

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»
Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

На правах рукописи

Гацайниева Хадижат Аликиличовна

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ
ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

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,
профессор О.Е. Коновалов

Москва - 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (обзор литературы).....	11
1.1. Состояние здоровья женщин репродуктивного возраста в современных условиях.....	11
1.2. Факторы, влияющие на возникновение нарушений репродуктивного здоровья среди женского населения.....	17
1.3. Организация акушерско-гинекологической помощи в России.....	23
1.4. Основные меры профилактики нарушений репродуктивного здоровья женского населения.....	27
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, БАЗА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	37
ГЛАВА 3. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....	46
3.1. Демографическая ситуация	46
3.2. Состояние репродуктивного здоровья женского населения	53
3.2.1. Гинекологическая заболеваемость.....	53
3.2.2. Заболеваемость беременных женщин.....	57
3.2.3. Заболеваемость рожениц и родильниц.....	62
3.2.4. Состояние здоровья родившихся детей.....	66
ГЛАВА 4. МНЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О КАЧЕСТВЕ И ДОСТУПНОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....	69
4.1. Характеристика репродуктивного здоровья женщин.....	69
4.2. Характеристика медицинской активности женщин.....	75
4.3. Мнение женщин о качестве и доступности акушерско- гинекологической помощи.....	78

ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.....	84
Глава 5.1. Ресурсное обеспечение акушерско-гинекологической службы Республики Дагестан.....	84
5.1.1. Сеть медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля.....	84
5.1.2. Коечный фонд.....	86
5.1.3. Обеспеченность медицинскими кадрами.....	90
5.2. Контент-анализ нормативной правовой базы по охране репродуктивного здоровья.....	92
5.3. SWOT-анализ организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Дагестан.....	99
5.4. Мероприятия по совершенствованию профилактики нарушений репродуктивного здоровья и акушерско-гинекологической помощи.....	101
5.5. К вопросу об эффективности реализации мер по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи женщинам.....	105
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	109
ВЫВОДЫ.....	117
ПРЕДЛОЖЕНИЯ.....	120
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	121
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	122

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В Программе государственной демографической политики на период до 2025 года приоритетными задачами признаны сокращение уровня репродуктивных потерь, укрепление репродуктивного здоровья населения и изыскание резервов повышения рождаемости [Хабриев Р. У. и соавт., 2021; Байбарина Е. Н., 2021; Мингазова Э.Н. и соавт., 2024; Ступак В.С. и соавт., 2024].

Показатели репродуктивного здоровья женского населения России характеризуются негативными тенденциями, о чем свидетельствуют повышенный уровень гинекологической заболеваемости, бесплодия и невынашивания беременности, а также значительное число осложнений беременности и родов [Васильева Е. С., Бабаева А. А., 2019; Фомина А. В. и соавт., 2020; Григорьева Н. А., Саввина Н. В., 2022].

Установлено, что по данным различных авторов 40-60% женщин раннего репродуктивного возраста уже имеют гинекологические заболевания. При этом следует отметить, что реальная распространенность гинекологических заболеваний выше имеющихся статистических данных, так как далеко не все обращаются за медицинской помощью [Адамян Л.В. и соавт., 2021; Ault K.A. et al., 2023].

На уровень рождаемости и качество репродуктивного здоровья оказывает влияние комплекс социально-экономических факторов, положение женщин в обществе, уровень оказания медицинской помощи, в том числе ее доступность [Архангельский В.Н. и соавт., 2023; Белкин С.К., 2023; Ogundele O.J. et al., 2020; Quenby S. et al., 2021].

Важная роль принадлежит также национальным особенностям и традициям, особенно в сельской местности [Артюхина В.А. и соавт., 2020; Гатина Г.А., 2022], что отражено в работах по изучению традиционной дагестанской семьи [Загирова Э.М., 2021; М.Б. Гимбатова, 2023].

Степень научной разработанности проблемы

Социологическая оценка основных факторов репродуктивного поведения современных российских женщин представлена в статье В.А. Артюхина и соавт. (2020). Социальная обусловленность репродуктивного поведения населения была предметом исследования И. А. Гареевой (2023).

Проблемы сохранения репродуктивного потенциала современных молодых женщин рассматриваются в труде М. Г. Салий и соавт. (2022). Проблеме репродуктивного здоровья женщин и способам повышения репродуктивного потенциала посвящено исследование Д.С. Блинова и соавт. (2016). Прогноз рождаемости и заболеваемости населения субъектов Российской Федерации с позиции оценки репродуктивного потенциала был представлен Р. У. Хабриевым и соавт. (2021). Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин, анализируются в работе С. К. Белкина (2023). Анализ структуры и динамики гинекологической заболеваемости и экстрагенитальной патологии среди сельских женщин посвящена статья К. Д. Человечковой и соавт. (2020).

Результаты анализа гинекологической заболеваемости и тенденций развития стационарной гинекологической помощи в Российской Федерации показаны в работе А. В. Фоминой и соавт. (2020). Вопросу оптимизации работы службы родовспоможения с помощью "бережливых" информационных технологий посвящена работа Н. О. Анкудинова и соавт. (2021). Организация медицинской помощи женщинам с патологией беременности, родов и послеродового периода в условиях многопрофильного стационара анализируется в диссертационной работе А. В. Ворыханова (2016). Современные проблемы планирования акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации анализировались в работе В. М. Шиповой и соавт. (2021). Вопросы удовлетворённости пациенток центра репродукции и планирования семьи получаемой медицинской помощью рассматриваются в публикации К.Е. Моисеевой и соавт. (2024).

Медицинские аспекты оптимизации репродуктивного здоровья

женщин, а также оценка реализации репродуктивной функции жительницами городов и сельской местности Республики Дагестан представлена в работе Г.А. Гатиной (2022).

Все это определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель и задачи исследования

Цель исследования заключалась в разработке научно обоснованного комплекса мероприятий медико-социального и организационного характера, направленных на профилактику нарушений репродуктивного здоровья среди женского населения Республики Дагестан.

Соответственно поставленной цели были сформулированы задачи исследования:

1. Проанализировать динамику уровня и структуры гинекологической заболеваемости женского населения и репродуктивных потерь в Республике Дагестан в сравнении с Северо-Кавказским федеральным округом и Российской Федерацией в целом.
2. Изучить особенности рождаемости, репродуктивного поведения и здоровья жительниц столицы и районов Республики Дагестан.
3. Дать оценку инфраструктуры и кадрового потенциала акушерско-гинекологической службы республики.
4. Изучить удовлетворенность беременных и родильниц, а также гинекологических больных предоставляемыми акушерско-гинекологическими медицинскими услугами.
5. Научно обосновать и разработать предложения медико-социального и организационного характера по профилактике нарушений репродуктивного здоровья у женского населения Республики Дагестан.

Научная новизна исследования

Научная новизна данного исследования состоит в том, что:

- дана комплексная оценка уровня и структуры гинекологической заболеваемости и нарушений репродуктивного здоровья у жительниц Республики Дагестан в сравнении с Северо-Кавказским федеральным округом

и Российской Федерацией в динамике;

- получена развернутая медико-социальная характеристика жительниц Махачкалы и районов Республики Дагестан и дана медико-демографическая оценка реализации ими репродуктивной функции;
- определены проблемные зоны при оказании женщинам репродуктивного возраста акушерско-гинекологической помощи и разработаны меры по их устранению;
- выделены приоритетные направления совершенствованию акушерско-гинекологической помощи на различных этапах ее оказания;
- научно обоснованы предложения медико-социального и организационного характера по профилактике нарушений репродуктивного здоровья у женского населения Республики Дагестан.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученная информация о гинекологической заболеваемости и нарушениях репродуктивного здоровья у жительниц Махачкалы и районов Республики Дагестан позволяет обоснованно планировать и анализировать эффективность мероприятий по их профилактике. Изучение доступности и удовлетворенности беременных, рожениц и родильниц, а также гинекологических больных предоставляемыми акушерско-гинекологическими медицинскими услугами способствует выявлению имеющихся недостатков и разработке мер по их устранению. Предложены меры профилактики нарушений репродуктивного здоровья у женского населения Республики Дагестан.

Содержащиеся в диссертации материалы нашли следующее практическое применение:

Рекомендации по работе с женщинами из группы риска по нарушению репродуктивного здоровья внедрены в практическую деятельность ГБУ Республики Дагестан «Республиканская клиническая больница №2» (справка о внедрении № 264 от 28.04.2026 г.).

Предложения по улучшению контроля за маршрутизацией пациенток с гинекологическими заболеваниями используются в практической работе врачей акушер-гинекологов поликлиники ГБУ Республики Дагестан «Республиканская клиническая больница №2» (справка о внедрении № 265 от 28.04.2026 г.).

Предложения по профилактике нарушений репродуктивного здоровья среди женского населения используется в работе женской консультации ГАУЗ «Городская поликлиника №6» г. Улан-Удэ (справка о внедрении №1041 от 14.05.2026 г.).

Получено свидетельство о госрегистрации базы данных «Медико-социальная характеристика репродуктивного поведения и здоровья жительниц Республики Дагестан» (номер регистрации 2026620881 от 27.02.2026 г.).

Материалы диссертации используются в учебном процессе на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Дагестанского государственного медицинского университета, на кафедре организации здравоохранения, общественного здоровья и истории медицины Медицинской высшей школы Российского социального университета.

Методология и методы исследования

Методологической основой проведения данного исследования был комплексный подход к его выполнению с использованием адекватных поставленной цели и задачам методов: библиографического, социологического, SWOT-анализа, моделирования трендов, математико-статистического.

Положения, выносимые на защиту:

1. Жительницы столицы республики по сравнению с женщинами, проживающими в районах, лучше обследуются во время беременности, чаще регулярно наблюдаются у акушера-гинеколога, строго выполняют врачебные рекомендации и получают консультации у врачей других специальностей.

2. При научном обосновании комплекса мероприятий по профилактике репродуктивно-демографических потерь и материнской смертности в Республике Дагестан следует обратить приоритетное внимание на снижение заболеваемости беременных, включая существовавшую у них ранее гипертензию, предупреждение самопроизвольного прерывания беременности, а также нарушений родовой деятельности.

3. Выявленные особенности репродуктивного здоровья и поведения у жительниц столицы и районов Республики Дагестан важно учитывать при реализации демографической политики и при разработке программных мероприятий по охране материнства и детства.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов определяется научно обоснованной программой исследования, репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования и статистической обработки.

Основные положения диссертации представлены, доложены и обсуждены на:

- конференции «Инновационные разработки в области охраны труда и организации медицинской помощи населению» (Тверь, 2024);
- XXIX Международной конференции «Социально – гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2025);
- научно-практической конференции молодых ученых и аспирантов «Современные организационные технологии в здравоохранении» (Москва, 2025);
- V Всероссийской конференции с международным участием «Формирование здоровья населения: медико-социальные и клинические аспекты» (Тверь, 2025);
- межкафедральной конференции медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (Москва, 2026).

Личный вклад диссертанта

Все использованные в работе данные получены при непосредственном и определяющем участии автора. Диссертантом сформирована рабочая гипотеза и определены тема, цель и задачи исследования, разработаны программа и методика исследования, осуществлены критический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой теме, сбор и обработка информации, проведен полный анализ первичного материала, подготовлены практические рекомендации и публикации по основным положениям диссертации.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 2 статьи в журналах, входящих в Международную базу цитирования (Scopus), 2 статьи в журналах, входящих в Перечень ВАК. Получено свидетельство о государственной регистрации базы данных.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 4, 5, 13, 16 паспорта специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Объем и структура диссертации

Диссертация включает введение, 5 глав, выводы, предложения и список литературы. Работа изложена на 151 странице машинописного текста, иллюстрирована 37 таблицами и 22 рисунками. Библиографический список состоит из 222 источника, из них 123 отечественных и 99 иностранных авторов.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (обзор литературы)

1.1. Состояние здоровья женщин репродуктивного возраста в современных условиях

Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин в России приобрела в настоящее время чрезвычайный характер, что обусловлено как количественным снижением демографического резерва, так и качественным снижением репродуктивного потенциала страны. Акушерско-гинекологическая служба играет важную роль в поддержании репродуктивного здоровья и проведении комплексной демографической политики [43; 85; 106; 135; 148; 174; 189;].

В настоящее время для большинства развитых стран мира, в том числе России, типичен суженный тип воспроизводства и демографическое старение населения. Даже в условиях принятия усиленных в последние годы мер социальной поддержки материнства нет данных об обеспечении простого воспроизводства населения в нашей стране. Снижение уровня репродуктивных потерь, укрепление репродуктивного здоровья населения и поиск резервов повышения рождаемости названы приоритетными задачами программы государственной демографической политики на период с 2007 по 2025 гг. [5; 10; 25; 57; 79].

Согласно информации Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации [102], естественная убыль населения, которая наблюдалась в стране с 1995 г., после 2012 г. была остановлена, и стал наблюдаться небольшой перевес показателей рождаемости над смертностью. В то же время при самом оптимистическом варианте прогнозирования, после 2020 г. вновь ожидают отрицательный естественный прирост населения, в связи с тем, что относительно немногочисленное поколение 1990-х годов начнет вступать в репродуктивный возраст [39]. При анализе динамики суммарного коэффициента рождаемости получены данные, что население увеличивается, но его воспроизводство при этом не обеспечивается. Помимо

регулярных статистических наблюдений, в 2011 г. Федеральная служба государственной статистики, Минздрав РФ и Фонд ООН в области народонаселения впервые в нашей стране провели выборочное обследование репродуктивного здоровья женщин, в результате которого были определены факторы, влияющие на репродуктивное поведение населения [87].

В регионах России продолжают сохраняться негативные тенденции медико-демографических показателей, что рассматривается как последствие снижения численности лиц молодого возраста из-за демографической «ямы» конца XX в. и роста заболеваемости населения, особенно подросткового возраста. Проводилось изучение динамики заболеваемости населения, оценка взаимосвязи и среднесрочных прогнозных значений рождаемости и первичной заболеваемости населения отдельных субъектов РФ в целях оценки их репродуктивного потенциала. Представлен динамический анализ показателей рождаемости, заболеваемости взрослого, детского и подросткового населения по 4 территориям: Республика Татарстан, Республика Саха (Якутия), Республика Дагестан и Костромская область. Во всех регионах выявлено снижение коэффициентов рождаемости начиная с 2014-2015 гг. На основе регрессионных моделей был составлен прогноз уровня рождаемости, который показал, что при сохранении существующих тенденций к 2024 г. относительно 2018 г. будет наблюдаться снижение рождаемости: в Республике Саха (Якутия) - на 1,2 на 1000 человек населения, в Республике Дагестан - на 0,6, в Костромской области - на 0,5. Однако в Республике Татарстан показатель прогнозируется выше 2018 г. на 0,6 на 1000 человек населения [107].

В 2007 г. была разработана и утверждена Указом Президента РФ концепция демографической политики России на период до 2025 года. Согласно ее содержанию, задачи первой очереди – это снижение уровня репродуктивных потерь, укрепление репродуктивного здоровья населения и поиск резервов увеличения рождаемости. Охрана репродуктивного здоровья признана новым направлением развития демографической политики, которое

требует научного обоснования путей решения наиболее актуальных проблем [12].

При реализации данной программы зарегистрирована положительная динамика репродуктивных потерь: уменьшение уровня материнской смертности в 4 раза и младенческой – в 2,5 раза после введения в систему федеральных перинатальных центров и совершенствования маршрутизации женщин с экстрагенитальными заболеваниями и осложненным течением беременности [37]. По информации Федеральной службы государственной статистики РФ, в период с 2000 г. по 2015 г. произошло уменьшение показателей материнской и младенческой смертности. Но при этом уровень репродуктивных потерь остается высоким, что может быть обусловлено самопроизвольными абортами, происходящими до 22 недель беременности, и потери, вызванные нарушением фертильности.

По информации Росстата и медицинской статистики потери потенциально возможных рождений, обусловленные женским бесплодием, в 2014 г. составили в числовом выражении 618,6 тысяч или 32,2 % всех родившихся за этот год детей [35]. Результаты обследования населения свидетельствуют о том, что удельный вес женщин, страдающих бесплодием, равен 19,6 %, фертильных и предположительно фертильных – 62,6 %, с отсутствием данных о фертильности – 17,8 % [54].

Продолжительность периода репродукции в динамике уменьшается, а деторождение всё чаще откладывается на старший возраст. Эти два обстоятельства приводят к тому, что характер воспроизводства населения становится суженным. Ввиду истощения овариального резерва к 40 годам лишь половина женщин способны сохранить фертильность. Расширение возможностей применения и повышение доступности вспомогательных репродуктивных технологий для населения является одним из основных инструментов, имеющих потенциальную возможность решить проблему бесплодных браков [111; 202].

В настоящее время положительно повлиять на воспроизводство населения и сохранение национального генофонда могут лишь восстановление репродуктивного потенциала людей и улучшение репродуктивного здоровья [57; 79; 114; 132; 169].

Тенденции основных показателей репродуктивного здоровья женщин в России имеют негативную окраску. Это подтверждается высокой частотой осложненного течения беременности и родов; растущей заболеваемостью инфекциями, передаваемых половым путем (ИППП) и прочими гинекологическими заболеваниями; большой распространенностью бесплодия и репродуктивных потерь; высоким уровнем материнской смертности [15; 16; 40; 106; 178; 221].

Около 40-60% женщин, которые находятся в раннем репродуктивном возрасте, страдают патологией женской половой сферы. Но объективная распространенность гинекологических заболеваний превосходит данные официальной статистики на порядок, поскольку процент обращающихся по этому поводу за медицинской помощью женщин невелик [23; 130].

Общесоматическое состояние здоровья девочек-подростков – это определяющий фактор репродуктивного здоровья женщин в фертильном возрасте. В это время формируются ключевые функции, способные определить качество реализации репродуктивного потенциала. В последнее десятилетие ряд показателей здоровья детей подросткового возраста имеет отрицательную динамику. Практически у каждого подростка к началу репродуктивного периода зарегистрирована, как минимум, одна хроническая патология. У девочек набирают распространенность заболевания половой сферы. Воспалительные процессы стали выявляться у подростков в 5,4 раза чаще, нарушения овариально-менструального цикла - в 3,5 раза [11].

По данным статистического анализа в период с 1990 по 2013 гг. имел место четкий тренд увеличения общей заболеваемости заболеваниями мочеполовой системы, в последующем этот показатель вышел на плато. Стабильность ситуации сохранялась, а при математическом прогнозировании

к 2024 г. ожидалось уменьшение данного показателя. Для общей заболеваемости патологией класса «Беременность, роды и послеродовой период» была характерна смещенная куполообразная форма динамики количественного уровня: нарастание до 2014 г., далее снижение к 2019 г., по данным прогнозирования тренда, способное сохраниться до 2022 г., относительно равномерные прогнозируемые значения в 2023—2024 гг. В 2019 г. по сравнению с показателем 30-летней давности общая заболеваемость по описываемому классу стала выше практически вдвое. По данным статистического прогнозирования в 2020 г. она должна стать меньше на 7,9%, а в 2024 г. - на 20,3%. Пандемия новой коронавирусной инфекции повлияла на показатели 2020 г. и прогноз трендов общей заболеваемости и рождаемости населения Российской Федерации. Нельзя исключить ее воздействие и на планирование организации акушерско-гинекологической помощи [51; 120].

Ведущие русские ученые в области охраны материнства и детства считают, что, кроме денежной стимуляции, главные резервы увеличения рождаемости – это забота о состоянии здоровья женщин репродуктивного возраста и профилактика их заболеваемости [5; 8].

Кризис различных сфер общественной жизни отрицательно сказывается на здоровье женщин любой возрастной группы, потому что этот показатель особенно чувствителен к изменениям в экономической и социальной обстановке. Результаты нескольких эпидемиологических исследований заставляют задуматься о последствиях значительного роста заболеваемости женского населения [53; 120; 175; 218].

Медико-статистический анализ позволил оценить общую гинекологическую заболеваемость женского населения и выявить связь снижения рождаемости с состоянием их репродуктивного здоровья [7; 24].

В структуре гинекологической заболеваемости сельских женщин на первых местах находятся эрозии, эндометриоз, миома матки, экстрагенитальной патологии - анемии, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет. Это требует дифференцированного лечебно-

диагностического подхода к ведению беременности, а также разработку и внедрении комплексных программ, направленных на формирование репродуктивного здоровья [30; 113; 166; 198; 199].

Выявлено, что различия между районами по демографическим показателям и состоянию репродуктивного здоровья женщин увеличиваются между городским и сельским населением, что оказывает влияние на условия работы службы родовспоможения [48].

Оценка нозологических форм гинекологической патологии показала преобладание воспалительных заболеваний женских половых органов (47,9%) и нарушений менструальной функции (28,3%). Нейроэндокринная патология чаще всего представлена дисфункцией гипоталамуса (22,3%), ожирением (9,5 %) и составляет 27,2 % в структуре общей заболеваемости [83].

Проблема опухолевой патологии женской половой системы является актуальной, так как контингент таких пациентов омолаживается, большинство онкогинекологических пациенток находятся в трудоспособном возрасте. Это угрожает реализации репродуктивной функции женщин в нашей стране в целом. Рак молочной железы лидирует в женской популяции и замыкает первую тройку по заболеваемости у населения обоих полов. При неопровержимом прогрессе технологических решений диагностического и лечебного плана, смертность от рака молочной железы остается высокой, так как большой удельный вес имеют запущенные случаи заболевания. Рак матки различной локализации и рак яичников в сумме составляют около 35% всей опухолевой патологии женского населения. При I стадии рака шейки матки более 5 лет живут 88,8% больных, а при IV – лишь 7,8%. Неоплазии яичников занимают 7 место среди всех злокачественных новообразований в женской популяции. Факт роста онкологической заболеваемости, в том числе у женщин молодого возраста, становится общеизвестным, что вызывает увеличение распространенности психопатологических расстройств по типу канцерофобии и других навязчивых состояний. Они способны существенно снижать качество жизни даже практически здоровых людей. Первые три ранговых места в

оценке качества жизни принадлежат комплексному отрицательному влиянию заболевания на качество жизни в целом; снижение трудоспособности как ключевой характеристики ролевого функционирования в социуме; здоровья физической и эмоциональной сферы (в том числе нарушения в сексуальной жизни) [90; 147; 186; 191; 193; 207].

Данные официальной статистики последних лет свидетельствуют о существенном сокращении первичной заболеваемости беременных женщин и частоты самопроизвольных аборт в (том числе прерывания беременности по различным причинам на сроках до 22 недель) [32; 33; 34]. Так, за период 2017-2022 гг. заболеваемость беременных женщин снизилась с 6307,9 до 5522,5 на 100 тыс. женщин фертильного возраста за счет частоты угрозы прерывания беременности, патологических состояний плода, болезней системы кровообращения и мочеполовой системы. Однако имело место увеличение заболеваемости болезнями эндокринной системы в целом и сахарным диабетом.

1.2. Факторы, влияющие на возникновение нарушений репродуктивного здоровья среди женского населения

Уровень рождаемости и состояние репродуктивного здоровья подвержены влиянию целого комплекса социально-экономических факторов. Среди них уместно выделить социально-экономическую обстановку в стране в целом, общественное положение женщин, качество медицинской помощи, оказываемой матерям и детям, национальные традиции и особенности [3; 4; 9; 23; 71; 94; 195; 203].

Ряд авторов пишут о существенной роли расслоения населения по уровню доходов и низкого уровня материальной обеспеченности семей с детьми в изменении репродуктивного поведения. Они обосновывают необходимость создания новых мер социальной поддержки материнства и детства [20; 47; 129; 134; 167; 192; 211].

В ряде исследований подчеркивается факт изменения семейных ценностей у людей современного поколения. Приоритет все чаще отдают не

материнству, а материальному благосостоянию, карьерным успехам и реализации себя в профессии. По результатам анкетирования стало известно, что несмотря на то, что респонденты в целом к материнству относятся положительно, но 74 % среди жизненных ценностей ставят на первое место карьеру, планируя рождение детей лишь после 30 лет [118; 159; 210].

Тенденция к созданию малодетной семьи стала устойчивой в современном обществе. Среди главных мотивов прерывания беременности называют страх потери работы, снижения уровня материального благосостояния, появление ощущения социальной незащищенности. Анализ общественных взглядов, называемых «чайлдфри» («свободные от детей») – это одна из наиболее актуальных тем современности. Ежегодно число представителей такой идеологии увеличивается. Это создает опасность глубоких демографических проблем. В регионах с большой плотностью городского населения уровень рождаемости уступает территориям, где сохраняется традиционный жизненный уклад [21; 82; 103; 123].

Есть информация о негативном влиянии внешней среды и антропогенных факторов на реализацию репродуктивного потенциала людей. Они способны снижать фертильность через ухудшение экологической обстановки, снижение фертильной функции, активацию предикторов невынашивания беременности и рождения детей с низкой массой тела. Представлен аналитический обзор состояния репродуктивного здоровья женщин в условиях воздействия вредных химических факторов производственной и окружающей среды. Показаны взаимосвязи загрязнения среды обитания со структурно-функциональными особенностями фетоплацентарного комплекса; определены некоторые механизмы развития нарушений [11; 50; 141; 215].

Известно, что особенности окружающей среды оказывают значительное влияние на состояние здоровья населения. Кроме того, в процессе трудовой деятельности женщины-работницы подвергаются комплексному воздействию профессиональных и медико-социальных факторов, которые могут оказывать

неблагоприятное воздействие на состояние их репродуктивного здоровья и качество жизни [13; 56]. Данные Государственного комитета Российской Федерации, свидетельствуют о том, что 3,6 миллионов женщин трудятся в особо тяжелых условиях, а 285 000 - в неблагоприятных [11].

В ряде исследований есть информация о том, что улучшить демографическую ситуацию можно, лишь повышая качество медицинской помощи (КМП), внедряя пациент-ориентированные технологии в процесс родовспоможения. Большое внимание уделяют работе учреждений, которые оказывают медико-социальную помощь детям подросткового возраста [1]; сообщается о позитивном эффекте внедрения новой организационной формы «Клиника, дружественная к молодёжи» [49].

На демографические процессы существенно влияет изменение сексуального поведения людей, которое происходит на рубеже веков. Оно проявляется в раннем начале половой жизни, либерализации сексуальной морали, стертостью гендерных стереотипов, легкомысленным отношением к браку. Средний возраст сексуального дебюта у девушек в нашей стране в последние 10 лет находится в пределах 15,8 - 16,2 лет. Эти цифры соотносятся с данными зарубежных публикаций [151; 212]. Установка на отсроченное деторождение становится приоритетной для современной молодежи, что ведет к увеличению частоты встречаемости нарушений репродуктивного здоровья, с которыми женщины сталкиваются при планировании семьи [64].

Раннее начало половой жизни и быстрое половое созревание, связанные с этим проблемы ИППП у подростков, нежелательных беременностей, осложненных родов и абортов определяют состояние репродуктивного здоровья девочек подросткового возраста [11; 185].

Сексуально опасное поведение, которое получает широкое распространение в молодежной среде, заслуживает пристального внимания. При условии отсутствия медицинской грамотности и низкой санитарной культуры оно может привести к наступлению нежеланных беременностей и последующими абортами, заражению ИППП. Когда беременность возникает

во время формирования репродуктивной функции, она часто имеет осложненное течение и неблагоприятный исход [31; 41; 112].

Серьезный удар по репродуктивному потенциалу населения наносит высокая частота искусственных прерываний беременности. По данным Росстата, ежегодно в нашей стране производится около 1 000 000 аборт, т.е. такой исход имеет более 50% всех беременностей. По версии исследователей на это влияет отсутствие достаточного внимания к современным методам контрацепции. Современная контрацептивная стратегия должна быть основана на более широком применении средств контрацепции, а, если они недостаточно эффективны – современных методов прерывания беременности [108; 156; 168].

Высокая частота аборт, воспалительных заболеваний органов малого таза и ИППП, гормонального дисбаланса ведут к росту количества бесплодных браков. На современном этапе в нашей стране их доля в общем количестве семей составляет около 15-17%. 50-60% приходится на женский вариант бесплодия. Данная проблема в последние годы приобрела государственное значение. В семьях без детей разводы происходят в 6-7 раз чаще, чем в общем количестве супружеских пар. Таким образом, лечение бесплодия выглядит одним из реальных резервов рождения желанных детей и перспективным методом повышения репродуктивного потенциала населения [11; 125; 126; 209].

Расширению спектра и распространению в популяции заболеваний женской половой сферы способствовало изменение сексуального поведения. Это формирует актуальную медико-социальную проблему. По информации российских и зарубежных исследований, встречаемость ИППП, в том числе сифилиса, гонореи и ВИЧ-инфекции, не имеет в течение последних 10 лет тенденции к снижению [40; 220].

В числе причин женского бесплодия и репродуктивных потерь значительную долю составляют воспалительные процессы в органах малого

таза и эндометриоз; хронический эндометрит зарегистрирован у 80 % обследованных женщин в возрасте 20-45 лет [74; 137; 164; 179; 222].

Исследователи данной проблемы говорят о необходимости раннего выявления и профилактики опухолей репродуктивной системы. В Западной Европе и США уровень заболеваемости и смертности был снижен путем ранней диагностики облигатных и факультативных предраковых состояний и раннего рака, своевременной вакцинации целевых групп населения от вируса папилломы человека. В нашей стране ситуация пока выглядит сложно: каждый год регистрируется до 15 тысяч новых пациенток с верифицированным диагнозом рак шейки матки, а общий процент рака тела, шейки матки и яичников достигает 35 % среди всей опухолевой патологии в женской популяции [84; 128; 138; 139; 150; 158; 177].

На пути реализации репродуктивной функции серьезным препятствием является нарушение становления и расстройства менструального цикла. Ряд авторов утверждают, что сейчас у подростков при наличии изменения уровня физического развития (грацилизация, астенизация, хроническая энергетическая недостаточность) повышается частота функциональных нарушений системы репродукции: становится больше возраста менархе, развивается гипоменструальный синдром как проявление низкого уровня эстрогенов и высокой концентрации андрогенов в сыворотке крови [92].

На сегодняшний день существуют исследования, выявляющие взаимосвязь между временем появления отдельных признаков полового созревания и распространённостью различных заболеваний и репродуктивных нарушений, что и позволяет рассматривать эти параметры в качестве факторов риска развития той или иной патологии. Исследование показало, что девушки с более ранним началом менархе чаще страдают бесплодием, а девушки с более поздним - наиболее часто подвержены аномальным маточным кровотечениям [86; 96; 163].

Вместе с тем в публикациях ряда авторов есть данные о том, что ожирение у подростков имеет прямую корреляционную связь с развитием в

последующем нарушении оварально-менструального цикла в виде олигоменореи и аменореи. Ожирение в составе метаболического синдрома, зачастую сопровождается двумя вышеперечисленными патологическими состояниями, а также невынашиванием беременности и бесплодием [66; 172; 196; 219].

Проблему для реализации общественного репродуктивного потенциала составляют дети с врождёнными аномалиями развития органов половой системы и нарушениями формирования половых признаков. Количество таких больных в нашей стране с начала текущего столетия возросло в мужской популяции в 4 раза, а в женской – в 3,3 раза [23].

Ведущая роль в развитии воспалительных заболеваний репродуктивной системы, безусловно, принадлежит возбудителям ИППП. Условно-патогенные и патогенные бактерии считаются основными видами возбудителей этих инфекций. Отмечается, что возбудители, как правило, присутствуют в виде различных по микробному пейзажу ассоциаций. В структуре заболеваемости ИППП у женщин первые места занимают уреаплазмоз (45,3%), хламидиоз (28%), трихомониаз и гарднереллез (по 20,5%), микоплазмоз (11,1%). Хронизация воспалительных процессов придатков матки чаще наблюдалась при микоплазмозе, трихомониазе и хламидиозе. Фоновые заболевания шейки матки наблюдались при всех ИППП. Нарушения менструального цикла наиболее часто встречались при инфицировании микоплазмозом и гарднереллезом. Причиной бесплодия чаще становились такие ИППП, как микоплазмоз, трихомониаз и хламидиоз. Сочетание нескольких инфекций резко повышало риск развития бесплодия. Причиной угрозы прерывания чаще становились уреаплазмоз, трихомониаз и микоплазмоз, а неразвивающейся беременности и привычного невынашивания - вирусные инфекции [44; 110].

Существенное влияние на репродуктивное здоровье женщин оказала пандемия [75]. В публикациях последних лет отражены рост встречаемости расстройств менструации, дисменореи, сексуальной дисфункции, утяжеление симптомов предменструального синдрома, рост частоты нарушенной трубной

беременности, изменение характера аномальных маточных кровотечений. Получены первые доказательства того, что коронавирус поражает репродуктивную систему мужчин и женщин, а также негативно влияет на течение и исходы беременности [146; 153; 154; 180; 201; 213]. Выполнен сравнительный анализ структуры болезней, послуживших причиной госпитализации в нековидный гинекологический стационар московского мегаполиса до и в период пандемии новой коронавирусной инфекции. Выявлено, что в период пандемии COVID-19 структура причин госпитализации изменилась за счёт увеличения доли аномальных маточных кровотечений, неразвивающейся беременности, кровотечений в ранние сроки беременности, внематочной беременности и кровотечений в постменопаузе [109].

1.3. Организация акушерско-гинекологической помощи в России

При исследовании показателей работы акушерской и гинекологической службы Российской Федерации выявлено, что в 70-80-е годы ее организация была ориентирована на специализацию стационаров, занимающихся родовспоможением. Это оказалось нерациональным, потому что эффективность оказания специализированной помощи женщинам и новорожденным зависит не только от особенностей патологии, но и от степени её тяжести для пациентов и наличия показаний к реанимационным мероприятиям. В связи с этим, полагаясь на мировой опыт, был осуществлен переход на тактику распределения акушерских стационарных учреждений по уровню оказываемой медицинской помощи в зависимости от степени риска патологии гравидарного периода [6; 45; 170; 171].

Преобразование медицинских организаций, занимающихся охраной материнства и детства, выразилось в децентрализации управления и повышении значимости структур регионального уровня. Укрепление материнского и детского здоровья шло путем воплощения в жизнь целевых программ федерального и регионального значения с общим названием «Безопасное материнство». Финансовое обеспечение их реализации шло за

счет средств федерального и регионального бюджета, а также фондов ОМС. Основная идея программ «Безопасного материнства» подразумевала уменьшение материнской заболеваемости и смертности, а также укрепление здоровья новорожденных «путем обеспечения равного доступа к первичной медицинской помощи (включая планирование семьи, дородовую и послеродовую помощь), а также доступ к акушерской и неонатальной помощи». Концептуальной в данном случае была выбрана модель регионализированной медицинской помощи с разделением всех акушерских стационаров на три уровня. Каждый из них имел свои определенные задачи. Это создало условия для развития преемственности медицинской помощи, которая на каждом из уровней была основана на стандартах и четких критериях госпитализации [38; 68].

Новые стандарты и протоколы лечебных мероприятий по родовспоможению, внедрение в практику современных технологий организации, диагностики и лечения привели к тому, что эффективность медицинской помощи повысилась в случаях преждевременного прерывания беременности до 85-90%, восстановления репродуктивной функции - до 30-35%. Частота развития гнойно-септических осложнений при этом стала ниже на 10-15% [119].

Однако по литературным данным реализация новых стандартов на местах имела определенные трудности в связи с тем, что многие пренатальные методы диагностики оказались недоступны, а госгарантии – не выполнены. Основные причины того, что беременные группы высокого риска не поступали в акушерские стационары третьего уровня – это недостаточный коечный фонд в реанимации новорожденных, отсутствие окончательного формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи, проблемы отсутствия четкости в маршрутизации беременных. Были трудности в транспортировке больных, которые нуждались в проведении реанимации, связанные в том числе с отдаленным расположением медицинских организаций первого уровня, низкой медицинской активностью беременных женщин [88].

В течение первых 10 лет текущего века наибольшей значимостью обладали: реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»; увеличение финансовой поддержки модернизации здравоохранения. Данный национальный проект предполагал принятие уникальных мер повышения качества оказания помощи матерям и новорожденным. Были внедрены родовые сертификаты. Это создало возможность закупки акушерскими стационарами нового специального оборудования и дорогостоящих лекарственных средств. Находится в планах выделение дополнительных средств на приобретение диагностической аппаратуры для обследования беременных женщин и детей в неонатальном периоде. Один из главных итогов преобразования акушерско-гинекологической службы в этот период времени – это создание и введение в эксплуатацию крупных перинатальных центров, позволивших уменьшить перинатальную и акушерскую заболеваемость за счет более рационального применения современных высокотехнологичных методов оказания помощи беременным, роженицам и новорожденным [99; 105].

Согласно информации из литературных источников, в задачи областных перинатальных центров вошла высококвалифицированная специализированная медицинская помощь женщинам, планирующим беременность, беременным, роженицам, родильницам и новорожденным; патронаж других акушерских учреждений региона; апробация и внедрение в практику новых протоколов диагностики и лечения; контроль качества оказания медицинской помощи по акушерско-гинекологическому профилю на всех уровнях; организационно-методическая работа с медицинскими организациями первого и второго уровней [45; 216].

Осуществлена разработка порядков, стандартов и протоколов оказания медицинской помощи беременным и детям разного возраста; внедрены в практику новые организационные перинатальные технологии с доказанной эффективностью. Выполнено усовершенствование и оптимизация лечебно-диагностических подходов, репродуктологических технологий,

профилактических мероприятий в отношении гнойных осложнений, лечения привычного невынашивания беременности [6].

С 2007 по 2012 год посредством реализации национального проекта «Здоровье» введено в эксплуатацию 24 центра, из них 22 региональных и 2 федеральных. В настоящее время в России функционируют 98 перинатальных центров, благодаря чему в ряде субъектов федерации существенно снизились материнская и младенческая смертность. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р утвердило дальнейшую Программу развития перинатальных центров [121].

Целая группа исследований посвящена разноплановой организации оказания помощи в перинатальных центрах, но исследований по сути организации их работы, а также роли и эффективности их в акушерстве и гинекологии, а также помощи детям неонатального возраста, мало. Они носят разрозненный характер [46; 98].

Формирование свода нормативных, правовых документов, обеспечивающих деятельность перинатальной службы, представляет собой одну из важнейших, базовых организационных технологий, определяющих деятельность службы родовспоможения и детства, способствующих повышению рождаемости, снижению материнской и младенческой заболеваемости, охране здоровья матери и детства в целом. Исследование особенностей формирующейся нормативной правовой базы, которая регулирует в нашей стране основные направления работы перинатальной службы за период с 2000 по 2020 гг. выявило отсутствие объективных предпосылок существенного изменения функционирующей трехуровневой системы оказания медицинской помощи по анализируемому профилю работы. В это же время усовершенствование деталей функционирования данной системы, доработка маршрутизации беременных женщин с различной патологией, повышение качества оказания помощи профильным больным и деятельность, направленная на рост показателей, отражающих охрану материнства и детства, будут продолжены [115].

Анализированы основные параметры деятельности акушерско-гинекологической службы за период с 2018 по 2021 гг. Он был основан на информации федеральных источников в области наблюдательной статистики и официальных отчетов по итогам выездных мероприятий, проведенных в различных регионах нашей страны. Исследование кадровых проблем в субъектах РФ выявило дефицит физических лиц врачей - акушеров-гинекологов 8 135 чел., врачей-неонатологов - 3 686 чел., акушеров - 626 чел. Деятельность перинатальных центров признана успешной. Около 70% родов, относящихся к преждевременным, ведут в стационарах акушерского профиля III уровня. При этом удельный вес родов, которые принимают в профильных стационарах с числом родов менее 500 в год, составляет 10%. К началу 2023 года подключение к вертикально-интегрированной медицинской информационной системе по акушерству и гинекологии, а также неонатологии осуществлено в 82 регионах РФ. В ней содержится информация о более чем 1,2 млн беременных, родильниц и новорожденных. Наблюдение за выполнением рекомендаций выявило, что наиболее существенные трудности связаны с внедрением автоматизации процессов обследования и лечения, «электронного бенчмаркинга», актуализацией программ мониторинга беременных на уровне регионов и борьбой с дефицитом кадров [93].

1.4. Основные меры профилактики нарушений репродуктивного здоровья женского населения

Акушерско-гинекологическая служба в Российской Федерации находится в постоянном развитии. Внедряются новые методы и подходы к ведению беременности, родов и послеродового периода. С каждым годом снижаются материнская, младенческая, перинатальная смертности. Государство определило одним из приоритетов улучшение демографической политики в стране и делает все возможное для достижения результата. Клинико-организационные резервы для уменьшения показателей перинатальной и материнской заболеваемости и смертности есть и в области

совершенствования системы первичной профилактики заболеваний, и в сфере повышения качества работы акушерских стационаров [11; 15; 18; 22; 42; 136; 188].

Ряд авторов пишут о том, что к решению проблемы сохранения и восстановления репродуктивного потенциала нужно подходить комплексно. Важная роль должна быть отведена наблюдению за показателями репродуктивного здоровья и демографической ситуацией в регионах нашей страны. Его результаты имеют возможность определить конкретные меры стимуляции рождаемости, актуализации семейных ценностей, совершенствования охраны материнства и детства [11; 69].

В последнее время в развитых странах с низкой материнской смертностью ВОЗ рекомендует больше внимания уделять анализу случаев near-miss в акушерстве. В Российской Федерации создана уникальная система учета и мониторинга критических акушерских состояний: охват системой регистрации этих случаев во всех медицинских организациях всех субъектов страны в режиме реального времени; организация круглосуточного мониторинга крупнейшим национальным акушерско-гинекологическим учреждением; возможность незамедлительной консультативной помощи всем пациенткам от ведущих специалистов страны в сфере акушерства, гинекологии и анестезиологии посредством телемедицинских технологий [124; 142; 160].

Большинство исследователей считает, что целесообразно формировать высокий уровень медицинской активности у женщин, как у будущих матерей, начиная со школьного возраста, осуществлять половое воспитание с ориентацией на здоровый образ жизни, уделяя внимание отношению к абортам полового партнера и семьи в целом [100].

Реализация системы интерактивного лечения показала необходимость информирования пациенток о здоровом образе жизни, обучения навыкам и их закрепления, что позволяет быстрее адаптироваться к социальной среде и, кроме того, способствуют ускорению выздоровления [15; 100; 117].

По данным литературы, для достижения благоприятного исхода беременности и родов, рождения здорового ребенка необходимо консультирования у врачей-специалистов не только на этапе ведения беременности, но и на этапе ее планирования [14; 64].

Есть мнение о том, что немаловажную роль в сохранении и укреплении репродуктивного здоровья играет усиление интенсивности медико-санитарной просветительской работы и повышение доступности консультаций в центрах планирования семьи и репродукции [31; 41; 112].

Большое внимание в этой связи должно уделяться снижению числа аборт в стране. Медицинские и социальные последствия искусственных прерываний беременности, негативно влияющие на репродуктивное здоровье женщин, являются поводом для принятия дополнительных мер предупреждения нежелательной беременности. Этому могут способствовать: санитарно-просветительская работа с населением по данному вопросу, создание культуры репродуктивного поведения и создание условий для рационального выбора методов контрацепции, совершенствование технологии безопасного аборта, повышение качества медицинской и психологической реабилитации [11; 208].

Проводилось определение объема предоставления врачами общей практики акушерско-гинекологической помощи и взаимосвязи первичного звена медицинской помощи с акушерско-гинекологическими службами. Установлено, что женщины обычно самостоятельно обращаются к врачам акушерам-гинекологам, а в стационарные отделения они могут направляться только врачами акушерами-гинекологами [122].

При организации акушерско-гинекологической помощи населению муниципального образования рекомендуется принимать во внимание особенности условий жизни и труда, которые могут ограничить доступность медицинской помощи. Необходимо разрабатывать маршрутизацию пациентов с целью обеспечения своевременности оказания медицинской помощи сельскому населению; акцентировать профилактическую направленность

первичной акушерско-гинекологической помощи, раннее выявление и предупреждение патологии; внедрять новые формы обслуживания, повышающие доступность; разработать индикаторы для выявления и оперативной коррекции зон низкой эффективности [29; 101; 116; 131].

Рассматривается роль мобильных информационных технологий в системе менеджмента качества и безопасности медицинской помощи. Представлена бережливая технология, которая позволила учреждениям родовспоможения начать переход от бумажных к электронным направлениям, сократить число ложных очных приемов и оперативно информировать беременных пациенток, мобильным уведомлениям в системе для беременных и врачей. Теперь беременные оперативно получают информацию о времени приема, назначениях и результатах анализов [2; 95; 162; 165].

Улучшение качества работы медицинских организаций направлено на укрепление здоровья пациентов и возможно лишь при стимуляции внедрения медицинских, организационных и технологических инноваций. Внедрение медицинских технологий диагностического направления позволяет улучшить диагностику ИППП, не воспалительных, онкологических и нейроэндокринных заболеваний внутренних органов малого таза, что особенно важно при выборе метода терапии (консервативной или хирургической) гинекологическим больным [117; 173].

Заболеваемость нозокомиальной инфекцией – это одна из приоритетных проблем современной медицины, остающаяся далекой от решения. В предлагаемой системе профилактических мероприятий есть 6 блоков: образовательный; организационно-планировочный; дезинфекционно-стерилизационный; санитарно-гигиенический; санитарно-противоэпидемический; контрольно-аналитический [80].

Показано, что использование системы телемедицинского консультирования повышает доступность высококвалифицированной специализированной акушерско-гинекологической и медико-генетической помощи пациентам [73].

В связи с расширением современных организационных и технических возможностей амбулаторно-поликлинического звена все больший объем инвазивной диагностической и лечебной акушерско-гинекологической помощи в настоящее время выполняется вне многопрофильных стационаров. Эффективное использование современных клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования позволяет на этапе первичного обращения в кратчайшие сроки поставить клинический диагноз и определить план лечебных мероприятий. Экономическая эффективность стационар замещающих форм заключается в более низкой стоимости оказания медицинской услуги в дневном стационаре, в более коротких сроках лечения, медицинская эффективность – в преемственности между стационарным и амбулаторным этапами оказания медицинской помощи, обеспечивающая непрерывность лечебного процесса, снижении временной потери нетрудоспособности и более быстрое их возвращение к трудовой деятельности, уменьшение частоты послеоперационных осложнений, внутрибольничных инфекций. Накопленный опыт организации оперативной гинекологической помощи позволил выйти на уровень, когда возраст пациентки, наличие нескольких сопутствующих хронических заболеваний, перестали быть абсолютными и относительными противопоказаниями для выполнения лапароскопических пособий под общей анестезией в условиях хирургического дневного стационара клиники высоких медицинских технологий [52; 144].

По результатам социологических опросов женщин, врачей, руководителей акушерских стационаров, данным экспертных оценок [58; 59; 149; 161], качественный уровень медицинской помощи по данному профилю далек от оптимального. Опросы сотрудников – это важный источник информации для поиска причин имеющихся дефектов в системе диагностики, лечения и профилактики, а также для выбора методов их ликвидации [55]. Такие мероприятия должны стать одним из главных направлений деятельности системы менеджмента качества в лечебно-профилактических учреждениях

[143; 176; 194]. На современном этапе они не имеют широкого распространения в России. Даже научно-исследовательские работы по изучению мнений специалистов, в том числе оценке уровня их подготовки, имеют единичную встречаемость [76].

В конце XX столетия созданы государственные фонды обязательного медицинского страхования (ОМС), определившие развитие новых экономических отношений в здравоохранении, связав финансовую сторону вопроса с уровнем качества оказываемой помощи. Оценка качества медицинской помощи в системе ОМС предусматривает как проверку соответствия содержания лечебной работы принятым стандартам, так и оценку удовлетворенности пациентов медицинской помощью, что в целом соответствует современным представлениям о комплексном подходе к контролю качества. Для проведения социологических исследований фондом ОМС совершенствуются анкеты в плане повышения конкретности вопросов и информативности результатов опросов [97].

Одно из важных условий повышения качества оказания медицинской помощи – это вовлеченность в данный процесс всех звеньев медицинского персонала. Необходим контроль за наличием у сотрудников четких теоретических знаний и представлений об условиях, структуре, компонентах, критериях оценки качества. Сейчас уровень подготовки медицинских работников в данной области недостаточен. Количество научных исследований по этой проблеме, в том числе касающихся деятельности родовспомогательных учреждений, невелико [81; 200].

Был выполнен социологический опрос врачей родильного дома. Он выявил, что у многих респондентов отсутствует четкое понимание теоретических основ качества (в том числе его характеристик, компонентов, средств и субъектов контроля, критериев, механизмов и путей обеспечения). Врачи осознают это, представители старших возрастных групп работают над повышением уровня знаний на официальных мероприятиях и самостоятельно. Самый низкий уровень подготовки выявлен у врачей в возрасте до 30 лет с

небольшим опытом работы. Среди основных предложений по повышению качества медицинской помощи (КМП) со стороны опрошенных были уменьшение нагрузки и введение дополнительных ставок персонала, материальная стимуляция сотрудников, улучшение материально-технического обеспечения медицинской организации [78].

Повысить осведомленность медицинских работников о вопросах КМП и простимулировать их к постоянной работе над этим могут: дополнительное внедрение вопросов КМП в программы подготовки студентов; проведение тематических циклов повышения квалификации по вопросам КМП в рамках последиplomного обучения; проведение врачебных конференций по теории и практике обеспечения КМП; контроль знаний сотрудников по общим и специальным вопросам качества в тестовой форме с введением стимулирующих выплат по его результатам; реализация системы эффективного контракта с включением в него показателей качества работы; целевое анкетирование медицинских работников о проблемах и путях обеспечения КМП в лечебном учреждении с дальнейшим информированием о его итогах руководства организации [78; 140; 182; 183; 217].

Модель непрерывного медицинского образования предусматривает свободу выбора врачами тематики курсов повышения квалификации. Для их обоснованного планирования считается необходимым изучение информационно-образовательных потребностей врачей. На основе официальных квалификационных характеристик установлено, что знания организационно-правовой тематики необходимы не только руководителям медицинских организаций, но и врачам, непосредственно ведущим лечебную работу. Наибольшую потребность в дополнительном изучении вызывают вопросы, связанные с взаимодействием медицинских работников с надзорными службами [19].

Проведена оценка эффективности применения методов бережливого производства в процессе оказания акушерско-гинекологической помощи на амбулаторном приёме с целью повышения удовлетворённости населения

оказанием медицинских услуг. Анализ эффективности процессов «Первичный профилактический приём пациента врачом акушером-гинекологом» и «Осмотр пациента врачом акушером-гинекологом» показал, что выявленные потери могут быть нивелированы методами и инструментами бережливого производства. Применение методов и инструментов бережливого производства в сочетании с процессным подходом в управлении медицинской организации способствует повышению эффективности деятельности первичного [27; 28].

Показано, что всеобщая стандартизация медицины не привела к существенному снижению числа медицинских ошибок, но позволила обезопасить пациента от неквалифицированных действий медицинского персонала, а медицинского работника – от необоснованных претензий и проявлений «потребительского экстремизма». Сообщается, что меры по предотвращению медицинских ошибок носят преимущественно организационный характер и направлены на проведение эффективного анализа их причин внутри ЛПУ, преодоление дефектов коммуникации внутри медицинских коллективов, надлежащее материально-техническое обеспечение лечебного и диагностического процессов, создание благоприятного эмоционального фона работы врача акушера-гинеколога [62].

В амбулаторной гинекологической практике дефекты поликлинической работы являются причиной практически 75% судебных дел. В деятельности акушерских организаций нарушения оказания помощи на амбулаторном этапе с последующим негативным исходом родовспоможения также характеризуются высокой частотой встречаемости. Ведущими факторами выступают неверная тактика родоразрешения, как правило, обусловленная недооценкой акушерского риска, ненадлежащим динамическим наблюдением за состоянием матери и плода, а также дефекты догоспитального этапа родовспоможения. Значительное число неурегулированных внутри системы здравоохранения конфликтов обусловлено недостатками коммуникации между женщиной и врачом (акушеркой) [60; 197; 205; 214].

По мнению исследователей, довольно часто неудовлетворенность пациентов объясняется завышенными ожиданиями к деятельности медицинского персонала при собственной низкой приверженности к лечению и ответственности за свое здоровье. Поэтому рекомендуется предусмотреть проведение социального медицинского маркетинга, который включает комплекс мероприятий, направленных на распространение среди отдельных пациентов, групп пациентов и прикрепленного населения идеологии ответственного отношения к здоровью и здоровому образу жизни, а также формирование положительного образа медицинских работников и медицинской организации. При этом предполагается использование в этих целях социальных сетей [36; 155; 204; 206].

Выполнено изучение нормативно-правовых документов и их изменений для определения трудовых норм медицинских работников в сфере оказания и планирования акушерско-гинекологической помощи в России. Исследованы нормативы численности сотрудников разных типов медицинских организаций и режимов работы. Выявлено, что новый приказ Минздрава России № 1130н по нормам труда по профилю «Акушерство и гинекология» внес значительные изменения в перечисленные параметры. Получены убедительные аргументы необходимости совершенствования нормативной базы, внесения коррективов в действующие документы, которые регламентируют трудовые нормы сотрудников, оказывающих акушерско-гинекологическую и другие виды медицинской помощи в нашей стране [120; 157].

С учетом большого количества факторов, оказывающих влияние на формирование репродуктивного здоровья, исследователи говорят об актуальности оптимизации межведомственного пути реализации репродуктивного потенциала. Есть предложение по созданию областных центров оказания комплексной помощи врачами различного профиля с проведением в них реабилитационных и оздоровительных программ, образовательных занятий и социально-правовых консультаций [17; 23; 133; 152; 184; 187; 190].

Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, посвященные репродуктивному здоровью населения, данная проблема остается актуальной, при этом имеют место значительные резервы для совершенствования акушерско-гинекологической помощи женщинам.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, БАЗА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Программа исследования была сформирована в соответствии с поставленной целью и комплексом подлежащих решению задач. Работа выполнена с учетом требований, предъявляемых к социально-гигиеническим исследованиям.

Согласно определению ВОЗ, **репродуктивное здоровье** - состояние полного физического, душевного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосексуальных отношениях в семье.

В публикации О.Б. Поляковой с соавт. (2024) представлено более развернутое определение.

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни, способность к зачатию и рождению детей, гарантия безопасной беременности, уверенность в появлении на свет здорового малыша, возможность планирования беременности, защита от СПИДа и заболеваний, передающихся половым путем.

Предмет исследования: профилактика нарушений репродуктивного здоровья женского населения Республики Дагестан.

Объект исследования:

женщины репродуктивного возраста, проживающие в столице и районах Республики Дагестан.

Единица наблюдения:

- женщина репродуктивного возраста – жительница Махачкалы или района Республики Дагестан.

Исследование проводилось в 2022-2025 годах. Территория, на которой проводилось исследование, это Республика Дагестан – субъект Российской

Федерации, расположенный в Северо-Кавказском федеральном округе. Численность населения республики по данным Росстата в 2025 году составляет 3 млн. 259 тыс. человек. На городское население приходится 44,2%.

Информационная база исследования:

- отечественные и зарубежные источники литературы по теме исследования;
- данные, содержащиеся в базе Федеральной службы государственной статистики (Росстат);
- карты-анкеты социологического опроса женщин репродуктивного возраста – жительниц Махачкалы и районов республики.

Методы исследования: библиографический, социологический, моделирования трендов, SWOT-анализа, математико-статистический.

Программа исследования включала в себя несколько последовательных этапов (рис. 2.1).

Задача *первого этапа* заключалась в критическом анализе отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Изучено 222 литературных источников, из них 99 зарубежных авторов.

На *втором этапе* анализировалась динамика первичной и общей гинекологической заболеваемости и показателей репродуктивного здоровья женского населения Республики Дагестан (РД) в сравнении с Северо-Кавказским федеральным округом (СКФО) и Российской Федерацией (РФ) в целом. Проводилось сравнение показателей женского бесплодия, самопроизвольных и искусственных аборт, перинатальной смертности на изучаемых территориях. При этом использовались официальные статистические данные за 2013-2024 гг.

На *третьем этапе* дана оценка ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической службы Республики Дагестан в динамике.

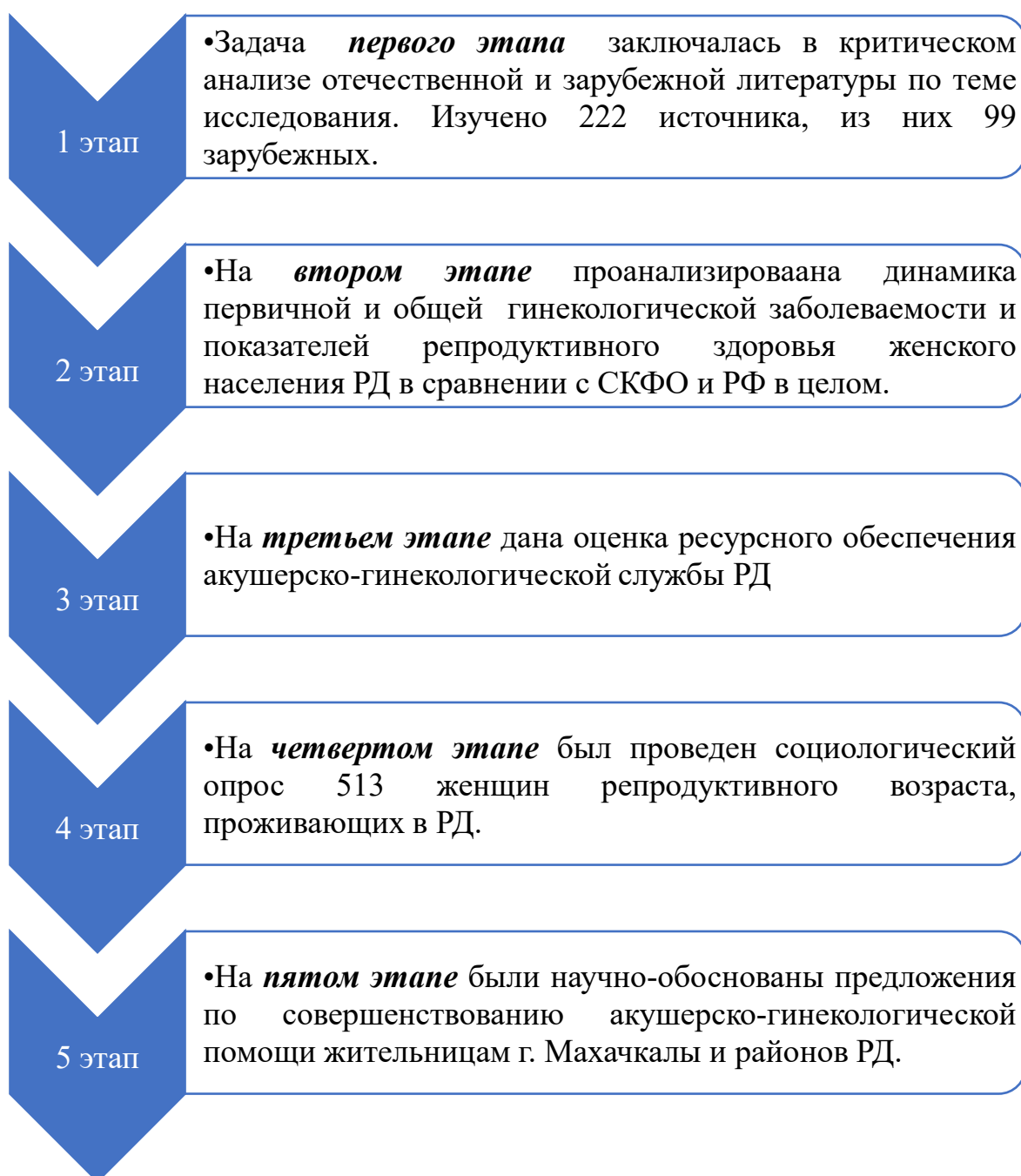


Рисунок 2.1.- Этапы исследования

В ходе выполнения *четвертого этапа* исследования с использованием специально разработанной карты-анкеты был проведен опрос 513 женщин репродуктивного возраста, проживающих в Республике Дагестан.

1. Критерии включения в социологический опрос:

- ✓ Согласие принять участие в опросе.
- ✓ Репродуктивный возраст.
- ✓ Проживание в столице или районе Республики Дагестан.
- ✓ Хорошее психическое здоровье.

2. Критерии исключения из исследования

- ✓ Не дали согласия участвовать в опросе.
- ✓ Не репродуктивный возраст.
- ✓ Проживание в другом регионе.
- ✓ Наличие психического расстройства.

Принявшие участие в анкетировании женщины были в возрасте от 19 до 44 лет (средний возраст - $31,98 \pm 7,55$ лет). Большинство респонденток (82,5%) были в возрасте от 20 до 39 лет (рис. 2.2). В основном это были жительницы Махачкалы, на долю которых приходилось 62,9%.

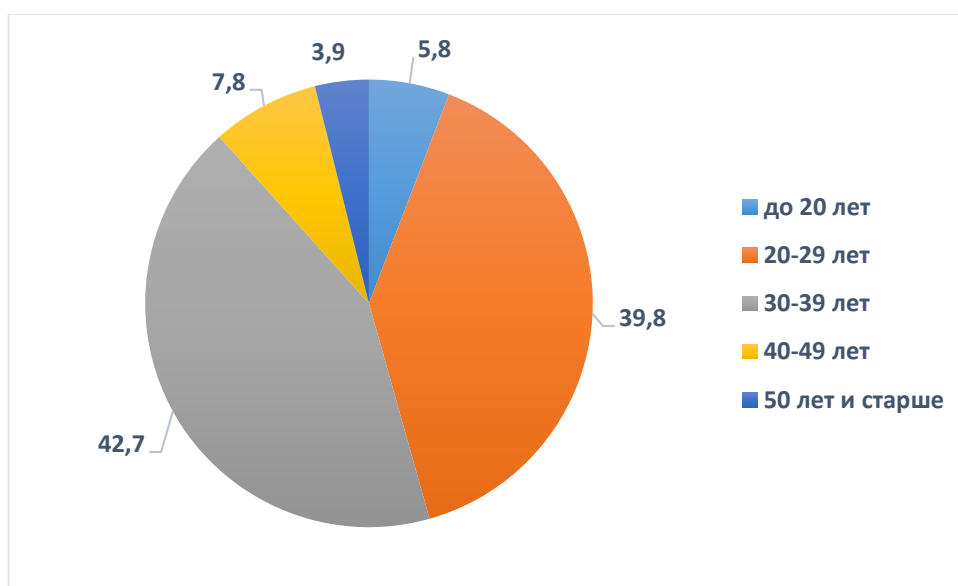


Рисунок 2.2.- Распределение женщин по возрасту (в %)

Большинство женщин, принявших участие в опросе, имели высокий уровень образования. Так, они распределились следующим образом: 42,7% имели высшее образование, 3,9% - неоконченное высшее образование, 25,5% - среднее специальное и 29,4% - среднее общее образование (рис. 2.3).

Исследование показало, что на момент опроса 54,3% женщин были домашними хозяйками, работали 30,1%, 6,8% считались безработными, 4,9% – студентами, 3,9% - инвалидами. Среди работающих опрошенных женщин только 5,8% были служащими, 22,4% - рабочими государственных и коммерческих структур (табл. 2.1).



Рисунок 2.3.- Распределение женщин по уровню образования (в %)

Таблица 2.1. - Распределение женщин по социальному положению (в %)

Социальное положение	%
Рабочая государственного предприятия	11,7
Наемная рабочая в коммерческой структуре	10,7
Служащая бюджетной организации	5,8
Предприниматель-бизнесмен	1,9
Учащаяся (студентка)	4,9
Домашняя хозяйка	54,3
Инвалид	3,9
Безработная (при официальной регистрации)	6,8
Всего	100,0

Исследование показало отсутствие существенных различий по социальному положению респондентов, проживающих в г. Махачкале и районах ($P > 0,05$). Так, на момент опроса 52,4% женщин 1-й группы и 55,7% - второй были домашними хозяйками, работали соответственно 29,0% и 31,2%, считались безработными 7,9% респонденток из 1-й группы и 4,4% - из второй. 4,9% - Являлись студентами 5,1% и 3,9% опрошенных женщин, были инвалидами 4,7% и 3,1% соответственно. Среди работающих опрошенных женщин только 5,8% (1-я группа - 4,7%, 2-я группа - 6,9%) были служащими, 22,4% (24,7% и 20,1% соответственно) - рабочими государственных и

коммерческих структур.

По семейному положению опрошенные женщины распределялись следующим образом: состояли в официальном браке - 73,8%, в гражданском браке 17,5%, были разведены – 5,8%, никогда не состояли в браке – 2,9%. Значимых различий в семейном положении женщин, проживающих в столице и в районах республики не отмечалось: состояли в официальном браке – 75,0% и 72,9%, в гражданском браке 14,5% и 17,8% соответственно ($P>0,05$).

Согласно полученным данным, 59,2% опрошенных женщин сообщили о возможном воздействии на них ряда неблагоприятных факторов. Первое место среди последних занимали психоэмоциональные нагрузки – 52,5 на 100 опрошенных, второе место – малоподвижный образ жизни (34,4), третье место – тяжелый физический труд (16,4) (табл. 2.2).

Таблица 2.2. – Частота неблагоприятных факторов (на 100 опрошенных)

Неблагоприятные факторы	На 100 опрошенных
Тяжелый физический труд	16,4
Психоэмоциональное напряжение	52,5
Профессиональные вредности	6,6
Курение	3,3
Малоподвижный образ жизни	34,4
Неблагоприятные материальные условия	3,3
Неблагоприятные жилищные условия	3,3
Другое	1,6

По семейному положению женщины распределялись следующим образом: состояли в официальном браке - 73,8%, в гражданском браке 17,5%, были разведены – 5,8%, никогда не состояли в браке – 2,9% (табл. 2.3).

Таблица 2.3. - Распределение женщин по семейному положению (в %)

Семейное положение	%
Состоит в официальном браке	73,8
Состоит в гражданском браке	17,5
Разведена	5,8
Никогда не состояла в браке	2,9
Всего	100,0

При этом учитывались образование, семейное положение, место работы,

наличие контактов с профессиональными вредностями и нервно-психической нагрузки у респонденток. Изучался характер отношений в семье, наличие вредных привычек.

Исследовалось мнение опрошенных женщин (беременных, рожениц и родильниц, гинекологических больных), проживающих в Республике Дагестан о качестве и доступности специализированной акушерско-гинекологической помощи на основании социологического опроса. В анкетировании приняли участие женщины в возрасте от 19 до 44 лет (средний возраст - $31,98 \pm 7,55$ лет). Подавляющее большинство опрошенных (82,5%) были в возрасте от 20 до 39 лет. На долю городских жительниц приходилось 62,9%.

На *пятом этапе* были научно-обоснованы предложения по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи жительницам г. Махачкалы и районов Республики Дагестан.

Блок-схема программы исследования представлена в таблице 2.4.

Таблица 2.4. - Блок-схема программы исследования

Цель исследования	Разработать научно обоснованный комплекс мероприятий медико-социального и организационного характера, направленных на профилактику нарушений репродуктивного здоровья среди женского населения Республики Дагестан.		
Объект исследования	Женщины репродуктивного возраста, проживающие в столице и районах Республики Дагестан		
Источники информации	Отчетные формы	Медицинская документация	Карты-анкеты
Методы сбора информации	Выкопировка данных		Опрос в виде стандартизованного интервью
Методы исследования и анализа	Библиографический, социологический, моделирования трендов, SWOT-анализа, математико-статистический		

При анализе динамических рядов показателей выполняли определение главных тенденций с помощью моделирования трендов методом

аппроксимации. При подборе линии тренда Excel самостоятельно выполняет расчёт коэффициента аппроксимации (R^2), который отражает достоверность аппроксимации: чем ближе значение R^2 к единице, тем надежнее линия тренда аппроксимирует исследуемый процесс. Моделирование трендов позволило установить степень достоверности наблюдаемых тенденций. Тенденция считается достоверной при R^2 равной или превышающей 0,4.

Для проведения анализа внутренней и внешней среды организации медицинской помощи, установления пересечения факторов сильных и слабых сторон, характерных для изучаемого региона, был применен SWOT-анализ официальных статистических материалов, результатов анкетирования и нормативных правовых документов. В дальнейшем результаты SWOT-анализа позволили выявить цепочки связей между внешними факторами угроз и возможностей, что дало возможность сформулировать приоритетные направления профилактики нарушений репродуктивного здоровья женского населения республики.

В работе применялись аналитический и математико-статистический методы исследования. Выборки с нормальным распределением признака представляли в таблицах в виде средних величин, их сравнивали между собой, используя t-критерий Стьюдента. Для математического анализа результатов применяли вариационные ряды. Доверительный интервал определяли с уровнем достоверности 0,95.

Применялся расчет многолетних тенденций динамики заболеваемости и темпов среднего прироста (Тср.пр.). Многолетние тенденции динамики заболеваемости получены путем выравнивания динамического ряда методом наименьших квадратов.

Анализ заболеваемости осуществлялся в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-10).

Полученные при анкетировании данные обобщали в программе Microsoft Excel 2010 и анализировали, применяя статистические методы

приложения Statistica 10 (StatSoft. Inc.), с соблюдением международных рекомендаций по ведению медицинских исследований.

Обоснование объема выборки статистического наблюдения. Репрезентативность выборки была установлена с помощью таблицы В.И. Паниотто (Паниотто В.И., Максименко В.С. Статистический анализ социологических данных. - Киев: Издательский Дом «КМ Академия», 2004. - 270 с.).

Как видно из таблицы 2.5, объем выборки зависит от величины генеральной совокупности. Согласно данным таблицы, начиная с некоторого момента, увеличение объема генеральной совокупности не оказывает существенного влияния на увеличение объема выборки.

Таблица 2.5. - Зависимость объема выборки от объема генеральной совокупности при допустимой ошибке 5%

Объем генеральной совокупности	Объем выборки
500	222
1000	286
2000	333
3000	350
4000	360
5000	370
10 000	385
100000	398
бесконечная	400

ГЛАВА 3. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

3.1. Демографическая ситуация

Анализ официальных статистических данных выявил неблагоприятные тенденции в демографической ситуации в Республике Дагестан (РД). К ним относится постоянное снижение количества женщин репродуктивного возраста. При том, что с 2013 по 2022 гг. оно стало меньше лишь на 11 тыс. человек, моделирование трендов подтвердило значимость данной тенденции – коэффициент аппроксимации (R^2) был равен 0,7712¹ (рисунок 3.1).

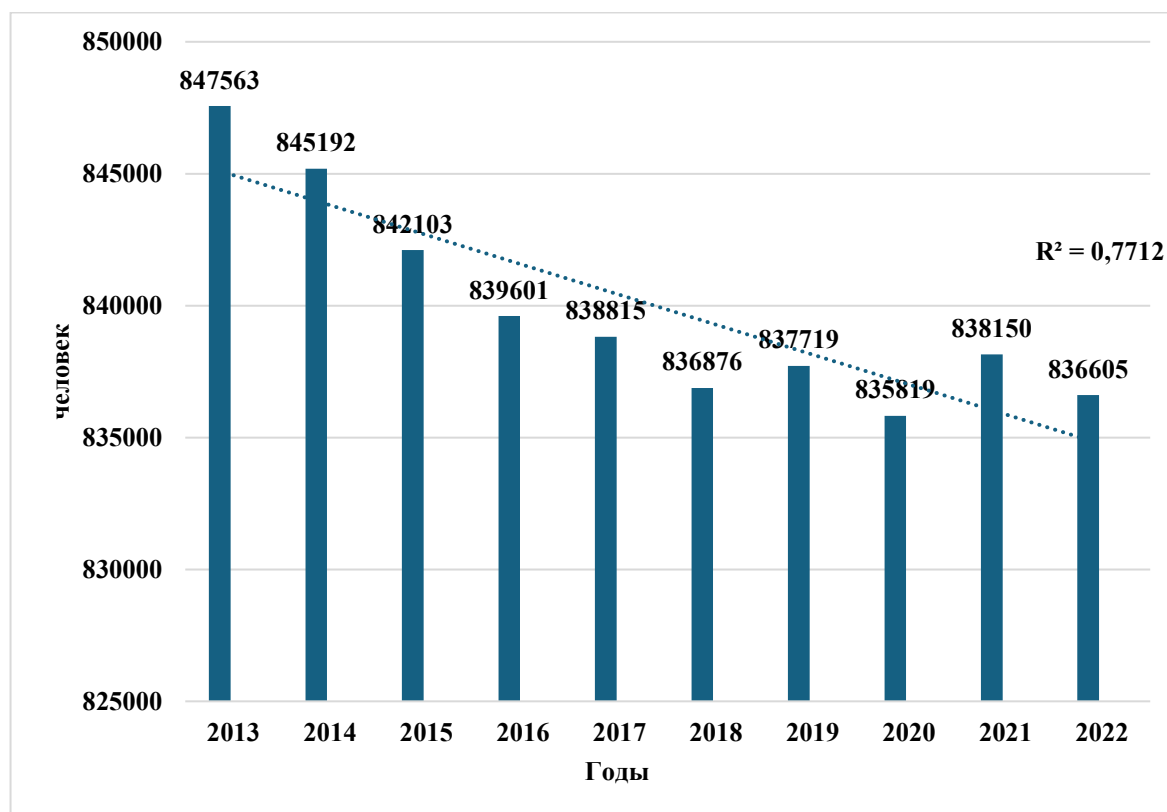


Рисунок 3.1. - Динамика численности населения Республики Дагестан, 2013-2022 гг. (чел.)

Такое положение сложилось в связи с уменьшением рождаемости при стабильном уровне общей смертности населения (рисунок 3.2). Рождаемость в Республике Дагестан снижалась поступательно и довольно интенсивно,

¹ Тенденция считается статистически значимой при R^2 равного и более 0,4

достигнув в 2022 г. 13,3 на 1000 населения. За анализируемый период показатель рождаемости в республике сократился на 29,3%. Уровень рождаемости постоянно превышает уровень общей смертности, что обеспечивает естественный прирост населения в целом. Однако величина последнего за период 2013-2022 гг. уменьшилась на 38,3%.

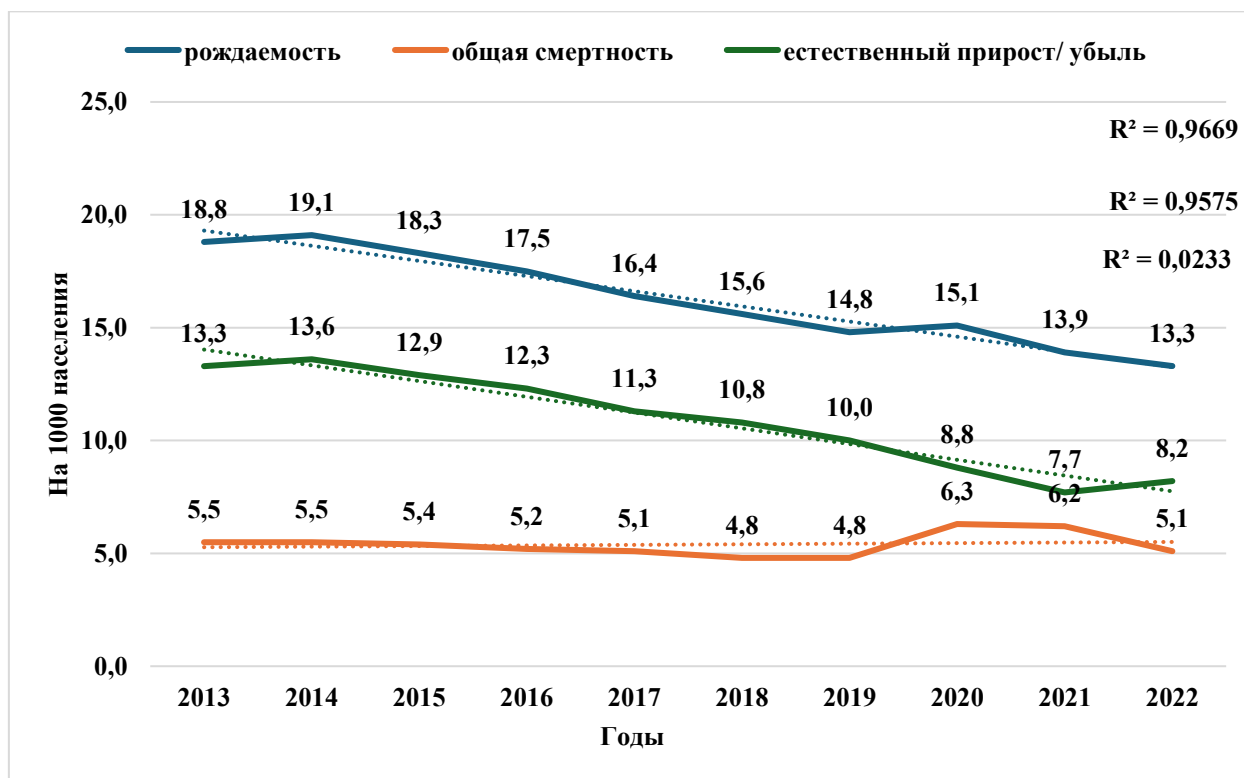


Рисунок 3.2. - Динамика естественного движения населения Республики Дагестан, 2013-2022 гг. (на 1000 населения)

В числе предрасполагающих факторов отрицательной динамики естественного движения населения в РД находится пандемия новой коронавирусной инфекции, при которой рождаемость и прирост населения резко снизились, а уровень общей смертности стал выше. В 2022 г. указанные показатели не вернулись к исходному уровню.

Данные сравнительного анализа свидетельствуют о повторении уровнем рождаемости в РД тенденций, которые происходили в Российской Федерации (РФ) в целом и в Северо-Кавказском федеральном округе (СКФО), и постоянном превосходстве его над таковыми в сравниваемых территориях. Самый большой разрыв зафиксирован в 2014 г. – 13,3, 17,3 и 19,1 на 1000

населения соответственно (рисунок 3.3). В течение изучаемого периода рождаемость в РФ снизилась на 33,1%, в СКФО – на 26,6% и в РД - на 30,4%. В общем списке регионов СКФО Республика Дагестан по рождаемости в 2022 г. занимала третье место из семи.

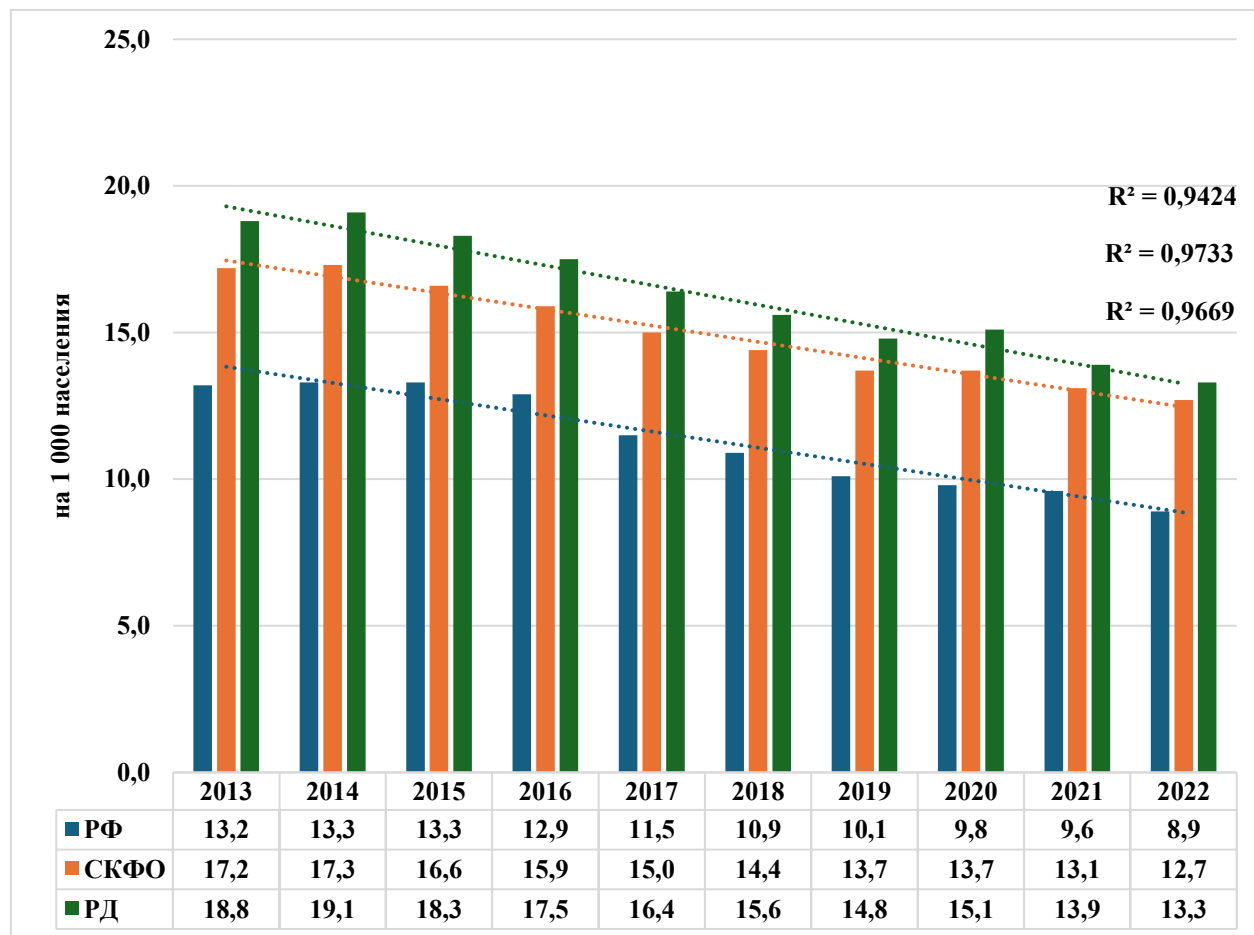


Рисунок 3.3.- Динамика рождаемости в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 1000 населения)

По данным на 2024 год, суммарный коэффициент рождаемости (СКР) в Республике Дагестане составил 1,815. Этот показатель отражает среднее число рождений у одной женщины за весь репродуктивный период (с 15 до 49 лет). Для сравнения в 2023 году СКР в Дагестане был 1,745, а в 2022-м — 1,734.

Показатель рождаемости в Республике Дагестан в 2024 году был на 59,5% выше, чем в среднем по России, и на 7,2% — чем по Северо-Кавказскому федеральному округу. Таким образом, республика вошла в топ-5

субъектов России по этому демографическому показателю, заняв четвёртое место. Лидером стала Чечня с показателем 2,67 ребёнка на одну женщину.

Общая смертность в Республике Дагестан стабильно находится на более низком уровне, чем в РФ в целом и в СКФО и за период с 2013 по 2022 гг. стал меньше (даже при условии подъема во время пандемии новой коронавирусной инфекции) на более заметную величину по сравнению с аналогичными показателями в сравниваемых территориях – на 7,3% против 1,5% и 2,5% соответственно (рисунок 3.4).

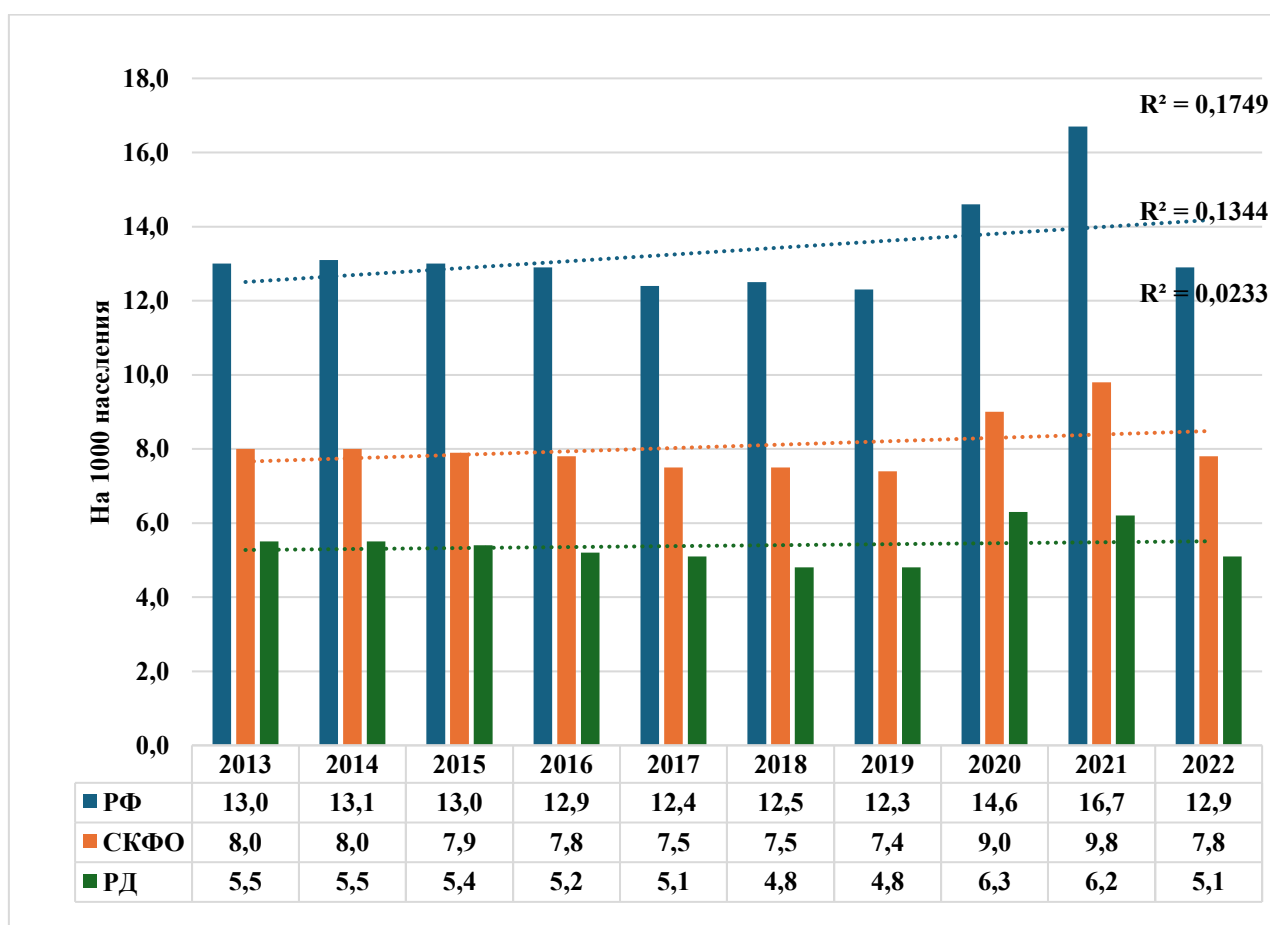


Рисунок 3.4.- Динамика общей смертности в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 1000 населения)

Наибольший разрыв в показателях был зафиксирован в 2021 г.: в РФ – 16,8 в СКФО – 9,8 и РД – 6,2 на 1000 населения. Однако при моделировании трендов указанные тенденции не были статистически значимы. В общем списке субъектов СКФО в 2022 году Республика Дагестан по уровню общей смертности находилась на пятом месте.

Естественный прирост населения был одним из демографических показателей, по которому Республика Дагестан на протяжении длительного периода времени имела значительные отличия от РФ и СКФО. Наибольшей статистической значимостью они обладали в 2021 г.: РФ - -7,1, СКФО - 3,3 и РД – -7,7 на 1000 населения (рисунок 3.5).

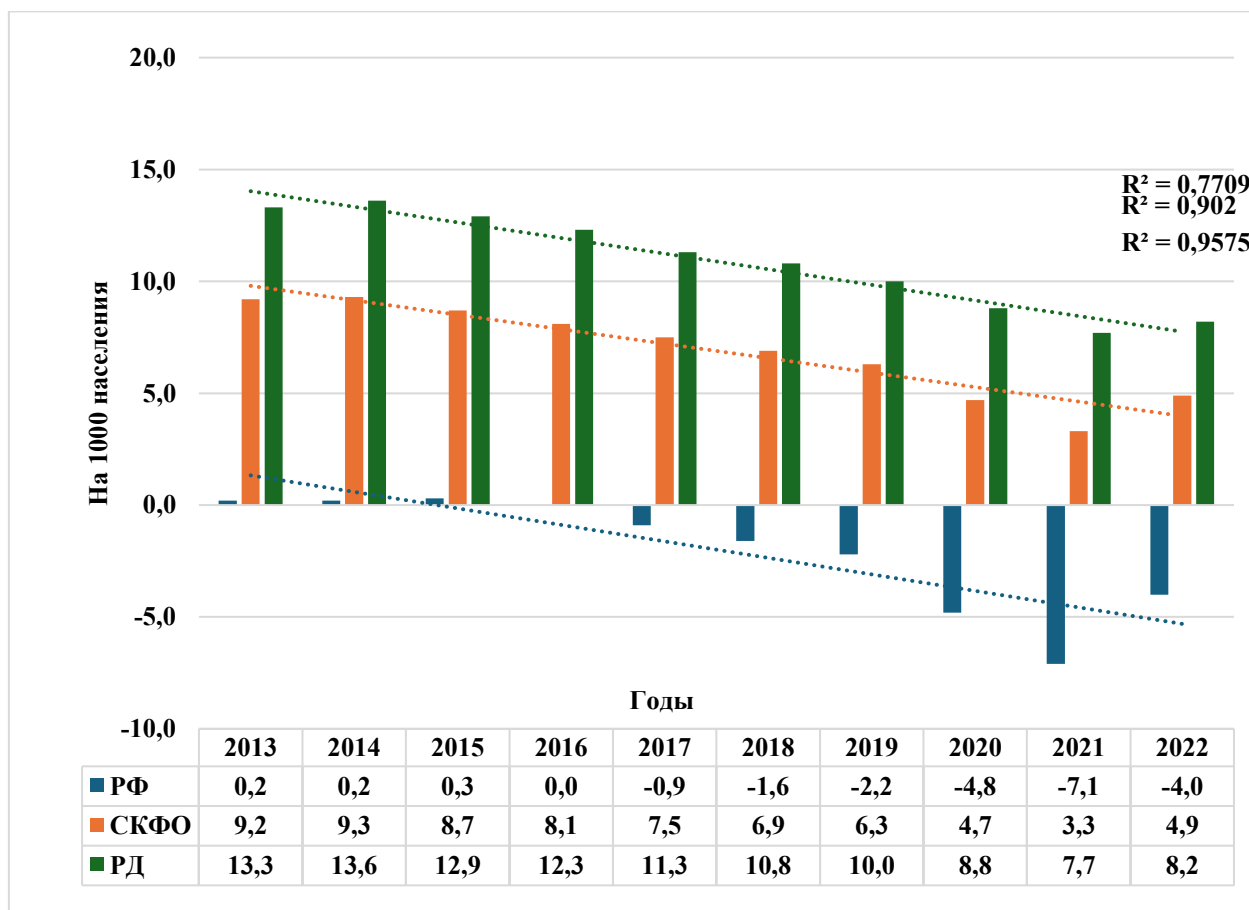


Рисунок 3.5. - Динамика естественного прироста в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 1000 населения)

Материнская смертность в Республике Дагестан имела значительные колебания по годам от 14,6 на 100 тыс. родившихся живыми в 2015 и 2018 гг. до отсутствия случаев в 2021 г., и чаще всего превышала показатели в РФ и СКФО (рисунок 3.6). В 2022 г. уровень материнской смертности в республике сближился с российскими и окружными – 11,7, 12,0 и 10,0 на 100 тыс. родившихся живыми соответственно.

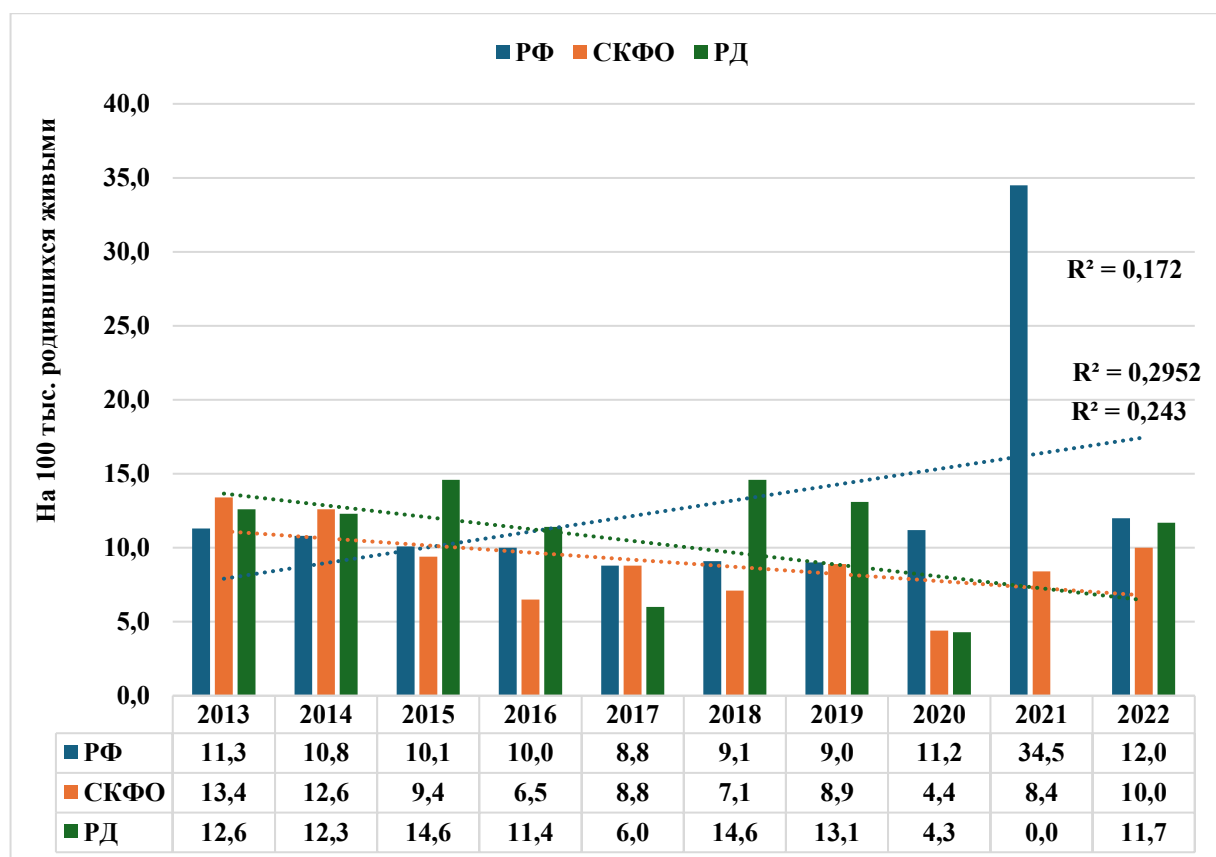


Рисунок 3.6. - Динамика материнской смертности в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 100 тыс. родившихся живыми)

При моделировании трендов во всех сравниваемых регионах отмечалось отсутствие определенной тенденции в динамике данных показателей, коэффициенты аппроксимации были небольшими – 0,172, 0,2952 и 0,243 соответственно.

Показателем демографической ситуации и репродуктивного здоровья женщин является перинатальная смертность. Следует отметить, что за период 2013-2022 гг. в РФ, СКФО и Республике Дагестан произошло существенное снижение перинатальной смертности, в том числе мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.

Показатели перинатальной смертности в Республике Дагестан до 2016 г. были выше российского уровня и находились на уровне федерального округа, затем стали значительно ниже последних. За период 2013-2022 гг. перинатальная смертность в республике снизилась на 47,1%, в РФ – на 29,6%

и в СКФО – на 50,5%. К 2022 г. ее показатели соответственно составили 5,55, 6,76 и 5,64 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (таблица 3.1).

Таблица 3.1. – Динамика перинатальной смертности и ее составляющих (мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность) в РФ, СКФО и

Республике Дагестан, 2013-2022 гг.

Регион	Годы									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Перинатальная смертность на 1000 родившихся живыми и мертвыми										
РФ	9,6	8,8	8,29	7,89	7,50	7,23	7,10	7,25	7,32	6,76
СКФО	11,4	10,9	9,72	8,72	7,30	6,41	6,60	6,19	6,32	5,64
РД	10,5	10,0	9,28	7,95	5,95	5,72	6,03	5,17	6,54	5,55
Мертворождаемость на 1000 родившихся живыми и мертвыми										
РФ	6,4	6,0	5,87	5,73	5,58	5,51	5,44	5,67	5,77	5,34
СКФО	5,3	5,0	4,77	4,75	4,24	3,83	4,08	3,89	3,94	3,83
РД	4,7	4,4	3,49	3,51	2,39	2,49	2,52	2,35	3,34	3,16
Ранняя неонатальная смертность на 1000 родившихся живыми										
РФ	3,3	2,8	2,43	2,18	1,94	1,72	1,67	1,59	1,56	1,43
СКФО	6,1	5,9	4,98	3,99	3,08	2,59	2,53	2,31	2,38	1,82
РД	5,8	5,7	5,81	4,46	3,57	3,24	3,52	2,83	3,21	2,40

Иная ситуация отмечалась в отношении мертворождаемости, уровень которой в Республике Дагестан постоянно был ниже, чем в РФ и СКФО. В отличие от перинатальной смертности мертворождаемость в сравниваемых территориях сокращалась более медленными темпами: в РФ – на 16,6%, СКФО – на 27,7% и в Республике Дагестан – на 32,8%. К 2022 г. ее показатели соответственно составили 5,34, 3,83 и 3,16 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

Скорость уменьшения смертности в раннем неонатальном периоде в Республике Дагестан была наиболее интенсивной – к 2022 г. показатель сократился в 2,4 раза, в России в целом – в 2,3 раза и в СКФО округе – в 3,4 раза. Однако ее уровень был постоянно выше российского и окружного. В 2022 г. ее показатели соответственно составили 2,4, 1,43 и 1,82 на 1000 родившихся живыми.

3.2. Состояние репродуктивного здоровья женского населения

3.2.1. Гинекологическая заболеваемость

Среди гинекологических заболеваний в Республике Дагестан наиболее распространенными являются эрозия шейки матки. Среди хронической патологии преобладают сальпингит и оофорит, а также расстройства менструации (рисунок 3.7).



Рисунок 3.7. - Ранговое распределение причин впервые выявленной гинекологической заболеваемости женщин в Республике Дагестан, 2022 г. (%)

В период 2013-2021 гг. первичная заболеваемость сальпингитом и оофоритом женщин в Республике Дагестан была значительно выше, чем в РФ и СКФО и в отличие от последних не снижалась. Так, в 2021 г. она составила в Республике Дагестан 735,2 на 100 тыс. женского населения, в РФ - 220,3 и в СКФО - 491,8. При моделировании трендов в РД коэффициент аппроксимации приближался к нулю ($R^2=0,008$). В РФ и СКФО указанные показатели имели статистически значимую тенденцию к снижению - 0,9892 и 0,4963 соответственно (рисунок 3.8).

Общая заболеваемость сальпингитом и оофоритом женщин в Республике Дагестан была также выше, чем в сравниваемых регионах (в 2021 г. она равнялась соответственно 1957,4 на 100 тыс. женского населения против 550,8 и 1218,4 соответственно, и имела значимую тенденцию к росту

($R^2=0,008$). В РФ и СКФО распространенность данной патологии снижалась (рисунок 3.9).

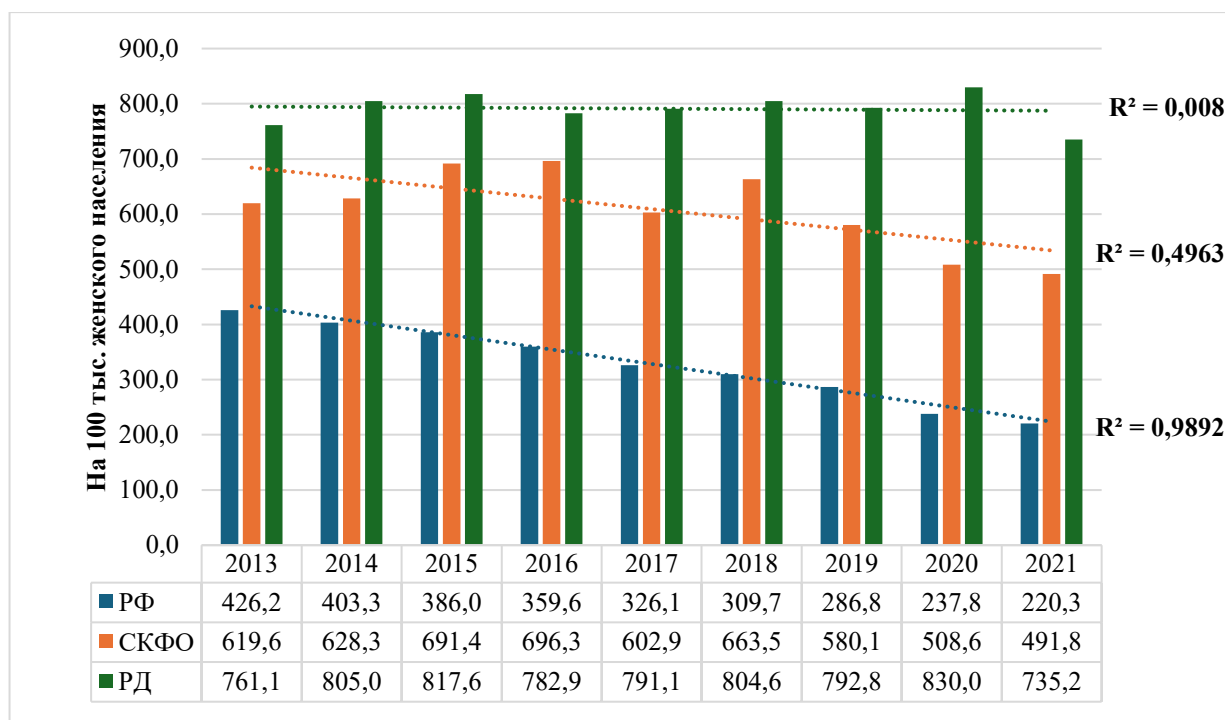


Рисунок 3.8. - Заболеваемость сальпингитом и оофоритом (впервые) в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2021 гг. (на 100 тыс. женского населения)

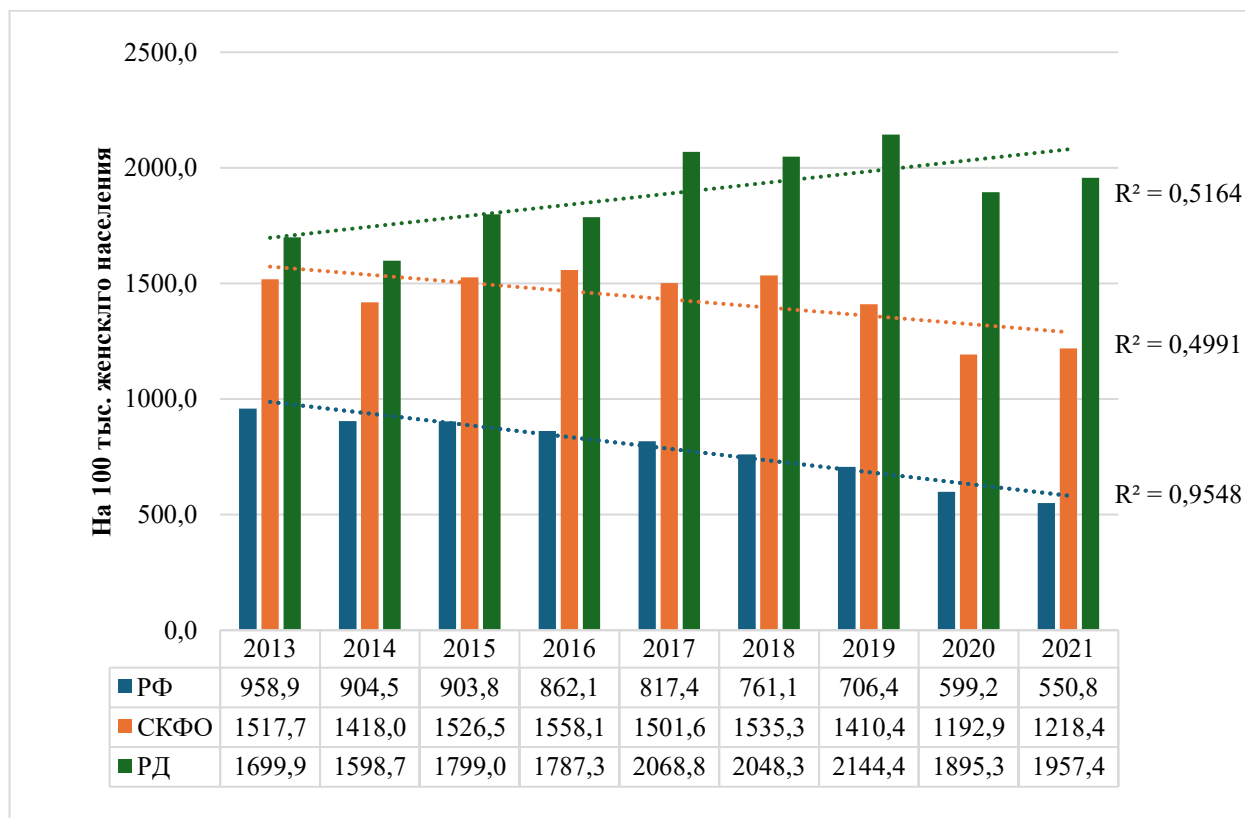


Рисунок 3.9. - Заболеваемость сальпингитом и оофоритом (всего) в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2021 гг. (на 100 тыс. женского населения)

В РД частота расстройства менструаций, диагностируемых впервые, значительно колебалась по годам, в основном она была выше российского уровня и стабильно выше, чем в СКФО. В итоге она существенно сократилась и в 2021 г. стала составлять - 1052,3 в отличие от каковой в РФ 1463,1 и СКФО 844,4 (рисунок 3.10).

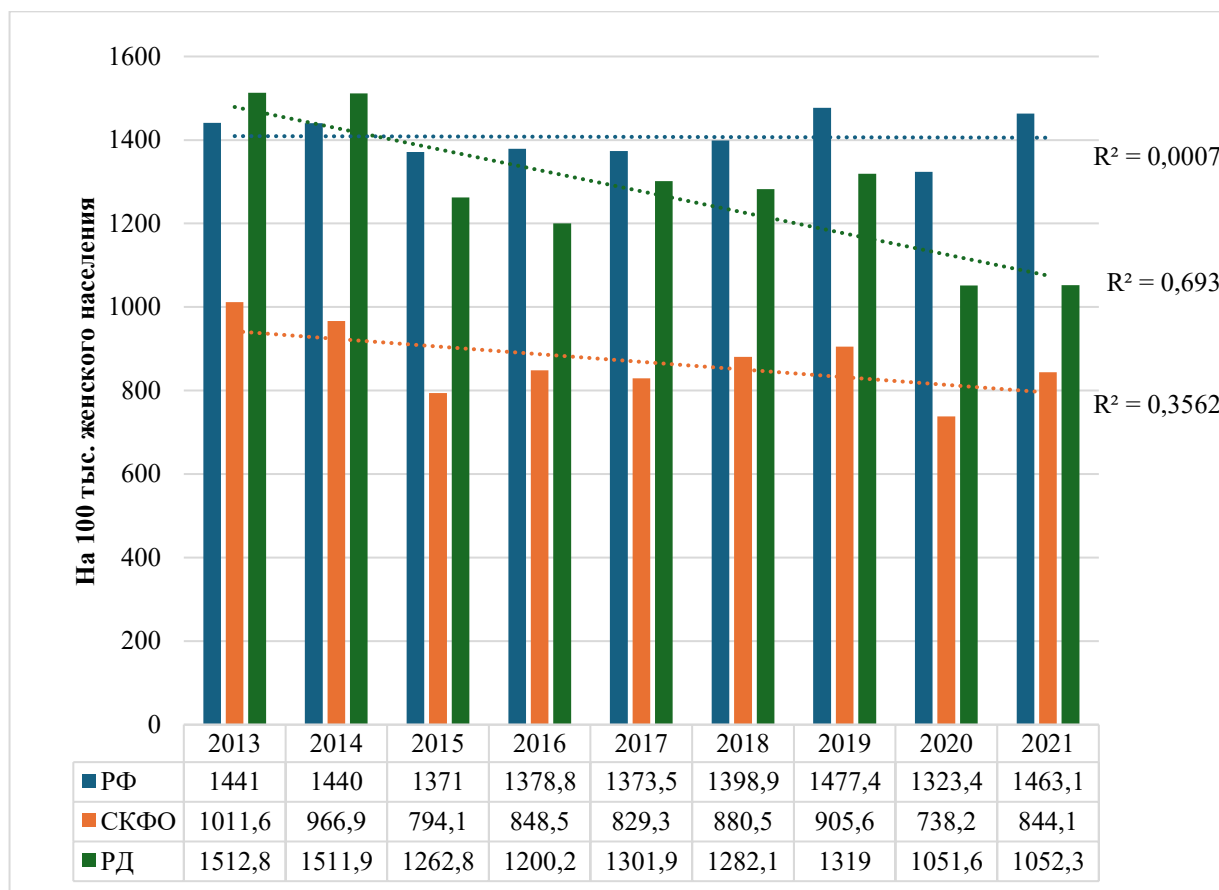


Рисунок 3.10. - Расстройства менструаций (впервые) в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2021 гг. (на 100 тыс. женского населения)

Аналогичные тенденции имели место в общей заболеваемости расстройствами менструаций, однако в последние годы в связи с ростом заболеваемости в РФ эти показатели приблизились к российскому уровню (в 2021 г. - 2956,1, 3079,4 и 1984,2 соответственно). В итоге, при моделировании трендов была выявлена стагнация процесса как в республике ($R^2=0,0573$), так и в СКФО ($R^2=0,0544$) (рисунок 3.11).

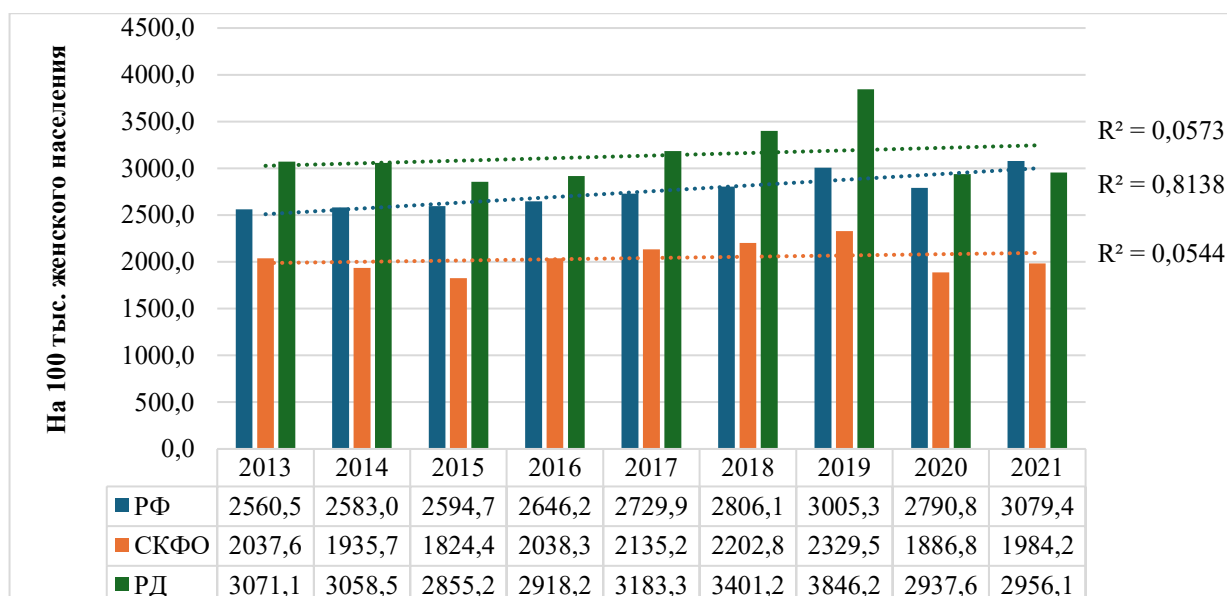


Рисунок 3.11. - Расстройства менструаций (всего) в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2021 гг. (на 100 тыс. женского населения)

Среди причин гинекологической заболеваемости у женщин Республики Дагестан на эндометриоз и миому матки приходится лишь 5,4% и 7,4% соответственно.

Частота встречаемости женского варианта бесплодия в 2022 г. в республике оказалась равной 462,6 на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста. Несмотря на значительные колебания по годам (от 462,1 в 2020 г. до 605,0 в 2017 г.), общий тренд характеризовался стагнацией ($R^2=0,1354$) (рисунок 3.12).

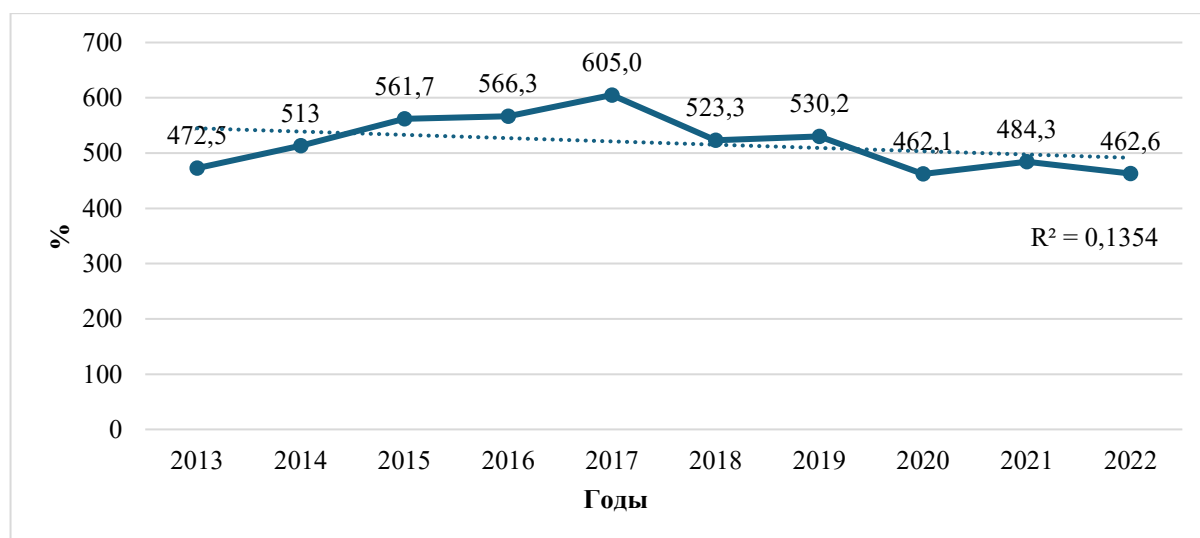


Рисунок 3.12. - Распространенность женского бесплодия в Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста)

3.2.2. Заболеваемость беременных женщин

Прерывание беременности по различным причинам в Республике Дагестан в 2022 году произошло у 5,15 тыс. женщин (6,2 на 1000 женщин репродуктивного возраста) (таблица 3.2).

Таблица 3.2. – Характеристика прерываний беременности у женщин в Республике Дагестан в 2020-2022 гг.

Показатели	Годы		
	2020	2021	2022
Всего прерываний беременности, человек	5130	5157	5149
- из них у первобеременных, % к общему числу абортов	7,3	14,7	14,2
Показатель частоты абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста	6,1	6,2	6,2
Показатель абортов на 100 родов	11,1	11,5	12,0
Прерываний беременности в сроке до 12 недель, % к общему числу абортов	84,0	84,0	82,2
- из них самопроизвольный аборт и другие анормальные продукты зачатия (замершие беременности), % к числу прерываний до 12 недель	70,2	72,3	72,8
Медицинский аборт (легальный), % к числу прерываний до 12 недель	28,9	27,3	27,1
Аборт по медицинским показаниям, % к числу прерываний до 12 недель	0,9	0,4	0,4
Внематочная беременность, % к числу прерываний до 12 недель	10,8	12,4	11,2
Пузырный занос, % к числу прерываний до 12 недель	0,7	0,9	0,7
Прерываний беременности в сроке, 12-22 недель % к общему числу абортов	16,0	16,1	17,8
- из них самопроизвольный аборт и другие анормальные продукты зачатия (замершие беременности), % к числу прерываний от 12-22 недель	62,0	70,0	75,7
Аборт по медицинским показаниям, % к числу прерываний от 12-22 недель	38,1	24,1	24,3

Большая часть (в среднем 83%) зарегистрированных прерываний беременности происходила в республике в сроке менее 12 недель. Частота прерываний беременности с 12 по 21 неделю включительно составила 16,5%.

В общем спектре причин прерываний беременности около 67% приходилось на аномалии продуктов зачатия, 10% – на внематочную беременность. Пузырный занос выявлялся в единичных случаях.

В течение последних трех лет в регионе не было существенной динамики количества прерываний беременности, которые произошли от всех причин: в сроке менее 12 недель уменьшение на 1,8%, в сроки с 12 по 21 неделю – рост на 1,7%.

Заслуживает внимания то, что в сроке с 12 по 22 неделю беременности доля самопроизвольных абортс возрастала (на 13,7%), а частота абортс по медицинским показаниям имела положительную динамику, сократившись на 13,8%.

Заболеваемость беременных в РД по количественному уровню претерпевала значительные изменения по годам и вплоть до 2018 г. была меньше, чем в России в целом. Более интенсивные темпы снижения заболеваемости женщин в стране привели к превышению частоты данной патологии в РД (в 2022 г. - 5271,4 против 5129, на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста). При моделировании трендов коэффициент аппроксимации в РФ составил 0,9767, в РД - 0,5062 (рисунок 3.13).

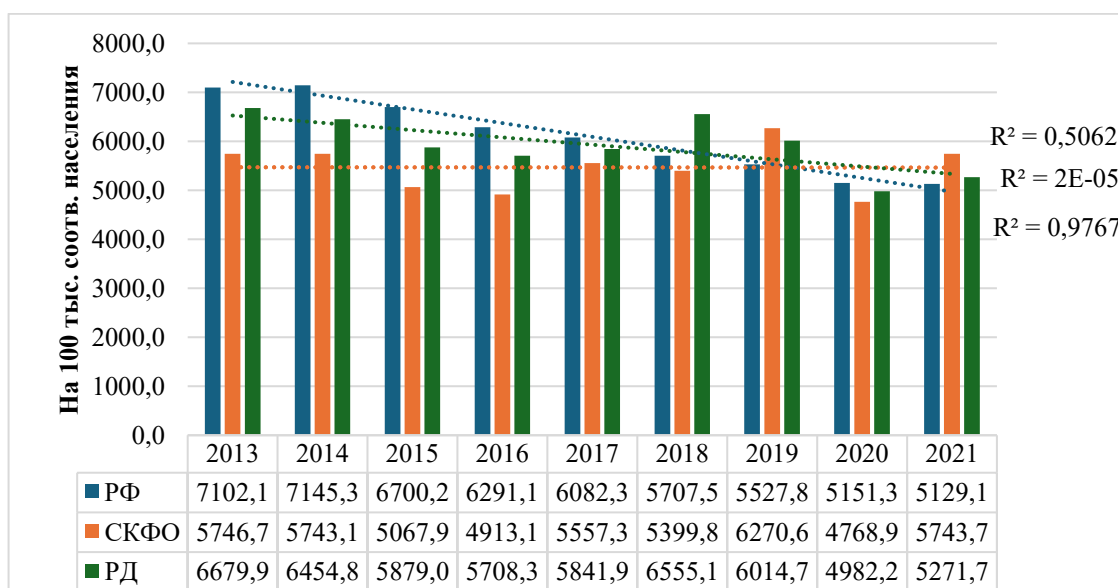


Рисунок 3.13. - Заболеваемость беременных, в родах и в послеродовый период (впервые) в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2021 гг. (на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста)

На фоне сокращения распространенности заболеваемости беременных, в родах и в послеродовой период в РФ ($R^2=0,9619$) в СКФО и Республике Дагестан общая заболеваемость интенсивно нарастала ($R^2 - 0,8608$ и $0,3569$ соответственно), в итоге к 2021 г. ее уровень в этих регионах значительно превышал российский (рисунок 3.14).



Рисунок 3.14. - Заболеваемость беременных, в родах и в послеродовой период (всего) в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2021 гг. (на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста)

Структура заболеваемости беременных женщин в РФ, СКФО и Республике Дагестан в основном идентичная и имеющиеся различия не носят статистически значимый характер ($p>0,05$). Среди причин заболеваемости наиболее распространенными являются угроза прерывания беременности и преждевременных родов, затем патологические состояния плода и существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период (таблица 3.3).

Таблица 3.3. – Структура заболеваемости беременных женщин в РФ, СКФО и Республике Дагестан в 2022 г. (в % к числу закончивших беременность)

Нозологические формы	Регионы		
	РФ	СКФО	РД
Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период	5,76	3,67	3,45
Преэклампсия средней тяжести	1,68	1,98	1,79
Преэклампсия тяжелая	0,41	0,25	0,19
Эклампсия во время беременности	0,02	0,03	0,02
Угроза прерывания беременности	14,4	17,2	19,9
Угроза преждевременных родов	10,5	12,8	13,0
Резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации	2,07	1,65	1,04
Патологические состояния плода	8,8	7,0	6,4

Среди экстрагенитальной патологии беременных в РФ, СКФО и Республике Дагестан лидирующие позиции занимали урогенитальные и эндокринологические заболевания, а также анемии (таблица 3.4). Заболеваемость анемиями в республике имела значительные колебания по годам и начиная с 2017 г. стала превышать российский уровень. В 2022 г. ее показатели существенно не отличались от 2013 г. но статистически значимо были выше, чем в РФ – 41,2 против 34,6% к числу закончивших беременность ($p<0,05$). Болезни мочеполовой системы среди беременных женщин Республики Дагестан наоборот были стабильно менее распространены чем в РФ, имели тенденцию к сокращению и к 2022 г. их число значимо отличалось от российских показателей - 9,5 против 16,1% к числу закончивших беременность ($p<0,05$). Аналогичная ситуация имела место в отношении заболеваемости болезнями эндокринной системы. В отличие от РФ данная патология среди беременных женщин республики значительно (в 1,8 раза) сократилась. В 2022 г. в Республике Дагестан она составила 3,72% к числу закончивших беременность, в РФ – 11,14 ($p<0,05$).

Таблица 3.4. – Структура экстрагенитальной заболеваемости беременных женщин в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 г. (в % к числу закончивших беременность)

Регион	Годы									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Анемия										
РФ	33,1	32,0	32,6	32,7	34,0	35,6	36,0	35,5	35,4	34,6
СКФО	43,6	42,4	42,6	41,0	41,1	44,2	45,2	42,2	41,2	38,0
РД	42,4	39,7	41,6	40,2	45,1	57,2	52,7	48,4	50,9	41,2*
Болезни мочеполовой системы										
РФ	17,4	17,0	16,6	16,8	17,0	16,6	16,9	16,3	15,8	16,1
СКФО	12,1	12,6	13,1	11,4	11,8	11,5	11,2	10,1	9,8	10,8
РД	11,4	9,7	9,3	9,1	8,3	9,8	8,8	8,0	9,0	9,5*
Болезни эндокринной системы										
РФ	5,53	5,54	6,6	7,03	7,75	8,42	9,29	9,54	10,18	11,14
СКФО	6,53	6,11	6,2	5,82	5,82	5,86	5,81	5,27	4,93	5,64
РД	6,79	6,39	6,3	5,31	5,38	5,15	4,54	4,11	3,78	3,72*/**
Сахарный диабет										
РФ	0,73	1,33	2,15	3,14	4,45	5,84	7,21	7,76	9,01	10,45
СКФО	0,12	0,25	0,22	0,44	0,79	1,00	1,04	1,19	1,46	1,91
РД	0,06	0,07	0,05	0,09	0,13	0,23	0,33	0,35	0,33	0,41*/**
Болезни системы кровообращения										
РФ	9,67	9,04	8,3	7,98	7,77	7,59	7,38	6,64	6,19	5,93
СКФО	4,39	4,40	4,3	4,26	4,13	4,21	4,15	3,62	3,34	3,60
РД	1,77	1,75	1,8	1,65	1,52	1,47	1,47	1,99	1,55	1,30*/**
Венозные осложнения										
РФ	4,7	4,8	5,2	5,5	5,7	5,8	6,5	6,1	6,4	6,7
СКФО	6,3	6,6	6,8	6,8	6,6	7,7	7,3	6,8	6,4	7,2
РД	4,9	5,2	4,3	4,3	4,8	6,6	6,4	5,5	5,4	5,4*/**

* статистически значимые различия с показателями РФ, $p < 0,05$

* статистически значимые различия с показателями СКФО, $p < 0,05$

Следует отметить небольшую по сравнению с РФ распространенность у беременных женщин в Республике Дагестан сахарного диабета (в 2022 г. 0,41 против 10,45% к числу закончивших беременность, $p < 0,05$) и болезней системы кровообращения (в 2022 г. 1,30 против 5,93% соответственно, $p < 0,05$).

Частота венозных осложнений увеличивается во всех сравниваемых регионах, однако в республике данный показатель статистически значимо ниже - в 2022 г. 5,4 против 6,7% в РФ, $p < 0,05$.

3.2.3. Заболеваемость рожениц и родильниц

Доля нормальных родов в Республике Дагестан за весь период наблюдения была меньше, чем в РФ и СКФО, но при этом обладала статистически значимой тенденцией к увеличению, что не было характерно для общероссийского и окружного показателей. При моделировании трендов коэффициент аппроксимации составил 0,53 против 0,1058 и 0,278 соответственно (рисунок 3.15). В 2022 гг. частота нормальных родов в республике составила 38,1%, что выше, чем в РФ ($p > 0,05$).

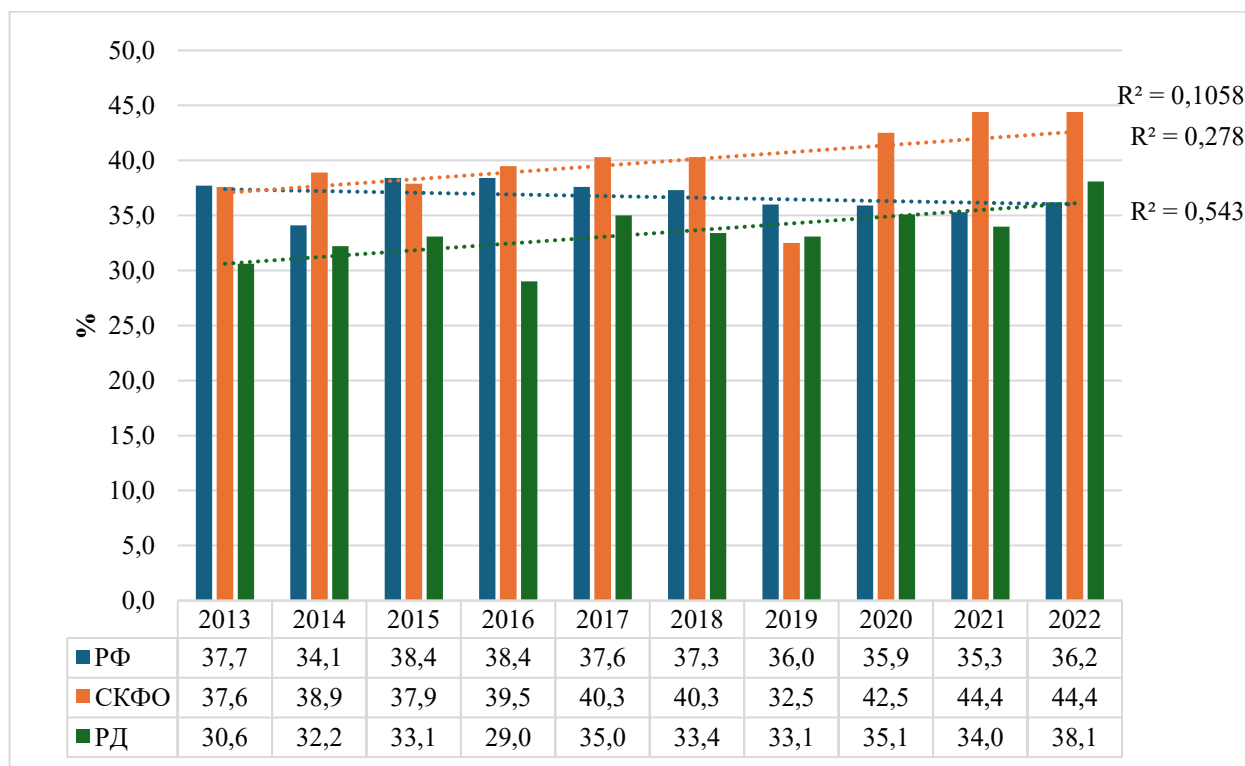


Рисунок 3.15. - Доля нормальных родов в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (%)

Структура заболеваемости рожениц и родильниц существенно не различалась в сравниваемых регионах. Около половины среди ее причин занимала ранее выявленная артериальная гипертензия, которая осложняла беременность, роды и послеродовый период. Около 33,3% составляла преэклампсия средней степени тяжести, десятую часть – тяжелая преэклампсия. В единичных случаях регистрировалась эклампсия во время беременности (таблица 3.5).

Таблица 3.5. – Структура заболеваемости рожениц и родильниц в РФ, СКФО и Республике Дагестан в 2022 г. (в % к числу закончивших беременность)

Нозологические формы	Регионы		
	РФ	СКФО	РД
Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период	48,0	36,1	53,2
Преэклампсия средней тяжести	28,0	38,6	30,5
Преэклампсия тяжелая	9,0	8,0	12,4
Эклампсия во время беременности	0,16	0,10	0,14

Анализ показал, что в родах среди основных причин заболеваемости рожениц в РФ, СКФО и Республике Дагестан (2013-2022 гг.) преобладали нарушение родовой деятельности, затрудненные роды и роды, осложненные патологией пуповины. Реже отмечались преждевременная отслойка плаценты, кровотечение в последовом и послеродовом периоде (таблица 3.6).

Таблица 3.6. – Структура основных причин заболеваемости рожениц и родильниц в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (в % к числу закончивших беременность)

Регион	Годы									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Предлежание плаценты с кровотечением										
РФ	2,16	2,23	1,84	1,78	1,82	1,83	1,85	1,66	1,60	1,71
СКФО	2,25	2,54	2,72	2,72	1,75	1,58	1,53	1,11	1,20	1,46
РД	1,66	2,11	3,12	3,12	1,81	1,38	2,02	1,51	1,38	1,95
Преждевременная отслойка плаценты										
РФ	8,8	8,9	9,3	9,0	9,2	9,4	9,3	9,1	9,1	9,2
СКФО	11,3	11,9	11,1	10,0	9,3	9,9	9,8	10,6	8,6	9,0
РД	10,4	10,7	8,2	8,0	6,9	7,9	7,8	10,1	5,8	7,9
Затрудненные роды										
РФ	75,3	70,9	66,7	64,1	63,7	61,2	60,9	59,6	54,4	51,5
СКФО	68,5	92,3	77,7	77,4	62,7	69,3	59,5	66,1	61,3	57,9
РД	93,8	89,1	81,6	62,3	57,2	55,0	49,2	54,6	49,2	45,3**
Нарушение родовой деятельности										
РФ	99,5	93,2	88,4	83,3	81,6	78,7	77,2	76,0	68,1	68,6
СКФО	69,2	66,3	58,5	56,0	49,9	50,3	46,0	50,8	48,6	46,4
РД	82,3	74,1	72,3	74,5	71,2	69,6	66,3	77,2	80,4	68,6**
Роды, осложненные патологией пуповины										

РФ	61,6	57,3	57,2	54,5	56,3	54,6	53,2	49,6	44,6	46,2
СКФО	55,0	50,4	49,5	55,8	54,1	56,1	54,6	51,8	44,7	41,8
РД	96,2	79,6	75,2	83,4	81,4	70,2	69,5	64,3	62,7	51,7**
Кровотечение в последовом и послеродовом периоде										
РФ	10,6	10,2	10,8	10,9	10,8	10,2	10,6	11,2	11,7	13,4
СКФО	14,8	11,5	14,1	11,3	10,7	9,4	8,5	7,6	9,6	9,3
РД	14,2	10,7	11,6	9,3	10,1	11,0	8,9	7,7	9,6	8,4*

* статистически значимые различия с показателями РФ, $p < 0,05$

* статистически значимые различия с показателями СКФО, $p < 0,05$

Частота нарушений родовой деятельности во всех сравниваемых регионах интенсивно снижалась. В Республике Дагестан до 2020 г. данный показатель был ниже российского уровня, к 2022 существенно сократился и стал на уровне последнего – 68,6% к числу закончивших беременность.

Структура причин нарушения родовой деятельности в РФ, СКФО и Республике Дагестан в 2022 г. представлена на рисунке 3.16. В подавляющем большинстве случаев среди них была слабость родовой деятельности: РФ – 61,4%, СКФО – 70,2% и в Республике Дагестан – 74,0% (статистически значимая разница с показателями РФ, $p < 0,05$). На втором месте находились стремительные роды и дискоординация родовой деятельности.

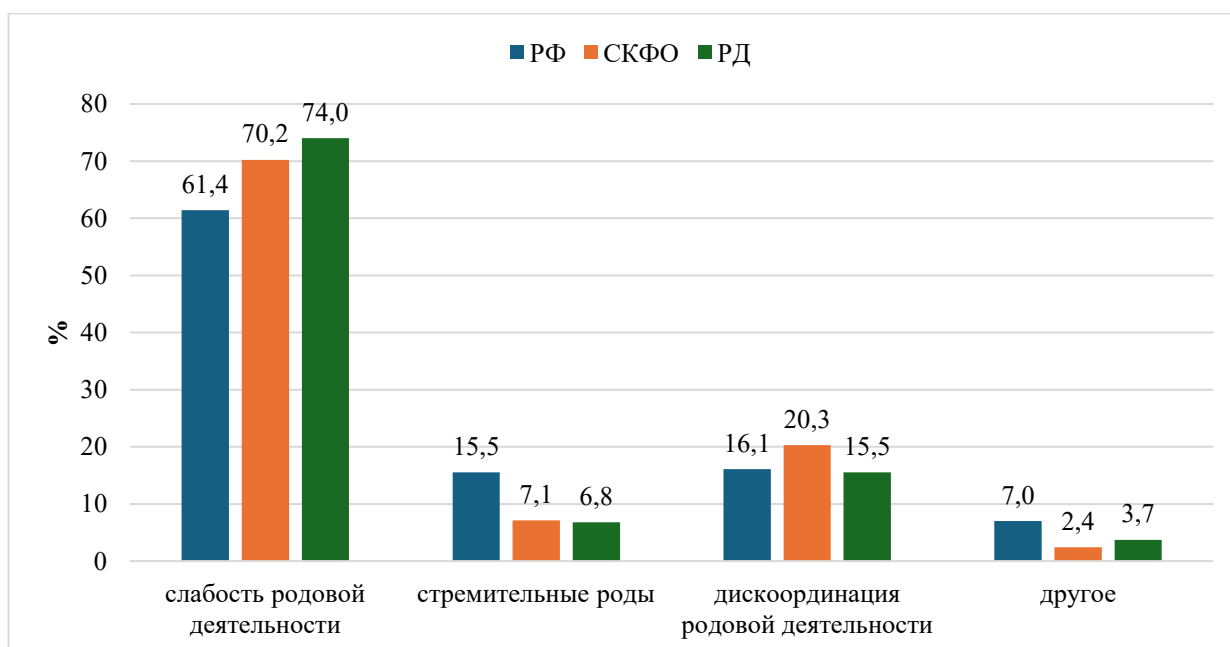


Рисунок 3.16. - Структура причин нарушения родовой деятельности в РФ, СКФО и Республике Дагестан в 2022 г. (%)

Затрудненные роды в республике по своей частоте до 2016 г. превышали показатели в РФ и СКФО. В результате значительного их сокращения (в 2,1

раза) к 2022 г. стали ниже таковых – 45,3% против 51,5% и 57,9% соответственно.

Роды, осложненные патологией пуповины, в Республике Дагестан регистрировались стабильно чаще, чем в РФ и СКФО. В 2022 г. они соответственно составили 51,7%, 46,2% и 41,8%.

Менее распространенные нарушения как предлежание плаценты с кровотечением, преждевременная отслойка плаценты, кровотечение в последовом и послеродовом периоде в РФ, СКФО и Республике имели аналогичные уровень и тенденции в динамике.

Среди оперативных вмешательств наиболее частыми было кесарево сечение. Анализ показал неуклонный рост его использования в сроке 22 недель беременности и более в РФ, СКФО и Республике Дагестан, коэффициенты аппроксимации в которых соответственно составили 0,9317, 0,9516 и 0,8297 (рисунок 3.17). Вместе с этим, следует отметить, что в республике эти показатели на 1000 родов стабильно были ниже, чем в РФ и СКФО, хотя различия не носили статистически значимый характер ($p > 0,05$).

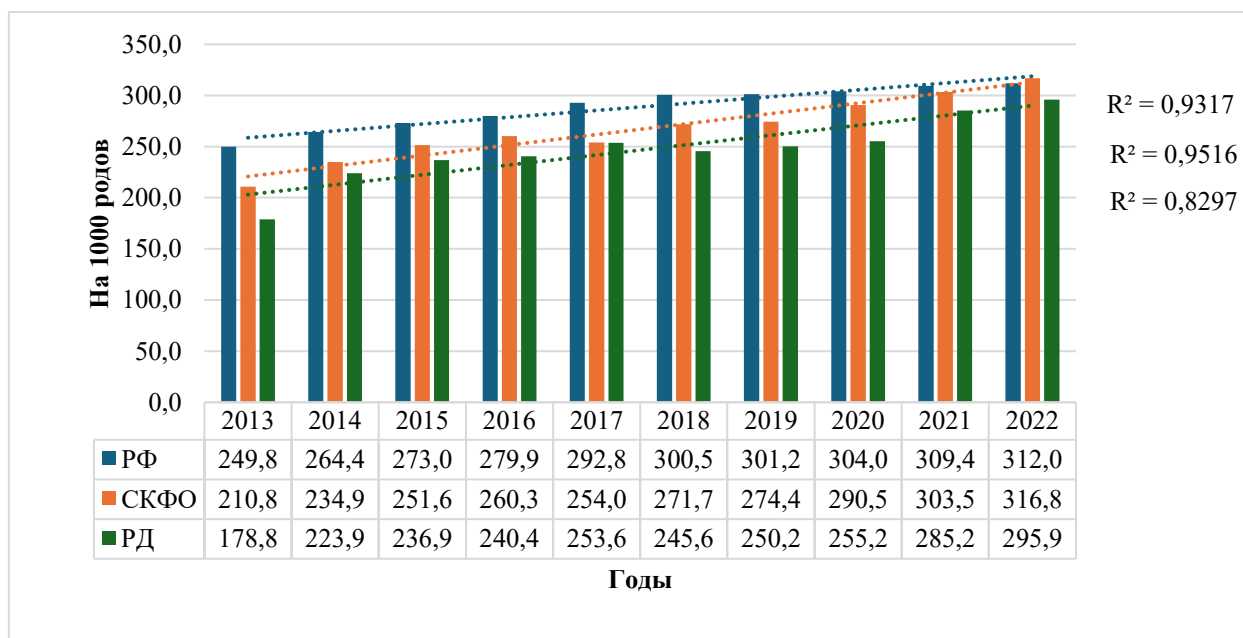


Рисунок 3.17. - Кесарево сечение в сроке 22 недель беременности и более в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 1000 родов)

3.2.4. Состояние здоровья родившихся детей

Одним из показателей репродуктивного здоровья является состояние здоровья новорожденных. Распределение родившихся детей по весовым категориям в РФ, СКФО и Республике Дагестан в 2022 г. не имело статистически значимых различий (таблица 3.7).

Таблица 3.7. – Распределение родившихся по весовым категориям в РФ, СКФО и Республике Дагестан в 2022 г. (%)

Регион	Весовые категории								
	500-749	750-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500-3999	4000 и более
РФ	0,12	0,28	0,63	1,26	3,76	15,22	37,8	30,81	10,12
СКФО	0,07	0,27	0,47	1,03	3,22	13,44	36,05	32,72	12,73
РД	0,07	0,30	0,42	0,88	2,98	13,31	33,42	34,27	14,36

Заболеваемость новорожденных в СКФО и Республике Дагестан в 2013-2022 гг. в отличие от РФ характеризовалась стагнацией процесса – коэффициенты аппроксимации соответственно составляли 0,223, 0,2031 и 0,6373. При этом уровень заболеваемости родившихся детей в республике был более низким – 288,4 против 314,6 и 299,8 на 1000 родившихся живыми (рисунок 3.18). Однако различия не были статистически значимыми ($p > 0,05$).

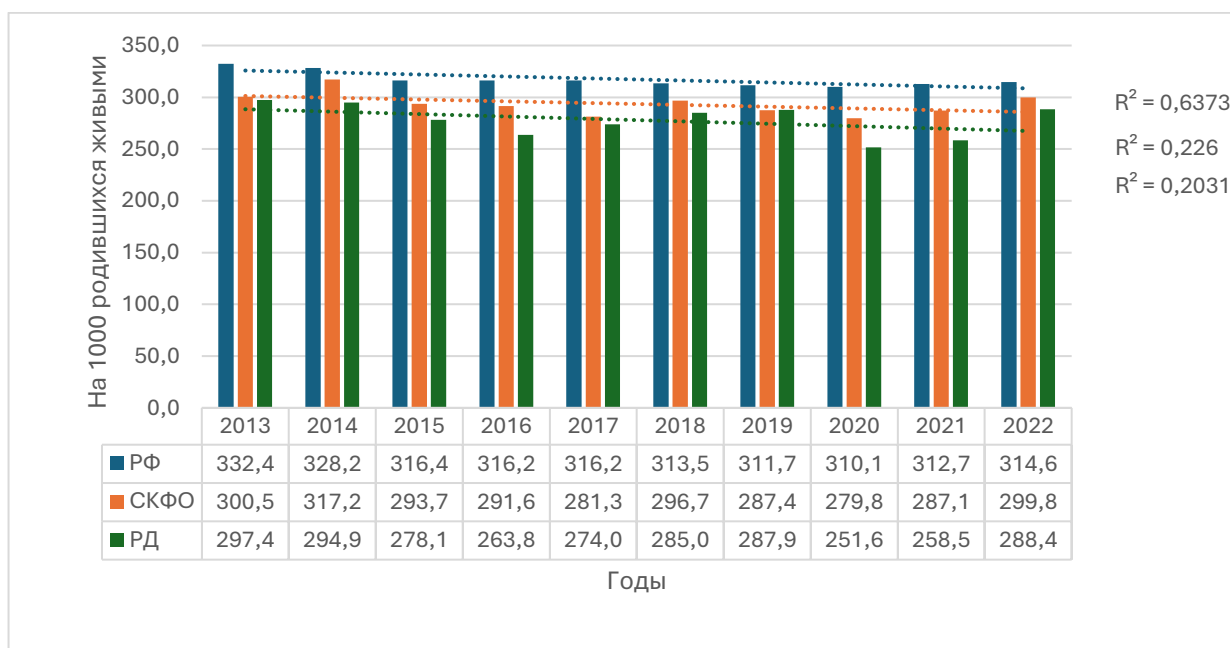


Рисунок 3.18. – Заболеваемость новорожденных в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Исходя из анализируемых данных, можно сформулировать следующие обобщения:

- имеют место неблагоприятные тенденции в демографической ситуации – отчетливая динамика к снижению численности женского населения, находящегося в репродуктивном возрасте, и рождаемости, повышенные уровни материнской и перинатальной смертности;

- регистрируется относительно высокий уровень гинекологической заболеваемости, среди причин которой наиболее распространенными являлись эрозия шейки матки, сальпингит и оофорит, а также расстройства менструации;

- подавляющее большинство прерываний беременности происходило в сроке менее 12 недель. В общем спектре причин данных неблагоприятных событий преобладали аномальные продукты зачатия и внематочная беременность;

- среди причин заболеваемости во время беременности наиболее распространенными были угроза прерывания беременности и преждевременных родов, затем патологические состояния плода и существовавшая ранее гипертензия;

- среди экстрагенитальной патологии у беременных женщин первые ранговые места занимали анемии, болезни мочеполовой и эндокринной систем;

- доля нормальных родов за весь период наблюдения была меньше, чем в РФ и СКФО, однако в отличие от последних имела статистически значимую тенденцию к росту;

- в родах среди основных причин заболеваемости рожениц преобладали нарушение родовой деятельности, затрудненные роды и роды, осложненные патологией пуповины, реже отмечались преждевременная отслойка плаценты, кровотечение в последовом и послеродовом периоде;

- отмечается неуклонный рост использования кесарева сечения в сроке 22 недель беременности;

- распределение родившихся детей по весовым категориям соответствует российским показателям, заболеваемость новорожденных в республике отличие от РФ характеризовалась стагнацией процесса и более низким уровнем.

ГЛАВА 4. МНЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О КАЧЕСТВЕ И ДОСТУПНОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

4.1. Характеристика репродуктивного здоровья женщин

Большинство (71,0%) женщин, принявших участие в исследовании, положительно оценили состояние своего здоровья в целом (34,0% - хорошее, 37,0% - скорее хорошее, чем плохое). Значительно реже (15,8%) они давали отрицательные оценки (11,4% - скорее плохое, чем хорошее, 4,4% - плохое). При этом 13,2% опрошенных не смогли оценить состояние своего здоровья (таблица 4.1).

Таблица 4.1. - Мнение женщин о состоянии своего здоровья (в %)

Оценка здоровья	Всего	1-я группа	2-я группа	p ²
Хорошее	34,0	38,7	29,4	<0,05
Скорее хорошее, чем плохое	37,0	40,0	33,8	>0,05
Скорее плохое, чем хорошее	11,4	6,6	16,2	<0,05
Плохое	4,4	5,8	3,0	>0,05
Затрудняюсь ответить	13,2	8,8	17,6	<0,05
Всего	1000,	100,0	100,0	

Следует отметить, что жительницы г. Махачкалы (1-я группа) статистически значимо выше оценивали свое здоровье - 78,7% (34,0% - хорошее, 37,0% - скорее хорошее, чем плохое) по сравнению с женщинами, проживающими в районах республики (2-я группа) – 63,2% (29,4% - хорошее, 33,8% - скорее хорошее, чем плохое). Кроме того, значительная часть последних (17,6%) затруднялись ответить на этот вопрос.

Несмотря на высокую оценку своего здоровья, 39,9% женщин сообщали о наличии у них различных хронических заболеваний, чаще это были жительницы районов республики (50,7% против 29,1%, p<0,05).

Наиболее распространенной патологией были болезни органов пищеварения (179,0 на 1000 женщин), мочеполовой системы (в том числе

² Статистическая значимость различий

гинекологические) (148,3). Довольно часто встречались болезни эндокринной системы и кожи – по 126,2 (таблица 4.2). Распространенность болезней глаза и органов дыхания составляла 81,1 на 1000 опрошенных женщин, болезней крови нервной системы – 76,9.

Таблица 4.2. – Распространенность хронической патологии (на 1000 женщин)

Классы болезней по МКБ-10	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Инфекционные заболевания (в том числе инфекции, передаваемые половым путем – ИППП)	34,0	24,4	43,5	<0,05
Новообразования	38,9	48,8	29,0	<0,05
Болезни крови	31,7	48,8	14,5	<0,05
Болезни эндокринной системы	126,2	122,0	130,4	<0,05
Болезни нервной системы	76,9	81,3	72,5	>0,05
Болезни глаза	80,1	73,2	87,0	<0,05
Болезни уха	57,5	56,9	58,0	>0,05
Болезни системы кровообращения	88,7	89,4	87,0	>0,05
Болезни органов дыхания	94,1	130,1	58,0	<0,05
Болезни органов пищеварения	179,0	227,6	130,4	<0,05
Болезни костно-мышечной системы	66,5	89,4	43,5	<0,05
Болезни кожи	75,5	122,0	29,0	<0,05
Болезни мочеполовой системы (в том числе гинекологические)	148,3	195,1	101,4	<0,05
Врожденные аномалии, генетические болезни	10,4	11,8	7,2	>0,05

Аналогичное соотношение отмечалось у женщин 1-й и 2-й групп. Вместе с тем, статистически значимо у последних были более распространены болезни эндокринной системы и глаза, а у жительниц г. Махачкалы – новообразования, болезни крови, органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы, кожи и мочеполовой системы. Такая ситуация, скорее всего была связана с более высокими диагностическими возможностями в условиях республиканского центра.

Все опрошенные женщины имели положительную установку на

рождение детей и считали это важнейшим условием для создания прочной семьи. При этом 58,2% респонденток хотели бы иметь в семье двух детей, 26,3% - трех и 9,6% - более трех. Только 5,9% хотят иметь одного ребенка.

Согласно полученным данным, на момент анкетирования 33,4% женщин имели одного ребенка, 45,3% - двоих детей и 21,3% - троих и более детей, то есть считались многодетными. Распространенность многодетных семей в районах была выше, чем в столице республики: 25,0% против 17,4% ($p > 0,05$).

В среднем число беременностей у опрошенных женщин составляло $3,01 \pm 1,43$ случаев (в 1-й группе - $2,11 \pm 0,98$, во второй - $3,48 \pm 1,07$, $p < 0,05$). Число родов у женщин из районов максимально достигало до 9, в среднем же оно составляло $2,06 \pm 0,39$. Данные показатели различались у респонденток сравниваемых групп: в 1-й группе $1,89 \pm 0,22$ и $2,41 \pm 0,88$ – во второй ($p < 0,05$).

У 21,4% (в 1-й группе – 19,8%, во второй – 22,3%, $p > 0,05$) женщин в анамнезе были медицинские аборт (в среднем $1,49 \pm 1,02$) (в 1-й группе – $1,68 \pm 1,08$, во второй – $1,29 \pm 0,72$ $p > 0,05$). Осложнения после медицинских абортов наблюдались в 17,8% (в 1-й группе - 23,1, во 2-й - 12,5%, $p < 0,05$) случаев.

Следует отметить, что 66,1% женщин 1-й группы и 59,1% второй ($p > 0,05$) сообщили о реализации планов в отношении рождения детей. Согласно полученным данным, 60,5% женщин в 1-й группе и 64,4% во 2-й ($p > 0,05$) пользуются различными методами и средствами предохранения от нежелательной беременности. Сравнительный анализ показал преимущественное использование жителями г. Махачкалы презервативов (50,6% против 33,4%, $p < 0,05$) и прерванного полового сношения (28,6% против 18,5%, $p < 0,05$), а проживающими в районах – спирали (22,2% против 7,8%, $p < 0,05$) и спринцевания (14,8% против 2,6%, $p < 0,05$).

Причины, по которым не были реализованы репродуктивные планы перечислены в таблице 4.3. Первые ранговые места среди них занимали

гинекологические заболевания (42,8 на 100 опрошенных), общие хронические заболевания (27,3), заболевания у мужа (18,6), занятость в работе (15,6). Часто назывались такие причины как семейные проблемы (семейные конфликты, злоупотребление мужа алкоголем, нежелание мужа) (в сумме 25,6), материальные затруднения (13,1), плохие жилищные условия (10,6). Среди причин не реализации планов в отношении рождения детей статистически значимо преобладали в г. Махачкале - семейные конфликты и злоупотребление мужа алкоголем, в районах - общие хронические и гинекологические заболевания.

Таблица 4.3. – Причины, по которым не были полностью реализованы планы в отношении рождения детей (на 100 опрошенных)

Причины	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Занятость в работе	15,6	16,3	14,8	>0,05
Занятость в учебе	3,2	6,3	0,0	<0,05
Пребывание вне брака	5,0	6,3	3,7	>0,05
Общие хронические заболевания	27,3	13,8	40,7	<0,05
Гинекологические заболевания	42,8	26,3	59,3	<0,05
Заболевания у мужа	18,6	15,0	22,2	>0,05
Материальные затруднения	13,1	15,0	11,1	>0,05
Плохие жилищные условия	10,6	13,8	7,4	>0,05
Семейные конфликты	7,5	15,0	0,0	<0,05
Злоупотребление мужа алкоголем	7,5	15,0	0,0	<0,05
Нежелание мужа	10,6	13,8	7,4	>0,05
Другие	10,0	16,3	3,7	<0,05

Выявлен рост гинекологической заболеваемости с возрастом. Если среди женщин до 30 лет ее уровень составлял 11,8 на 100 женщин этого возраста, то в возрастной группе 30-39 лет – он был в 1,7 раз выше, а в группе 40-49 лет – уже в 2,9 раз. При этом данная патология была в 1,35 раз больше распространена среди жительниц районов по сравнению с проживающими в столице ($p<0,05$).

В структуре имевшихся у респонденток гинекологических заболеваний преобладали эрозии шейки матки (34,0%), сальпингиты и оофориты (20,9%) и расстройства менструального цикла (18,4%). Далее шли кисты яичников (12,4%), миомы матки (6,8%), эндометриоз (5,2%) и бесплодие – 2,3%. В районах чаще отмечались нарушения менструального цикла и воспалительные заболевания гениталий, а в г. Махачкале миомы и опухоли и эндометриоз.

Почти одинаково часто женщины получали стационарное лечение пациентки при гинекологических заболеваниях: в 1-й группе - 52,6%, во 2-й – 52,4% ($p>0,05$).

Осложненное течение беременности наблюдалось у 47,4% (в 1-й группе – 48,3%, во 2-й – 46,4%) женщин. При опросе было установлено, что наиболее распространенным осложнением был токсикоз беременных (46,9 на 100 опрошенных). Часто регистрировались повышение артериального давления (25,7), угроза прерывания беременности (23,7) (таблица 4.4).

Таблица 4.4. – Осложнения течения беременности (на 100 опрошенных)

Осложнения беременности	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Преждевременное прерывание беременности	18,2	5,6	30,8	$<0,05$
Угроза прерывания беременности	23,7	28,1	19,2	$<0,05$
Угроза преждевременных родов	13,2	22,5	3,8	$<0,05$
Токсикоз	46,9	36,0	57,7	$<0,05$
Повышение артериального давления	25,7	9,0	42,3	$<0,05$
Отеки	28,3	25,8	30,8	$>0,05$
Анемия	29,8	32,6	26,9	$>0,05$
Сахарный диабет	8,4	9,0	7,7	$>0,05$
Другое	12,0	12,4	11,5	$>0,05$

Среди экстрагенитальных осложнений наблюдались анемии (29,8), отеки (28,3 на 100 опрошенных). Значительно реже регистрировался сахарный диабет (8,4).

Распространенность осложнений беременности статистически значимо различалась у женщин сравниваемых групп. Так, у первых преобладали угроза прерывания беременности и преждевременных родов, у вторых – токсикоз,

повышение артериального давления и преждевременное прерывание беременности. Однако это не распространялось на частоту экстрагенитальных осложнений (отеки, анемия, сахарный диабет).

Об осложнениях течения родов и послеродового периода сообщили 10,9% (в 1-й группе -12,5%, во 2-й - 9,0%, $p<0,05$) участниц опроса. Наиболее распространенными осложнениями были слабость родовой деятельности - 49,5 на 100 опрошенных, повышение артериального давления в родах (эклампсия) – 42,9 и внеплановое кесарево сечение - 40,4 (таблица 4.5).

Таблица 4.5. – Осложнения родов и послеродового периода (на 100 опрошенных)

Осложнения родов и послеродового периода	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Повышение артериального давления в родах (эклампсия)	42,9	22,2	63,6	$<0,05$
Предлежание плаценты с кровотечением	20,2	22,2	18,2	$>0,05$
Преждевременная отслойка плаценты	10,1	11,1	9,1	$>0,05$
Слабость родовой деятельности	49,5	44,4	54,5	$<0,05$
Стремительные роды	14,7	11,1	18,2	$>0,05$
Кровотечение в последовом и послеродовом периоде	20,2	22,2	18,2	$>0,05$
Другое	14,7	11,1	18,2	$>0,05$

Кроме этого, одинаково часто (22,2 на 100 опрошенных) наблюдались предлежание плаценты с кровотечением, кровотечение в последовом и послеродовом периоде. В единичных случаях были такие осложнения как преждевременная отслойка плаценты и стремительные роды.

Сравнительный анализ показал, что у женщин, проживающих в г. Махачкала, статистически значимо чаще имело место внеплановое кесарево сечение, а у жительниц районов - повышение артериального давления в родах, слабость родовой деятельности.

В результате опроса были установлены случаи мертворождения у 2,88% (1-я группа – 1,97 %, 2-я – 2,80%) и гибель детей в раннем неонатальном периоде (0-6 суток) у 1,8% (1-я группа – 1,05 %, 2-я – 2,7%) женщин. Таким образом, частота случаев мертворождения и ранней неонатальной гибели

новорожденных в районах республики несколько больше, чем в ее столице.

4.2. Характеристика медицинской активности женщин

За гинекологической помощью большая часть (49,9 на 100 опрошенных) женщин обращалась в женскую консультацию и 33,7 – в частные медицинские организации, 21,4 - к знакомому врачу. Значительно реже отмечались обращения в участковую больницу (13,3), центральную районную больницу (18,3) и перинатальный центр (3,8) (таблица 4.6). Опрос показал, что жительницы столицы статистически значимо, что вполне объяснимо, чаще обращались в женские консультации, а жительницы районов в центральные районные больницы, к знакомому врачу и в ФАП.

Таблица 4.6. – Медицинские организации, в которые предпочитали обращаться женщины по поводу гинекологической заболеваемости (на 100 опрошенных)

Медицинские организации	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Фельдшерско-акушерский пункт	7,7	-	14,5	<0,05
Участковая больница	13,3	9,4	17,1	>0,05
Центральная районная больница	18,3	10,2	26,3	<0,05
Женская консультация	49,9	66,9	32,9	<0,05
Перинатальный центр	3,8	6,3	1,3	>0,05
Частные медицинские организации	33,7	37,0	30,3	>0,05
К знакомому врачу	21,4	16,5	26,3	<0,05

На вопрос «Пользуетесь ли Вы правом выбора участкового врача акушера-гинеколога?» женщины ответили следующим образом: пользуюсь - 75,4%, такого права у меня нет - 8,8%, не пользуюсь, так как за это надо платить - 5,4%, врачи не принимают пациентов с другого участка - 10,4%. При этом установлено, что посещали женскую консультацию несколько раз в год – 47,0%, один раз в год – 27,3%, один раз в 2 года – 11,3% и реже, чем один раз в 2 года – 14,4% опрошенных.

Аналогичное соотношение ответов на данный вопрос имело место при опросе женщин, проживающих в г. Махачкале и районах. Так, в столице республики женщины пользовались правом выбора участкового врача акушера-гинеколога – в 75,0% случаев, считали, что у них такого права нет - 7,8%, не пользовались, так как за это надо платить – в 6,0% и врачи не принимали пациентов с другого участка – в 11,2%. Установлено, что посещали

женскую консультацию несколько раз в год – 50,8%, один раз в год – 22,7%, один раз в 2 года – 8,5% и реже, чем один раз в 2 года – 18,0% опрошенных.

Проживающие в районах женщины пользовались правом выбора участкового врача акушера-гинеколога – в 75,8% случаев, считали, что у них такого права нет - 9,7%, не пользовались, так как за это надо платить – в 4,8% и врачи не принимали пациентов с другого участка – в 9,7%. Посещали женскую консультацию несколько раз в год – 43,1%, один раз в год – 31,9%, один раз в 2 года – 13,9% и реже, чем один раз в 2 года – 11,1% опрошенных.

Среди причин нерегулярности посещения женской консультации чаще назывались: отсутствие свободного времени (65,1 на 100 опрошенных), неудобный график работы учреждения (23,6), значительно реже недоверие к врачу (7,1), плохое отношение медицинского персонала (10,2) (таблица 4.7). Сравнительный анализ показал отсутствие статистически значимых различий в ответах по данному вопросу среди респонденток сравниваемых групп.

Таблица 4.7. – Причины нерегулярности посещения женской консультации
(на 100 опрошенных)

Причины	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Недоверие к врачу	7,1	6,7	7,4	<0,05
Неудобный график работы учреждения	23,6	26,7	20,4	<0,05
Отсутствие свободного времени	62,6	65,1	59,5	<0,05
Плохое отношение медицинского персонала	10,2	10,5	9,9	<0,05
Другое	27,9	28,3	27,4	<0,05

На вопрос «Посещаете ли Вы гинеколога с профилактической целью?» положительно ответили 69,1% респондентов. При этом почти одинаковые ответы были установлены при опросе женщин 1-й и 2-й групп - 68,6% и 69,6% ($p>0,05$) соответственно.

Важным показателем качества акушерской помощи является наблюдение женщин во время беременности. Следует отметить, что 74,2% респонденток встали на учет в женской консультации до 12 недель беременности и более одной трети (37,5%) регулярное наблюдение у врача (таблица 4.8).

Таблица 4.8. – Наблюдение женщин во время беременности (в %)

Показатели	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Встали на учет до 12 недель беременности	74,2	77,5	71,1	>0,05
Регулярное наблюдение у врача	37,5	53,9	21,1	<0,05
Были проведены все лабораторные исследования	27,8	37,1	18,4	<0,05
Проводилось УЗ-исследование	37,6	44,9	30,3	<0,05
Были направлены на консультацию к различным врачам-специалистам	25,3	36,0	14,5	<0,05
По показаниям проводилось стационарное лечение	22,9	40,4	5,3	<0,05

Вместе с этим, только у 37,6% беременных проводились УЗ-исследования, у 27,8% - выполнены все лабораторные исследования. Лишь 25,2% опрошенных женщин сообщили, что во время беременности направлялись на консультацию к терапевту и 25,3% - к другим специалистам. Показания к стационарному лечению были в 22,9% случаев.

Сравнительный анализ показал, что жительницы районов хуже наблюдались во время беременности. Так, если они состояли на учете по поводу беременности и встали на учет до 12 недель беременности практически с той же частотой, что и жительницы Махачкалы, то в остальном анализируемые показатели были статистически значимо ниже. Особенно это относится регулярному наблюдению у врача (21,1% против 53,9% соответственно, $p<0,05$) и проведению лабораторных исследований (18,4% против 37,1%, $p<0,05$). Значительно реже женщинам из районов проводилось УЗ-исследование, они реже направлялись на консультацию к терапевту, а также к другим специалистам и на стационарное лечение по показаниям. На вопрос «Всегда ли Вы строго выполняете врачебные рекомендации?» положительно ответили 70,8% (в 1-й группе – 74,8 %, во 2-й – 66,7%) респондентов

4.3. Мнение женщин о качестве и доступности акушерско-гинекологической помощи

Важным разделом данного социологического исследования было изучение удовлетворенности пациенток акушерско-гинекологического профиля оказываемой им медицинской помощью.

Результаты опроса отражены на рисунке 4.1. Более 80% женщин дали утвердительный ответ на этот вопрос (да – 53,5%, скорее да, чем нет – 28,1%). Отрицательные ответы характеризовались следующим распределением: скорее нет, чем да – 16,8%, нет – 1,6%.

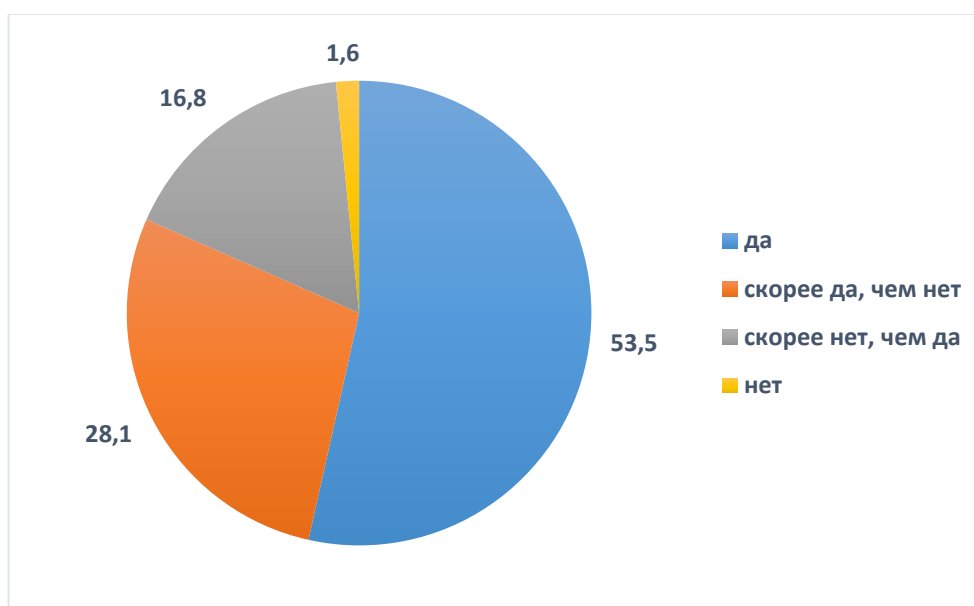


Рисунок 4.1. - Удовлетворенность женщин, оказываемой им акушерско-гинекологической помощью (в %)

Среди жительниц столицы и районов республики распределение ответов было аналогичным: в 1-й группе - 82,5% ответили положительно (да – 54,1%, скорее да, чем нет – 28,4%), отрицательно - скорее нет, чем да – 16,2%, нет – 1,3%; во 2-й - 79,1% ответили положительно (да – 50,4%, скорее да, чем нет – 28,7%), отрицательно - скорее нет, чем да – 19,1%, нет – 1,8%.

В списке причин отсутствия удовлетворенности женщин получаемой ими акушерско-гинекологической помощью наиболее были распространены отсутствие современной аппаратуры (40,8 на 100 опрошенных),

эффективность лечения (33,0), доступность акушерско-гинекологической помощи (28,9), качество диагностики (28,0) и доступность диагностики (25,6).

Реже назывались не соблюдение прав пациента (24,0 на 100 опрошенных), доступность информации о диагнозе, прогнозе и лечении (20,2) (таблица 4.11).

Таблица 4.11. – Причины неудовлетворенности женщин, оказываемой им акушерско-гинекологической помощью (на 100 ответивших)

Причины	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Доступность акушерско-гинекологической помощи	28,9	28,1	29,6	>0,05
Условия пребывания	10,0	12,5	7,4	>0,05
Отношение медицинского персонала	16,8	18,8	14,8	>0,05
Квалификация медицинских работников	14,4	25,0	3,7	<0,05
Доступность информации о диагнозе, прогнозе и лечении	20,2	21,9	18,5	<0,05
Доступность диагностики	25,6	43,8	7,4	<0,05
Качество диагностики	28,0	37,5	18,5	<0,05
Отсутствие современной аппаратуры	40,8	59,4	22,2	<0,05
Эффективность лечения	33,0	43,8	22,2	<0,05
Соблюдения прав пациента	24,0	40,6	7,4	<0,05
Другое	25,1	40,6	11,1	<0,05

Следует отметить, что отношение медицинского персонала (16,8), квалификация медицинских работников (14,4), условия пребывания (10,0) как причина неудовлетворенности женщин медицинской помощью, оказываемой врачами акушерами-гинекологами, отмечалось значительно реже.

Большинство причин неудовлетворенности женщин акушерско-гинекологической помощью чаще указывались жительницами Махачкалы по сравнению с женщинами, проживающими в районах. Это касалось квалификации медицинских работников (25,0 против 14,4, $p<0,05$), доступности медицинской помощи (43,8 против 25,6, $p<0,05$), качества диагностики (37,5 против 28,0, $p<0,05$), отсутствия современной аппаратуры

(59,4 против 40,8, $p<0,05$), низкой эффективности лечения (43,8 против 33,0, $p<0,05$) и соблюдения прав пациента (40,6 против 24,0, $p<0,05$).

Изучалась удовлетворенность женщин акушерско-гинекологической помощью не только от места жительства, но и в зависимости от ряда медико-социальных факторов.

Установлено (табл. 4.12), что статистически значимо чаще были не удовлетворены респонденты с высшим образованием (57,9% против 37,3% соответственно, $p<0,05$), рабочие (31,1% против 22,8%, $p<0,05$), служащие (10,5% против 4,8%, $p<0,05$) и студенты (10,5% против 3,6%, $p<0,05$). Вместе с тем, домашние хозяйки чаще высказывали удовлетворенность по данному вопросу - 56,6% против 47,4% соответственно ($p<0,05$).

Таблица 4.12. – Удовлетворенность женщин акушерско-гинекологической помощью в зависимости от медико-социальных факторов (в %)

Факторы	Удовлетворенность акушерско-гинекологической помощью		p
	Да, удовлетворены	Нет, не удовлетворены	
Средний возраст, лет	29,91±6,07	30,83±8,55	>0,05
Образование			
среднее	32,5	15,8	<0,05
среднее специальное	26,5	21,1	>0,05
неоконченное высшее	3,6	5,2	>0,05
высшее	37,3	57,9	<0,05
Социальное положение			
рабочая	22,8	31,1	<0,05
служащая	4,8	10,5	<0,05
учащаяся (студентка)	3,6	10,5*	<0,05
домашняя хозяйка	56,6	47,4	<0,05
Семейное положение			
состоит в браке	92,8	81,2	<0,05
разведена	6,0	5,3	>0,05
никогда не состояла в браке	1,2	10,5	<0,05
Хроническая патология	24,7	31,6	<0,05
Гинекологические заболевания	48,8	57,9	<0,05
Осложнения беременности	40,3	42,9	>0,05
Осложнения в родах и послеродовом периоде	13,6	33,3	<0,05

Мнение женщин о качестве и доступности акушерско-гинекологической помощи зависело от их семейного положения. Так, положительное мнение статистически значимо чаще высказывали респонденты, состоящие в браке (92,8% против 81,2% соответственно, $p < 0,05$) и, наоборот, реже женщины, которые никогда не состояли в браке, (10,5% против 1,2%, $p < 0,05$).

На удовлетворенность данным видом медицинской помощи оказывало влияние и состояние здоровья участников опроса. Негативное отношение чаще высказывали женщины, имеющие хронические заболевания (31,6% против 24,7%, $p < 0,05$), в том числе гинекологические (57,9% против 48,8%, $p < 0,05$), а также пережившие осложнения в родах и послеродовом периоде (33,3% против 16,6%, $p < 0,05$).

На вопрос «Знаете ли Вы, кто может защитить Ваши права при нарушении их в процессе оказания медицинской помощи?» 48,1% женщин дали ответ, что следует обратиться с жалобами в страховые компании, работающие в сфере медицины, 39,3% - к администрации лечебно-профилактического учреждения (таблица 4.13).

Таблица 4.13. – Мнение женщин о необходимости обращения в различные организации для защиты их прав (в %)

Ответы	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Необходимо обращаться с жалобами в страховые медицинские организации	48,1	48,1	48,1	$>0,05$
Необходимо обращаться в суд	4,4	3,8	5,6	$>0,05$
Необходимо обращаться к руководству медицинского учреждения	39,4	43,2	33,3	$<0,05$
Необходимо обращаться к юристам	8,1	4,9	13,0	$<0,05$
Всего	100,0	100,0	100,0	

Совсем незначительная часть женщин считали, что по данному вопросу надо обращаться к юристам (8,1%) и в суд (4,4%). При этом жительницы столицы статистически значимо чаще считали, что для защиты их прав необходимо обращаться к руководству медицинской организации, а проживающие в районах - к юристам.

Следует отметить, что лишь 5,4% участников опроса обращались жалобами по поводу качества оказания акушерско-гинекологической помощи. При этом распределение по месту обращения было следующим: каждое второе обращение было к руководству медицинской организации, 42,9% - в страховые медицинские организации, 7,1% - к юристам.

Таким образом, большинство женщин 1-й группы имели более высокий уровень образования и чаще состояли в официальном браке. Большинство опрошенных женщин в обеих группах положительно оценивали состояние своего здоровья, несмотря на то, что часть из них имели различные хронические заболевания, наиболее распространенными среди которых были болезни органов пищеварения и мочеполовой системы. В структуре гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания гениталий и нарушения менструации. За гинекологической помощью большая часть женщин обращалась регулярно, в основном в женскую консультацию, а также в частные медицинские организации.

Подавляющее большинство опрошенных во время беременности состояли на учете в женской консультации, встали на учет до 12 недель беременности и регулярно наблюдались у врача. Однако, доля беременных, которым проводились УЗ-исследования, лабораторные исследования, биохимический скрининг на врожденные аномалии и которые направлялись на консультацию к терапевту и к другим специалистам, была низкой.

Значительная часть женщин была удовлетворена, оказываемой им акушерско-гинекологической помощью. Среди причин недовольства чаще назывались доступность и качество диагностики. Мнение женщин о качестве и доступности акушерско-гинекологической помощи зависело от ряда медико-социальных факторов. Статистически значимо чаще были не удовлетворены респонденты с высшим образованием, служащие и студенты, а также женщины, которые никогда не состояли в браке. Вместе с этим негативное отношение высказывали респондентки, имеющие хронические заболевания, в

том числе гинекологические, а также пережившие осложнения в родах и послеродовом периоде.

Лишь небольшая часть женщин обращались с жалобами по поводу качества оказания акушерско-гинекологической помощи, в основном, к руководству медицинской организации и в страховые медицинские организации.

ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Глава 5.1. Ресурсное обеспечение акушерско-гинекологической службы Республики Дагестан

5.1.1. Сеть медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля

Сеть медицинских организаций, которые оказывают специализированную профильную медицинскую помощь женщинам и новорожденным в Республике Дагестан, описана в таблице 5.1. В первую очередь это начавший свою работу в 2015 году перинатальный центр, женские консультации и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Количество лечебно-профилактических учреждений акушерско-гинекологического профиля является стабильным. Число ФАП стало больше. Важно отметить, что самостоятельных женских консультаций в республике сейчас нет.

Таблица 5.1. - Сеть медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям в Республике Дагестан (ед.)

Медицинские организации	2015 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Детские областные, краевые, республиканские больницы	1	1	1	1	1
Детские городские больницы	1	1	1	1	1
Перинатальные центры	1	2	2	2	2
Родильные дома	3	2	2	2	2
Женские консультации (самостоятельные и входящие)	4	26	22	22	22
из них самостоятельные	4	-	-	-	-
Центры охраны здоровья семьи и репродукции	2	1	1	1	1
Фельдшерско-акушерские пункты	381	453	445	453	445
Консультативно-диагностические центры	7	2	2	2	2

Основные параметры качества деятельности женских консультаций в Республике Дагестан в основном превосходят таковые в РФ и СКФО. Выявленные различия не имеют статистической значимости. На этапе 2022 года в республике больше процент беременных, которые встали на учет в женской консультации в срок менее 12 недель беременности (92,3% против 89,7% и 92,2% соответственно, $p>0,05$), прошедших осмотр терапевта (99,8% против 97,8% и 99,7%), в том числе в срок менее 12 недель беременности (95,8% против 89,4% и 93,0%, $p>0,05$) (таблица 5.2). Доля беременных из числа родивших в условиях стационара, которые не состояли на учете в женской консультации, колебалась в различные периоды времени и к 2022 г. уступала таковым в РФ и СКФО (0,18% против 1,56% и 1,49% соответственно, $p>0,05$).

Таблица 5.2. – Показатели деятельности женских консультаций в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (%)

Регион	Годы									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Доля беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности										
РФ	85,3	85,1	86,2	86,8	87,5	87,6	88,0	87,4	88,8	89,7
СКФО	81,8	80,8	81,7	83,8	86,4	86,7	87,7	82,5	87,5	92,2
РД	96,0	95,8	95,1	95,3	94,9	95,5	95,0	87,9	90,2	92,3
Из числа родивших в стационаре, не состояло под наблюдением в женской консультации										
РФ	1,84	1,73	1,58	1,53	1,53	1,50	1,42	1,51	1,28	1,56
СКФО	0,88	0,93	0,65	1,02	1,03	1,16	0,67*	0,69	0,53	0,49
РД	0,26	0,32	0,31	0,51	0,37	0,32	0,25	0,26	0,31	0,18
Из числа закончивших беременность были осмотрены терапевтами										
РФ	98,0	97,8	98,0	97,9	98,1	97,8	98,0	96,7	96,7	97,8
СКФО	98,7	99,4	99,2	98,3	99,4	97,0	99,3	98	97,8	99,7
РД	99,8	99,6	99,7	99,7	100,0	99,6	98,7	99,8	99,9	99,8
в т.ч. числе до 12 недель беременности										
РФ	83,8	84,2	85,4	86,1	87,1	87,3	88,0	85,5	88,2	89,4
СКФО	82,2	81,2	83,0	85,7	87,8	89,3	88,5	88,6	90,2	93,0
РД	94,6	96,0	95,3	95,7	96,2	85,7	89,0	95,5	94,2	95,8

Результаты пренатальной диагностики на сравниваемых территориях отражены в таблице 5.3. Показатель охвата беременных данным обследованием в Республике Дагестан соответствует общероссийскому. Так, в

числе женщин, завершивших беременность, выполнено ультразвуковое исследование плода (всего) в республике у 91,8% из них, взят анализ крови на биохимический скрининг (всего) – у 93,8%, а в России – у 91,4% и 90,8% соответственно ($p < 0,05$). Следует отметить, что в Республике Дагестан по сравнению с РФ и СКФО статистически значимо реже регистрируют врожденные пороки развития по данным ультразвукового исследования (1,4% против 4,22% и 2,73% соответственно, $p < 0,05$) и не значимо при проведении биохимического скрининга (0,79% против 0,86% и 0,57%, $p > 0,05$).

Таблица 5.3. – Охват беременных женщин пренатальной диагностикой в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2022 г. (%)

Вид исследования	РФ	СКФО	РД
Из числа женщин, закончивших беременность, проведено УЗИ плода (всего)	91,4	91,7	91,8
из них выявлено число плодов, врожденными пороками развития (всего)	4,22	2,73	1,4*/**
из числа женщин, закончивших беременность, взята проба на биохимический скрининг (всего)	90,8	92,5	93,8
из них выявлено число женщин с отклонениями.	0,86	0,57	0,79

* статистически значимое различие по сравнению с РФ, $p < 0,05$

** статистически значимые показатели по сравнению с СКФО, $p < 0,05$

5.1.2. Коечный фонд

По показателю обеспеченности койками гинекологического профиля Республика Дагестан до 2016 г. стабильно уступала российским и окружным уровням, но в последние годы, даже при существенном снижении, стал ближе к ним. В 2022 г. на 10 тыс. женского населения Республики Дагестан приходилось в среднем 5,36 гинекологических коек, в РФ и СКФО – 4,99 и 5,63 койки ($p > 0,05$) (таблица 5.4).

В период с 2013 по 2022 гг. в Республике Дагестан обеспеченность женщин репродуктивного возраста акушерскими койками характеризовалась как относительно достаточная. Это достигалось в основном за счет коек отделений патологии беременности, обеспеченность которыми была выше,

чем в России и в СКФО. В стране в целом и в федеральном округе в последующие годы стала сокращаться обеспеченность женского населения акушерскими койками, тогда как в республике число акушерских коек оставалось на одном уровне. Аналогичная тенденция отмечалась в отношении коек патологии беременности, а число коек для беременных и рожениц даже увеличилось.

Таблица 5.4. – Обеспеченность койками женщин и новорожденных в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

Регион	Годы									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Гинекологические койки										
РФ	7,31	6,75	6,17	5,94	5,72	5,61	5,44	4,06	4,46	4,99
СКФО	7,97	7,33	6,97	6,73	6,31	6,20	5,86	4,73	4,94	5,63
РД	6,29	6,08	5,93	6,02	5,92	5,94	5,42	5,4	5,28	5,36
Всего акушерских коек										
РФ	20,6	19,9	19,2	18,8	18,0	17,6	16,6	14,5	14,3	14,7
СКФО	23,6	22,9	22,8	22,7	22,3	21,9	21,8	20,5	19,6	20,9
РД	24,4	24,4	25,0	24,7	25,8	25,9	25,5	25,5	25,5	25,4*
Для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)										
РФ	10,6	10,3	11,2	10,1	10,1	9,4	8,9	7,8	7,7	7,9
СКФО	13,0	12,4	13,2	12,3	12,3	11,8	11,8	10,8	10,4	10,9
РД	11,8	11,7	11,7	11,9	12,1	13,4	13,6	13,3	13,3	13,2
Койки патологии беременности										
РФ	10,0	9,6	9,07	8,69	8,26	8,12	7,74	6,68	6,74	6,81
СКФО	10,6	10,5	10,52	10,41	10,09	10,09	10,01	9,66	9,37	9,94
РД	12,6	12,7	13,13	12,53	12,32	12,47	11,96	12,23	12,22	12,17*
Доля коек патологии беременных из общего числа акушерских коек, %										
РФ	48,5	48,2	47,3	46,3	45,9	46,2	46,6	46,1	46,4	46,1
СКФО	44,9	45,7	46,0	45,9	45,3	46,0	45,9	47,1	46,9	47,6
РД	51,8	51,9	52,6	50,8	47,7	48,2	46,8	47,9	48,0	47,9
Койки патологии новорожденных и недоношенных детей на 10 тыс. детей в возрасте до 1 года жизни										
РФ	70,1	65,2	65,6	68,0	67,6	77,8	75,5	79,1	77,5	79,7
СКФО	42,1	41,2	41,6	45,4	51,1	55,4	52,9	49,3	45,2	52,0
РД	34,6	33,8	35,1	36,4	42,9	47,0	47,0	47,1	42,8	47,4*

* статистически значимое различие по сравнению с РФ, $p < 0,05$

В итоге, в 2022 г. эти параметры в республике стали статистически значимо больше, чем их общероссийские аналоги: акушерские койки - 25,4 против 14,7 на 10 тыс. женщин фертильного возраста соответственно ($p < 0,05$), койки патологии беременности – 12,17 против 6,81 ($p < 0,05$).

Удельный вес коек патологии беременности в общем количестве акушерских коек в Республике Дагестан отличался стабильностью и в 2022 г. был равен 47,9%, будучи сравнимым с РФ и СКФО – 46,1% и 47,6% соответственно.

При увеличении обеспеченности родившихся детей койками патологии новорожденных и недоношенных детей в Республике Дагестан, ее уровень был ниже такового, чем в РФ и СКФО – 47,4 против 79,7 ($p < 0,05$) и 52,0 ($p > 0,05$) на 10 тыс. детей в возрасте до 1 года жизни.

Исследование работы коек акушерских стационаров в Республике Дагестан выявило более высокие показатели средней их занятости в году, чем РФ и СКФО и уменьшение за период 2013-2022 гг. Так, в республике она сократилась на гинекологических койках – на 25,6%, в РФ - на 12,5% и СКФО – на 12,8%, соответственно для беременных и рожениц – на 44,9%, 14,9% и 18,6%, патологии беременности – на 30,3%, 15,5% и 20,1%. В результате к 2022 г. они стали ниже, чем в РФ и СКФО: на гинекологических койках соответственно 259 против 280 и 292 дней; для беременных и рожениц – 211 против 234 и 253 дней; на койках патологии беременности – 244 против 261 и 270 дней (таблица 5.5).

Снижение работы коек патологии новорожденных и недоношенных детей в республике за изучаемый период было также существенным – на 26,4% (РФ - на 16,8% и СКФО – на 17,3%). Показатели средней занятости койки в году в родильных домах и перинатальных центрах имели аналогичные тенденции в своей динамике, однако в последних в 2022 г. стали несколько выше в республике, чем в РФ и СКФО – 309 против 293 и 285 дней соответственно. Все обозначенные выше различия в средней занятости коек в

течение года для женщин и новорожденных не обладали статистической значимостью ($p>0,05$).

Таблица 5.5. – Средняя занятость коек в году для женщин и новорожденных в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (в днях)

Регион	Годы									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Гинекологические койки										
РФ	320	319	321	312	309	305	301	270	280	280
СКФО	335	332	331	328	321	319	311	278	287	292
РД	348	348	329	330	324	303	261	233	258	259
Для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)										
РФ	275	280	280	277	259	255	246	245	250	234
СКФО	311	313	301	309	285	285	265	259	261	253
РД	383	349	325	320	268	250	232	213	218	211
Койки патологии беременности										
РФ	309	306	309	300	297	299	292	262	268	261
СКФО	338	346	350	319	304	312	283	249	264	270
РД	350	374	374	332	299	318	256	215	242	244
Родильные дома										
РФ	292	300	297	285	276	274	263	252	255	243
СКФО	329	324	334	319	303	305	272	273	263	272
РД	341	361	373	343	311	300	227	210	235	251
Перинатальные центры										
РФ	315	316	312	306	296	303	300	293	296	293
СКФО	299	288	301	297	282	305	298	275	277	285
РД	-	-	326	318	241	323	306	282	312	309

На сравниваемых территориях средняя длительность пребывания на койке в течение года характеризовалась положительной динамикой: на койках гинекологического профиля она стала ниже на 17,6%, патологии беременности – на 32,4%, в родильных домах – на 18,8%. Но к 2022 г. средняя продолжительность пребывания на гинекологической койке статистически значимо превышала таковую в РФ – 7,8 дней против 6,7 дней ($p<0,05$). Длительность пребывания на койках для беременных и рожениц, в отделениях патологии беременности, была сопоставима с таковыми в РФ и СКФО – 6,9, 6,4, 6,6 дней и 7,3, 6,7, 7,6 соответственно (таблица 5.6). Схожая ситуация

зарегистрирована в родильных домах и перинатальных центрах - 6,5, 5,8, 7,4 и 6,1, 6,6, 6,6 дней.

Таблица 5.6. – Средняя длительность пребывания на койках для женщин и новорожденных в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (в днях)

Регион	Годы									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Гинекологические койки										
РФ	6,7	6,7	6,4	6,3	6,2	6,1	6,0	5,7	5,6	6,7
СКФО	8,6	8,4	8,2	8,2	7,9	7,8	7,6	7,3	7,3	7,5
РД	9,5	9,6	9,0	9,0	9,0	8,7	8,1	8,2	8,3	7,8*
Для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)										
РФ	6,2	6,2	6,0	5,9	6,0	5,9	5,8	5,4	5,4	6,4
СКФО	6,9	6,7	6,5	6,7	6,6	6,8	6,5	6,0	6,2	6,6
РД	7,2	6,5	6,1	6,5	6,2	6,1	5,9	5,3	5,5	6,9
Койки патологии беременности										
РФ	8,9	8,5	8,2	7,9	7,7	7,6	7,4	7,0	6,7	6,7
СКФО	9,8	9,6	9,4	8,3	8,2	8,2	7,6	7,5	7,4	7,6
РД	10,8	11,2	10,5	8,8	8,9	9,1	7,6	7,8	8,1	7,3
Родильные дома										
РФ	6,6	6,6	6,6	6,4	6,4	6,3	6,2	6,0	6,1	5,8
СКФО	7,2	7,5	7,5	7,6	7,3	7,3	6,7	6,5	7,2	7,4
РД	8,0	7,9	7,8	7,5	7,2	7,5	5,8	5,6	6,4	6,5
Перинатальные центры										
РФ	7,3	7,3	7,4	7,3	7,4	7,4	7,2	6,8	6,6	6,6
СКФО	8,9	7,4	7,5	6,4	6,9	7,1	6,7	6,1	6,0	6,6
РД	-	-	6,6	5,9	6,2	7,2	6,6	6,1	6,2	6,1

* статистически значимое различие по сравнению с РФ, $p < 0,05$

5.1.3. Обеспеченность медицинскими кадрами

Обеспеченность врачами, которые оказывают акушерско-гинекологическую помощь в Республике Дагестан, несколько превосходит аналогичные показатели в РФ и СКФО, но эти различия носят вероятностный характер. В РД в 2022 г. она была равна 6,36 на 10 тыс. женского населения, в РФ – 4,9, в СКФО – 5,62 ($p > 0,05$) (таблица 5.7).

Схожая ситуация наблюдалась в отношении показателей обеспеченности акушерками: в 2022 г. в республике она находилась на уровне 7,8 на 10 тыс. женского населения, в РФ – 5,7, в СКФО – 7,1. При этом различия с показателями РФ имели статистическую значимость ($p < 0,05$).

Таблица 5.7. – Обеспеченность медицинскими кадрами (физические лица) женщин и новорожденных в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2022 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

Регион	Годы									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Врачи акушеры-гинекологи										
РФ	4,93	4,74	4,65	4,65	4,65	4,59	4,53	4,47	4,35	4,19
СКФО	6,17	5,91	5,83	5,89	5,97	5,76	5,81	5,78	5,78	5,62
РД	6,61	6,20	6,09	6,25	6,43	6,34	6,58	6,42	6,47	6,36
Неонатологи на 10 тыс. населения до 1 года										
РФ	31,0	30,5	30,5	31,3	31,9	36,9	36,2	39,8	38,7	39,0
СКФО	21,5	21,9	22,7	23,3	24,8	28,2	27,2	27,8	28,2	30,6
РД	19,0	18,0	18,5	19,1	20,9	25,8	24,5	25,5	25,0	27,7*
Акушерки										
РФ	7,7	7,5	6,9	6,8	6,6	6,5	6,4	6,1	6,0	5,7
СКФО	11,0	10,8	10,1	9,9	9,7	9,6	9,6	7,2	7,1	7,1
РД	13,6	14,1	13,3	12,7	13,2	13,0	12,9	9,5	10,1	7,8*

* статистически значимое различие по сравнению с РФ, $p < 0,05$

Количество неонатологов, работа которых зачастую имеет решающее значение в профилактике потерь родившихся детей в раннем неонатальном периоде, в Республике Дагестан увеличивается, однако обеспеченность врачами данного профиля статистически значимо ниже российских показателей – в 2022 г. 27,7 против 39,0 на 10 тыс. детей в возрасте до 1 года жизни.

Следует отметить недостаточную квалификацию медицинских работников, указанных выше специальностей, в Республике Дагестан. По данным 2021 г. доля специалистов, имеющих квалификационную категорию статистически значимо ниже, чем в РФ: врачей акушеров-гинекологов – 34,4% против 51,0% ($p < 0,05$), врачей неонатологов – 41,9% против 56,0% ($p < 0,05$), акушерок – 35,0% против 54,2% ($p < 0,05$) (таблица 5.8).

Таблица 5.8. – Уровень квалификации медицинских кадров в РФ, СКФО и Республике Дагестан, 2013-2021 гг. (%)

Регион	Годы								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Врачи акушеры-гинекологи									
РФ	58,7	56,9	56,0	54,3	53,0	52,0	51,3	50,3	51,0
СКФО	41,9	41,9	41,7	41,4	42,2	41,8	40,2	41,0	42,3
РД	31,3	34,7	38,1	36,4	37,3	33,7	32,4	33,3	34,4*
Неонатологи									
РФ	60,4	58,4	58,1	57,2	56,6	55,8	55,6	54,8	56,0
СКФО	50,3	47,6	47,2	46,5	41,6	38,8	39,7	40,5	42,0
РД	50,0	48,5	57,0	52,0	40,4	37,4	42,7	40,3	41,9*
Акушерки									
РФ	63,2	62,4	61,4	60,6	59,9	58,2	56,8	53,6	54,2
СКФО	47,5	47,6	45,1	45,6	44,6	45,2	42,3	38,1	45,1
РД	50,7	52,4	51,9	48,2	49,5	48,1	43,3	42,7	35,0*

* статистически значимое различие по сравнению с РФ, $p < 0,05$

5.2. Контент-анализ нормативной правовой базы по охране репродуктивного здоровья

При осуществлении количественного этапа контент-анализа объем выборки был достаточно велик (свыше 100 единиц) поэтому сопоставление интересующих признаков проводилось на компьютере. Были отобраны документы с наиболее высокой долей смысловых категорий в общем объеме текста (таблица 5.9).

Таблица 5.9. – Перечень документов с высокой долей смысловой категории «репродуктивное здоровье»

Наименование документа	Выходные данные
Постановление Правительства Республики Дагестан «Об утверждении государственной программы Республики Дагестан "Развитие здравоохранения в Республике Дагестан" (с изменениями на 30 июня 2023 года)	22.12.2014 № 662
Постановления Правительства Республики Дагестан «Государственная программа Республики Дагестан «Развитие здравоохранения в Республике Дагестан» подпрограмма "Развитие детского здравоохранения, включая создание современной	25.06.2021 № 155

инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, в Республике Дагестан"		
Постановлений Правительства Республики Дагестан "О внесении изменений в государственную программу Республики Дагестан «Развитие здравоохранения в Республике Дагестан»"	19.12.2022 29.12.2022	№ 444 № 470
Постановления Правительства Республики Дагестан «Государственная программа Республики Дагестан «Развитие здравоохранения в Республике Дагестан» подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»	03.06.2022 29.12.2022 30.06.2023	№ 166 № 470 № 257
Постановление Правительства Республики Дагестан "Об утверждении Региональной программы по повышению рождаемости в Республике Дагестан"	30.06.2023	№ 253
Приказ Минздрава России "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"	01.11.2012	№ 572н
Приказ Минздрава Республики Дагестан "Об утверждении листа маршрутизации новорожденных"	31.05.2017	№ 424-д
Приказ Минздрава Республики Дагестан "Об утверждении листа маршрутизации беременных в Республике Дагестан"	29.01.2019	№ 49-р

На этапе качественного контент-анализа проводилось изучение содержательной части документов, что дало подробную картину решения проблем репродуктивного здоровья в регионе.

Основными задачами Минздрава Республики Дагестан в области охраны материнства и детства являются обеспечение безопасного материнства, снижение младенческой, детской, материнской заболеваемости и смертности, сокращение числа аборт. Республика продолжает входить в пятерку лидеров среди регионов страны с высоким показателем рождаемости. Сформирована трехуровневая система оказания стационарной медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным с концентрацией родов в межрайонных акушерских стационарах городов и в трех перинатальных центрах (ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», ГБУ РД «Республиканский перинатальный центр», ГБУ РД «Перинатальный центр г.

Хасавюрта»), выхаживанием маловесных детей. Проводится целенаправленная работа по оптимизации систем информатизации, телекоммуникации, маршрутизации и транспортировки.

Обеспечение своевременной госпитализации беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией из сельской местности в медицинские организации соответствующего уровня и новорожденных в настоящее время проводится согласно листам маршрутизации беременных (в том числе и с угрозой преждевременных родов) и новорожденных (составленных в соответствии с Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», Порядком оказания неонатальной помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"», что регламентировано приказами Минздрава Республики Дагестан от 29 января 2019 г. № 49-р «Об утверждении листа маршрутизации беременных в Республике Дагестан», приказами Минздрава Республики Дагестан от 29 января 2019 г. № 49-р «Об утверждении листа маршрутизации беременных в Республике Дагестан». Приказы были обновлены в связи с открытием 1 июня 2017 года ГБУ РД «Республиканский перинатальный центр» и изданы на смену ранее действовавшим приказам Минздрава Республики Дагестан о листах маршрутизации.

Медицинские организации разделены на 3 группы по степени перинатального риска. Стационарную акушерскую помощь акушерского профиля второго уровня оказывают 8 межрайонных медицинских организаций, оснащенных современным высокотехнологичным оборудованием и укомплектованных квалифицированными кадрами.

Первая группа - это акушерские стационары, входящие в состав центральных районных больниц первого уровня, в данных медицинских

организациях оказывается медицинская помощь беременным с низким риском перинатальных факторов. Принимаются роды в сроке 37 недель и выше.

Вторая группа - медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь беременным женщинам средней степени перинатального риска, с круглосуточными дежурствами акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога и имеющие в своем составе палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных. В учреждениях второй группы принимаются роды в сроке беременности 34-36 недель и выше.

Третья группа - это медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь беременным женщинам высокой степени перинатального риска, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания): перинатальный центр ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», ГБУ РД «Республиканский перинатальный центр», ГБУ РД «Перинатальный центр г. Хасавюрта».

С целью повышения рождаемости Минздравом РД реализуются мероприятия по снижению числа аборт и увеличению числа проводимых процедур ЭКО и повышению их результативности.

Постановление Правительства Республики Дагестан от 30.06.2023 № 253 "Об утверждении Региональной программы по повышению рождаемости в Республике Дагестан".

Цель: выработка эффективных мер, влияющих на репродуктивное поведение населения и общее число рождений, также определение целевых значений показателей рождаемости для Республики Дагестан.

Задачи:

комплексный анализ демографической ситуации Республике Дагестан на основе оценки ее демографического потенциала;

определение перечня факторов, влияющих на репродуктивное поведение населения и общее число рождений Республике Дагестан;

определение обоснование целевых значений общего числа рождений Республике Дагестан на период 2023-2025 годов и на перспективу до 2030 года;

формирование аналитической основы для разработки комплекса мер по повышению рождаемости поддержке семей с детьми, способствующих достижению целевых показателей общего числа рождений в регионе, на период 2023-2025 годов;

формирование комплекса мер по повышению рождаемости поддержке семей с детьми с учетом анализа сложившейся демографической ситуации действующего пакета мер.

Комплекс мер Программы по повышению рождаемости и поддержке семей с детьми содержит 23 пункта.

Государственная программа Республики Дагестан «Развитие здравоохранения в Республике Дагестан» подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка» (в ред. Постановлений Правительства Республики Дагестан от 03.06.2022 N 166, от 29.12.2022 N 470, от 30.06.2023 N 257)

Цели:

снижение младенческой смертности;

сохранение, восстановление и укрепление здоровья матерей и детей;

сохранение репродуктивного здоровья населения.

Задачи:

обеспечение безопасного материнства;

улучшение качества оказания медицинской помощи детям, имевшим при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела;

обеспечение ранней диагностики нарушения развития ребенка, включая наследственные и врожденные пороки развития;

профилактика заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте;

укрепление материально-технической базы медицинских организаций родовспоможения и детства;

снижение частоты передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку;

снижение числа аборт.

Государственная программа Республики Дагестан «Развитие здравоохранения в Республике Дагестан» подпрограмма «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, в Республике Дагестан» (в редакции Постановления Правительства Республики Дагестан от 25.06.2021 г. № 155).

Цель: снижение младенческой смертности в Республике Дагестан в 2024 году до 6,8 на 1000 родившихся живыми

Задачи:

снижение младенческой смертности в Республике Дагестан до 6,8 на 1000 родившихся живыми;

увеличение доли преждевременных родов (22-37 недель), прошедших в перинатальных центрах;

снижение смертности детей в возрасте 0-4 года к 2024 году до 9,8 на 1000 родившихся живыми;

снижение смертности детей в возрасте 0-17 лет к 2024 году до 81,5 на 100000 детей соответствующего возраста;

увеличение доли посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями к 2024 году до 55 процентов;

увеличение доли взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней органов пищеварения, болезней органов кровообращения, заболеваниями эндокринной системы и нарушениями обмена веществ к 2024 году до 90 процентов;

увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 15-17 лет.

Постановление Правительства Республики Дагестан от 22.12.2014 года № 662 «Об утверждении государственной программы Республики Дагестан "Развитие здравоохранения в Республике Дагестан" (с изменениями на 30 июня 2023 года)

Цель: обеспечение доступности медицинской помощи; улучшение качества оказываемой медицинской помощи населению на основе повышения структурной эффективности системы здравоохранения; возрождение профилактической направленности в здравоохранении; улучшение состояния здоровья населения.

Задачи:

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- обеспечение системного подхода в вопросах формирования здорового образа жизни;
- формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью близких;
- повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- развитие службы медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
- совершенствование службы родовспоможения и детства;
- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами, повышение уровня квалификации медицинских работников;
- формирование и внедрение единой стратегии реструктуризации системы оказания медицинской помощи на территории Республики Дагестан;

- укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений республики, строительство новых объектов здравоохранения;
- совершенствование механизмов финансового обеспечения процесса оказания медицинской помощи.

5.3. SWOT-анализ организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Дагестан

Выполнение SWOT-анализа было разделено на последовательные этапы. На первом из них анализированы внешняя и внутренняя среда, на втором – выполнено создание матрицы SWOT-анализа с обозначением факторов каждой из искомых категорий. Третий этап заключался в сопоставлении и определении устойчивых связей пар факторов между собой. Это позволило дать ответы на ряд вопросов:

- Позволяет ли изучаемая сильная сторона использовать исследуемую возможность?
- Создает ли исследуемая слабая сторона помеху для использования исследуемой возможности?
- Может ли изучаемая сильная сторона позволить нивелировать и ущерб от исследуемой угрозы?
- Создает ли исследуемая слабая сторона помеху для борьбы с изучаемой угрозой?

Итог двух первых этапов работы с обнаруженными сильными и слабыми сторонами, возможностями и угрозами сформулирован в формате матрицы SWOT-анализа (таблица 5.10).

Таблица 5.10. - Матрица SWOT-анализа акушерско-гинекологической помощи

Сильные стороны (Strengths, S)	Слабые стороны (Weaknesses, W)
высокая доля беременных, поступивших под наблюдение до 12 недель беременности, осмотренных	высокий уровень гинекологической заболеваемости; среди причин заболеваемости во время беременности наиболее распространены угроза прерывания

терапевтом, в том числе до 12 недель беременности; снижение доли беременных из числа родивших в стационаре, не состоявших под наблюдением в женской консультации; регулярное обращение большинства женщин за гинекологической помощью; низкий уровень осложнений течения родов и послеродового периода; стагнация заболеваемости новорожденных и более низкий ее уровень, чем в РФ; удовлетворенность большинства женщин, оказываемой им акушерско-гинекологической помощью.	беременности и преждевременных родов; среди экстрагенитальной патологии у беременных женщин распространены анемии, болезни мочеполовой и эндокринной систем; высокая частота нарушения родовой деятельности, затрудненных родов и родов, осложненных патологией пуповины; рост использования кесарева сечения в сроке 22 недель беременности; недовольство женщин доступностью и качеством диагностики акушерско-гинекологической патологии.
Возможности (Opportunities, O)	Угрозы (Threats, T)
достаточное число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям, функционирование перинатальных центров; относительно достаточная обеспеченность женского населения гинекологическими и акушерскими койками (в основном за счет коек патологии беременности); обеспеченность медицинскими работниками, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женщинам, выше окружного уровня; реализация целевых программ, национальных проектов, включающих мероприятия по оказанию медицинской помощи женскому населению; организация и проведение мероприятий, направленных на повышение качества и доступности акушерско-гинекологической помощи женщинам.	неблагоприятных тенденции в демографической ситуации - постоянное снижение численности женского населения репродуктивного возраста и рождаемости; высокие уровни материнской и перинатальной смертности; доля нормальных родов ниже российского и окружного уровня; низкий уровень обеспеченности новорожденных койками патологии новорожденных и недоношенных детей; значительный дефицит врачей неонатологов; недостаточная квалификация медицинских работников, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь.

Сильные стороны акушерско-гинекологической помощи в Республике Дагестан относились в основном к организации наблюдения женщин, в том числе во время беременности, слабые стороны касались распространенности гинекологической заболеваемости и состояния здоровья беременных женщин. Отмечался широкий спектр угроз, среди которых были неблагоприятные тенденции в демографической ситуации, недостатки акушерской помощи женщинам, низкая квалификация специалистов соответствующего профиля. Вместе с этим имели место и значительные возможности, касающиеся ресурсного обеспечения – наличия специализированных медицинских организаций, кадрового потенциала и коечного фонда.

SWOT-анализ дал возможность определить последовательность действий для решения задач, которые связаны с совершенствованием акушерско-гинекологической помощи женскому населению в Республике Дагестан.

5.4. Мероприятия по совершенствованию профилактики нарушений репродуктивного здоровья и акушерско-гинекологической помощи

На основании изучения современных особенностей демографической ситуации в Республике Дагестан, состояния здоровья женщин, беременных, рожениц и родильниц, ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической помощи, мнения женщин о ее качестве и доступности по данным социологического опроса, контент-анализа нормативной правовой базы и SWOT-анализа официальных данных, результатов анкетирования, нормативных правовых документов с целью поиска факторов по основным интересующим категориям (сильные стороны, слабые стороны, возможности, угрозы) был научно обоснован комплекс мероприятий по предупреждению нарушений репродуктивного здоровья, повышению качества и доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению Республики Дагестан (таблица 5.11).

Таблица 5.11. – Мероприятия по предупреждению нарушений репродуктивного здоровья повышению качества и доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению Республики Дагестан

№ п/п	Направления и мероприятия
1.	Регулярное прохождение женщинами профилактического осмотра у врача акушера-гинеколога (репродуктивная диспансеризация) в целях раннего выявления и полноценного лечения гинекологических заболеваний.
2.	Повышение доступности консультативно-диагностической помощи акушерско-гинекологического профиля женскому населению отдаленных районов. Организация деятельности выездных бригад специалистов, включая акушеров-гинекологов, на базе ЦРБ для оказания консультативно-диагностической помощи населению отдаленных районов с использованием мобильного консультативно-диагностического комплекса
3.	Организация выездных мобильных бригад для проведения диспансеризации женщин активного репродуктивного возраста в районах республики.
4.	Активизация работы первичного звена акушерско-гинекологической службы в плане предупреждения искусственных аборт. Организация доабортного консультирования специалистами психологами Внедрение мотивационного анкетирования всех женщин, обратившихся за медицинской услугой по прерыванию беременности Обеспечение функционирования горячей линии по вопросам репродуктивного здоровья Внедрение в работу врачей женских консультаций речевых модулей для создания у женщин положительных установок на рождение детей в ситуации репродуктивного выбора Обучение акушеров гинекологов, педиатров для работы с беременными женщинами по профилактике абортов Проведение информационно-просветительских мероприятий по профилактике абортов среди студентов вузов республики, среди пациенток женских консультаций Организация для молодежи семинаров, направленных на сохранение репродуктивного здоровья (профилактика прерывания беременности и распространения ВИЧ-инфекции)
5.	Повышение эффективности работы первичного звена акушерско-гинекологической службы по диспансеризации девушек-подростков, женщин репродуктивного возраста, а также по подготовке к беременности и родам

	Оптимизация диспансеризации девочек, девушек-подростков, женщин детородного возраста с обязательным проведением профилактических и оздоровительных мероприятий, восстановительной и реабилитационной терапии и мониторингом состояния их здоровья Внедрение системы прегравидарного консультирования и подготовки к предстоящей беременности в женских консультациях Раннее взятие на учет беременных в сроках до 12 недель путем активизации санитарно-просветительской работы среди населения; выявление беременных группы риска на участках путем активных патронажей (посещений) акушерок на дому Внедрение на участках первичного звена реестров беременных с учетом группы риска Ведение индивидуальных планов диспансерного наблюдения, под контролем ответственных лиц медицинских организаций Внедрение МТС-коммуникатора для общения с беременными с целью оптимизации лечебно-профилактической помощи Четкая маршрутизация беременных – электронный мониторинг беременных группы риска Информирование населения по актуальным вопросам безопасного материнства Организация эффективной работы школ будущих матерей на базе медицинских организаций первичного звена Функционирование телефона «информационной поддержки и доверия» по вопросам родовспоможения (круглосуточно)
6.	Практика безопасного и эффективного предохранения от нежелательной беременности по результатам консультации с врачом-гинекологом о выборе соответствующего способа контрацепции.
7.	Оптимизация маршрутизации женщин с патологией беременности и экстрагенитальными заболеваниями Информирование населения о необходимости родоразрешения в рекомендованных специалистами учреждениях (маршрутизация в соответствии с группой риска) - индивидуальные беседы с беременными и членами их семьи, выступления в региональных СМИ, тиражирование тематической полиграфической продукции Мониторинг беременных высокого риска (регистры, электронные системы мониторинга, дистанционное консультирование, скрининговые осмотры беременных в отдаленных районах) Контроль маршрутизации беременных группы среднего и высокого риска в акушерские стационары 2 и 3 уровня Обеспечение своевременной госпитализации беременных женщин, проживающих в сельской местности по листу маршрутизации при возникновении акушерских и экстрагенитальных осложнений в республиканские учреждения
8.	Профилактика, своевременная диагностика и лечение ИППП.

9.	Поддержание традиционных семейных ценностей (прочность брачно-семейных отношений, отказ от употребления спиртного, предупреждение аборт и т.д.).
10.	Повышение качества рекомендаций и информации для населения в области охраны репродуктивного здоровья семьи.
11.	Индивидуальное консультирование женщин по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей.
12.	Вовлечение супругов (партнеров) в решении проблем охраны здоровья женщин и повышение ответственности за деторождение.
13.	Открытие центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.
14.	Осуществление процедур экстракорпорального оплодотворения семьям, страдающим бесплодием.
15.	Открытие центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации
16.	Осуществление процедур экстракорпорального оплодотворения семьям, страдающим бесплодием

В соответствии с Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья (Москва, 2024), репродуктивная диспансеризация женщин проводится в женских консультациях/ кабинетах врача-акушера-гинеколога поликлинических отделений/ поликлиник по месту прикрепления, в том числе с участием выездных мобильных бригад.

По результатам проведенной диспансеризации формируются 3 группы здоровья:

I группа здоровья - женщины, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития;

II группа здоровья - женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития (вредные привычки, хронические соматические заболевания, влияющие на репродуктивную систему). Женщины данной группы направляются к профильным врачам-специалистам или к врачу по медицинской профилактике в соответствии с выявленными заболеваниями.

III группа здоровья - женщины, имеющие гинекологические заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом-акушером-гинекологом.

В 2025 г. в Республике Дагестан в проведении репродуктивной диспансеризации участвовали 70 медицинских организаций поликлинического и стационарного типа, в том числе 44 ЦРБ и районные больницы. Согласно отчетным данным, в указанном году в республике репродуктивную диспансеризацию по плану должны были пройти 173373 женщины, фактически же прошли 167934 или 96,9%. При этом в 9 медицинских организациях показатель был менее 90%. В связи с этим рекомендуем обратить внимание на необходимость активизации работы в данном направлении.

5.5. К вопросу об эффективности реализации мер по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи женщинам

При оценке возможного влияния предложенных организационных мер и проводимых мероприятий, направленных на повышение качества и доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению Республики Дагестан, анализировались ряд показателей официальной статистики. С этой целью использовались демографические данные, некоторые показатели состояния здоровья женщин и новорожденных, их ресурсной обеспеченности (кочный фонд, кадровый потенциал и его квалификация) за период 2022-2024 гг.

Общеизвестно, что указанные выше показатели не могут быть изменены только организационными и медицинскими мерами, так как часто имеют социально зависимый характер, тем более за такой небольшой промежуток

времени, однако нами были выявлены положительные тенденции в динамике некоторых из них.

Снизилась как общая, так и впервые выявленная заболеваемость беременных в родах и в послеродовый период: общая – с 9173,2 в 2022 г. до 7844,2 в 2024 г.; первичная – с 5271,7 до 4985,4 на 100 тыс. соответствующего населения (таблица 5.12).

Таблица 5.12. – Динамика ряда показателей официальной статистики в Республике Дагестан, 2022-2024 гг.

Показатели	2022 г.	2023 г.	2024 г.
Рождаемость, на 1000 населения	13,3	13,1	13,3
Материнская смертность, на 100 тыс. родившихся живыми	11,7	11,8	-
Перинатальная смертность на 1000 родившихся живыми и мертвыми	5,56	4,27	5,06
Мертворождаемость на 1000 родившихся живыми и мертвыми	3,16	2,57	3,37
Ранняя неонатальная смертность на 1000 родившихся живыми	2,40	1,70	1,69
Заболеваемость беременных, в родах и в послеродовый период (впервые) на 100 тыс. соответствующего населения	5271,7	4816,2	4985,4
Заболеваемость беременных, в родах и в послеродовый период (всего) на 100 тыс. соответствующего населения	9173,2	7635,9	7844,2
Доля нормальных родов, %	38,1	40,6	38,8
Заболеваемость новорожденных, на 1000 родившихся живыми	288,4	261,0	206,2
Доля беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности, %	92,3	94,8	94,2
Из числа родивших в стационаре, не состояло под наблюдением в женской консультации, %	0,18	0,19	0,27
Обеспеченность койками, на 10 тыс. соответствующего населения			
гинекологические	5,36	5,29	5,29
акушерские	25,4	25,7	25,8
патологии беременности	12,17	12,4	12,4
патологии новорожденных и недоношенных детей	47,4	48,7	47,5
Обеспеченность специалистами, на 10 тыс. соответствующего населения			
врачи акушеры-гинекологи	6,36	6,29	6,25
неонатологи на 10 тыс. населения до 1 года	27,7	27,33	26,62

акушерки	12,3	12,09	12,10
Доля специалистов, имеющих квалификационную категорию, %			
врачи акушеры-гинекологи	34,4	32,0	31,1
неонатологи на 10 тыс. населения до 1 года	41,9	29,6	39,3
акушерки	35,0	35,2	32,5

При этом имеет место тенденция к увеличению доли беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности, соответственно с 92,3% до 94,2% и небольшая тенденция к росту доли нормальных родов - 38,1% (2022 г.), 40,6% (2023 г.) и 38,8% (2024 г.).

Улучшилось состояние здоровья, родившихся детей. Так, заболеваемость новорожденных снизилась с 288,4 в 2022 г. до 206,2 в 2024 г. на 1000 родившихся живыми.

Такие демографические показатели как рождаемость и материнская смертность остаются стабильными – 13,3 на 1000 населения и 1,7-1,8 на 100 тыс. родившихся живыми соответственно. Вместе с этим снижается перинатальная смертность за счет ранней неонатальной смертности - с 5,56 до 5,06 на 1000 родившихся живыми, а также мертворождаемости и с 2,40 ‰ до 1,69 ‰.

Таким образом, можно сделать следующее заключение:

- показатели, которые характеризуют работу женских консультаций в Республике Дагестан в основном лучше, чем в РФ и СКФО: больше доля беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности, осмотренных терапевтом, в том числе до 12 недель беременности, ниже доля беременных из числа родивших в стационаре, которые не состояли во время беременности под наблюдением женской консультации;

- отмечалась относительно достаточная обеспеченность женского населения гинекологическими и акушерскими койками (в основном за счет коек патологии беременности) и низкий уровень обеспеченности новорожденных койками патологии новорожденных и недоношенных детей;

- в последние годы имеет место снижение заболеваемости беременных в родах и в послеродовой период: общая – с 9173,2 в 2022 г. до 7844,2 на 100 тыс. соответствующего населения в 2024 г. Снижаются также показатели мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.

Согласно данным SWOT-анализа, одной из сильных сторон акушерско-гинекологической помощи в Республике Дагестан является организации наблюдения женщин во время беременности, к слабым сторонам относятся распространенность гинекологических заболеваний и состояние здоровья беременных женщин. Отмечался широкий спектр угроз, среди которых были неблагоприятные тенденции в демографической ситуации, недостатки акушерской помощи женщинам, низкая квалификация специалистов соответствующего профиля. В то же время имели место и значительные возможности, касающиеся ресурсного обеспечения – наличия специализированных медицинских организаций, кадрового потенциала и коечного фонда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Программа исследования была сформирована в соответствии с поставленной целью и комплексом подлежащих решению задач и включала в себя несколько последовательных этапов, на каждом из которых проводился сбор, статистическая обработка и анализ полученной информации.

Исследование проводилось в 2022-2025 годах. Территория, на которой проводилось исследование, это Республика Дагестан – субъект Российской Федерации, расположенный в Северо-Кавказском федеральном округе. Численность населения республики по данным Росстата в 2025 году составляет 3 млн. 259 тыс. человек. На городское население приходится 44,2%.

Методы исследования: библиографический, социологический, моделирования трендов, SWOT-анализа, математико-статистический.

За 2013-2022 гг. рождаемость в Республике Дагестан снизилась в республике с 18,8‰ до 13,3‰ или на 29,3%. При этом уровень рождаемости постоянно превышал уровень общей смертности, что обеспечивало естественный прирост населения в целом. Однако величина последнего за рассматриваемый период уменьшилась на 38,3%.

В процессе сравнительного анализа выявлено, что по показателю рождаемости РД повторяла основные тенденции, характерные для РФ в целом и СКФО, но постоянно опережала сравниваемые территории. Наибольший разрыв зафиксирован в 2014 г., когда показатели рождаемости составили соответственно 19,1, 13,3 и 17,3 на 1000 населения соответственно. За изучаемый период снижение рождаемости в РФ произошло на 33,1%, в СКФО – на 26,6% и в РД - на 30,4%.

По данным на 2024 год, суммарный коэффициент рождаемости (СКР) в Республике Дагестане составил 1,815. Этот показатель отражает среднее число рождений у одной женщины за весь репродуктивный период (с 15 до 49 лет). Для сравнения в 2023 году СКР в Дагестане был 1,745, а в 2022-м — 1,734.

Показатель рождаемости в Республике Дагестан в 2024 году был на 59,5% выше, чем в среднем по России, и на 7,2% — чем по Северо-Кавказскому федеральному округу. Таким образом, республика вошла в топ-5 субъектов России по этому демографическому показателю, заняв четвертое место. Лидером стала Чечня с показателем 2,67 ребёнка на одну женщину.

Анализировалась динамика первичной и общей гинекологической заболеваемости и показателей репродуктивного здоровья женского населения Республики Дагестан (РД) в сравнении с Северо-Кавказским федеральным округом (СКФО) и Российской Федерацией (РФ) в целом. Проводилось сравнение показателей женского бесплодия, самопроизвольных и искусственных аборт, перинатальной смертности на изучаемых территориях.

Установлено, что из гинекологических заболеваний наиболее распространенными в Республике Дагестан являются эрозии шейки матки, сальпингит и оофорит, а также расстройства менструации. При этом частота воспалительных заболеваний гениталий в республике выше, чем на сравниваемых территориях, и имеет значимую тенденцию к росту. Частота женского бесплодия в 2022 г. у жительниц республики составила 462,6 на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста. При этом, несмотря на значительные колебания показателя по годам, общий тренд характеризовался стагнацией.

Подавляющее большинство (в среднем 83% за 2020-2022 гг.) случаев прерывания беременности среди женского населения республики отмечено в период до 12 недель. При сроке беременности 12-22 недели отмечался рост доли самопроизвольных абортов на 13,7% на фоне снижения на 13,8% частоты абортов по медицинским показаниям. Установлено, что за период 2013-2022 гг. на всех сравниваемых территориях произошло существенное снижение как мертворождаемости, так и ранней неонатальной смертности.

Проводился социологический опрос среди 513 женщин репродуктивного возраста, в том числе беременных, родильниц и гинекологических больных, проживающих в г. Махачкале (1-я группа) и районах республики (2-я группа),

о качестве и доступности акушерско-гинекологической помощи. На долю жительниц Махачкалы пришлось 62,9% респонденток.

Исследовалось мнение опрошенных женщин (беременных, рожениц и родильниц, гинекологических больных) о качестве и доступности специализированной акушерско-гинекологической помощи на основании социологического опроса. В анкетировании приняли участие женщины в возрасте от 19 до 44 лет (средний возраст - $31,98 \pm 7,55$ лет). Подавляющее большинство опрошенных (82,5%) были в возрасте от 20 до 39 лет. На долю жительниц Махачкалы приходилось 62,9%.

Жительницы столицы статистически значимо выше оценили свое здоровье в целом по сравнению с жительницами районов республики (считали его хорошим 78,7% и 63,2% соответственно). При этом сообщали о наличии у них хронических соматических заболеваний 50,7% респонденток 2-й группы и 29,1% 1-й группы ($p < 0,05$). О наличии различных гинекологических заболеваний сообщили 73,9% жительниц районов против 54,9% опрошенных женщин из Махачкалы ($p < 0,05$).

Среднее число родов у опрошенных женщин составило $2,06 \pm 0,39$. Данные показатели различались у респонденток 1-й и 2-й групп, составив $1,89 \pm 0,22$ и $2,41 \pm 0,88$ соответственно ($p < 0,05$). У 21,4% (в 1-й группе – 19,8%, во 2-й группе – 22,3%, $p > 0,05$) женщин в анамнезе были искусственные аборт (в среднем $1,49 \pm 1,02$). Осложненное течение беременности наблюдалось у 47,4% опрошенных женщин, при этом различия у жительниц Махачкалы и районов республики были незначительными.

Согласно полученным данным, на момент анкетирования 33,4% женщин имели одного ребенка, 45,3% - двоих детей и 21,3% - троих и более детей, то есть считались многодетными. Доля многодетных семей в районах была несколько выше, чем в Махачкале (25,0% против 17,4%). Следует отметить, что 62,6% женщин 1-й группы и 59,1% 2-й группы сообщили о завершении реализации своих планов в отношении рождения детей.

Первые ранговые места среди причин, по которым не были полностью реализованы репродуктивные планы респонденток, занимали гинекологические заболевания (42,8 на 100 опрошенных), общие хронические заболевания (27,3), заболевания у мужа (18,6), занятость в работе (15,6). Часто назывались такие причины как семейные проблемы (семейные конфликты, злоупотребление мужа алкоголем, нежелание мужа) (в сумме 25,6), материальные затруднения (13,1), плохие жилищные условия (10,6). Среди причин не реализации планов женщин в отношении рождения детей статистически значимо преобладали в столице - семейные конфликты и злоупотребление мужа алкоголем, а в районах - общие хронические и гинекологические заболевания.

Среднее число беременностей у опрошенных женщин 1-й группы составило $2,11 \pm 0,98$; во 2-й - $3,48 \pm 1,07$ ($P < 0,05$). У 19,8% респонденток 1-й группы были искусственные аборты в анамнезе, во 2-й – у 22,3% ($p > 0,05$). Среднее число абортов у респонденток 1-й группы равнялось $1,68 \pm 1,08$, во 2-й группе – $1,29 \pm 0,72$ ($p > 0,05$).

Самыми распространенными причинами медицинских абортов были проблемы со здоровьем (43,2 на 100 опрошенных), материальные затруднения (25,9), нежелании иметь детей как со стороны женщины и ее мужа (по 25,0). Реже сообщалось о занятости в работе (20,5). У женщин районов республики чаще называлась такая причина, как плохое здоровье у них – 50,0 против 36,4 на 100 опрошенных ($p < 0,05$).

Осложнения после медицинских абортов наблюдались в 17,8% (в 1-й группе - 23,1%, во 2-й - 12,5%, $p < 0,05$) случаев. При опросе о самопроизвольном прерывании беременности сообщили 33,8% респонденток (в 1-й группе - 33,3%, во второй - 34,2%, $p > 0,05$) опрошенных.

Результаты опроса показали, что 62,5% женщин (60,5% в 1-й группе и 64,4% во 2-й, $p > 0,05$) пользуются различными методами и средствами предохранения от нежелательной беременности. Сравнительный анализ показал преимущественное использование городскими жительницами

презервативов (50,6% против 33,4%, $p < 0,05$) и прерванного полового сношения (28,6% против 18,5%, $p < 0,05$), а сельскими – спирали (22,2% против 7,8%, $p < 0,05$) и спринцевания (14,8% против 2,6%, $p < 0,05$).

Важным показателем качества акушерской помощи является наблюдение женщин во время беременности. Следует отметить, что подавляющее большинство (91,5%) опрошенных состояли на учете по поводу беременности в женской консультации. При этом многие (74,2%) из них встали на учет до 12 недель беременности, однако только около одной трети (37,5%) беременных регулярно наблюдались у акушера-гинеколога.

Вместе с этим, только у 37,6% беременных проводились УЗ-исследования и у 27,8% - выполнены все лабораторные исследования. Лишь 25,2% опрошенных женщин сообщили, что во время беременности направлялись на консультацию к терапевту и 25,3% - к другим специалистам. Показания к стационарному лечению были в 22,9% случаев.

Сравнительный анализ показал, что жительницы районов республики хуже наблюдались во время беременности. Так, если они состояли на учете по поводу беременности и встали на учет до 12 недель беременности с той же частотой, что и жительницы столицы республики, то в остальном представленные показатели были статистически значимо ниже. Особенно это относится регулярному наблюдению у врача (21,1% против 53,9% соответственно, $P < 0,05$) и проведению всех лабораторных исследований (18,4% против 37,1%, $P < 0,05$). Значительно реже им проводилось УЗ-исследование, они реже направлялись на консультацию к врачам-специалистам и на стационарное лечение по показаниям.

Большинство опрошенных женщин (81,6%) ответили положительно на вопрос об удовлетворенности оказываемой им акушерско-гинекологической помощью. Отрицательные ответы были указаны в 18,4% случаев. Близкое распределение ответов имело место среди женщин сравниваемых групп: в 1-й группе 82,5% ответили положительно, во 2-й - 79,1%.

Среди причин неудовлетворенности женщин, оказываемой им акушерско-гинекологической помощью, наиболее были распространены отсутствие современной аппаратуры (40,8 на 100 опрошенных), эффективность лечения (33,0), доступность акушерско-гинекологической помощи (28,9), качество диагностики (28,0) и доступность диагностики (25,6). Реже назывались не соблюдение прав пациента (24,0 на 100 опрошенных), доступность информации о диагнозе, прогнозе и лечении (20,2).

Большинство причин неудовлетворенности женщин акушерско-гинекологической помощью чаще указывались жительницами Махачкалы по сравнению с женщинами, проживающими в районах. Это касалось квалификации медицинских работников (25,0 против 14,4, $p<0,05$), доступности медицинской помощи (43,8 против 25,6, $p<0,05$), качества диагностики (37,5 против 28,0, $p<0,05$), отсутствия современной аппаратуры (59,4 против 40,8, $p<0,05$), низкой эффективности лечения (43,8 против 33,0, $p<0,05$) и соблюдения прав пациента (40,6 против 24,0, $p<0,05$).

Следует отметить, что лишь 5,4% участниц опроса обращались жалобами по поводу качества оказания акушерско-гинекологической помощи. При этом распределение обратившихся по месту обращения было следующим: 50,0% - к руководству медицинской организации, 42,9% - в страховые медицинские организации, 7,1% - к юристам.

Показатели, характеризующие деятельность женских консультаций в Республике Дагестан, в основном лучше, чем в РФ и СКФО: больше доля беременных, поступивших под наблюдение консультации до 12 недель беременности, осмотренных терапевтом, в том числе до 12 недель беременности, ниже доля беременных из числа родивших в стационаре, которые не состояли во время беременности под наблюдением женской консультации. Отмечается относительно достаточная обеспеченность женского населения гинекологическими и акушерскими койками (в основном за счет коек патологии беременности) и низкий уровень обеспеченности новорожденных койками патологии новорожденных и недоношенных детей.

Обеспеченность медицинскими работниками, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женщинам, несколько превышает российские показатели. При этом имеет место значительный дефицит врачей-неонатологов.

Для проведения анализа внутренней и внешней среды организации медицинской помощи, установления пересечения факторов сильных и слабых сторон, характерных для изучаемого региона, был применен SWOT-анализ официальных статистических материалов, результатов анкетирования и нормативных правовых документов. В дальнейшем результаты SWOT-анализа позволили выявить цепочки связей между внешними факторами угроз и возможностей, что дало возможность сформулировать приоритетные направления профилактики нарушений репродуктивного здоровья женского населения республики.

Проведенный SWOT-анализ позволил выявить проблемные зоны в оказании акушерско-гинекологической помощи женскому населению Республики Дагестан и на основании этого научно обосновать и разработать предложения по ее совершенствованию. Предложенная система мер включает ряд нормативных правовых решений, организацию наблюдения за беременными женщинами, своевременного оказания им медицинской помощи, а также мероприятия, направленные на профилактику материнской и перинатальной смертности в том числе от врожденных аномалий, управляемых и социально обусловленных причин. Внимание уделено межведомственному взаимодействию медицинских организаций с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности по наблюдению семей, находящихся в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении.

При реализации разработанных мер по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи женщинам в Республике Дагестан произошли заметные изменения в состоянии здоровья беременных и новорожденных. Полученные результаты при внедрении указанных организационных

принципов позволяют рекомендовать их применение в других субъектах Российской Федерации.

ВЫВОДЫ:

1. Медико-демографическая ситуация в Республике Дагестан характеризуется устойчивым снижением рождаемости, сокращением численности женского населения репродуктивного возраста, повышенными по сравнению с другими территориями показателями материнской и перинатальной смертности. Среди гинекологических заболеваний наиболее распространенными являются сальпингит и оофорит, эрозия шейки матки, а также расстройства менструации. За гинекологической помощью большая часть опрошенных женщин обращается регулярно, в основном в государственные женские консультации.

2. Среднее число беременностей у опрошенных женщин 1-й группы составило $2,11 \pm 0,98$; во 2-й - $3,48 \pm 1,07$ ($p < 0,05$). У 19,8% респонденток 1-й группы были искусственные аборты в анамнезе, во 2-й – у 22,3% ($p > 0,05$). Среднее число абортов у респонденток 1-й группы равнялось $1,68 \pm 1,08$, во 2-й группе – $1,29 \pm 0,72$ ($p > 0,05$). Среднее число родов у опрошенных жительниц Махачкалы составило $1,89 \pm 0,22$, у проживающих в районах республики - $2,41 \pm 0,88$ ($P < 0,05$). В 1-й группе в анамнезе были искусственные аборты у 19,8% женщин, во 2-й группе – у 22,3% ($p > 0,05$).

3. Осложненное течение беременности наблюдалось у 47,4% опрошенных женщин, при этом различия у жительниц Махачкалы и районов республики были незначительными. Подавляющее большинство опрошенных во время беременности состояли на учете в женской консультации, при этом многие из них встали на учет до 12 недель беременности и регулярно наблюдались у врача. Однако, доля беременных, которым проводились УЗИ, все лабораторные исследования и которые направлялись на консультацию к терапевту и другим специалистам, была низкой, особенно среди жительниц районов.

4. Доля нормальных родов в РД за весь период наблюдения была меньше, чем в РФ и СКФО, однако в отличие от последних имела статистически значимую тенденцию к росту. Среди основных причин заболеваемости

рожениц преобладали нарушение родовой деятельности, затрудненные роды и роды, осложненные патологией пуповины, реже отмечались преждевременная отслойка плаценты, кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде. Распределение родившихся детей по весовым категориям соответствует российским показателям, заболеваемость новорожденных в республике отличие от РФ характеризовалась стагнацией процесса и более низким уровнем.

5. Доля многодетных семей в г. Махачкале была меньше, чем в районах (17,4% против 25,0%). Следует отметить, что 62,6% женщин 1-й группы и 59,1% 2-й группы сообщили о завершении реализации своих планов в отношении рождения детей. Пользуются различными методами и средствами предохранения от нежелательной беременности. 60,5% женщин в 1-й группе и 64,4% во 2-й, $p > 0,05$) Более, чем в половине (52,6%) случаев предпочтение отдавалось презервативам, в одной трети (29,8%) - прерванному половому сношению. На использование гормональных препаратов и химических веществ указали 10,5% респонденток.

6. Первые ранговые места среди причин, по которым не были полностью реализованы репродуктивные планы респонденток, занимали гинекологические заболевания (42,8 на 100 опрошенных), общие хронические заболевания (27,3), заболевания мужа (18,6), занятость в работе (15,6). Часто назывались такие причины как семейные проблемы, в том числе семейные конфликты, злоупотребление мужа алкоголем, нежелание мужа иметь детей (в сумме на них пришлось 25,6 на 100 опрошенных). Среди причин не реализации планов женщин в отношении рождения детей статистически значимо преобладали в столице - семейные конфликты и злоупотребление мужа алкоголем, а в районах - общие хронические и гинекологические заболевания.

7. Значительная часть женщин (в 1-й группе 82,5%, во 2-й - 79,1%) была удовлетворена, оказываемой им акушерско-гинекологической помощью. Среди причин недовольства чаще назывались недостаточная доступность и

качество диагностики. Мнение женщин о качестве и доступности акушерско-гинекологической помощи зависело от ряда медико-социальных факторов. Статистически значимо чаще были не удовлетворены респонденты с высшим образованием, служащие и студенты, женщины, которые никогда не состояли в браке. Негативное отношение чаще высказывали также респондентки, имеющие хронические заболевания, в том числе гинекологические, а также пережившие осложнения в родах и послеродовом периоде. Лишь небольшая часть женщин обращались с жалобами по поводу качества оказания акушерско-гинекологической помощи, в основном, к руководству медицинской организации и в страховые медицинские организации.

8. Проведенный SWOT-анализ позволил выстроить последовательность шагов для решения задач, связанных с совершенствованием профилактики нарушений репродуктивного здоровья женского населения Республики Дагестан и организации оказания акушерско-гинекологической помощи. Установлено, что сильные стороны акушерско-гинекологической помощи в республике относились в основном к организации наблюдения женщин, в том числе во время беременности, слабые стороны касались распространенности гинекологической заболеваемости и состояния здоровья беременных женщин. Отмечался широкий спектр угроз, среди которых были неблагоприятные тенденции в демографической ситуации, недостатки акушерской помощи женщинам, низкая квалификация специалистов соответствующего профиля

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

В целях повышения качества и доступности акушерско-гинекологической помощи, а также профилактики нарушений репродуктивного здоровья женского населения Республики Дагестан с позиции воспроизводства здоровых поколений, органам управления и медицинским организациям обратить особое внимание на:

- оптимизацию маршрутизации женщин с патологией беременности и экстрагенитальными заболеваниями;
- повышение доступности консультативно-диагностической, скорой и неотложной медицинской помощи женскому населению отдаленных районов;
- регулярное прохождение женщин репродуктивного возраста профилактического осмотра у врача акушера-гинеколога и развитие репродуктивной диспансеризации;
- тщательное планирование каждой беременности, консультации с врачом-гинекологом о выборе определенного способа контрацепции в каждом конкретном случае;
- профилактику, своевременную диагностику и лечение ИППП;
- поддержание традиционных семейных ценностей (прочность брачно-семейных отношений, отказ от употребления спиртного, предупреждение аборт и т.д.);
- открытие центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- осуществление процедур экстракорпорального оплодотворения парам, страдающим бесплодием;
- повышение качества рекомендаций, информации в области здоровья семьи;
- вовлечение супругов (партнеров) в решении проблем охраны здоровья женщин и повышение их ответственности за деторождение.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГБУ РД – государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан
ИППП - инфекции, передаваемые половым путем
КМП - качества медицинской помощи
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
ОМС - обязательного медицинского страхования
РД – Республика Дагестан
РФ – Российская Федерация
СКР - суммарный коэффициент рождаемости
СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ
СПИД – синдром приобретённого иммунодефицита
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян, Л.В. Данные центра охраны репродуктивного здоровья подростков московской области за 2021 год / Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, С.Ф. Торубаров и др. // Проллиферативный синдром в биологии и медицине: Материалы II Российского форума с международным участием, Москва, 29–30 ноября 2022 года. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью "Издательство ГЕОС", 2022. – С. 270-278.
2. Анкудинов, Н. О. Как оптимизировать работу службы родовспоможения с помощью "бережливых" информационных технологий / Н. О. Анкудинов, А. Ф. Ситников, Ф. А. Ситников // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2021. – Т. 7, № 4. – С. 58-62.
3. Артюхина, В.А. Социологическая оценка основных факторов репродуктивного поведения современных российских женщин / В.А. Артюхина, В.В. Нагайцев, А.Н. Шрайбер // Вестник НГУЭУ. - 2020. - № 3. -С. 251-259.
4. Архангельский, В.Н. Особенности репродуктивного поведения жительниц Москвы / В.Н. Архангельский, И.В. Богдан, О.Н. Калачикова, Д.П. Чистякова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. - 2023. - Т. 16, № 3. -С. 231-246.
5. Байбарина, Е. Н. О проблемах медицинской помощи детям и женщинам детородного возраста / Е. Н. Байбарина // Демография и здравоохранение - приоритеты Российской Федерации: Сборник научных статей конференции в рамках II Евразийского женского форума, Санкт-Петербург, 19–21 сентября 2018 года / Под редакцией Е.Ф. Лаховой, Г.И. Климантовой. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью "Квант Медиа", 2021. – С. 34-39.
6. Байбарина, Е.Н. Служба родовспоможения в Российской Федерации: достигнутые результаты и перспективы развития / Е.Н. Байбарина, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Заместитель главного врача. - 2014. - № 5. - С. 6-14.

7. Бантьева, М. Н. Динамика показателей родовспоможения в Российской Федерации / М. Н. Бантьева, Е. М. Маношкина, Т. А. Соколовская // Академия медицины и спорта. – 2020. – Т. 1, № 2. – С. 4-8.
8. Баранов, А. А. Состояние здоровья детей в современной России / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Л. С. Намазова-Баранова, Р. Н. Терлецкая. – 2-е издание, дополненное. – Москва: ООО "Педиатръ", 2020. – 116 с.
9. Белкин, С. К. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин / С. К. Белкин // Молодежь XXI века: образование, наука, инновации: Материалы XI Всероссийской студенческой научно-практической конференции с международным участием. В 2-х частях, Новосибирск, 07–09 декабря 2022 года / Под редакцией А.С. Хомченко. Том Часть 2. – Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2023. – С. 81-83.
10. Белокриницкая, Т. Е. Репродуктивные ориентиры, знания и репродуктивное здоровье учащихся вузов: многоцентровое исследование в Дальневосточном федеральном округе / Т. Е. Белокриницкая, Н. И. Фролова, В. А. Мудров и др. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2025. – Т. 21, № 3(108). – С. 17-27.
11. Блинов, Д.С. Проблемы репродуктивного здоровья женщин и способы повышения репродуктивного потенциала / Д.С. Блинов, Т.С. Грачева, М.Н. Исламова, Л.А. Чугунова // Огарёв-Online. - 2016. - № 15 (80). - С. 10.
12. Богданова, С. В. Охрана репродуктивного здоровья населения / С. В. Богданова, Л. И. Ильенко, А. В. Богданова, А. Н. Гуреев // Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы: Сборник тезисов XXXI Всероссийского Конгресса с международным участием, Москва, 04–06 марта 2025 года. – Москва: ООО "МЕДИ Экспо", 2025. – С. 42-44.
13. Борисова, Д. С. Риски нарушений репродуктивного здоровья работниц на открытой территории в холодном климатическом районе / Д. С. Борисова, А. А. Ковшов // Социальная динамика населения и человеческий

потенциал: Материалы VI Международной научно-практической конференции, Москва, 20–21 июня 2024 года. – Москва: Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук, 2024. – С. 20-23.

14. Вазюро, А. В. Анализ эффективности акушерско-гинекологической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе / А. В. Вазюро, А. Ф. Перковская // Инновации в медицине и фармации - 2018: Сборник материалов дистанционной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Минск, 04 ноября 2018 года / Белорусский государственный медицинский университет. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2018. – С. 712-715.

15. Васильева, Е. С. Состояние здоровья женского населения Российской Федерации / Е. С. Васильева, А. А. Бабаева // Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов: В 2 частях / отв. редактор А.Н. Захарова. Том Часть 1. – Чебоксары: Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2019. – С. 167-173.

16. Вернер, О. Н. Анализ потребности в акушерско-гинекологической помощи девушек-студенток г. Екатеринбурга на основе анкетирования / О. Н. Вернер, Е. А. Росюк // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Сборник статей VIII Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Екатеринбург, 19–20 апреля 2023 года / Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Научное общество молодых ученых и студентов. – Екатеринбург: ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 2023. – С. 39-43.

17. Вершинина, А. Е. Влияние вредных привычек на показатели репродуктивного здоровья женщин раннего репродуктивного возраста Волгоградского региона / А. Е. Вершинина, А. В. Буров, Н. А. Бурова // Приоритетные направления научных исследований. Анализ, управление,

перспективы: Сборник статей Международной научно-практической конференции, Самара, 12 августа 2025 года. – Уфа: ООО "Омега сайнс", 2025. – С. 145-147.

18. Ворыханов, А. В. Организация медицинской помощи женщинам с патологией беременности, родов и послеродового периода в условиях многопрофильного стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Ворыханов. – Москва, 2016. – 22 с.

19. Гаврикова, Д. И. Информационно-образовательные потребности врачей акушеров-гинекологов Курской области в вопросах организации медицинской помощи / Д. И. Гаврикова, В. И. Тимошилов // Инновации в медицине и фармации - 2020: материалы дистанционной научно - практической конференции студентов и молодых ученых, Минск, 12 октября 2020 года. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2020. – С. 842-846.

20. Гареева, И. А. Социальная обусловленность репродуктивного поведения населения / И. А. Гареева // Власть и управление на Востоке России. – 2023. – № 1(102). – С. 101-110.

21. Гатина, Г. А. Медицинские аспекты оптимизации репродуктивного здоровья женщин Дагестана / Г. А. Гатина. – Махачкала: Общество с ограниченной ответственностью "Издательство АЛЕФ", 2022. – 204 с.

22. Гатина, Г. А. Характер реализации репродуктивной функции женщин села и города Республики Дагестан / Г. А. Гатина // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2022. – № 10. – С. 183-188

23. Гладкая, В. С. Современные тенденции репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женского населения в России / В. С. Гладкая, В. Л. Грицинская, Н. Н. Медведева // Материнство и детство. - 2017. - №1(68). - С.10-14

24. Гоголева, М. Н. Медико-статистический анализ показателей здоровья матерей и детей в Республике Коми в период 2019-2021 гг. / М. Н.

Гоголева, Ю. В. Басалова, А. А. Гринева // Здоровье населения и качество жизни : электронный сборник материалов X Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2023 года. – Санкт-Петербург: ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, 2023. – С. 143-148.

25. Головяшкина, Н. П. Информированность молодежи по вопросам репродуктивного здоровья как фактор демографической стабильности и национальной безопасности государства / Н. П. Головяшкина, Д. Ю. Зиновьев, Н. С. Зубрияднова и др. // Труды международного симпозиума "Надежность и качество". – 2024. – Т. 2. – С. 433-442.

26. Григорьева, Н. А. Прогнозирование перинатальной патологии у новорожденных юных матерей / Н. А. Григорьева, Н. В. Саввина // Медицинская физика. – 2022. – № 3(95). – С. 18-20.

27. Давыдов, А. Ю. Анализ эффективности первичного профилактического приёма акушером-гинекологом на основе методов бережливого производства / А. Ю. Давыдов, Г. Б. Артемьева, Н. Н. Перегудова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2020. – Т. 8, № 2. – С. 141-153.

28. Давыдов, А. Ю. Бережливое производство как инструмент повышения эффективности акушерско-гинекологической помощи сельскому населению / А. Ю. Давыдов, Г. Б. Артемьева, Н. Н. Перегудова // Здоровье и здравоохранение в России: Сборник статей II Научной конференции молодых ученых с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. – Москва: Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2018. – С. 93-99.

29. Давыдов, А. Ю. Приоритетные направления организации акушерско-гинекологической помощи в муниципальном образовании / А. Ю. Давыдов, Г. Б. Артемьева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 1. – С. 58-61.

30. Дещенко, О. В. Железный щит репродуктивного здоровья / О. В. Дещенко, С. А. Леваков, Н. А. Шешукова // Зарождение жизни. – 2025. – № 1. – С. 4-10.
31. Евстропов, А. Н. Информированность студенческой молодежи о некоторых социально значимых инфекциях / А. Н. Евстропов, З. П. Худоногова, Л. Н. Захарова, А. Ю. Миронов // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2017. – № 3. – С. 31-35.
32. Заболеваемость взрослого населения России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, Г.А. Александрова, и др. - М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. - 164 с.
33. Заболеваемость всего населения России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы Часть I / Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Ю.И. Оськов и др. – М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. – 142 с.
34. Заболеваемость всего населения России в 2021 году. Статистические материалы Часть II / Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Ю.И. Оськов и др. – М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. – 64 с.
35. Землянова, Е.В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем / Е.В. Землянова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2016. - Т. 48, № 2. - С. 1-15
36. Иванова, Л. А. Принципы социально-этического маркетинга в медицинской деятельности. Опыт СПб ГБУЗ "Родильный дом № 10" / Л. А. Иванова, О. В. Куликов, Е. С. Михайлин // Менеджмент качества в медицине. – 2020. – № 3. – С. 84-90.
37. Калачикова, О.Н. Репродуктивное поведение как фактор воспроизводства населения: тенденции и перспективы / О.Н. Калачикова, А.А. Шабунова //: Монография. Вологда, 2015. - 172 с.
38. Касимова, Г. П. Организация акушерско-гинекологической помощи в республике Казахстан / Г. П. Касимова, Ш. А. Карабалаева //

Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2017. – № 4. – С. 366-367.

39. Каткова, И.П. Рождаемость и репродуктивный потенциал населения России / И.П. Каткова, Е.В. Андрюшина, В.И. Катков // Народонаселение. - 2012. - № 3 (57). - С. 005-012

40. Кисина, В.И. Эпидемиология и факторы, влияющие на частоту выявления инфекций, передаваемых половым путем / В. И. Кисина, Л. С. Анохина, И. В. Романова, А. Е. Гущин // Клиническая дерматология и венерология. – 2023. – Т. 22, № 4. – С. 375-381.

41. Ковалева, А. В. Источники формирования сексуальных ценностей и установок современной молодежи / А. В. Ковалева // Общество: социология, психология, педагогика. – 2022. – № 11(103). – С. 36-39.

42. Косолапов В. П. Анализ акушерско-гинекологической службы Бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области "Воронежская государственная клиническая больница скорой медицинской помощи №8" за 2015-2020 годы / В. П. Косолапов, С. С. Попов, Г. В. Сыч и др. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2021. – Т. 20, № 2. – С. 171-177.

43. Косорукова, В. С. Значение здорового образа жизни в репродуктивном здоровье / В. С. Косорукова // Шаг в будущее: Материалы IX Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции обучающихся профессиональных образовательных организаций. В 3-х томах, Курск, 25 марта 2025 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2025. – С. 150-153.

44. Кротик, Е. И. Клинико-статистический анализ анамнеза женщин, перенесших воспалительные заболевания репродуктивной системы / Е. И. Кротик // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 268-280.

45. Кузнецов, Д. В. К вопросу о совершенствовании трехуровневой системы оказания перинатальной помощи / Кузнецов Д. В. // Sciences of

Europe. - 2018. - № 25-1(25). – С. 43-47.

46. Кулик, А. А. Сравнительная характеристика методов родовспоможения в акушерских стационарах 2-го уровня Г. Хабаровска / А. А. Кулик, О. В. Лемещенко, М. Ф. Рзянкина // Дальневосточный медицинский журнал. – 2021. – № 4. – С. 35-38.

47. Кулькова, И. А. Тренды изменений репродуктивных установок в России в 2022 году / И. А. Кулькова // Демографические факторы адаптации населения к глобальным социально-экономическим вызовам: Сборник научных статей / Редакторы О.А. Козлова и др. – Екатеринбург: Институт экономики Уральского отделения РАН, 2023. – С. 679-688.

48. Курабекова, Н. А. Работа службы родовспоможения в Республике Дагестан с учетом динамики демографических процессов / Н. А. Курабекова, Н. А. Жаркин // Астраханский медицинский журнал. – 2023. – Т. 18, № 1. – С. 50-58.

49. Кучмаева, О. В. Студенческая семья в современной России: демографические и социальные характеристики по данным выборочного обследования / О. В. Кучмаева, О. А. Золотарева // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. – 2022. – Т. 15, № 1. – С. 135-149.

50. Кхан, Р. Б. Проблемы репродуктивного здоровья населения в условиях антропогенного загрязнения (обзор литературы) / Р. Б. Кхан // Оренбургский медицинский вестник. – 2018. – Т. VI, № 3(23). – С. 4-11.

51. Ларина, В.Н. Постковидный период: современный взгляд и клинические особенности / Ларина В.Н., Рыжих А.А., Бикбаева Л.И. // Архивъ внутренней медицины. - 2021. - Т. 11, №3. - С. 186-195.

52. Лебедев, Н.Н. Современные возможности организации комплексной акушерско-гинекологической помощи с использованием стационаро-замещающих технологий / Н. Н. Лебедев, А. Н. Шихметов, А. М. Задикян и др. // Амбулаторная хирургия. – 2021. – Т. 18, № 1. – С. 150-156.

53. Лебедева, Ю. В. Просвещение молодежи об особенностях репродуктивного здоровья как возможность влияния на демографические процессы и экономическую безопасность России / Ю. В. Лебедева // Экономический анализ: теория и практика. – 2025. – Т. 24, № 6. – С. 124-136.

54. Лещенко, О.Я. Этнические особенности сочетания инфекций, передающихся половым путем, у женщин с бесплодием и генитальным туберкулезом / О.Я. Лещенко, А.Б. Маланова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2019. - Т. 11, № 3. - С. 30-36.

55. Линденбратен, А. Л. Мнение персонала медицинской организации об эффективности систем менеджмента качества и международной сертификации / А. Л. Линденбратен, Н. Д. Дубинин, Е. Ю. Лудупова и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2016. – Т. 24, № 5. – С. 260–265.

56. Лучкевич, В. С. Репродуктивное здоровье, окружающая среда и качество жизни работающих женщин / В. С. Лучкевич, Н. В. Дармограй // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2021 года. Том Часть 1. – Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, 2021. – С. 377-384.

57. Малинина, Т.Б. Демография и социальная статистика. Учебник и практикум. Сер. 76 Высшее образование (2-е издание) / Т.Б. Малинина. - Москва, 2023. – 354 с.

58. Манакина, Е. С. К вопросу оптимизации деятельности специалистов в акушерском деле / Е. С. Манакина, О. В. Медведева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2015. – Т. 23, № 4. – С. 34–37.

59. Манакина, Е. С. Научное обоснование модели профилактической деятельности специалиста акушерского дела в условиях женской консультации межрайонного центра: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.С. Манакина. –

Москва, 2017. – 22 с.

60. Матейкович, Е. А. Дефекты амбулаторной акушерско-гинекологической помощи: экспертная оценка, влияние на исход родов / Е. А. Матейкович // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 1. – С. 163-168.

61. Матейкович, Е. А. Интратерриториальные различия репродуктивных потерь / Е. А. Матейкович, В. А. Новикова, В. Е. Радзинский // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17, № 13. – С. 191-199.

62. Матейкович, Е. А. Медицинские ошибки при оказании акушерско-гинекологической помощи / Е. А. Матейкович, Т. П. Шевлюкова, Е. Ю. Кукарская, Г. Д. Галиева // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 5. – С. 196.

63. Мингазова, Э.Н. О стратегиях регулирования репродуктивного поведения: медико-социальный аспект / Э. Н. Мингазова, С. А. Гуреев, П. В. Железова, Г. Г. Непомнящая // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2024. – № 3. – С. 87-92.

64. Михайлова, О. Б. Взаимосвязь особенностей сексуального поведения с показателями дисгармонии в интимных отношениях у юношей и девушек / О. Б. Михайлова, А. С. Гирина // Человеческий капитал. – 2023. – № 3(171). – С. 286-295.

65. Михайлова, О. И. Эффективная прегравидарная подготовка у женщин с железодефицитом / О. И. Михайлова, В. Л. Тютюнник, Н. Е. Кан, Д. Д. Мирзабекова // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17, № 5. – С. 35-40.

66. Михалев, С. А. Ожирение как фактор риска привычного невынашивания Беременности / С. А. Михалев, Д. Н. Масалимова // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. – 2023. – Т. 11, № S. – С. 105-108.

67. Моисеева, К.Е. Влияние медико-социальных факторов на удовлетворённость пациенток центра репродукции и планирования семьи оказанием медицинской помощи / К. Е. Моисеева, В. К. Юрьев, Ш. Д.

Харбедия [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2024. – Т. 30, № 1. – С. 37-47.

68. Муяссарова, М. М. Здоровье женщин фертильного возраста: управление рисками репродуктивных нарушений на уровне первичной медико-санитарной помощи / М. М. Муяссарова // Наука, инновации, образование: актуальные вопросы и современные аспекты. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2025. – С. 183-193.

69. Насурлаева, Н. Р. Современные методы сохранения репродуктивного здоровья у женщин репродуктивного возраста / Н. Р. Насурлаева // Современные студенческие исследования: сборник статей VII Международной научно-практической конференции, Пенза, 20 октября 2025 года. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2025. – С. 131-133.

70. Николаева, Л.Б. Репродуктивное здоровье женщин Кузбасса / Л.Б. Николаева, Г.А. Ушакова // Мать и дитя в Кузбассе. - 2010. - № 4. - С. 17-21.

71. Николаева, Р. К. Состояние здоровья медицинских и педагогических работников по данным периодических осмотров / Р. К. Николаева, Д. Н. Сенина // Forcipe. – 2020. – Т. 3, № S1. – С. 65-66.

72. Новиков, Е.И. Кровотечения в акушерско-гинекологической практике / Е. И. Новиков, А. В. Осипов, Л. Ш. Горбакова и др. // Global Reproduction. – 2021. – № S2. – С. 76-81.

73. Новосад, Е. А. Эффективность использования телемедицинских технологий при оказании акушерско-гинекологической и медико-генетической помощи пациентам Гродненской области / Е. А. Новосад, В. Л. Зверко, Е. Е. Добрук // Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении: Сборник статей международной научно-практической конференции, Гродно, 20 мая 2022 года / Отв. редактор М.Ю. Сурмач. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2022. – С. 193-197.

74. Оразов, М.Р. Хронический эндометрит: патогенез, диагностика, лечение и его связь с бесплодием / М.Р. Оразов, Л.М. Михалева, П.А. Семенов // Клиническая и экспериментальная морфология. - 2020. - Т. 9, № 2. - С. 16-25.

75. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19: Методические рекомендации Минздрава РФ. — Версия 4 (05.07.2021).

76. Орлов, Д. А. Самооценка врачами их квалификации и социального положения / Д. А. Орлов, К. А. Эхте, Д. П. Дербенев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2015. — Т. 23, № 6. — С. 35–37.

77. Полякова, О. Б. Репродуктивное здоровье: дайджест [Электронный ресурс] / О. Б. Полякова, Т. И. Бонкало, В. А. Степанова. — Электрон. текстовые дан. — М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. — URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditcina/izdaniya-nii/daydzhest-meditinskiy-turizm-i-eksportmeditsinskikh-uslug/> — Загл. с экрана. — 56 с.

78. Петрова, Н.Г. О результатах анкетирования врачей акушеров-гинекологов и оценки уровня их подготовленности по вопросам качества медицинской помощи / Н. Г. Петрова, К. В. Ярославский // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. — 2018. — Т. 25, № 1. — С. 21-27.

79. Попадайкин, В.В. Проблемы демографии (2-е издание, переработанное и дополненное) / В.В. Попадайкин, М.Ю. Архипова, В.П. Сиротин. - Москва, 2022. — 162 с.

80. Припутневич, Т. В. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в родовспомогательных учреждениях Российской Федерации (состояние проблемы в начале XXI века) / Т. В. Припутневич, Л. А. Любасовская, М. П. Шувалова и др. // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2021. — Т. 76, № 2. — С. 133-141.

81. Пузырев, В. Г. Создание эффективной системы контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении / В. Г. Пузырев, В. А. Глуценко // Медицина и организация здравоохранения. — 2016. — № 1. — С. 12–20.

82. Руднева, О. С. К вопросу о проблеме детской бедности как

сдерживающего фактора повышения рождаемости (на примере Оренбургской области) / О. С. Руднева, А. А. Соколов // Вопросы степеведения. – 2023. – № 2. – С. 43-50.

83. Салий, М. Г. Репродуктивный потенциал современных молодых женщин / М. Г. Салий, Л. В. Ткаченко, Е. Г. Селина и др. // Астраханский медицинский журнал. – 2022. – Т. 17, № 3. – С. 66-71.

84. Сатанова, А. Р. Роль вакцинации против ВПЧ в элиминации рака шейки матки: Обзор литературы / А. Р. Сатанова, Д. Р. Кайдарова, Е. К. Кукубасов и др. // Онкология и радиология Казахстана. – 2022. – № 2(64). – С. 79-83.

85. Свирина, Е. Р. Тенденция снижения рождаемости в контексте национальной безопасности / Е. Р. Свирина // Школа молодых учёных по проблемам гуманитарных наук: Сборник материалов областного профильного семинара, Елец, 08 июня 2023 года. – Елец: Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, 2023. – С. 101-107.

86. Сигинор, Д.М. Определение связи между возрастом менархе и структурой гинекологической заболеваемости / Д. М. Сагинор, А. А. Файзуллаева, Е. Д. Шереметьева и др. // Смоленский медицинский альманах. – 2022. – № 3. – С. 60-61.

87. Симонова, О. В. Репродуктивное здоровье населения России / О. В. Симонова // Мы продолжаем традиции российской статистики: сборник докладов I Открытого российского статистического конгресса, Новосибирск, 20–22 октября 2015 года / Российская ассоциация статистиков; Федеральная служба государственной статистики и РФ; Новосибирский государственный университет экономики и управления "НИНХ". Том 4. – Новосибирск: Новосибирский государственный университет экономики и управления "НИНХ", 2015. – С. 28-34.

88. Сорокина, З.Х. Научное обоснование приоритетных направлений совершенствования качества медицинской помощи новорожденным детям в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / З.Х. Сорокина. СПб.,

2011. - 46 с.

89. Степанова, Е.В. Медико-социальные аспекты профилактики онкогинекологических и гинекологических заболеваний. Меры по повышению качества жизни пациентов онкогинекологического профиля: учебно-методическое пособие. / сост.: Е.В. Степанова, К.Р. Амлаев, Н.А. Шибков - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. - 66 с.

90. Степанова, Е.В. Совершенствование организации медико-социальной помощи женщинам с хроническими заболеваниями репродуктивной сферы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Степанова. - Ставрополь, 2016. – 24 с.

91. Ступак, В.С. Репродуктивные потери в Дальневосточном федеральном округе: тенденции и проблемы / В.С. Ступак, М.Н. Бантьева, Е.М. Маношкина // Акушерство и гинекология. - 2024. - № 4. - С. 116-125.

92. Суднищикова, Е. И. Нарушения менструальной функции у студенток в возрасте от 18 до 24 лет / Е. И. Суднищикова, Д. А. Мохова, Д. А. Толмачев // Дневник науки. – 2023. – № 4(76). – URL: http://dnevniknauki.ru/images/publications/2023/4/medicine/Sudnishchikova_Mokhova_Tolmachev.pdf

93. Сухих, Г. Т. Роль национального медицинского исследовательского центра в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности службы родовспоможения в субъектах Российской Федерации / Г. Т. Сухих, М. П. Шувалова, Н. Е. Кан, И. А. Прялухин // Вестник Росздравнадзора. – 2023. – № 1. – С. 20-27.

94. Сысоева, О. Г. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье девушек-студенток (обзор литературы) / О. Г. Сысоева, Д. В. Аксененко, С. Б. Яхья и др. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2025. – Т. 21, № 3(108). – С. 37-46.

95. Таскина, В. Ю. Дистанционное диспансерное наблюдение в акушерстве: состояние проблемы и перспективы / В. Ю. Таскина, А. Е. Демкина, А. В. Владзимирский и др. // Акушерство и гинекология. – 2021. – №

9. – С. 12-20.

96. Тезиков, Ю. В. Внутрибрюшное кровотечение у беременной как проявление эндометриозной болезни / Ю. В. Тезиков, И. С. Липатов, Т. А. Тезикова и др. // Акушерство и гинекология. – 2023. – № 3. – С. 141-148.

97. Тимошилов, В.И., Совершенствование оценки удовлетворенности пациенток стационарной акушерско-гинекологической помощью и результаты экспериментального исследования / В.И. Тимошилов // Актуальные проблемы и достижения в медицине: сборник научных трудов по итогам III международной научно-практической конференции, Самара, 11 апреля 2015 года. Том Выпуск III. – Самара: Инновационный центр развития образования и науки, 2015. – 218 с.

98. Торубаров, С. Ф. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки - собственный взгляд на проблему / С. Ф. Торубаров, А. О. Духин // Инфекции в хирургии. – 2019. – Т. 17, № 1. – С. 33-36.

99. Третьяков, А. П. Анализ совершенствования системы охраны здоровья женщин репродуктивного возраста на примере показателей межрайонного перинатального центра / А. П. Третьяков, С. И. Апросимова, А. Е. Гайдаенко и др. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 2. – С. 941-956.

100. Турбина, Ю.О. Социально-гигиеническая характеристика женщин репродуктивного возраста и ее роль в развитии гинекологической патологии / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. - 2019. - Т. 25, № 2. - С. 89-91.

101. Тютюнник, В. Л. Профилактика и лечение железодефицитных состояний при беременности / В. Л. Тютюнник, Н. Е. Кан, Л. В. Хачатрян, И. И. Баранов // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 6. – С. 89-96.

102. Федеральная служба государственной статистики. Население. Демография. - URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography

103. Филимонова, И. В. Факторы влияния на решение о рождении ребёнка и количестве детей у женщин в России / И. В. Филимонова, А. В. Ивершинь, А. В. Комарова, О. И. Кривошеева // Народонаселение. – 2023. – Т. 26, № 1. – С. 55-69.

104. Филимонова, О. Л. Особенности оказания акушерско-гинекологической помощи в Чукотском автономном округе / О. Л. Филимонова, А. Р. Кисилевич, Д. С. Углик // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: Сборник материалов VII Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию дисциплины "Социальная гигиена", Смоленск, 24 декабря 2020 года. – Смоленск: Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании, 2021. – С. 176-178.

105. Филиппов, О.С. Анализ деятельности перинатальных центров, построенных в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения / О.С. Филиппов, А.И. Малышкина, В.А. Линде и др. // МЗ РФ приказ 15-4/10/206891 от 01.11.2016. - Москва, 2016.

106. Фомина, А. В. Анализ гинекологической заболеваемости и тенденции развития стационарной гинекологической помощи в Российской Федерации / А. В. Фомина, Ф. Г. Дзидзария, Е. В. Бивол // Российский медицинский журнал. – 2020. – Т. 26, № 4. – С. 211-216.

107. Хабриев, Р. У. Прогноз рождаемости и заболеваемости населения субъектов Российской Федерации с позиции оценки репродуктивного потенциала / Р. У. Хабриев, Э. Н. Мингазова, В. Б. Зиатдинов и др. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65, № 6. – С. 507-513.

108. Хамер, Г. В. Проблема аборт в контексте демографии / Г. В. Хамер, А. А. Садковкин, Ю. Д. Степанова // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2023. – № 7(101). – С. 198-203.

109. Хамошина, М. Б. Динамика структуры причин госпитализации в нековидный гинекологический стационар до и в период пандемии COVID-19 / М. Б. Хамошина, О. А. Демина, А. Исмаилова и др. // Тезисы III

Общероссийской научно-практической конференции для акушеров-гинекологов «Оттовские чтения», Санкт-Петербург, 12–13 ноября 2021 года. – Москва: Издательство журнала StatusPraesens, 2021. – С. 32-33.

110. Хасаншина, З. Р. Влияние особенностей микробиома органов малого таза на репродуктивное здоровье женщины / З. Р. Хасаншина, Н. В. Богачева // Вестник Пермского университета. Серия: Биология. – 2025. – № 1. – С. 59-68.

111. Хасаншина, З.Р. Вспомогательные репродуктивные технологии как вариант решения проблемы бесплодия / Хасаншина З.Р., Богачева Н.В. // В кн.: Физиология - актуальные проблемы фундаментальных и прикладных исследований. материалы Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 125-летию со дня рождения академика Петра Кузьмича Анохина. Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2023. - С. 154-157.

112. Хломов, К. Д. Рискованное сексуальное поведение в подростковом возрасте: обзор исследований / К. Д. Хломов, А. А. Бочавер // Психология и право. – 2021. – Т. 11, № 3. – С. 15-32.

113. Человечкова, К. Д. Анализ структуры и динамики гинекологической заболеваемости и экстрагенитальной патологии среди сельских женщин / К. Д. Человечкова, А. Ю. Жербаков, А. Е. Комарова, Р. С. Мануева // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). – 2020. – Т. 5, № 5. – С. 7-11.

114. Шабунова, А. А. Современные вызовы демографического развития России / А. А. Шабунова, О. Н. Калачикова // Консолидация российского общества в новых геополитических реалиях: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 21–22 ноября 2022 года. – Вологда: Вологодский научный центр Российской академии наук, 2023. – С. 248-252.

115. Шарапова, О. В. Аналитический обзор нормативного и организационного обеспечения деятельности перинатальной службы в

Российской Федерации (2000-2020) / О. В. Шарапова, Э. Н. Мингазова, А. С. Нестеров и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 4. – С. 885-891.

116. Шахсинова, Р. Н. Оценка эффективности работы первичного звена здравоохранения по своевременному выявлению проблем репродуктивного здоровья у девочек / Р. Н. Шахсинова, З. Х. Узденова, З. М. Гатагажева // Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы: Сборник тезисов XXXI Всероссийского Конгресса с международным участием, Москва, 04–06 марта 2025 года. – Москва: ООО "МЕДИ Экспо", 2025. – С. 224-225.

117. Швырёва, Е.А. Факторы риска, качество жизни и разработка медико-социальных мероприятий по профилактике хронических гинекологических заболеваний / Е.А. Швырёва // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 1-1. - С. 1360.

118. Шелехов, И. Л. Беременность как значимый этап репродуктивного поведения человека / И. Л. Шелехов // Информационные технологии в науке, управлении, социальной сфере и медицине: материалы VII Международной научной конференции, Томск, Иркутск, 17–25 октября 2022 года / Под ред. О. Г. Берестневой, И. Л. Шелехова, А. И. Труфанова, Т. А. Гладковой. – Томск, Иркутск: Томский государственный педагогический университет, 2023. – С. 243-2 О стратегиях регулирования репродуктивного поведения: медико-социальный аспект / Э. Н. Мингазова, С. А. Гуреев, П. В. Железова, Г. Г. Непомнящая // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2024. – № 3. – С. 87-92..

119. Шестаков, Г.С. Применение стандартов при организации акушерско-гинекологической помощи в системе здравоохранения Гудермесского района Чеченской Республики / Г.С. Шестаков, А.С. Арсанукаева, И.Х. Байсултанов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2010. - №11-12. - С.33-38.

120. Шипова, В. М. Современные проблемы планирования акушерско-

гинекологической помощи в Российской Федерации / В. М. Шипова, В. О. Щепин, О. В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 4. – С. 877-884.

121. Шувалова, М.П. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации / М.П. Шувалова, Т.В. Письменская, Т.К. Гребенник // Социальные аспекты здоровья населения. - 2017. - Т. 55, № 3. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/832/30/>

122. Щербинская, Е. С. Предоставление врачами общей практики- семейными врачами акушерско- гинекологической помощи и характеристика взаимосвязи первичного звена с акушерско- гинекологическими службами: по результатам социологического исследования / Е. С. Щербинская, Г. А. Слабкий // Семейная медицина. – 2019. – № 3(83). – С. 63-67.

123. Якубова, А. Р. Социальный портрет чайлдфри в современном обществе / А. Р. Якубова // Философия и образование в условиях социокультурного перехода: Материалы межвузовского научно- методологического семинара, Липецк, 11 января 2023 года. – Липецк: Липецкий государственный педагогический университет имени П.П. Семенова-Тян-Шанского, 2023. – С. 101-106.

124. Ahn, R. Initiatives to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in the United States: A narrative review / R. Ahn, G.P. Gonzalez, B. Anderson // Ann. Intern. Med. - 2020. - Vol. 173(11, Suppl.). - P. S3-10.

125. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. Fertil Steril. - 2014. - Vol.101(3). - P. 633-634.

126. Anderson, R.A. ESHRE guideline: female fertility preservation / R.A. Anderson, F. Amant, D. Braat et al. // Hum Reprod Open. - 2020. - Vol. 2020(4). - P. hoaa052.

127. Andreoli, L. Immunology of pregnancy and reproductive health in autoimmune rheumatic diseases. Update from the 11th International Conference on

Reproduction, Pregnancy and Rheumatic Diseases / L. Andreoli, C.B. Chighizola, L. Iaccarino et. al. // Autoimmun Rev. - 2023 Mar. - Vol.22(3). - P. 103259.

128. Ardekani, A. Worldwide prevalence of human papillomavirus among pregnant women. - P. A systematic review and meta-analysis / A. Ardekani, M. Sepidarkish, A. Mollalo et al. // Rev Med Virol. - 2023 Jan. - Vol. 33(1). - P. e2374.

129. Ashkar, M. Impact of urbanization on youth health: exploring the link between megacity living and reproductive health disorders / M. Ashkar // , 30 января 2025 года, 2025. – P. 64-69.

130. Ault, K.A. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. - P. Moving Forward in the Twenty-First Century / K.A. Ault, A.B. Kachikis // Obstet Gynecol Clin North Am. - 2023 Jun. - Vol. 50(2). - P. xvii-xviii.

131. Badfar, G. Maternal anemia during pregnancy and small for gestational age. - P. A systematic review and meta-analysis / G. Badfar, M. Shohani, A. Soleymani, M. Azami // J. Matern. Fetal Neonatal Med. - 2019. - Vol. 32(10). - P. 1728-1734.

132. Bakytzhanova, A. A. Analysis of reproductive health of Kazakhstani women in the context of socio-economic inequality: risks and methods of overcoming it / A. A. Bakytzhanova, G. T. Alimbekova // Журнал Белорусского государственного университета. Социология. – 2024. – No. 4. – P. 100-109.

133. Baldewpersad Tewarie, N. An overview of Clinical Quality Registries (CQRs) on gynecological oncology worldwide / N. Baldewpersad Tewarie, W.J. van Driel et al. // Eur J Surg Oncol. - 2022 Oct. - Vol. 48(10). - P. 2094-2103.

134. Bancalari, A. Health inequalities in Latin America and the Caribbean: child, adolescent, reproductive, metabolic syndrome and mental health / A. Bancalari, S. Berlinski, G. Buitrago et al. // Oxford Open Economics. – 2025. – Vol. 4, No. Supplement_1. – P. i77-i121.

135. Baumont, M.S. Every Mother Counts. - P. listening to mothers to transform maternity care / M.S. Baumont, C.S. Dekker, N. Rabinovitch Blecker et al. // Am J Obstet Gynecol. - 2023 May. - Vol. 228(5S). - P. S954-S964.

136. Binstock, A. Severe Maternal Morbidity in Twins / A. Binstock, L.M.

Bodnar, K.P. Himes // Am J Perinatol. - 2023 May. - Vol. 40(7). - P. 704-710.

137. Brandt, N.B. Effect of paternal health on pregnancy loss-A review of current evidence / N.B. Brandt, M.L.S. Kristensen, L. Catalini, J. Fedder // Andrologia. - 2022 Feb. – Vol. 54(1). – P. e14259.

138. Brisson, M. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination. - P. a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries / M. Brisson, J.J. Kim, K. Canfell et al. // Lancet. - 2020. - Vol. 395 (10224). - P. 575-590.

139. Bruni, L. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 20102019 / L. Bruni, A. Saura-Lazaro, A. Montoliu et al. // Prevent. Med. - 2021. - Vol. 144. - Art. ID 106399.

140. Burke, S.M. Emergency Medicine Obstetrics and Gynecology. - P. A Case-Based Curriculum for Residents / S.M. Burke, T. Schmitt, P. Kennedy et al. // MedEdPORTAL. - 2023 Aug 11. - Vol. 19. - P. 11330.

141. Buser, J.M. Scoping review of qualitative studies investigating reproductive health knowledge, attitudes, and practices among men and women across Rwanda / J.M. Buser // PLoS One. -2023 Mar 31. - Vol. 18(3). - P. e0283833.

142. Callaghan, W.M. Maternal mortality and severe maternal morbidity / W.M. Callaghan // Clin. Obstet. Gynecol. - 2018. - Vol. 61(2). - P. 294-295.

143. Canco, J. Identification of the impact of organizational culture on the decision making method / J. Canco // Eur. J. of economics and management sciences. – 2016. – Vol. 2. – P. 27–32.

144. Capmas, P. Emergencies in gynecological surgery. - P. Feasibility of delayed day- care surgery management / P. Capmas, K. Nikodijevic, D. Rocchi J.M. Buser et al. // J Gynecol Obstet Hum Reprod. - 2022 Oct. - Vol. 51(8). - P. 102437.

145. Carneiro Gomes, P. R. Alterations of the male and female reproductive systems induced by COVID-19 / P. R. Carneiro Gomes, M. D. Rodrigues da Rocha, F. A. Da Rocha Coelho et al. // Wiener Klinische Wochenschrift. — 2021. — Vol. 133. — №17–18. — P. 966–972.

146. Chavan, N.N. Study of impact of COVID-19 infection on ectopic pregnancy in a tertiary care center / N.N. Chavan, H.D. Rajput, D. Wade // International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. — 2021. — Vol. 10. — №4. — P. 1660.

147. Chen, Q. Non-physician's challenges in sexual and reproductive health care provision for women of reproductive age with cancer: a scoping review of barriers and facilitators / Q. Chen, E. Carpenter, K. White // Support Care Cancer. - 2022 Dec. - Vol. 30(12). - P. 10441-10452.

148. Chowdhury, S. Role of women's empowerment in determining fertility and reproductive health in Bangladesh. - P. a systematic literature review / S. Chowdhury, M.M. Rahman, M.A. Haque // AJOG Glob Rep. - 2023 Jun 4. - Vol. 3(3). - P. 100239.

149. Christopher, D. Quality and Safety Practices Among Academic Obstetrics and Gynecology Departments / D. Christopher, W.M. Leininger, L. Beaty et al. // Am J Med Qual. - 2023 Jul-Aug 01. - Vol. 38(4). - P. 165-173.

150. Cutland, C.L. Editorial: Vaccinations and women's reproductive health / C.L. Cutland, K. Fortner, R.P. Heine, G.K. Swamy // Int J Gynaecol Obstet. - 2023 Jul. - Vol. 162(1). - P. 1-3.

151. De Meyer, S. "Boys Should Have the Courage to Ask a Girl Out": Gender Norms in Early Adolescent Romantic Relationships / S. De Meyer // Journal of Adolescent Health. - 2017. — Vol. 61(4). - P. 42-47.

152. Deffieux, X. Examen pelvien en gynécologie et obstétrique. - P. recommandations pour la pratique clinique Pelvic exam in gynecology and obstetrics. - P. Guidelines for clinical practice / X. Deffieux, C. Rousset-Jablonski et al. // Gynecol Obstet Fertil Senol. - 2023 Jun. - Vol. 51(6). - P. 297-330.

153. Demir, O. Triangle of COVID, anxiety and menstrual cycle / O. Demir, H. Sal, C. Comba // Journal of Obstetrics and Gynaecology. — 2021. — URL: <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1907562>.

154. Dvash, S. Increase rate of ruptured tubal ectopic pregnancy during the COVID-19 pandemic / S. Dvash, H. Cuckle, N. Smorgick et al. // European Journal

of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. — 2021. — Vol. 259. — P. 95–99.

155. Erbaydar, N. Mother-friendly hospital programme of Turkey. - P. national intervention to improve the quality of maternity services / N. Erbaydar // East Mediterr Health J. - 2021 Feb 25. - Vol. 27(2). - P. 202-210.

156. Farr, S.L. Reproductive Health of Women with Congenital Heart Defects / S.L. Farr, K.F. Downing, N.K. Tepper et al. // J Womens Health (Larchmt). - 2023 Feb. - Vol. 32(2). - P. 132-137.

157. Gaitán-Duarte, H. New Opinion Section of the Colombian Obstetrics and Gynecology Journal / H. Gaitán-Duarte // Rev Colomb Obstet Ginecol. - 2022 Dec 30. - Vol.73(4). - P. 352-354.

158. Galeshi, M. Reproductive health needs of Human papillomavirus (HPV) positive women: A systematic review / M. Galeshi, H. Shirafkan, S. Yazdani, Z. Motaghi // PLoS One. - 2022 Sep 12. - Vol. 17(9). - P. e0266819.

159. Gamah, S. Factors influencing health facility delivery among women of reproductive age in Lilongwe District, Malawi: a cross-section study / S. Gamah, H. Oyugi, R. Muga, P. Lutala // Pan Afr Med J. - 2022 Nov 29. - Vol. 43. - P. 160.

160. Geller, S.E. A global view of severe maternal morbidity. - P. moving beyond maternal mortality / S.E. Geller, A.R. Koch, C.E. Garland et al. // Reprod. Health. - 2018. - Vol. 15(Suppl. 1). - P. 98.

161. Ghiasi, A. Design and psychometric properties of a questionnaire for assessing sexual and reproductive health needs of married adolescent women. - P. an exploratory sequential mixed method study / A. Ghiasi, A. Keramat, F. Zayeri et al. // J Obstet Gynaecol. - 2022 Oct. - Vol. 42(7). - P. 3172-3180.

162. Gichuhi, G. N. Harnessing global networks to drive country evidence-based reproductive health practices toward universal health coverage / G. N. Gichuhi, M. M. Mwititi, P. Nyachae // Journal of Obstetrics and Gynaecology of Eastern and Central Africa. — 2024. — Vol. 36, No. 1.

163. Giouleka, S. Postpartum Hemorrhage. - P. A Comprehensive Review of Guidelines / S. Giouleka, I. Tsakiridis, I. Kalogiannidis et al. // Obstet Gynecol

Surv. - 2022 Nov. - Vol. 77(11). - P. 665-682.

164. Gou, L. Clinical utilization of chromosomal microarray analysis for the genetic analysis in subgroups of pregnancy loss / L. Gou, T. Liu, Y. Wang et al. // J Matern Fetal Neonatal Med. - 2022 Nov. – Vol. 35(22). – P. 4404-4411.

165. Grünebaum, A. The exciting potential for ChatGPT in obstetrics and gynecology / A. Grünebaum, J. Chervenak, S.L. Pollet et al. // Am J Obstet Gynecol. - 2023 Jun. - Vol. 228(6). - P. 696-705.

166. Gumber, R. Reproductive Health in Women with Kidney Disease / R. Gumber, S. Shah // Clin J Am Soc Nephrol. - 2022 Dec. - Vol.17(12). - P. 1716-1718.

167. Habte, A. Disparities in sexual and reproductive health services utilization among urban and rural adolescents in southern Ethiopia, 2020: a comparative cross-sectional study / A. Habte, S. Dessu, B. Bogale, L. Lemma // BMC Public Health. - 2022. - Vol. 22(1). - P. 203.

168. Hagey, J.M. Clinical Update on Uses for Mifepristone in Obstetrics and Gynecology / J.M. Hagey, M. Givens, A.G. Bryant // Obstet Gynecol Surv. - 2022 Oct. - Vol. 77(10). - P. 611-623.

169. Hehenkamp, W.J.K. Sustainability in gynecology and obstetrics - now or never! / W.J.K. Hehenkamp, M. Rudnicki // Acta Obstet Gynecol Scand. - 2022 Oct. - Vol.101(10). - P. 1036-1037.

170. Hernández-Valencia, M. Perinatal complications and serotonin level (5-HT) associated with low birth weight / M. Hernández-Valencia, M. Ruiz-Albarrán, A. Vargas-Girón et al. // Ginecol Obstet Mex. - 2015. - № 83(7). - P. 408-413.

171. Hod, M. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care / M. Hod, A. Kapur, D.A. Sacks et al. // Int J Gynaecol Obstet. - 2015. - № 131 Suppl 3. - P.173.

172. Incedal Irgat, S. The effect of obesity on human reproductive health and foetal life / S. Incedal Irgat, H. Bakirhan // Hum Fertil (Camb). - 2022 Dec. - Vol.25(5). - P. 860-871.

173. Ji, X. Low-intensity pulsed ultrasound in obstetrics and gynecology. - P. advances in clinical application and research progress / X. Ji, H. Duan, S. Wang, Y. Chang // Front Endocrinol (Lausanne). - 2023 Jul 31. - Vol.14. - P. 1233187.
174. Kern-Goldberger, A R. Variation as Evidence of Preventability. - P. Research and Policy Implications of State Differences in Severe Maternal Morbidity Rates / A.R. Kern-Goldberger, S.K. Srinivas // Obstet Gynecol. - 2023 May 1. - Vol. 141(5). - P. 875-876.
175. Kern-Goldberger, A.R. Disparities in obstetric morbidity by maternal level of education / A.R. Kern-Goldberger, N. Madden, C.D. Baptiste et al. // J Matern Fetal Neonatal Med. - 2022 Dec. - Vol. 35(24). - P. 4682-4686.
176. Khaleifah, A. A. Al Hayat hospital. - P. the challenges in managing hospital administration / A. A. Khaleifah, M. Y. Luya, M. A. Ali, G. C. Fermin // Eur. J. of economics and management sciences. – 2017. – Vol. 2. – P. 37–41.
177. Kramer, M.R. Severe Maternal Morbidity in Georgia, 2009-2020 / M.R. Kramer, K. Labgold, A.D. Zertuche et al. // Med Care. - 2023 May 1. - Vol. 61(5). - P. 258-267.
178. Kumasawa, K. Evaluation of the relationship between gestational week and the incidence of preeclampsia / K. Kumasawa // Hypertens Res. - 2023 Mar. - Vol. 46(3). - P. 790-791.
179. Lafleur, N. Association of Endometriosis and Severe Maternal Morbidity / N. Lafleur, S.Q. Wei, M. Bilodeau-Bertrand, N. Auger // Obstet Gynecol. - 2022 Dec 1. - Vol. 140(6). - P. 1008-1016.
180. Lalor, JG. Parental experiences with changes in maternity care during the Covid-19 pandemic. - P. A mixed-studies systematic review / J.G. Lalor // Women Birth. - 2023 Mar. - Vol. 36(2). - P. e203-e212.
181. Li, K. Analysis of sex hormones and menstruation in COVID-19 women of child-bearing age / K. Li, G. Chen, H. Hou et al. // Reproductive BioMedicine Online. — 2021. — Vol. 42. — №1. — P. 260–267.
182. Maeda, Y. Association of online activities with obstetrics and gynecology specialty choice. - P. a nationwide online survey / Y. Maeda, A.

Hasegawa, R. Miyake et al. // Int J Med Educ. - 2022 Sep 28. - Vol.13. - P. 261-266.

183. Martens, C. Maternity Healthscapes: Conceptualization and Index Development / C. Martens, C. Delcourt, A. Petermans // HERD. - 2022 Oct. - Vol.15(4). - P. 183-203.

184. Michelotti, A.M. Competitiveness of Obstetrics and Gynecology Residency Programs and Applicants / A.M. Michelotti, N. Stansbury, R.N. Treffalls et al. // Obstet Gynecol. - 2023 Aug 1. - Vol.142(2). - P. 364-370.

185. Morales-Alemán, M.M. Adding Nuance to our Understanding of Adolescent Reproductive Health Outcomes Among Women of Mexican Origin / M.M. Morales-Alemán, G. Ferreti // J Adolesc Health. - 2022 Dec. - Vol.71(6). - P. 658-659.

186. Moran, E. Women's experiences of specialist perinatal mental health services. - P. a qualitative evidence synthesis / E. Moran, M. Noonan, M.M. Mohamad et al. // Arch Womens Ment Health. - 2023 Aug. - Vol. 26(4). - P. 453-471.

187. Mouna, H. Role of Health Education and Reproductive Health Education in Schools and Higher Education Institutions / H. Mouna, Ja. N'djoli, H. Maria // Indonesian Journal of Innovation and Applied Sciences. – 2025. – Vol. 5, No. 1. – P. 33-48.

188. Mullany, K. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation / K. Mullany, M. Minneci, R. Monjazebe, O. Coiado // Womens Health (Lond). - 2023 Jan-Dec. - Vol.19. - P. 17455057231160349.

189. Munro, M.G. The FIGO Ovulatory Disorders Classification System / M.G. Munro, A.H. Balen, S. Cho et al. // Fertil Steril. - 2022 Oct. - Vol. 118(4). - P. 768-786.

190. Murphy, N.J. Interprofessional Care in Obstetrics and Gynecology / N.J. Murphy, R.S. Groen // Obstet Gynecol Clin North Am. - 2022 Dec. - Vol.49(4). - P. 841-868.

191. Naz, H. Withdrawal behaviors of working women in relation to reproductive health problems / H. Naz, N. Mohammad, A. Saha et al. // Организационная психология. – 2024. – Vol. 14, No. 2. – P. 70-79.

192. Ng, K.Y.B. Systematic review and meta-analysis of female lifestyle factors and risk of recurrent pregnancy loss / K.Y.B. Ng, G. Cherian, A.J. Kermack et al. // *Sci Rep.* - 2021. - Vol.11(1). - P. 7081.
193. Nzeribe, E.A. Profile of gynecological cancers in a tertiary hospital, Eastern Nigeria / E.A. Nzeribe, N.A. Ododo, P.O. Eteike // *Pan Afr Med J.* - 2023 Mar 17. - Vol. 44. - P. 139.
194. Ochieng, B.M. Perspectives of stakeholders of the free maternity services for mothers in western Kenya: lessons for universal health coverage / B.M. Ochieng, M. Kaseje, D.C.O. Kaseje et al. // *BMC Health Serv Res.* - 2022 Feb 19. - Vol. 22(1). - P. 226.
195. Ogundele, O.J. Inequalities in reproductive health care use in five West-African countries: A decomposition analysis of the wealth-based gaps / O.J. Ogundele, M. Pavlova, W. Groot // *Int J Equity Health.* - 2020. - Vol.19(1). - P. 44.
196. Opoku, A.A. Challenges of morbid obesity in gynecological practice / A.A. Opoku, R.A. Onifade, O.A. Odukoya // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* - 2023 Jun 25. - Vol. 90. - P. 102379.
197. Painter, L.M. Risk Management-Obstetrics and Gynecology Perspective / L.M. Painter, K.A. Biggans, C.T. Turner // *Clin Obstet Gynecol.* - 2023 Jun 1. - Vol. 66(2). - P. 331-341.
198. Paleari, L. New Strategies for Endometrial Cancer Detection and Management / L. Paleari // *Int J Mol Sci.* - 2023 Mar 30. - Vol.24(7). - P. 6462.
199. Petraglia, F. Iron deficiency anemia: Impact on women's reproductive health / F. Petraglia, M.M. Dolmans // *Fertil Steril.* - 2022 Oct. - Vol.118(4). - P. 605-606.
200. Petrova, N. G. Problems and experience of young specialists' adaptation / N. G. Petrova, I. V. Dodonova, S. G. Pogosyan et al. // *Danish scientific J.* – 2017. – Vol. 32. – P. 25–28.
201. Phelan, N. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Women's Reproductive / N. Phelan, L.A. Behan, L. Owens // *Health. Front. Endocrinol.* — 2021. — Vol. 12. — P. 642755.

202. Pradhan, M.R. Gynecological morbidity and treatment-seeking among older adult (aged 45-59) women in India / M.R. Pradhan, S. Mondal, P.K. Mudi // *Reprod Health*. - 2023 Apr 27. - Vol.20(1). - P. 64.
203. Quenby, S. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss / S. Quenby, I.D. Gallos, R.K. Dhillon-Smith et al. // *Lancet*. - 2021. - Vol.397(10285). - P. 1658-1667.
204. Royce, C.S. The time is now: addressing implicit bias in obstetrics and gynecology education / C.S. Royce, H.K. Morgan, L. Baecher-Lind et al. // *Am J Obstet Gynecol*. - 2023 Apr. - Vol. 228(4). - P. 369-381.
205. Samara, E. Medical Liability in Obstetrics/Gynecology and Co-liability With Anesthesiology in Greece: A Retrospective Study / E. Samara, L. Tzoumas, K. Tzoumas et al. // *Cureus*. - 2022 Oct 31. - Vol.14(10). - P. e30931.
206. Sawyer, A. The Effectiveness of an App-Based Nurse-Moderated Program for New Mothers With Depression and Parenting Problems (eMums Plus): Pragmatic Randomized Controlled Trial / A. Sawyer, A. H.N. Kaim, Le et al. // *J Med Internet Res*. - 2019 Jun 4. - Vol.21(6). - P. e13689.
207. Schaffir, J. Best practices for teaching psychosomatic obstetrics and gynecology / J. Schaffir, V. Pramataroff-Hamburger // *J Psychosom Obstet Gynaecol*. - 2023 Jan 13. - Vol.44(1). - P. 2169125.
208. Sheeran, N. Attitudes towards models of abortion care in sexual and reproductive health: perspectives of Australian health professionals / N. Sheeran, L. Jones, B. Corbin, C. Melville // *Australian Journal of Primary Health*. – 2024. – Vol. 30, No. 6.
209. Stotland, N.L. Reproductive Rights and Women's Mental Health / N.L. Stotland // *Psychiatr Clin North Am*. - 2023 Sep. - Vol.46(3). - P. 607-619.
210. Suisted, P. Māori women's reproductive health / P. Suisted // *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. - 2023 Aug. - Vol.63(4). - P. 483-485.
211. Sutton, M.Y. Racial and Ethnic Disparities in Reproductive Health Services and Outcomes, 2020 / M.Y. Sutton, N.F. Anachebe, R. Lee, H. Skanes // *Obstet Gynecol*. - 2021. - Vol.137(2). - P. 225-233.

212. Tetley, J. Let's Talk about Sex - What do Older Men and Women Say about Their Sexual Relations and Sexual Activities? A Qualitative Analysis of ELSA Wave 6 data / J. Tetley, D. M. Lee, J. Nazroo, S. Hinchliff // Ageing & Society, - 2017. No (4). - P. 1-25.

213. Țieranu, M.L. Addressing Chronic Gynecological Diseases in the SARS-CoV-2 Pandemic / M.L. Țieranu, N.A. Dragoescu, G.L. Zorilă et al. // Medicina (Kaunas). - 2023 Apr 20. - Vol.59(4). - P. 802.

214. Tohit, N. F. M. Exploring Pathways from Community Involvement to Empowerment in Sexual and Reproductive Health: A Public Health Perspective / N. F. M. Tohit, S. A. Z. A. Rashid, W. F. Sh. W. A. Fakuradzi et al. // Advances in Human Biology. – 2024. – Vol. 14, No. 4. – P. 296-307.

215. Vergara-Maldonado, C. The Effects of Latitude and Temperate Weather on Vitamin D Deficiency and Women's Reproductive Health: A Scoping Review / C. Vergara-Maldonado, J.R. Urdaneta-Machado // J Midwifery Womens Health. - 2023 May-Jun. - Vol.68(3). - P. 340-352.

216. Whittington, J.R. Longitudinal assessment of obstetrics and gynecology resident perceptions and comfort following cerclage placement simulation / J.R. Whittington, K.L. Shnaekel, A.M. Ramseyer et al. // J Matern Fetal Neonatal Med. - 2022 Dec. - Vol.35(25). - P. 9222-9226.

217. Winkel, A.F. Facilitating an Optimal Transition to Residency in Obstetrics and Gynecology / J.R. Whittington, K.L. Shnaekel, A.M. Ramseyer et al. // Obstet Gynecol. - 2022 Dec 1. - Vol.140(6). - P. 931-938.

218. Witt, A. Women's health needs beyond sexual, reproductive, and maternal health are missing from the government's 2024 priorities / A. Witt, K. Womersley, S. Strachan et al. // BMJ: British Medical Journal. – 2024. – P. q679.

219. Yang, J.C. Benefits and Risks of Bariatric Surgery on Women's Reproductive Health: a Narrative Review / J.C. Yang, G. Chen, X. Du // Obes Surg. - 2023 May. - Vol. 33(5). - P. 1587-1595.

220. Zainab, A. Reproductive Health of Women under Patriarchy and Low Socio-economic Status in Pakistan / A. Zainab, B. Mansoor, F. Mansoor // Arch

Womens Ment Health. - 2023 Jun. - Vol. 26(3). - P. 415-416.

221. Zhai, Y.J. Defensins: defenders of human reproductive health / Y.J. Zhai, Y. Feng, X. Ma, F. Ma // Hum Reprod Update. - 2023 Jan 5. - Vol. 29(1). – P. 126-154.

222. Zhang, L. Perceptions of Health System Professionals on Integrating Fertility Care into Reproductive Health Policy in China / L. Zhang, D. Qiao // Healthcare. – 2025. – Vol. 13, No. 5. – P. 555.