях отделения профилактики ПНБ, оснащенного современной медицинской технологией, ориентировочно среди 663 женщин группы риска предотвращено 30 случаев перинатальной смертности.

Таким образом, только объединение усилий женской консультации и акушерского стационара, создание преемственности в их работе, выявлении причин привычной невынашиваемости беременности, обеспечение высококачественной, полноценной и доступной медицинской помощи и создание благоприятных психологических условий для семейных пар с диагнозом невынашивание беременности, является гарантом успешного наступления и завершения беременности, что необходимо в решении многих медико-социальных вопросов.

Внедрение в практику разработанных нами инновационных подходов, касающихся совершенствования организации профилактики ПНБ с учетом факторов риска ее возникновения, качества оказания медицинской помощи женщинам с данной патологией, информационного обеспечения управления этими процессами с использованием разработанной системы показателей и др.,

способствуют снижению перинатальных потерь у женщин с ПНБ, что имеет соответствующий эффект.

Таблица 4.8 – Оценка эффективности результативности медицинской помощи в % пациенткам с ПНБ в ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ до и после организации отделения профилактики ПНБ

Критерий	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории в общей численности физических врачей-специалистов при ведении беременных группы риска	20	20	30	40	48	51
Обеспеченность лабораторно-инструментальным оборудованием при проведении обследований беременных группы риска (на 100 законченных случаев)	30	45	54	59	65	78
Наличие в составе родовспомогательной организации анестезиологической службы и блока интенсивной терапии и отделения недоношенных детей	-	-	-	+	+	+
Своевременность проведения и полнота охвата лечебно-оздоровительными мероприятиями беременных группы риска	40	48	54	59	72	89
Своевременность взятия на диспансерный учет женщин с ПНБ, выявленных при профилактических осмотрах	32	39	45	56	78	91
Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась своевременными родами	70	75	87	92	93	95
Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась самопроизвольным абортom	32	30	27	20	11	6
Охват беременных группы риска регулярным наблюдением	37	40	46	55	87	95
Полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий беременным группы риска	27	30	35	65	79	92
Своевременность дородовой госпитализации беременных группы риска	56	62	65	73	89	95
Перинатальная смертность	6,2	6,0	6,0	4,9	4,2	4,1

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе данного диссертационного исследования были проведены научное обоснование и разработка комплекса новых организационных мероприятий, направленных на совершенствование организации профилактики привычного невынашивания беременности в целях улучшения демографических показателей в Российской Федерации.

Научная новизна результатов проведенных исследований заключается в комплексном научном подходе к изучению проблемы привычного невынашивания беременности, выявлению факторов, способствующих возникновению данной патологии в современных условиях, обоснованию на основе выявленных тенденций инновационных путей снижения риска ПНБ. Получены дополнительные данные о распространенности ПНБ; определена частота самопроизвольных абортов в разные сроки беременности с использованным общепринятым способом расчета данного показателя, определен наиболее оптимальный из них. Углублены знания о факторах риска развития ПНБ в современных условиях, определены наиболее значимые из них. Представлена классификация выявленных факторов, в т.ч. с позиции возможного управления ими. Установлена динамика встречаемости привычной невынашиваемости у женщин репродуктивного возраста с учетом семейного положения, бытовых условий, образования, условий труда, анамнеза жизни, соблюдения критериев обследования беременных женщин в условиях первичного звена акушерской службы. Представлен прогноз вероятного риска ПНБ в зависимости от возраста женщины. Предложена этапность формирования контингентов риска, порядок и объем клинико-диагностических мероприятий в этих семьях. Все вышесказанное позволило научно обосновать инновационные подходы, направленные на нивелирование влияния выявленных факторов риска ПНБ.

В условиях репродуктивного кризиса современной семьи в России одной из важных проблем является невынашивание беременности, в частности привычное невынашивание беременности (ПНБ), как значимый фактор риска возникновения

перинатальной патологии. Своевременное выявление и оказание помощи беременным женщинам, страдающим ПНБ, имеет большое значение для обеспечения и сохранения их репродуктивного здоровья.

Подчеркивается целесообразность разработки комплекса методов активного выявления семей с самопроизвольными выкидышами, их обследования, уточнения порядка диагностических мероприятий по значимости в системе медицинской помощи и др. Также, обращает на себя внимание, что созданная в России родовспомогательная система помощи женщинам, страдающим ПНБ, не достаточно ориентирована на раннее выявление и лечение женщин группы риска по невынашиванию. Поэтому, особое внимание необходимо уделять раннему выявлению проблем гинекологического здоровья женщин, с целью своевременного назначения лечения и, соответственно, с экономической точки зрения предотвращения потерь. Именно в данном аспекте важна чёткая организация профилактики привычного невынашивания беременности.

Проведенный медико-социальный анализ распространенности ПНБ, по данным родовспомогательных и гинекологических стационаров г. Москвы и данным Перинатального центра ГКБ им. М.П. Кончаловского за 2014-2018 годы, позволил рассчитать показатели, характеризующие исходы беременности, в частности определялась частота самопроизвольных прерываний в разные сроки беременности.

Было выявлено, что суммарные перинатальные потери, по данным города Москвы, в 2018 г. возросли до 618,6 тыс. человек, т.е. более чем на четверть (на 25,2%) по сравнению с 2014 г. При этом самопроизвольные выкидыши формируют почти 2/3 всех потерь при ПНБ. Спонтанные прерываний в 80% случаев наблюдали у женщин активного репродуктивного периода (21-35 лет). Удельный вес привычного невынашивания в структуре гинекологической заболеваемости в стационарах города составил 17,3% без учета искусственных прерываний и 9,8% с учетом поступлений по поводу прерываний по медицинским показаниям. Выявлено, что каждая пятая пациентка поступает в гинекологический стационар по поводу НБ.

Анализ влияния качества организации и оказания медицинской помощи на сохранение беременности показал, что преимущество в работе женских консультаций и гинекологических стационаров недостаточна, о чем свидетельствует тот факт, что большинству женщин – 63,3% - медицинская помощь оказывалась в ургентном порядке, из них 44,5% больных были доставлены в стационар скорой помощью. При этом среднее пребывание больных в стационаре составило 4,6 койко-дня; 17,5% женщин выписаны из стационара в течение первых суток после операции выскабливания стенок полости матки. При проведении экспертизы качества медицинской помощи были выявлены дефекты в тактике ведения женщин после ПНБ. Наиболее значимыми из них являлись: неполноценное обследование и лечение вследствие недостаточного срока пребывания.

Наряду с этим в ходе исследования в соответствии с его методикой были выявлены наиболее значимые факторы, которые могли оказать влияние на исход беременности пациенток с ПНБ в современных условиях. При определении данных факторов риска учитывалось мнение экспертов, по мнению которых первое ранговое место по значимости в данной группе занимают организационные факторы риска (средний балл 4,46). А именно: наличие высококвалифицированных специалистов, ведущих данную группу пациенток (4,50); обеспеченность мультидисциплинарного подхода при ведении беременности у данной группы пациенток (4,50); возможность детального дообследования и выявления дополнительных медицинских факторов риска ведения данной группы пациенток (4,50); оснащенность лабораторно-инструментальными методами для проведения дополнительных исследований, необходимых данной категории пациенток (4,50).

Второе ранговое место среди управляемых факторов риска ПНБ принадлежит медицинским факторам (средний балл 3,51), среди которых наиболее значимыми являются: 1 и более случаев невынашивания беременности в анамнезе (4,90); цервико-вагинальная инфекция (4,90); эндокринные нарушения в организме женщины (4,60).

На третьем ранговом месте среди факторов, поддающихся профилактике - факторы, отражающие психологические аспекты (средний балл 3,37). В их числе:

алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость (4,30); стрессовая ситуация на работе и/или в семье (3,50); психоэмоциональное состояние беременной (2,30).

Последнее место среди управляемых факторов, влияющих на невынашивание беременности, по оценкам экспертов, занимают социальные факторы (средний балл 3,00), в том числе: условия труда (3,50); условия быта (3,20); 2 и более медицинских аборт (3,20).

В группе факторов риска, не поддающихся профилактике ПНБ, наиболее значимыми, по мнению экспертов, являются генетические факторы (средний балл 4,30). Это: генетические аномалия плода (4,50); тяжелая генетическая экстрагенитальная патология (4,50); болезни органов крови (3,90).

Наименее значимыми факторами риска привычного невынашивания беременности среди неуправляемых причин, являются социальные факторы (средний балл 2,70), такие факторы риска как: условия быта (3,20); воздействие экологии на вынашивание беременность (2,20).

Изучение факторов риска развития ПНБ в современных условиях, во многом способствовало созданию более действенной системы информационного обеспечения управления процессом организации и оказания медицинской помощи женщинам с данным диагнозом. Для правильного управления службой родовспоможения необходимо получать информацию с различных этапов оказания медицинской помощи этой категории беременных. На практике такую информацию можно получать в ходе анализа целого ряда показателей, характерных для данного вида помощи и учитывающих особенности ее оказания при такой патологии. В частности, как показал проведенный анализ факторов риска, необходимо делать акцент на профилактику привычного невынашивания беременности.

При этом проведенный анализ нормативных документов показал, что ни в одном из них нет акцента на профилактику осложнений беременности и, в частности, на профилактику привычного невынашивания беременности.

В этой связи нами был дополнен перечень уже существующих показателей. В частности, предложены 3 группы показателей для оценки деятельности врача

акушера-гинеколога акушерского стационара, основанные на результатах изучения мнения экспертов о факторах риска развития ПНБ; показатели оценки качества и эффективности лечебно-профилактической деятельности врача акушера-гинеколога; показатели качества медико-социальной помощи беременным.

Также все показатели были нами распределены на 3 группы: показатели, характеризующие структуру оказания медицинской помощи; показатели, характеризующие процесс оказания медицинской помощи; показатели, характеризующие результат оказания медицинской помощи женщинам с ПНБ.

В целях оказания качественной лечебно-профилактической помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности в женской консультации необходимо осуществлять диспансерное наблюдение за ними с соблюдением принципов преемственности женской консультации, акушерского стационара и врачей узких специальностей.

Учитывая, что на развитие ПНБ оказывают влияние многие факторы; данная патология полиэтиологична и обусловлена разнообразными патологическими процессами у одного или обоих супругов, система диспансерного наблюдения за такими семьями должна быть достаточно гибкой, чтобы способствовать обеспечению индивидуального подхода в обследовании семьи. Это, в свою очередь, обеспечит поэтапное проведение оценки эффективности наблюдения и проведение необходимых медицинских мероприятий.

Для повышения качества диспансеризации особое значение имеет регулярное проведение экспертной оценки оказываемых услуг. Это позволяет не только устранять выявленные недостатки, но и, свою очередь, способствует повышению квалификации врачей.

Нами разработана схема основных этапов проведения экспертизы качества диспансеризации в объединённом родильном доме. Ее отличием от аналогичной в женской консультации является следующее: экспертизу проводят более квалифицированные специалисты (заведующие отделениями акушерского стационара с привлечением заместителей главного врача других акушерских стационаров); уделяется большее внимание проведенным мероприятиям по

подготовке женщины к наступлению беременности и проведенному обследованию партнера.

Важное значение для совершенствования профилактики ПНБ имеет внедрение соответствующих новаций. В частности, совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы, была разработана и апробирована на базе ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» новая форма организации профилактики и лечения беременных женщин, имеющих диагноз привычное невынашивание в анамнезе – отделение профилактики ПНБ.

Важной особенностью данного отделения является мультидисциплинарный подход к женщинам с ПНБ с участием высококвалифицированных врачей разных специальностей, имеющих опыт работы с данной группой пациенток; возможность проведения более специфичных исследований за счет наличия оборудования экспертного класса, что, в свою очередь, способствует нивелированию целого ряда факторов риска развития ПНБ, положительно влияет на результаты лечения женщин с этой патологией и успешное завершение беременности.

Оценка эффективности инновационных подходов к организации профилактики привычного невынашивания беременности проводилось по трем ее составляющим: медицинской (лечебной), социальной и экономической.

При этом под медицинской эффективностью мы понимали улучшение или стабилизацию общего состояния женщины в период беременности, сокращение количества различных осложнений в период гестации.

Также определен социальный эффект от внедрения новой системы «оздоровления». Ориентировочно предотвращено 30 случаев перинатальной смертности и 13 преждевременных родов.

Кроме того, социальная эффективность лечения беременных женщин с ПНБ в условиях отделения усиливается тем, что отсутствовали обострения основного заболевания в период беременности и наблюдался благоприятный исход родов у 42,2 % беременных социально незащищенных, относящихся к группе риска в

возрастном аспекте (юные), прошедшие психофизиологическую подготовку к родам.

В целом, внедрение в практику разработанных нами организационных мероприятий, направленных на совершенствование организации профилактики ПНБ с учетом факторов риска ее возникновения, качества оказания медицинской помощи женщинам с данной патологией, информационного обеспечения управления этими процессами с использованием разработанной системы показателей и др., способствуют снижению перинатальных потерь у женщин с ПНБ, что имеет соответствующий социально-экономический эффект.

Таким образом, по результатам проведенного диссертационного исследования разработан и научно обоснован комплекс организационных мероприятий, включающий новую организационную форму (отделение профилактики ПНБ на базе КДЦ акушерского стационара), включенная в процесс комплексного оздоровления женщин с привычным невынашиванием беременности, в рамках которого осуществлено совершенствование системы диспансерного наблюдения семей женщин с привычным невынашиванием беременности; алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПНБ на базе данного отделения и систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения. Научно доказана эффективность внедрения разработанного комплекса организационных мероприятий для совершенствования организации профилактики привычного невынашивания беременности.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный сравнительный анализ распространенности привычного невынашивания беременности в городе Москве позволил выявить тенденцию увеличения суммарных потерь рождаемости в г. Москве в большей степени за счет самопроизвольных выкидышей в 1 триместре беременности (частота самопроизвольных прерываний в 1 триместре беременности составляла 81,6%, а на более поздних сроках (13-22 недели) – 18,9%; $p=0,00861$) обуславливает необходимость внесения корректив в действующую систему оказания специализированной помощи беременным женщинам. Учитывая наличие различий в отношении перинатальных потерь на различных территориях, следует уделять внимание выявлению и учету ведущих факторов, оказывающих влияние на данные показатели. Анализ опыта организации и оказания медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности свидетельствует, что в рамках международного опыта используются следующие основные организационные подходы: лечение или сестринский уход малообеспеченных беременных женщин (США); внедрение стандарта помощи до беременности и стандарта профилактики преждевременных родов (Европейский Союз); внедрение комплекса методов активного выявления семей с самопроизвольными выкидышами, их обследования, уточнения порядка диагностических мероприятий по значимости в системе медицинской помощи (Европейский Союз). В российском здравоохранении родовспомогательная система помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности в анамнезе не ориентирована на раннее выявление данной патологии и лечение женщин группы риска по невынашиванию беременности; требует совершенствования организация профилактики ПНБ.

2. Выявлены наиболее значимые факторы риска развития привычного невынашивания беременности в современных условиях, среди которых наиболее управляемыми являются организационные (недостаточная обеспеченность медицинских организаций высококвалифицированными специалистами; отсутствие мультидисциплинарного подхода при ведении женщин с ПНБ;

недостаточное использование современных методов обследования и лечения пациенток с данной патологией; низкий уровень организации профилактики ПНБ и др.) и медицинские факторы (наличие невынашивания беременности в анамнезе, наличие цервико-вагинальной инфекции и эндокринных нарушений в организме женщины и др.). Далее следуют психологические и социальные факторы риска ПНБ. Среди факторов риска, не поддающихся профилактике, наиболее значимы – генетические.

3. Разработанный и научно обоснованный комплекс организационных мероприятий по совершенствованию организации профилактики привычного невынашивания беременности включают в себя: отделение профилактики ПНБ на базе консультативно-диагностического центра родильного дома; алгоритм проведения профилактических мероприятий женщинам с ПМБ на базе данного отделения и систему показателей для информационного обеспечения управления деятельностью данного отделения.

4. Разработанная система показателей для оценки проведения профилактики привычного невынашивания беременности включает 3 группы: I. Показатели, характеризующие общие вопросы деятельности врача акушера-гинеколога; II. Показатели оценки качества и эффективности лечебно-профилактической деятельности врача акушера-гинеколога; III. Показатели качества медико-социальной помощи беременным. Рекомендованный перечень показателей, разработанный на основе консенсуса в процессе экспертных оценок специалистов, может быть использован как для мониторинга и оценки эффективного оказания помощи и улучшения здоровья матерей и их новорожденных детей, так и для формирования доказательно обоснованной государственной демографической политики.

5. Оценка эффективности разработанных и внедренных организационных мероприятий (комплекса организационных мероприятий) по профилактике привычного невынашивания беременности свидетельствует об их медицинской эффективности, которая выражается в сохранении беременности в 97,6% случаев; стабилизации экстрагенитальной патологии у беременных женщин, лечившихся в

данном отделении; уменьшении частоты осложнений на 29,7 % ($p < 0,01$); уменьшении частоты преждевременных родов на 24,5 % ($p < 0,01$). По результатам оценки эффективности внедрения организационных мероприятий установлено, что оказание медицинской помощи в отделении профилактики ПНБ характеризуется сокращением затрат на оказание медицинской помощи пациенткам с ПНБ, а также сокращением продолжительности временной нетрудоспособности и соответствующих социальных выплат (682 675,34 рублей в ценах 2024 г.). Социальная составляющая эффективности заключается в том, что предотвращена материнская и перинатальная смертность в группе беременных женщин с ПНБ, лечившихся в отделении профилактики ПНБ, по сравнению с женщинами, лечившимися в отделении патологии беременных родильного дома, и состоящими на учете в женской консультации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предлагаемые инновационные подходы к организации профилактики привычного невынашивания беременности могут использоваться в любом субъекте Российской Федерации.

2. При планировании ресурсов для оказания медицинской помощи женщинам с привычным невынашиванием беременности и организации профилактики данной патологии целесообразно изучение ее распространенности, частоты самопроизвольных аборт и др. на конкретной территории.

3. Заведующим родильных домов и женских консультаций необходимо формировать группы риска развития привычного невынашивания беременности в гинекологическом стационаре и женской консультации с учетом выявленных основных факторов риска в современных условиях.

4. Руководителям многопрофильных стационаров с объединёнными родильными домами рекомендуется:

- проводить регулярную оценку организации и оказания медицинской помощи женщинам с ПНБ с использованием разработанной в ходе исследования системы индикаторов;

- проводить экспертизу качества диспансеризации женщин с ПНБ в объединенном родильном доме по предлагаемой нами схеме;

- внедрять в практику новую систему оздоровления беременных женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе, организованную в отделении профилактики ПНБ на базе в КДЦ родильного дома.

5. Материалы и результаты исследования рекомендуется использовать в учебно-педагогическом процессе на кафедрах акушерства и гинекологии, педиатрии, общественного здоровья и здравоохранения в системе высшего и последипломного образования.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ГБУЗ – государственное бюджетное учреждение здравоохранения
- ГКБ – городская клиническая больница
- ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы
- ЗелАО – Зеленоградский административный округ
- КДЦ – консультативно-диагностический центр
- НБ – невынашивание беременности
- ПНБ – привычное невынашивание беременности
- ПЧСА – показатель частоты спонтанных аборт
- ПЧСА_I – показатель частоты спонтанных аборт первого триместра
- РФ – Российская Федерация
- СА – спонтанные аборт
- САО – Северный административный округ
- 1/2НИА – половина числа зарегистрированных искусственных аборт
- НСА_I – число зарегистрированных спонтанных аборт первого триместра
- НИА – число зарегистрированных искусственных аборт
- НР – число зарегистрированных родов
- НСА – число зарегистрированных спонтанных аборт

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиева, С.А. Привычное невынашивание у женщин с сочетанием аутоиммунных заболеваний щитовидной железы и АФС / С.А. Алиева, З.А. Абусуева, М.А. Одаманова, С.З. Аллахкулиева // Уральский медицинский журнал. – 2016. – Т. 144. – № 11. – С. 12-15.
2. Бантьева, М.Н. Медико-социальная значимость проблемы аборт в Российской Федерации / М.Н. Бантьева, Е.М. Манюшкина, Т.А. Соколовская // Академия медицины и спорта. – 2020. – Т. 1. – № 1. – С. 5-9.
3. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Казанский медицинский журнал. – 2018. – Т. 99. – № 4. – С. 698-705.
4. Батрак, Н.В. Медикосоциальные факторы и патогенетические механизмы ранней потери беременности у женщин с привычным невынашиванием в анамнезе / Н.В. Батрак, А.И. Малышкина, Н.Ю. Сотникова, Н.В. Крошкина, Л.П. Перетятко, Н.В. Фатеева // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 7. – С. 79-86.
5. Батырева, Н.В. Факторы риска очень ранних преждевременных родов / Н.В. Батырева, С.С. Синицына, Е.Н. Кравченко, Л.В. Куклина, И.А. Бойко // Мать и дитя в Кузбассе. – 2018. – № 1. – С. 57-61.
6. Беляева, М.А. Клинико-иммунологические взаимосвязи при привычном невынашивании беременности и методы их коррекции (обзор) / М.А. Беляева, С.А. Бобров, С.В. Лапин // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. ИИ Мечникова. – 2015. – Т. 7. – № 3. – С. 118-123.
7. Беспалова, О.Н. Гипергомоцистеинемия при невынашивании беременности: биохимические и генетические аспекты / О.Н. Беспалова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – Т. 64. – № 5. – С. 22-31.
8. Богданова, Г.С. Невынашивание беременности: общий взгляд на проблему / Г.С. Богданова, З.С. Зайдиева, Д.М. Магомедханова, В.А. Заякин, Е.А. Назарова // Медицинский совет. – 2012. – № 3. – С. 67-71.
9. Боровкова, Е.И. Самопроизвольный выкидыш: состояние изученности

вопроса / Е.И. Боровкова, И.В. Мартынова // Research'n Practical Medicine Journal. – 2014. – Т. 1. – № 1. – С. 52-56.

10. Вартанян, Э.А. Анализ современных подходов к оценке эффективности медицинской помощи пациенткам с привычным невынашиванием беременности / Э.А. Вартанян, О.В. Гриднев, А.В. Белостоцкий, Е.В. Песенникова, М.И. Гадаборшев, С.С. Кучиц // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 4. – С. 236-239.

11. Вартанян, Э.А. Анализ социально-гигиенических и социально-экономических характеристик условий жизни женщин с диагнозом привычное невынашивание / Э.А. Вартанян, О.В. Гриднев, Е.В. Песенникова, С.С. Кучиц // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Т. 60. – № 2. – С. 10.

12. Вартанян, Э.А. Разработка структурно-функциональной модели мониторинга состояния репродуктивного здоровья женщин с диагнозом привычное невынашивание / Э.А. Вартанян, А.Э. Заргарова, Г.С. Шестаков, В.С. Нечаев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Т. 64. – № 6. – С. 10.

13. Ведзижева, Э.Р. Репродуктивное здоровье женщин с расстройствами жирового обмена / Э.Р. Ведзижева, И.В. Кузнецова // Медицинский алфавит. – 2020. – № 4. – С. 27-32.

14. Ведищев, С.И. Современные представления о причинах невынашивания беременности / С.И. Ведищев, А.Ю. Прокопов, У.В. Жабина, Э.М. Османов // Вестник российских университетов. Математика. – 2013. – Т. 18. – № 4-1. – С. 1309-1312.

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

16. Воронова, Ю.В. Дисбиоз влагалища: современные аспекты диагностики и лечения / Ю.В. Воронова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 35-40.

17. Воропаева, Е.Е. Программы вспомогательных репродуктивных

технологий: клинические исходы и влияние витамина D / Е.Е. Воропаева, Э.А. Казачкова, Е.Л. Казачков, Е.Г. Чухнина, М.Л. Полина // *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения.* – 2020. – Т. 8. – № 3 (29). – С. 29-38.

18. Гайдуков, С.Н. Невынашивание беременности у женщин разных типов телосложения / С.Н. Гайдуков, К.Г. Томаева, Е.Н. Комиссарова // *Педиатр.* – 2016. – Т. 7. – № 4. – С. 57-60.

19. Глинкина, Ж.И. Преимплантационное тестирование эмбрионов методом высокопроизводительного секвенирования у супружеских пар с транслокациями в кариотипе / Ж.И. Глинкина, Е.В. Кулакова, Н.В. Дмитриева, Ю.Е. Мосесова, З.М. Губаева, Я.А. Гохберг // *Доктор. Ру.* – 2020. – Т. 19. – № 1. – С. 25-29.

20. Гриднев, О.В. Пути совершенствования управления организацией и оказанием помощи женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности / О.В. Гриднев, Н.К. Гришина, Н.Б. Соловьева, Э.А. Варганян // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 2022. – Т. 30. – № 1. – С. 45-50.

21. Доброхотова, Ю.Э. Пероральная пролонгированная форма препарата железа для лечения железодефицитной анемии: клинический разбор и фармакоэкономическая оценка / Ю.Э. Доброхотова, Э.А. Маркова // *РМЖ. Мать и дитя.* – 2020. – Т. 3. – № 2. – С. 88-89.

22. Дьяченко, В.Г. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ / В.Г. Дьяченко, В.О. Щепин, Н.А. Капитоненко. – 2000.

23. Епанчинцева, Е.А. Индекс фрагментации ДНК сперматозоидов-необходимость для современной клинической практики / Е.А. Епанчинцева, В.Г. Селятицкая, В.А. Божедомов // *Андрология и генитальная хирургия.* – 2020. – Т. 21. – № 1. – С. 14-21.

24. Ефремов, Е.А. Позднее отцовство: обзор повреждающих эякулят механизмов, рисков и стратегий их преодоления / Е.А. Ефремов, Е.В. КАСАТОНОВА, Я.И. Мельник, В.В. Симаков // *Эффективная фармакотерапия.* – 2016. – № 11. – С. 16-33.

25. Иваницкая, О.Н. Привычное невынашивание беременности с позиций

общебиологических принципов формирования болезни / О.Н. Иваницкая, Е.М. Демидова, М.Б. Демидов, Л.А. Никитина, Л.М. Самоходская // Технологии живых систем. – 2016. – Т. 13. – № 3. – С. 13-20.

26. Ильясов, А.Б. Пренатальная диагностика - залог будущего здорового поколения / А.Б. Ильясов // Danish Scientific Journal. – 2020. – № 38-1. – С. 30-34.

27. Каграманова, Ж.А. Влияние факторов риска на патогенез анэмбрионии в раннем сроке беременности / Ж.А. Каграманова, П.Е. Ланцакова, В.В. Малиновская, А.А. Свистунов, Е.Н. Выжлова // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2018. – Т. 62. – № 4. – С. 136-149.

28. Коротченко, О.Е. Эффективность преимплантационного генетического скрининга у пациенток с привычным невынашиванием беременности и бесплодием / О.Е. Коротченко, А.Г. Сыркашева, Н.В. Долгушина, Е.В. Кулакова, А.А. Докшукина, А.Н. Екимов // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 3. – С. 64-69.

29. Кречетова, Л.В. Влияние иммуноцитотерапии на состояние иммунной системы женщин с идиопатическим привычным выкидышем / Л.В. Кречетова, В.В. Вторушина, Е.В. Инвиева, Л.В. Ванько, М.А. Николаева, Н.К. Тетруашвили // Медицинская иммунология. – 2020. – Т. 22. – № 4. – С. 751-764.

30. Курбанисмаилов, Р.Б. Распространенность социально-биологических факторов риска у беременных Красноярского края и их влияние на неблагоприятные исходы беременности / Р.Б. Курбанисмаилов, А.Н. Наркевич, К.А. Виноградов, А.А. Миронова // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 48-53.

31. Кучиц, С.С. Организационно-правовые и методические основы внедрения эффективного контракта в деятельность медицинского учреждения / С.С. Кучиц, О.В. Гриднев, Е.В. Песенникова, А.М. Грицанчук, Э.А. Вартамян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 1. – С. 94-97.

32. Лычагин, А.С. Невынашивание беременности: вклад мужского фактора и возможности его преодоления / А.С. Лычагин, О.Ю. Малинина // Проблемы репродукции. – 2017. – Т. 23. – № 5. – С. 106-114.

33. Нажмудинова, З.Ш. Социально-биологическая характеристика беременных женщин / З.Ш. Нажмудинова, И.И. Шамгунова, Т.В. Ямщикова, Н.М. Попова // Вестник науки и образования. – 2017. – Т. 2. – № 12 (36). – С. 98-100.
34. Назарова, И.Б. Здоровье и качество жизни жителей России / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 2014. – № 9. – С. 139-145.
35. Николаева, А.С. Современные аспекты прогнозирования и профилактики преждевременных родов. Обзор литературы / А.С. Николаева, Г.А. Танышева // Наука и здравоохранение. – 2019. – № 5. – С. 23-36.
36. Овчинников, Р.И. Привычное невынашивание беременности-что зависит от мужчины? / Р.И. Овчинников, С.И. Гамидов, А.Ю. Попова, И.А. Ушакова, О.Н. Голубева // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 12. – С. 15-23.
37. Овчинникова, Т.В. Структура заболеваемости недоношенных детей, рожденных с очень низкой и низкой массой тела / Т.В. Овчинникова, Т.Е. Таранушенко, А.Б. Салмина, Л.Н. Карпова // Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского. – 2018. – Т. 97. – № 1. – С. 162-166.
38. Плутницкий, А.Н. Разработка организационной технологии управления факторами риска развития привычного невынашивания беременности / А.Н. Плутницкий, Н.К. Гришина, Э.А. Вартанян, И.А. Михайлов // Ремедиум. – 2024. – Т. 28. – № 4. – С. 337-341.
39. Самигуллина, А.Э. Невынашивание беременности: частота и тенденции / А.Э. Самигуллина, А.А. Бообокова, А.К. Кушубекова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – № 1. – С. 87-92.
40. Святова, Г.С. Генетические аспекты идиопатической формы привычного невынашивания беременности. Обзор литературы / Г.С. Святова, Г.М. Березина, Д.Н. Салимбаева, М.С. Кирикбаева, А.В. Муртазалиева, К.З. Садуакасова // Наука и здравоохранение. – 2019. – № 4. – С. 37-49.
41. Сергеева, А.В. Состояние влагилищного биоценоза как фактор риска возникновения различных вариантов преждевременных родов / А.В. Сергеева, Н.Ю. Каткова, О.И. Бодрикова, О.В. Ковалишена, И.М. Безрукова, К.Б. Покусаева // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2020. – Т. 19. – № 1. – С. 51-57.

42. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности-современный взгляд / В.М. Сидельникова // Доктор. Ру. – 2009. – № 6-1. – С. 42-46.
43. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих // М.: МИА. – 2010. – Т. 536.
44. Стародубов, В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, С. И. Шляфер. – Медицина Москва, 2007. – 260 р.
45. Султонова, Н.А. Современные аспекты диагностики привычного невынашивания у беременных в первом триместре / Н.А. Султонова // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 3. – С. 105-107.
46. Тетруашвили, Н.К. Гормональные причины привычного выкидыша, методы коррекции / Н.К. Тетруашвили, А.А. Агаджанова // Гинекология. – 2012. – Т. 14. – № 3. – С. 47-49.
47. Тишкова, О.Г. Влияние психосоциальных факторов на течение и исход беременности (обзор литературы) / О.Г. Тишкова, Л.В. Дикарева // Естественные науки. – 2017. – № 1. – С. 59-66.
48. Унанян, А.Л. Привычное невынашивание беременности в современном мире (обзор литературы) / А.Л. Унанян, Л.Г. Пивазян, А.А. Закарян, О.Ф. Пойманова, Е.Н. Бондаренко, А.И. Ищенко // Архив акушерства и гинекологии им. ВФ Снегирева. – 2021. – Т. 8. – № 1. – С. 12-19.
49. Усынина, А.А. Влияние медико-социальных характеристик и стиля жизни матерей на риск преждевременных родов в арктическом регионе Российской Федерации / А.А. Усынина, В.А. Постоев, И.О. Одланд, Л.И. Меньшикова, Ж.А. Пылаева, И.М. Пастбина, А.М. Гржибовский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 5. – С. 302-306.
50. Фролова, О.Г. Региональные аспекты мертворождаемости в Российской Федерации в 2008 г / О.Г. Фролова, И.И. Паленая, М.П. Шувалова, Л.П. Суханова // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 1. – С. 105-109.
51. Фролова, О.Г. Перинатальная смертность в Российской Федерации.

Возможные пути ее снижения / О.Г. Фролова, М.П. Шувалова, Т.К. Гребенник, Н.В. Долгушина // *Акушерство и гинекология*. – 2012. – № 6. – С. 47-51.

52. Хмилевская, С.А. Современное состояние проблемы выхаживания глубоконедоношенных детей / С.А. Хмилевская, Н.И. Зрячкин, Л.С. Щербатюк, Е.И. Ермолаева, А.А. Реброва // *Педиатр*. – 2017. – Т. 8. – № 2. – С. 81-88.

53. Цаллагова, Л.В. Роль современных немедикаментозных технологий в прегравидарной подготовке женщин / Л.В. Цаллагова, Л.В. Майсурадзе, Ф.Ю. Магаева, Д.К. Алборов, И.В. Кабулова // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2014. – № 2. – С. 118-122.

54. Черкасов, С.Н. Оценка влияния факторов риска на течение и исходы беременности / С.Н. Черкасов, Л.Ю. Безмельницына, Д.О. Мешков, И.Л. Сопова // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени НА Семашко*. – 2019. – № 3-4. – С. 105-112.

55. Чернова, Е.П. Демографическая ситуация и репродуктивный кризис современной семьи в России: экономические и социально-психологические аспекты / Е.П. Чернова // *Перинатальная психология и психология родительства*. – 2008. – № 1. – С. 18-28.

56. Шабанова, А.А. Привычное невынашивание беременности-современный взгляд на проблему / А.А. Шабанова, М.С. Шитова // *Столыпинский вестник*. – 2022. – Т. 4. – № 3. – С. 1192-1203.

57. Шакина, И.А. Комплексный подход к диагностике внутриутробной инфекции плода / И.А. Шакина // *Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии*. – 2008. – № 15. – С. 32-34.

58. Шалина, Р.И. Перинатальные исходы у недоношенных новорожденных с экстремально низкой и низкой массой тела при рождении / Р.И. Шалина, Ю.В. Выхристюк, С.В. Кривоножке // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2004. – Т. 3. – № 4. – С. 57-63.

59. Шляхтенко, Т.Н. Антифосфолипидный синдром при невынашивании беременности / Т.Н. Шляхтенко, Е.А. Алябьева, О.Н. Аржанова, С.А. Сельков, Т.А. Плужникова, С.В. Чепанов // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2015. – Т.

64. – № 5. – С. 69-76.

60. Шуршалина, А.В. Хронический эндометрит: современные подходы к терапии / А.В. Шуршалина // *Consilium medicum*. – 2009. – Т. 11. – № 6. – С. 36-38.

61. Щербина, Н.А. Современные подходы к профилактике невынашивания беременности, наступившей после применения вспомогательных репродуктивных технологий / Н.А. Щербина, М.О. Щербина, В.В. Лазуренко, В.В. Лазуренко, О.В. Мерцалова, О.В. Мерцалова, А.А. Щедров, А.О. Щедров. – 2013.

62. Aagaard, K. The Human Microbiome Project strategy for comprehensive sampling of the human microbiome and why it matters. / K. Aagaard, J. Petrosino, W. Keitel, M. Watson, J. Katancik, N. Garcia, S. Patel, M. Cutting, T. Madden, H. Hamilton, E. Harris, D. Gevers, G. Simone, P. McInnes, J. Versalovic // *FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*. – 2013. – Vol. 27. – № 3. – P. 1012-1022.

63. Armson, B.A. Physical activity and preterm birth: risk factor or benefit? / B.A. Armson // *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. – 2017. – Vol. 124. – № 12. – P. 1827.

64. Aslanian-Kalkhoran, L. The effect of lymphocyte immunotherapy (LIT) in modulating immune responses in patients with recurrent pregnancy loss (RPL). / L. Aslanian-Kalkhoran, A. Kamrani, I. Alipourfard, F. Chakari-Khiavi, A. Chakari-Khiavi, L. Aghebati-Maleki, A.A. Shekarchi, A. Mehdizadeh, M. Mojahedi, S. Danaii, L. Roshangar, J. Ahmadian Heris, M. Zolfaghari, S. Dolati, M.S. Soltani-Zangbar, M. Yousefi // *International immunopharmacology*. – 2023. – Vol. 121. – P. 110326.

65. Azizi, R. Cyclosporine A improves pregnancy outcomes in women with recurrent pregnancy loss and elevated Th1/Th2 ratio. / R. Azizi, M. Ahmadi, S. Danaii, S. Abdollahi-Fard, P. Mosapour, S. Eghbal-Fard, S. Dolati, A. Kamrani, B. Rahnama, A. Mehdizadeh, F. Jadidi-Niaragh, B. Yousefi, M. Yousefi // *Journal of cellular physiology*. – 2019. – Vol. 234. – № 10. – P. 19039-19047.

66. Ball, E. Late sporadic miscarriage is associated with abnormalities in spiral artery transformation and trophoblast invasion. / E. Ball, J.N. Bulmer, S. Ayis, F. Lyall, S.C. Robson // *The Journal of pathology*. – 2006. – Vol. 208. – № 4. – P. 535-542.

67. Barenbrug, L. Pregnancy and neonatal outcomes in women with immune mediated inflammatory diseases exposed to anti-tumor necrosis factor- α during pregnancy: A systemic review and meta-analysis. / L. Barenbrug, M. Te Groen, F. Hoentjen, J. van Drongelen, J.M.P.A. van den Reek, I. Joosten, E.M.G.J. de Jong, R.G. van der Molen // *Journal of autoimmunity*. – 2021. – Vol. 122. – P. 102676.

68. Bender Atik, R. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. / R. Bender Atik, O.B. Christiansen, J. Elson, A.M. Kolte, S. Lewis, S. Middeldorp, S. Mcheik, B. Peramo, S. Quenby, H.S. Nielsen, M.-L. van der Hoorn, N. Vermeulen, M. Goddijn // *Human reproduction open*. – 2023. – Vol. 2023. – № 1. – P. hoad002.

69. Bender Atik, R. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. / R. Bender Atik, O.B. Christiansen, J. Elson, A.M. Kolte, S. Lewis, S. Middeldorp, W. Nelen, B. Peramo, S. Quenby, N. Vermeulen, M. Goddijn // *Human reproduction open*. – 2018. – Vol. 2018. – № 2. – P. hoy004.

70. Bick, R.L. Recurrent miscarriage syndrome and infertility caused by blood coagulation protein or platelet defects. / R.L. Bick // *Hematology/oncology clinics of North America*. – 2000. – Vol. 14. – № 5. – P. 1117-1131.

71. Blondel, B. How do late terminations of pregnancy affect comparisons of stillbirth rates in Europe? Analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat Project. / B. Blondel, M. Cuttini, A.D. Hindori-Mohangoo, M. Gissler, M. Loghi, C. Prunet, A. Heino, L. Smith, K. van der Pal-de Bruin, A. Macfarlane, J. Zeitlin // *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. – 2018. – Vol. 125. – № 2. – P. 226-234.

72. Boots, C.E. Frequency of euploid miscarriage is increased in obese women with recurrent early pregnancy loss. / C.E. Boots, L.A. Bernardi, M.D. Stephenson // *Fertility and sterility*. – 2014. – Vol. 102. – № 2. – P. 455-459.

73. Boukour, S. Platelet interaction with bacteria. Vol. 16 / S. Boukour, E. M. Cramer. – England, 2005.

74. Brosens, J.J. Maternal selection of human embryos in early gestation: Insights from recurrent miscarriage. / J.J. Brosens, P.R. Bennett, V.M. Abrahams, R. Ramhorst, A. Coomarasamy, S. Quenby, E.S. Lucas, R.C. McCoy // *Seminars in cell &*

developmental biology. – 2022. – Vol. 131. – P. 14-24.

75. Burton, G.J. Regulation of vascular growth and function in the human placenta. / G.J. Burton, D.S. Charnock-Jones, E. Jauniaux // *Reproduction* (Cambridge, England). – 2009. – Vol. 138. – № 6. – P. 895-902.

76. Christoffersen, M. Inflammatory responses to induced infectious endometritis in mares resistant or susceptible to persistent endometritis. / M. Christoffersen, E. Woodward, A.M. Bojesen, S. Jacobsen, M.R. Petersen, M.H. Troedsson, H. Lehn-Jensen // *BMC veterinary research*. – 2012. – Vol. 8. – P. 41.

77. Cobo, T. Risk factors for spontaneous preterm delivery. / T. Cobo, M. Kacerovsky, B. Jacobsson // *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. – 2020. – Vol. 150. – № 1. – P. 17-23.

78. Cuadrado-Torroglosa, I. Maternal-Fetal Compatibility in Recurrent Pregnancy Loss. / I. Cuadrado-Torroglosa, J.A. García-Velasco, D. Alecsandru // *Journal of clinical medicine*. – 2024. – Vol. 13. – № 8.

79. Dewi, F.N. Endogenous and exogenous equol are antiestrogenic in reproductive tissues of apolipoprotein e-null mice. / F.N. Dewi, C.E. Wood, J.W. Lampe, M.A.J. Hullar, A.A. Franke, D.L. Golden, M.R. Adams, J.M. Cline // *The Journal of nutrition*. – 2012. – Vol. 142. – № 10. – P. 1829-1835.

80. Donath, E. A meta-analysis on the prophylactic use of macrolide antibiotics for the prevention of disease exacerbations in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. / E. Donath, A. Chaudhry, L.F. Hernandez-Aya, L. Lit // *Respiratory medicine*. – 2013. – Vol. 107. – № 9. – P. 1385-1392.

81. Du, M.-R. Short-term cyclosporin A treatment improves pregnancy outcomes in patients with unexplained pregnancy loss: A prospective, open-label, observational study / M.-R. Du, M.-Q. Li, W.-J. Zhou, D.-J. Li // *Clinical and Translational Discovery*. – 2022. – Vol. 2. – № 4. – P. e135.

82. Eidizadeh, A. Adverse drug reactions following lymphocyte immunotherapy for the treatment of infertility: A retrospective study. / A. Eidizadeh, S. Papert, J. Valk, B. Pollok-Kopp, M. Goldmann, J. Riggert, R. Moltrecht, T.J. Legler // *The journal of*

obstetrics and gynaecology research. – 2022. – Vol. 48. – № 10. – P. 2571-2582.

83. Eslami, A. FMR1 premutation: not only important in premature ovarian failure but also in diminished ovarian reserve. / A. Eslami, K. Farahmand, M. Totonchi, T. Madani, U. Asadpour, S. Zari Moradi, H. Gourabi, A. Mohseni-Meybodi // Human fertility (Cambridge, England). – 2017. – Vol. 20. – № 2. – P. 120-125.

84. Feichtinger, M. Transcervical embryoscopic and cytogenetic findings reveal distinctive differences in primary and secondary recurrent pregnancy loss. / M. Feichtinger, E. Wallner, B. Hartmann, A. Reiner, T. Philipp // Fertility and sterility. – 2017. – Vol. 107. – № 1. – P. 144-149.

85. Flach, K. Maternal mental health, marital adjustment, and family support in the grieving process after a pregnancy loss. / K. Flach, W.D.L. Machado, D. Centenaro Levandowski // Death studies. – 2024. – P. 1-11.

86. Fossé, N.A. du. Advanced paternal age is associated with an increased risk of spontaneous miscarriage: a systematic review and meta-analysis. / N.A. du Fossé, M.-L.P. van der Hoorn, J.M.M. van Lith, S. le Cessie, E.E.L.O. Lashley // Human reproduction update. – 2020. – Vol. 26. – № 5. – P. 650-669.

87. Francesco, M.A. De. Incidence and antibiotic susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* isolated in Brescia, Italy, over 7 years. / M.A. De Francesco, S. Caracciolo, C. Bonfanti, N. Manca // Journal of infection and chemotherapy : official journal of the Japan Society of Chemotherapy. – 2013. – Vol. 19. – № 4. – P. 621-627.

88. Francisco, P.D. Efficacy of lymphocyte immunotherapy in the treatment of recurrent pregnancy loss from alloimmunity: A systematic review and meta-analysis. / P.D. Francisco, C.S.C. Tan-Lim, M.S.L. Agcaoili-De Jesus // American journal of reproductive immunology (New York, N.Y. : 1989). – 2022. – Vol. 88. – № 4. – P. e13605.

89. French, F.E. Probabilities of fetal mortality. / F.E. French, J.M. Bierman // Public health reports (Washington, D.C. : 1896). – 1962. – Vol. 77. – № 10. – P. 835-847.

90. Furenäs, E. Effect of maternal age and cardiac disease severity on outcome of pregnancy in women with congenital heart disease. / E. Furenäs, P. Eriksson, U.-B.

Wennerholm, M. Dellborg // International journal of cardiology. – 2017. – Vol. 243. – P. 197-203.

91. Ganer Herman, H. Does a history of recurrent pregnancy loss affect subsequent obstetric outcomes and placental findings in in vitro fertilization? / H. Ganer Herman, A. Volodarsky-Perel, T.N.T. Nu, A. Machado-Gedeon, Y. Cui, J. Shaul, M.H. Dahan // Journal of assisted reproduction and genetics. – 2022. – Vol. 39. – № 12. – P. 2711-2718.

92. Gudnadottir, U. Pre-pregnancy complications - associated factors and wellbeing in early pregnancy: a Swedish cohort study. / U. Gudnadottir, J. Du, L.W. Hugerth, L. Engstrand, I. Schuppe-Koistinen, E. Wiberg Itzel, E. Fransson, N. Brusselaers // BMC pregnancy and childbirth. – 2023. – Vol. 23. – № 1. – P. 153.

93. Gunasheela, D. The Effectiveness of Paternal Lymphocyte Immunotherapy for Recurrent Miscarriage in Couples with Human Leukocyte Antigen Sharing: A Novel Approach / D. Gunasheela, A. Nagaraj, A. MV, S. Shetty, S. Shetty // Medical Research Archives; Vol 11 No 7.1 (2023): July Issue, Vol.11, Issue 7.1DO - 10.18103/mra.v11i7.1.4061. – 2023.

94. Hachem, H. El. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. / H. El Hachem, V. Crepaux, P. May-Panloup, P. Descamps, G. Legendre, P.-E. Bouet // International journal of women's health. – 2017. – Vol. 9. – P. 331-345.

95. Haggerty, C.L. Evidence for a role of Mycoplasma genitalium in pelvic inflammatory disease. / C.L. Haggerty // Current opinion in infectious diseases. – 2008. – Vol. 21. – № 1. – P. 65-69.

96. Haider, S. Human tumour necrosis factor: physiological and pathological roles in placenta and endometrium. / S. Haider, M. Knöfler // Placenta. – 2009. – Vol. 30. – № 2. – P. 111-123.

97. Hess, A.P. Expression of the vascular endothelial growth factor receptor neuropilin-1 in the human endometrium. / A.P. Hess, A. Schanz, D.M. Baston-Buest, J. Hirchenhain, M.A. Stoff-Khalili, P. Bielfeld, J.S. Kruessel // Journal of reproductive immunology. – 2009. – Vol. 79. – № 2. – P. 129-136.

98. Hisano, M. Changes in the T-helper 1 and 2 cell populations during pregnancy in tacrolimus-treated women with repeated implantation failure and recurrent pregnancy

loss. / M. Hisano, K. Nakagawa, J. Kwak-Kim, R. Sugiyama, H. Sago, K. Yamaguchi // Human fertility (Cambridge, England). – 2022. – Vol. 25. – № 5. – P. 975-982.

99. Horner, P. Time to manage Mycoplasma genitalium as an STI: but not with azithromycin 1 g! / P. Horner, K. Blee, E. Adams // Current opinion in infectious diseases. – 2014. – Vol. 27. – № 1. – P. 68-74.

100. Irani, R.A. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #66: Prepregnancy evaluation and pregnancy management of patients with solid organ transplants. / R.A. Irani, L.A. Coscia, E. Chang, J.R. Lappen // American journal of obstetrics and gynecology. – 2023. – Vol. 229. – № 2. – P. B10-B32.

101. Kaur, R. Endocrine dysfunction and recurrent spontaneous abortion: An overview. / R. Kaur, K. Gupta // International journal of applied & basic medical research. – 2016. – Vol. 6. – № 2. – P. 79-83.

102. Kling, C. Two-year outcome after recurrent first trimester miscarriages: prognostic value of the past obstetric history. / C. Kling, J. Magez, J. Hedderich, S. von Otte, D. Kabelitz // Archives of gynecology and obstetrics. – 2016. – Vol. 293. – № 5. – P. 1113-1123.

103. Kolte, A.M. Non-visualized pregnancy losses are prognostically important for unexplained recurrent miscarriage. / A.M. Kolte, R.H. van Oppenraaij, S. Quenby, R.G. Farquharson, M. Stephenson, M. Goddijn, O.B. Christiansen // Human reproduction (Oxford, England). – 2014. – Vol. 29. – № 5. – P. 931-937.

104. Kolte, A.M. Chance of live birth: a nationwide, registry-based cohort study. / A.M. Kolte, D. Westergaard, Ø. Lidegaard, S. Brunak, H.S. Nielsen // Human reproduction (Oxford, England). – 2021. – Vol. 36. – № 4. – P. 1065-1073.

105. Krog, M.C. Reproductive Endocrinology in Recurrent Pregnancy Loss. / M.C. Krog, H.S. Nielsen, O.B. Christiansen, A.M. Kolte // Clinical obstetrics and gynecology. – 2016. – Vol. 59. – № 3. – P. 474-486.

106. Kuhlmann, E. The Posttraumatic Impact of Recurrent Pregnancy Loss in Both Women and Men. / E. Kuhlmann, P. Scharli, M. Schick, B. Ditzen, L. Langer, T. Strowitzki, T. Wischmann, R.-J. Kuon // Geburtshilfe und Frauenheilkunde. – 2023. – Vol. 83. – № 1. – P. 88-96.

107. Kumar, P. Intralipid therapy and adverse reproductive outcome: is there any evidence? / P. Kumar, K. Marron, C. Harrity // *Reproduction & fertility*. – 2021. – Vol. 2. – № 3. – P. 173-186.

108. Leach, M. Sperm DNA fragmentation abnormalities in men from couples with a history of recurrent miscarriage. / M. Leach, R.J. Aitken, G. Sacks // *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. – 2015. – Vol. 55. – № 4. – P. 379-383.

109. Li, J. Effect of Prepregnancy Lymphocyte Active Immunotherapy on Unexplained Recurrent Miscarriage, Pregnancy Success Rate, and Maternal-Infant Outcome. / J. Li, Y. Gu, S. Zhang, B. Ju, J. Wang // *BioMed research international*. – 2021. – Vol. 2021. – P. 7878752.

110. Li, J. Male sperm quality and risk of recurrent spontaneous abortion in Chinese couples: A systematic review and meta-analysis. / J. Li, L. Luo, J. Diao, Y. Li, S. Zhang, L. Chen, T. Yang, J. Qin // *Medicine*. – 2021. – Vol. 100. – № 10. – P. e24828.

111. Li, J. Multiomics Studies Investigating Recurrent Pregnancy Loss: An Effective Tool for Mechanism Exploration. / J. Li, L. Wang, J. Ding, Y. Cheng, L. Diao, L. Li, Y. Zhang, T. Yin // *Frontiers in immunology*. – 2022. – Vol. 13. – P. 826198.

112. Li, Y.-H. Advances and challenges of mesenchymal stem cells for pregnancy-related diseases. / Y.-H. Li, D. Zhang, M.-R. Du // *Cellular & molecular immunology*. – 2021. – Vol. 18. – № 8. – P. 2075-2077.

113. Liu, J. Tacrolimus improved the pregnancy outcomes of patients with refractory recurrent spontaneous abortion and immune bias disorders: a randomized controlled trial. / J. Liu, M. Li, J. Fu, G. Yuan, N. Li, Y. Fu, L. Zhao // *European journal of clinical pharmacology*. – 2023. – Vol. 79. – № 5. – P. 627-634.

114. Marchand, G.J. Effect of a 20% intravenous fat emulsion therapy on pregnancy outcomes in women with RPL or RIF undergoing IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. / G.J. Marchand, A.T. Masoud, H. Ulibarri, A. Arroyo, C. Coriell, S. Goetz, C. Moir, A. Moberly, D. Gonzalez, M. Blanco, H.R. Craig // *Journal of clinical and translational research*. – 2023. – Vol. 9. – № 4. – P. 236-245.

115. Matjila, M.J. Medical conditions associated with recurrent miscarriage-Is

BMI the tip of the iceberg? / M.J. Matjila, A. Hoffman, Z.M. van der Spuy // *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology.* – 2017. – Vol. 214. – P. 91-96.

116. Munro, M.G. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. / M.G. Munro, H.O.D. Critchley, M.S. Broder, I.S. Fraser // *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics.* – 2011. – Vol. 113. – № 1. – P. 3-13.

117. Nakagawa, K. Obstetric and perinatal outcome of the women with repeated implantation failures or recurrent pregnancy losses who received pre- and post-conception tacrolimus treatment. / K. Nakagawa, J. Kwak-Kim, M. Hisano, Y. Kasahara, K. Kuroda, R. Sugiyama, K. Yamaguchi // *American journal of reproductive immunology (New York, N.Y. : 1989).* – 2019. – Vol. 82. – № 2. – P. e13142.

118. Obst, K.L. Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. / K.L. Obst, C. Due, M. Oxlad, P. Middleton // *BMC pregnancy and childbirth.* – 2020. – Vol. 20. – № 1. – P. 11.

119. Ozgör, B. Coeliac disease and reproductive disorders. / B. Ozgör, M.A. Selimoğlu // *Scandinavian journal of gastroenterology.* – 2010. – Vol. 45. – № 4. – P. 395-402.

120. Pantzar, J.T. Cytogenetic findings in 318 couples with repeated spontaneous abortion: a review of experience in British Columbia. / J.T. Pantzar, J.E. Allanson, D.K. Kalousek, B.J. Poland // *American journal of medical genetics.* – 1984. – Vol. 17. – № 3. – P. 615-620.

121. Pietro, C. Di. Altered transcriptional regulation of cytokines, growth factors, and apoptotic proteins in the endometrium of infertile women with chronic endometritis. / C. Di Pietro, E. Cicinelli, M.R. Guglielmino, M. Ragusa, M. Farina, M.A. Palumbo, A. Cianci // *American journal of reproductive immunology (New York, N.Y. : 1989).* – 2013. – Vol. 69. – № 5. – P. 509-517.

122. Plaçais, L. Intralipid therapy for unexplained recurrent miscarriage and implantation failure: Case-series and literature review. / L. Plaçais, K. Kolanska, Y. Ben

Kraiem, J. Cohen, L. Suner, M. Bornes, L. Sedille, A. Rosefort, E.M. D'Argent, L. Selleret, N. Abisoror, C. Johanet, N.C. Buffet, E. Darai, J.M. Antoine, O. Fain, G. Kayem, A. Mekinian // *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. – 2020. – Vol. 252. – P. 100-104.

123. Popescu, F. Recurrent pregnancy loss evaluation combined with 24-chromosome microarray of miscarriage tissue provides a probable or definite cause of pregnancy loss in over 90% of patients. / F. Popescu, C.R. Jaslow, W.H. Kutteh // *Human reproduction (Oxford, England)*. – 2018. – Vol. 33. – № 4. – P. 579-587.

124. Porter, T.F. Immunotherapy for recurrent miscarriage. / T.F. Porter, Y. LaCoursiere, J.R. Scott // *The Cochrane database of systematic reviews*. – 2006. – № 2. – P. CD000112.

125. Pu, Y. Sperm aneuploidy and recurrent pregnancy loss: A systematic review and meta-analysis / Y. Pu, X. Yang, Y. Guo, X. Zhu, L. Yan, S. Lu // *Cogent Biology*. – 2020. – Vol. 6. – № 1. – P. 1759393.

126. Qu, D. Impacts of Cyclosporin A on clinical pregnancy outcomes of patients with a history of unexplained transfer failure: a retrospective cohort study. / D. Qu, X. Tian, L. Ding, Y. Li, W. Zhou // *Reproductive biology and endocrinology : RB&E*. – 2021. – Vol. 19. – № 1. – P. 44.

127. Quenby, S. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. / S. Quenby, I.D. Gallos, R.K. Dhillon-Smith, M. Podeseck, M.D. Stephenson, J. Fisher, J.J. Brosens, J. Brewin, R. Ramhorst, E.S. Lucas, R.C. McCoy, R. Anderson, S. Daher, L. Regan, M. Al-Memar, T. Bourne, D.A. MacIntyre, R. Rai, O.B. Christiansen, M. Sugiura-Ogasawara, J. Odendaal, A.J. Devall, P.R. Bennett, S. Petrou, A. Coomarasamy // *Lancet (London, England)*. – 2021. – Vol. 397. – № 10285. – P. 1658-1667.

128. Rager, J.E. Review of the environmental prenatal exposome and its relationship to maternal and fetal health. / J.E. Rager, J. Bangma, C. Carberry, A. Chao, J. Grossman, K. Lu, T.A. Manuck, J.R. Sobus, J. Szilagyi, R.C. Fry // *Reproductive toxicology (Elmsford, N.Y.)*. – 2020. – Vol. 98. – P. 1-12.

129. Robinson, K.M. Looking ahead in long-term care: the next 50 years. / K.M.

Robinson, S.C. Reinhard // The Nursing clinics of North America. – 2009. – Vol. 44. – № 2. – P. 253-262.

130. Rogenhofer, N. Effects of intralipid infusions on anti-trophoblast antibody (ATAb)-activities in patients with recurrent pregnancy loss: An observational report. / N. Rogenhofer, S. Mahner, Y.L. von Hasselbach, C.J. Thaler // American journal of reproductive immunology (New York, N.Y. : 1989). – 2022. – Vol. 87. – № 2. – P. e13506.

131. Romanowska-Próchnicka, K. The Role of TNF- α and Anti-TNF- α Agents during Preconception, Pregnancy, and Breastfeeding. / K. Romanowska-Próchnicka, A. Felis-Giemza, M. Olesińska, P. Wojdasiewicz, A. Paradowska-Gorycka, D. Szukiewicz // International journal of molecular sciences. – 2021. – Vol. 22. – № 6.

132. Rushton, D.I. Perinatal pathology: centralise or perish? / D.I. Rushton // British journal of obstetrics and gynaecology. – 1998. – Vol. 105. – № 1. – P. 5-7.

133. Schmidt, H. What can we learn from German health incentive schemes? / H. Schmidt, A. Gerber, S. Stock // BMJ (Clinical research ed.). – 2009. – Vol. 339. – P. b3504.

134. Sharshiner, R. Celiac disease serum markers and recurrent pregnancy loss. / R. Sharshiner, S.T. Romero, T.R. Bardsley, D.W. Branch, R.M. Silver // Journal of reproductive immunology. – 2013. – Vol. 100. – № 2. – P. 104-108.

135. Silva, M.J.P.M. de A. Perinatal morbidity and mortality associated with chlamydial infection: a meta-analysis study. / M.J.P.M. de A. Silva, G.L.D. Florêncio, J.R.E. Gabiatti, R.L. do Amaral, J. Eleutério Júnior, A.K. da S. Gonçalves // The Brazilian journal of infectious diseases : an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases. – 2011. – Vol. 15. – № 6. – P. 533-539.

136. Sizun, J. Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. / J. Sizun, B. Westrup // Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition. – 2004. – Vol. 89. – № 5. – P. F384-8.

137. Smith, L.K. Producing valid statistics when legislation, culture and medical practices differ for births at or before the threshold of survival: report of a European workshop. / L.K. Smith, B. Blondel, J. Zeitlin // BJOG : an international journal of

obstetrics and gynaecology. – 2020. – Vol. 127. – № 3. – P. 314-318.

138. Smith, L.K. Quantifying the burden of stillbirths before 28 weeks of completed gestational age in high-income countries: a population-based study of 19 European countries. / L.K. Smith, A.D. Hindori-Mohangoo, M. Delnord, M. Durox, K. Szamotulska, A. Macfarlane, S. Alexander, H. Barros, M. Gissler, B. Blondel, J. Zeitlin // *Lancet* (London, England). – 2018. – Vol. 392. – № 10158. – P. 1639-1646.

139. Soh, M.C. The use of biologics for autoimmune rheumatic diseases in fertility and pregnancy. / M.C. Soh, M. Moretto // *Obstetric medicine*. – 2020. – Vol. 13. – № 1. – P. 5-13.

140. Sonehara, K. Common and rare genetic variants predisposing females to unexplained recurrent pregnancy loss. / K. Sonehara, Y. Yano, T. Naito, S. Goto, H. Yoshihara, T. Otani, F. Ozawa, T. Kitaori, K. Matsuda, T. Nishiyama, Y. Okada, M. Sugiura-Ogasawara // *Nature communications*. – 2024. – Vol. 15. – № 1. – P. 5744.

141. Song, Y. Antiphospholipid Antibody Titers and Clinical Outcomes in Patients with Recurrent Miscarriage and Antiphospholipid Antibody Syndrome: A Prospective Study. / Y. Song, H.-Y. Wang, J. Qiao, P. Liu, H.-B. Chi // *Chinese medical journal*. – 2017. – Vol. 130. – № 3. – P. 267-272.

142. Stazi, A. V. A risk factor for female fertility and pregnancy: celiac disease. / A. V Stazi, A. Mantovani // *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. – 2000. – Vol. 14. – № 6. – P. 454-463.

143. Stevenson, D.G. Planning for the future--long-term care and the 2008 election. / D.G. Stevenson // *The New England journal of medicine*. – 2008. – Vol. 358. – № 19. – P. 1985-1987.

144. Sung, N. Reproductive outcomes of women with recurrent pregnancy losses and repeated implantation failures are significantly improved with immunomodulatory treatment. / N. Sung, S.A. Khan, M.E. Yiu, G. Jubiz, M.D. Salazar, A. Skariah, S. Dambaeva, J. Kwak-Kim // *Journal of reproductive immunology*. – 2021. – Vol. 148. – P. 103369.

145. Swidsinski, A. Dissimilarity in the occurrence of Bifidobacteriaceae in vaginal

and perianal microbiota in women with bacterial vaginosis. / A. Swidsinski, Y. Dörffel, V. Loening-Baucke, W. Mendling, J. Schilling, J.L. Patterson, H. Verstraelen // *Anaerobe*. – 2010. – Vol. 16. – № 5. – P. 478-482.

146. Swidsinski, A. Presence of a polymicrobial endometrial biofilm in patients with bacterial vaginosis. / A. Swidsinski, H. Verstraelen, V. Loening-Baucke, S. Swidsinski, W. Mendling, Z. Halwani // *PloS one*. – 2013. – Vol. 8. – № 1. – P. e53997.

147. Takeshita, T. Diagnosis and treatment of recurrent miscarriage associated with immunologic disorders: Is paternal lymphocyte immunization a relic of the past? / T. Takeshita // *Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku zasshi*. – 2004. – Vol. 71. – № 5. – P. 308-313.

148. Tamblyn, J.A. Vitamin D and miscarriage: a systematic review and meta-analysis. / J.A. Tamblyn, N.S.P. Pilarski, A.D. Markland, E.J. Marson, A. Devall, M. Hewison, R.K. Morris, A. Coomarasamy // *Fertility and sterility*. – 2022. – Vol. 118. – № 1. – P. 111-122.

149. Tata, L.J. Fertility and pregnancy-related events in women with celiac disease: a population-based cohort study. / L.J. Tata, T.R. Card, R.F.A. Logan, R.B. Hubbard, C.J.P. Smith, J. West // *Gastroenterology*. – 2005. – Vol. 128. – № 4. – P. 849-855.

150. Teng, Y.H.-F. Molecular functions of syndecan-1 in disease. / Y.H.-F. Teng, R.S. Aquino, P.W. Park // *Matrix biology : journal of the International Society for Matrix Biology*. – 2012. – Vol. 31. – № 1. – P. 3-16.

151. Thomsen, C.K. HLA-DRB1 polymorphism in recurrent pregnancy loss: New evidence for an association to HLA-DRB1*07. / C.K. Thomsen, R. Steffensen, H.S. Nielsen, A.M. Kolte, M.C. Krog, P. Egerup, E.C. Larsen, T. V Hviid, O.B. Christiansen // *Journal of reproductive immunology*. – 2021. – Vol. 145. – P. 103308.

152. Tortorella, C. Interleukin-6, interleukin-1 β , and tumor necrosis factor α in menstrual effluents as biomarkers of chronic endometritis. / C. Tortorella, G. Piazzolla, M. Matteo, V. Pinto, R. Tinelli, C. Sabbà, M. Fanelli, E. Cicinelli // *Fertility and sterility*. – 2014. – Vol. 101. – № 1. – P. 242-247.

153. Turesheva, A. Recurrent Pregnancy Loss Etiology, Risk Factors, Diagnosis, and Management. Fresh Look into a Full Box. / A. Turesheva, G. Aimagambetova, T.

Ukybassova, A. Marat, P. Kanabekova, L. Kaldygulova, A. Amanzholkyzy, S. Ryzhkova, A. Nogay, Z. Khamidullina, A. Ilmaliyeva, W.Y. Almawi, K. Atageldiyeva // Journal of clinical medicine. – 2023. – Vol. 12. – № 12.

154. Uța, C. Alloimmune Causes of Recurrent Pregnancy Loss: Cellular Mechanisms and Overview of Therapeutic Approaches. / C. Uța, A. Tîrziu, E.-L. Zimbru, R.-I. Zimbru, M. Georgescu, L. Haidar, C. Panaitescu // Medicina (Kaunas, Lithuania). – 2024. – Vol. 60. – № 11.

155. Vomstein, K. Immunological Risk Factors in Recurrent Pregnancy Loss: Guidelines Versus Current State of the Art. / K. Vomstein, K. Feil, L. Strobel, A. Aulitzky, S. Hofer-Tollinger, R.-J. Kuon, B. Toth // Journal of clinical medicine. – 2021. – Vol. 10. – № 4.

156. Voss, P. Recurrent pregnancy loss: a shared stressor---couple-orientated psychological research findings. / P. Voss, M. Schick, L. Langer, A. Ainsworth, B. Ditzen, T. Strowitzki, T. Wischmann, R.J. Kuon // Fertility and sterility. – 2020. – Vol. 114. – № 6. – P. 1288-1296.

157. Wang, X. Timely preterm-birth prediction among pregnant women in Medicaid without preterm-birth history. / X. Wang, L. Xie, Y.M. Pengetnze, W. Ouyang, H.K. Ligon, D.I. Persaud, S.E. Messiah, B. Lachman // The American journal of managed care. – 2021. – Vol. 27. – № 5. – P. e145-e151.

158. Wannamethee, S.G. Insulin resistance, haemostatic and inflammatory markers and coronary heart disease risk factors in Type 2 diabetic men with and without coronary heart disease. / S.G. Wannamethee, G.D.O. Lowe, A.G. Shaper, A. Rumley, L. Lennon, P.H. Whincup // Diabetologia. – 2004. – Vol. 47. – № 9. – P. 1557-1565.

159. Wei, Y. Are we closer to robust predictors of recurrent pregnancy loss by means of integrating different types of omics data? Vol. 24 / Y. Wei, Z. Deng, T. Yin. – England, 2024.

160. Wen, J. Non-occupational physical activity during pregnancy and the risk of preterm birth: a meta-analysis of observational and interventional studies. / J. Wen, P. Xun, C. Chen, M. Quan, R. Wang, Y. Liu, K. He // Scientific reports. – 2017. – Vol. 7. – P. 44842.

161. West, J. Seroprevalence, correlates, and characteristics of undetected coeliac disease in England. / J. West, R.F.A. Logan, P.G. Hill, A. Lloyd, S. Lewis, R. Hubbard, R. Reader, G.K.T. Holmes, K.-T. Khaw // *Gut*. – 2003. – Vol. 52. – № 7. – P. 960-965.

162. World Health Organization (WHO). WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience / World Health Organization (WHO). – Geneva, 2016.

163. Yamamoto, H. Intravenous immunoglobulin treatment in women with four or more recurrent pregnancy losses. / H. Yamamoto, H. Suzuki // *EClinicalMedicine*. – 2022. – Vol. 52. – P. 101601.

164. Yoshii, N. Successful implantation after reducing matrix metalloproteinase activity in the uterine cavity. / N. Yoshii, T. Hamatani, N. Inagaki, T. Hosaka, O. Inoue, M. Yamada, R. Machiya, Y. Yoshimura, Y. Odawara // *Reproductive biology and endocrinology: RB&E*. – 2013. – Vol. 11. – P. 37.

165. Yurdakan, G. Expression of adhesion molecules in first trimester spontaneous abortions and their role in abortion pathogenesis. / G. Yurdakan, T.E. Ekem, B. Bahadir, B.D. Gun, G.M. Kuzey, S.O. Ozdamar // *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. – 2008. – Vol. 87. – № 7. – P. 775-782.

166. Zhang, Y. Fetal-maternal interactions during pregnancy: a “three-in-one” perspective. / Y. Zhang, Z. Liu, H. Sun // *Frontiers in immunology*. – 2023. – Vol. 14. – P. 1198430.

167. Zhao, H. A novel update on vitamin D in recurrent pregnancy loss (Review). / H. Zhao, X. Wei, X. Yang // *Molecular medicine reports*. – 2021. – Vol. 23. – № 5.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Анкета для беременных, относящихся к группе риска по перинатальной патологии

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст
3. Адрес
4. Место работы, профессия, должность
5. Семейное положение
6. Диагноз направившего учреждения
7. Фактор риска перинатальной патологии (прогнозирование перинатальной патологии через автоматизированную экспертную систему)
8. № женской консультации, в которой наблюдается беременная
9. Течение беременности до направления в санаторий
 - акушерская патология
 - экстрагенитальная патология(указать, где получала лечение)
10. Краткие анамнестические данные:
 - а) перенесенные заболевания в детском и взрослом возрасте
 - б) количество беременностей и их исход
11. Проведенное обследование и лечение в санатории.
12. Масса тела при поступлении и выписке. Анализ крови, ЭКГ, А/Д, «Вегетест», данные УЗИ, кардиомониторинга, их сдвиги
13. Консультации других специалистов
14. Окончательный диагноз
15. Диагноз при выписке.
16. В какой родильный дом направлена для родоразрешения
17. Исход родов:
 - а) характер родоразрешения
 - б) состояние новорожденного, масса тела
 - в) течение послеродового периода

г) дата выписки, состояние матери и ребенка при выписке

18. Проведение послеродовой реабилитации (6 недель после родов):

а) контрацепция

б) лактация

19. Мнение женщины о пребывании в санатории для беременных:

- питание (качество)

- эмоциональный покой

- моральная и социальная помощь

- психофизиологическая подготовка к родам и к материнству.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Анкета по изучению образа жизни женщин трудоспособного возраста, с диагнозом привычное невынашивание в анамнезе

1. Ф.И.О., год рождения _____
2. Место жительства _____
3. Образование: среднее _____, среднее-специальное _____, высшее _____
4. Профессия _____
5. Должность _____
6. Работа: постоянная _____, в течении последних лет _____, временная _____, безработная _____
7. Рабочий стаж _____
8. Особенности выполняемой работы: преимущественно физический труд _____, преимущественно умственный труд _____, наличие сверхурочной работы _____, наличие профессиональных вредностей _____
9. Удовлетворены ли Вы местом работы, если нет, то почему _____
10. Как Вы оцениваете сложившийся морально-психологический климат на работе: хороший _____, удовлетворительный _____, не удовлетворительный _____
11. Если морально-психологический климат на работе Вас не удовлетворяет, то назовите причины: _____
12. Как вы оцениваете уровень Вашего материального дохода: низкий _____, средний _____, высокий _____
13. Состоите ли Вы в браке: да _____, нет _____, гражданский брак _____, разведена _____
14. Назовите основные причины развода: _____
15. Как долго длиться Ваш брак: до 1 года _____, больше 5 лет _____, больше 10 лет _____
16. Имеете ли Вы детей и сколько _____

17. Как Вы оцениваете сложившиеся семейные отношения:
хорошие _____,
удовлетворительные _____, плохие _____
18. Если взаимоотношения в семье по-вашему мнению плохие, то назовите причину _____
19. Как Вы обычно проводите свободное время или отпуск: с семьей _____, с компанией _____, с родителями _____, одни _____, не организовано _____
20. В свободное время Вы обычно: читаете _____, смотрите телевизор _____, занимаетесь детьми и домом _____, ничего не делаете _____, провожу время в компании знакомых и друзей _____
21. Какой литературе Вы отдаете предпочтение: художественной _____, научной _____, прессе _____, вообще мало читаю _____
22. Каким передачам Вы отдаете предпочтение: спорту _____, киносериалам _____, информационные _____, развлекательные _____, научные _____
23. Где Вы проживаете: в отдельной квартире _____, в коммунальной квартире _____, в общежитии _____, в съемном жилье _____
24. Как давно Вы проживаете в данном месте _____
25. Сколько комнат занимает ваша семья _____
26. Имеете ли Вы отдельную комнату _____
27. Если нет, то сколько человек проживает с вами в комнате _____
28. Сколько квадратных метров приходится на одного человека _____
29. Имеются ли все коммунальные удобства в вашей квартире _____
30. Какое санитарное состояние вашего жилища: хорошее _____, удовлетворительное _____, не удовлетворительное _____
31. Если Вы проживаете в коммунальной квартире, то состоите ли на учете по улучшению жилья: да _____, нет _____

32. Какова средняя продолжительность ночного сна: _____
33. Утром Вы просыпаетесь: бодрой _____, вялой сонной _____, трудно встаю из-за самочувствия _____
34. Соблюдаете ли Вы режим питания: да _____, нет _____, не всегда _____
35. Сколько раз в день принимаете Вы горячую пищу _____
36. Курите ли Вы сейчас: да _____, нет _____
37. Курили ли когда –нибудь: да _____, нет _____
38. Если Вы не курите, то находитесь ли в окружении курящих: да _____, нет _____, только на работе _____
39. Если курите, то в течение какого времени: до 5 лет _____, до 10 лет _____, до 15 лет _____, до 20 лет _____, 20 лет и более _____
40. Сколько сигарет в день Вы выкуриваете: до 5 _____, до 10 _____, до 20 _____, 20 и более _____
41. Курите ли Вы утром натощак: да _____, нет _____
42. В связи с заболеванием Вы: прекратили курить _____, уменьшили _____, не меняли _____, стали курить еще больше _____
43. Считаете ли Вы, что курение вредно для здоровья: да _____, нет _____
44. Если Вы курите, то назовите причины желания «покурить»: расслабление _____, успокоение _____, привлечь внимание _____, без причины _____
45. Употребляете ли Вы алкогольные напитки: да _____, нет _____
46. Какой вид алкогольных напитков преимущественно вы употребляете: водку _____, коньяк _____, вино _____, пиво _____, самогон _____
-
47. Как часто употребляете алкоголь: по праздникам _____, один раз в месяц _____, один раз в неделю _____, каждый день _____, ежедневно _____
48. Какое количество алкоголя Вы употребляете из расчета за месяц: 200-400г. вина _____, более 500г. вина _____, 100г. водки или других крепких напитков _____, более 200г. водки или крепких спиртных напитков _____

49. В связи с заболеванием Вы: прекратили употребление алкоголя _____, стали употреблять меньше _____, стали пить еще больше _____
50. Основные мотивы употребления алкоголя: без причины _____, по праздникам _____, за компанию _____, нечем занять свободное время _____, другое _____
51. Считаете ли Вы, что алкоголь вредно влияет на здоровье: да ____, нет _____
52. Употребляете ли Вы наркотики _____
53. Изменили ли Вы свои пристрастия в связи с заболеванием: да _____, нет _____
54. Если нет, то почему: _____
55. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья: хорошее _____, удовлетворительное _____, плохое _____
56. Если по-вашему мнению состояние здоровья плохое, то с чем это связано: с наличием частых простудных явлений _____, с наличием хронических заболеваний _____, трудно объяснимые причины _____
57. Если Вы часто простужаетесь, то сколько раз в месяц: 1-2 раза _____, 3-4 раза _____, более 4-х раз _____
58. Если у Вас имеется хроническое заболевание, то какое _____
59. Имеются ли у Вас сопутствующие заболевания: да _____, нет _____
60. Есть ли у Вас хронические заболевания ЖКТ: да _____, нет _____
61. Есть ли у Вас хронические заболевания дыхательных путей: да _____, нет _____
62. Есть ли у Вас заболевания моче-полового тракта: да _____, нет _____
63. Были ли у Вас аборт(ы) и сколько: да _____, нет _____
64. Наблюдаетесь ли Вы у участкового терапевта по поводу хронического заболевания: да _____, нет _____
65. Имеете ли Вы группу инвалидности и какую: _____
66. Если у Вас есть группа инвалидности, то как долго _____

67. Если Вы инвалид и продолжаете работать, то с чем это связано: _____
68. Как долго Вы лечитесь в связи с диагнозом «неразвивающаяся беременность»: 3 года ____, 3-5 лет ____, 5-8 лет ____, 8-10 лет ____, более 10 лет _____
69. Где впервые Вам поставили диагноз НБ: при профилактическом осмотре ____, при обращении к участковому врачу-гинекологу ____, в стационаре при обследовании _____
70. Как быстро Вы встали на учет после обнаружения у Вас заболевания НБ: сразу же ____, через 1 год ____, через 3 года ____, более через 3 года _____
71. Имеете ли Вы желание забеременеть в настоящее время: _____
72. Посещение женской консультации с целью проведения очередного обследования: по вызову _____, самостоятельно _____
73. Если посещаете ЖК не регулярно, то почему: нет времени _____, не считаю нужным _____, забываю _____
74. Всегда ли Вы выполняете назначения врачей: да ____, нет _____
75. Если нет, то почему: не считаю нужным _____, забываю _____, не хватает _____ времени _____, другое _____
76. Лечение, предложенное Вам в ЖК, осуществляется: по схеме _____, с отклонениями от схемы _____
77. Исходы лечения: _____
78. Находились ли Вы на стационарном лечении и сколько раз за год: 1 раз за 2 года ____, 3 раза за 2 года ____, 1 раз в году _____
79. Если Вы проходили стационарное лечение, то были ли Вы выписаны досрочно: да ____, нет _____
80. Если Вас выписали досрочно, то по какой причине, по-вашему мнению _____
81. Проходили ли Вы санаторно-курортное лечение по поводу заболевания НБ: да ____, нет _____

82. Соблюдаете ли Вы сами правила личной гигиены, с целью предупреждения распространения ТБС: да _____, нет _____, не всегда _____
83. Стараетесь ли Вы получать дополнительную информацию о профилактике НБ самостоятельно: да _____, нет _____
84. Удовлетворены ли Вы работой врачей в ЖК: да _____, нет _____
85. Удовлетворены ли Вы работой ЖКв целом: да _____, нет _____
86. Ваши претензии, предложения по организации работы врачей ЖК _____
87. Знаете ли Вы о наличие дневного стационара в Вашей ЖК: да _____, нет _____
88. Если да, то проходили ли в нем лечение: да _____, нет _____
89. Хотели бы Вы проходить заочные консультации по поводу заболевания НБ: да _____, нет _____
90. После подтверждения у Вас диагноза НБ, изменились ли Ваши взаимоотношения в семье: да _____, нет _____
91. Если изменились, то в какую сторону: ухудшились _____, улучшились _____
92. Ощущаете ли Вы поддержку со стороны близких: да _____, нет _____
93. Изменили ли Вы свой образ жизни в сторону улучшения: да _____, нет _____
94. Считаете ли Вы, что изменение образа жизни в лучшую сторону, положительно повлияло на Ваше здоровье: да _____, нет _____

ПРИЛОЖЕНИЕ В. Выписка из медицинской карты стационарного больного

1. Название учреждения _____
2. Койко-дни _____
3. Порядок направления: плановый, urgentный.
4. Учреждение, направившее пациентку: скорая помощь, обратилась сама, женская консультация др. _____

1. Ф.И.О. _____
2. Возраст _____
3. Социальное положение: служащая, рабочая, домохозяйка, учащаяся.
4. Наличие профессиональных вредностей: есть, нет.
5. Анамнез менструальной функции: менструации с лет, установились сразу, через мес., нерегулярные, регулярные по__ через дней; скудные, умеренные, обильные; безболезненные, болезненные. Характер менструаций изменялся после родов, аборт, нет _____
6. Возраст начала половой жизни _____
7. В браке состоит: нет, да.
8. Анамнез репродуктивной функции: наличие детей в данном браке: нет, да.
9. Срок, в котором прервалась данная беременность _____
10. Лечение, направленное на сохранение данной беременности проводилось дней.
11. Выписана из стационара после выкабливания на день.

Анамнез жизни:

1. Детские инфекции: нет, да.
2. Хронический тонзиллит: нет, да.
3. Вирусный гепатит: нет, да _____
4. Аллергические заболевания: нет, да.

5. Вредные привычки: нет, да. 6. Заболевания во время данной беременности:
нет, да _____
7. Гинекологические заболевания: нет, да _____
8. Гинекологические операции: нет, да _____
9. Эндокринные заболевания: нет, да _____
10. Вирусные заболевания: нет, да _____
11. Оперативные вмешательства: нет, да _____
12. Другие заболевания: нет, да _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Индивидуальная карта учета семей с привычным невынашиванием беременности

1. Ф.И.О. _____
2. Год рождения _____
3. Национальность _____
4. Домашний адрес _____
5. Место работы _____
6. Образование _____
7. Профессия _____
8. Время наблюдения: начало _____ конец _____
9. Кем направлена _____
10. Место работы мужа _____
11. Образование мужа. _____
12. Профессия _____
13. Возраст _____

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ:

1. Менрахе в лет. Менструации установились сразу, через _____ , нерегулярные, регулярные, скудные, умеренные, обильные, по _____ через _____ дней, безболезненные, малобезболезненные, болезненные с ____ Характер менструаций изменился: после начала половой жизни, родов, аборт, каким образом _____
2. Перенесенные гинекологические заболевания _____
3. Дата последней менструации _____
4. Половая жизнь с лет. Состоит в браке с лет, не состоит в браке.

СЕКРЕТОРНАЯ ФУНКЦИЯ:

1. Бели: нет, есть спо _____ дни цикла. Их характер _____
2. Беременности и их исходы: _____

3. Исход беременности (Самостоятельно Преждевременные роды Срочные роды)
4. Сведения о ребенке (родился живой или мертвый) Лактация
5. Имела _____ беременностей, из них _____ родов, преждевременных родов _____, поздних абортсв _____
6. Исход беременности, предшествующей данному СА _____
7. Контрацепция до момента обследования: нет, да, таблетки _____ презерватив, ВМС _____, соблюдение ритма, прерванное половое сношение и др. : да, нет

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Рост _____, вес _____, индекс Соловьева _____, размеры таза: ромб Михаэлиса: в _____ г. _____ конституция: астеническая, нормостеническая, гиперстеническая, кожа: (пигментация), сухая, влажность, тургор _____ оволосение в подмышечных впадинах и на лобке: по _____, типу, скудное, умеренное, без особенностей. подкожно-жировой слой развит: слабо, умеренно, чрезмерно (ожирение I, 2, 3 степени)
2. Молочные железы развиты: недостаточно, умеренно, чрезмерно, выделения из сосков: нет, есть _____ при пальпации _____
3. Органы дыхания _____ сердечно-сосудистая система: АД _____
4. Органы пищеварения _____
5. Нервная система _____
6. Зрение _____
7. Характер последнего менструального цикла перед применением ОК продолжительность цикла _____ дней, кровянистые выделения _____ дней, скудно, умеренно, обильно; безболезненно, малоболезненно, боли спо день цикла.
8. Протокол применения орального контрацептива: прием с _____ мес., по _____ мес. _____ по схеме _____
9. Осложнения (побочные действия) при приеме препарата _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Карта экспертной оценки

Уважаемый эксперт! Знаком «+» обозначьте, пожалуйста, те показатели (индикаторы), которые, по вашему мнению, необходимо использовать при оценке эффективности организации и оказания медицинской помощи женщинам с диагнозом ПНБ. В свободной строке впишите, пожалуйста, показатели (индикаторы), которые, по вашему мнению, также необходимы, но не указаны в предлагаемом перечне.

Наименование показателя (индикатора)	Единица измерения	Мнение экспертов
Показатели, характеризующие структуру оказания медицинской помощи:		
«Выполнение плана посещений беременными (соотношение фактического и нормативного числа посещений в год)»	%	
«Число посещений на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога на приеме в женской консультации в год» (функция врачебной должности)	посещение	
«Среднее число пролеченных пациентов, приходящихся на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога в отделении патологии беременности в стационаре в год»	пациент	
«Среднее число коек на 1 занятую должность врача акушера-гинеколога при обслуживании беременных в отделении патологии беременности в стационаре»	койка	
«Доля врачей-специалистов, имеющих квалификационные категории в общей численности физических врачей-специалистов при ведении беременных группы риска»	%	
«Обеспеченность лабораторно-инструментальным оборудованием при проведении обследований беременных группы риска (на 100 законченных случаев)»	%	
«Наличие в составе родовспомогательной организации анестезиологической службы и блока интенсивной терапии»	да/нет	
«Наличие в составе родовспомогательной организации дежурной бригады, обеспечивающей оказание экстренной помощи»	да/нет	
«Своевременность проведения и полнота охвата лечебно-оздоровительными мероприятиями беременных группы риска»	%	

Показатели, характеризующие процесс оказания медицинской помощи:		
«Своевременность взятия на диспансерный учет женщин с ПНБ, выявленных при профилактических осмотрах»	%	
«Частота самопроизвольных аборт в данном календарном году»	%	
«Частота выявления больных с гинекологическими заболеваниями, приведших к диагнозу ПНБ, при профосмотрах (на 1000 осмотренных)», в том числе: - цервико-вагинальная инфекция	‰	
«Охват контрацепцией женщин с ПНБ»	%	
«Процент беременных, поступивших своевременно (до 12 недели) под наблюдение акушера-гинеколога»	%	
«Процент беременных, поступивших под наблюдение акушера-гинеколога поздно (свыше 28 недель беременности)»	%	
«Процент беременных, имеющих в анамнезе 1 и более случаев невынашивания»	%	
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась своевременными родами»	%	
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась преждевременными родами»	%	
«Процент беременных с диагнозом ПНБ в анамнезе, у которых беременность закончилась самопроизвольным абортom»	%	
«Процент беременных группы риска, осмотренных своевременно терапевтом, окулистом, стоматологом, лор-врачом, эндокринологом»	%	
«Частота поздних токсикозов беременных»	%	
«Частота беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями (на 1000 наблюдаемых пациенток)», в том числе: - эндокринные нарушения; - инфекция мочевыводящих путей (включая бессимптомную)	‰	
«Процент беременных, прошедших физиопсихопрофилактическую подготовку»	%	
«Полнота обследования беременных на резус-принадлежность, ВИЧ, р-цию Вассермана, ВУН, HbsAg»	%	
«Охват беременных группы риска регулярным наблюдением»	%	
«Своевременность обследования несовершеннолетних беременных»	%	
«Своевременность дородовой госпитализации беременных группы риска»	%	
«Своевременность проведения дородового и послеродового патронажа»	%	
«Полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий беременным группы риска»	%	
«Частота оказания высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам патологией беременности»	%	

Показатели, характеризующие результат оказания медицинской помощи:		
«Частота обоснованных жалоб по вопросам качества организации медицинской помощи беременным группы риска, в том числе жалобы на нарушение принципов медицинской этики и деонтологии» (на 100 пациенток, которым оказывается медицинская помощь)	%	
«Доля беременных группы риска, удовлетворенных организацией лечебно-профилактической помощи»	%	
«Родовая травма» (на 1000 родившихся живыми)	‰	
«Смертность новорожденных в родовспомогательных учреждениях» (на 1000 родившихся живыми)	‰	
«Перинатальная смертность» (на 1000 родившихся живыми)	‰	
«Материнская смертность» (на 100 000 родившихся живыми)	на 100 тыс.	
«Охват санаторно-курортным лечением пациенток с патологией беременности»	%	