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

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Научный руководитель:
Коновалов Олег Евгеньевич - Заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:
Моисеева Карина Евгеньевна - доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Саввина Надежда Валерьевна - доктор медицинских наук, профессор, ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Амосова» Минобрнауки РФ, заведующая кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины медицинского института

Ступак Валерий Семенович - доктор медицинских наук, доцент, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, начальник отдела общественного здоровья и демографии

Защита диссертации состоится «03» декабря 2026 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета ПДС 0300.023 при Российском университете дружбы народов имени Патриса Лумумбы (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

Объявление о защите размещено на сайтах ВАК и РУДН: https://vak.minobrnauki.gov.ru, https://www.rudn.ru/science/dissovet

Автореферат разослан «___» _____2026 года.

Учёный секретарь диссертационного совета
ПДС 0300.023, д.фарм.н, профессор А.В. Фомина

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; Павлов Я.Н., 2022; Мингазова Э.Н. 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 all., 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 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). Анализу 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 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 исследования

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 профилактике 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 районов республики по сравнению с женщинами, проживающими в Махачкале, чаще нерегулярно наблюдались во время беременности у врача, им реже проводилось УЗ-исследование и биохимический скрининг на врожденные аномалии, они реже получали направления на консультации у врачей-специалистов и стационарное лечение по показаниям.
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.

Содержание работы

Во *введении* обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, представлены сведения о научной новизне, теоретической и практической значимости, определены основные положения, выносимые на защиту.

В *первой главе* представлен обзор отечественных и зарубежных научных публикаций по теме исследования. В ходе выполнения исследования проводилась оценка степени разработанности изучаемой проблемы.

Во ***второй главе*** описан дизайн исследования**.** 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.

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);
- официальные статистические отчеты и сборники;
- карты-анкеты социологического опроса женщин репродуктивного возраста – жительниц Махачкалы и районов республики.

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

Проведен критический анализ отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Изучены 222 литературных источника, из них 99 зарубежных авторов.

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 абортов, перинатальной смертности на изучаемых территориях.

В ходе выполнения 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.

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±7,55 лет). Подавляющее большинство опрошенных (82,5%) были в возрасте от 20 до 39 лет. На долю городских жительниц приходилось 62,9%.

Применялся выборочный метод наблюдения. Репрезентативность выборки определялась с помощью таблицы В.И. Паниотто (Паниотто В.И., Максименко В.С., 2004).

При анализе динамических рядов показателей определялись главные тенденции 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.

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.

Обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica v.6.1. и программы Microsoft Office Excel 2010.

В третьей главе анализируются демографическая ситуация, распространенность и структура нарушений репродуктивного здоровья женского населения Республики Дагестан.

За 2013-2022 гг. рождаемость в Республике Дагестан снизилась в республике с 18,8‰ до 13,3‰ или на 29,3% (рисунок 1). 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%.

Несомненно, что среди причин негативных тенденций естественного движения населения в РД, как и в других регионах, большое значение имела пандемия COVID-19, которая сопровождалась резким снижением рождаемости и прироста населения, а также повышением уровня общей смертности. В 2022 г. указанные показатели в РД не вернулись к исходному уровню.

Сравнительный анализ показал, что уровень рождаемости в РД повторял в основном тенденции в РФ в целом и в СКФО, но был постоянно выше, чем в

сравниваемых территориях. Особенно большой разрыв зарегистрирован в 2014 г., когда показатели рождаемости составили соответственно 19,1, 13,3 и 17,3 на 1000 населения соответственно. За анализируемый период снижение рождаемости в РФ произошло на 33,1%, в СКФО – на 26,6% и в РД - на 30,4%.

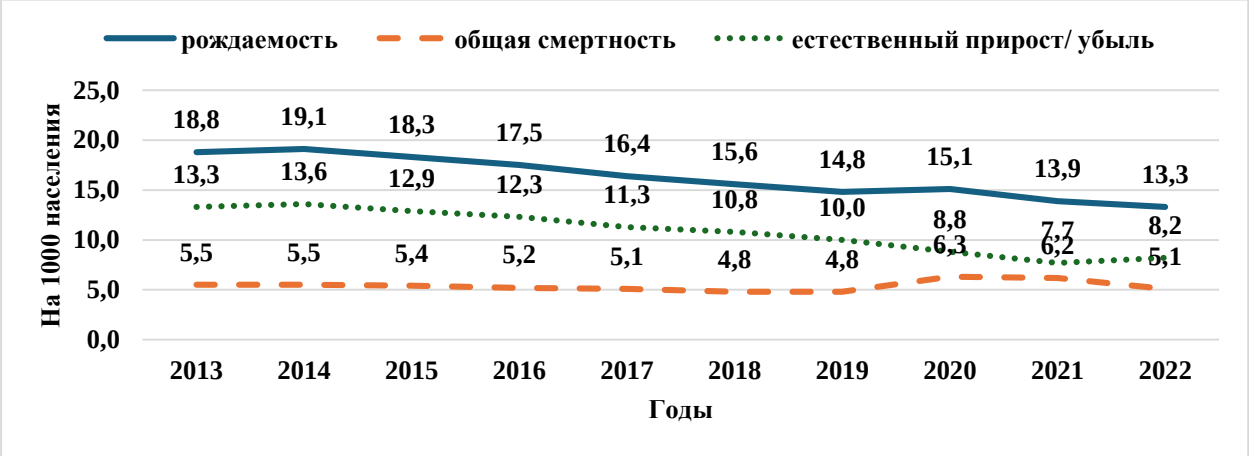


Рисунок 1. - Динамика естественного движения населения Республики Дагестан за 2013-2022 гг. (на 1000 населения)

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.

Среди гинекологических заболеваний в Республике Дагестан наиболее распространенными являются эрозия шейки матки. Среди хронической патологии преобладают сальпингит и оофорит, а также расстройства менструации (рисунок 2).



Рисунок 2. - Ранговое распределение впервые выявленных гинекологических заболеваний в Республике Дагестан в 2022 г. (в %)

В период 2013-2022 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, при моделировании трендов 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.

В период 2013-2021 гг. первичная заболеваемость сальпингитом и оофоритом женщин в Республике Дагестан была значительно выше 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.

Общая заболеваемость сальпингитом и оофоритом женщин в Республике Дагестан была также выше, чем в сравниваемых регионах (в 2022 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.

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 к 2022 г. стала составлять - 1052,3 в отличие от каковой в РФ 1463,1 и СКФО 844,4. 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 2022 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).

В структуре гинекологической заболеваемости у женщин Республики Дагестан на эндометриоз и миому матки приходилось 5,4% и 7,4% соответственно.

Частота женского бесплодия в 2022 г. у жительниц республики составила 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).

Заболеваемость беременных в РД характеризовалась значительными колебаниями по годам и до 2018 г. была ниже, чем в РФ. 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.

Структура заболеваемости беременных женщин в СКФО, РФ в целом и РД весьма схожая. При этом в структуре заболеваемости в РД около половины

составляла существовавшая ранее гипертензия, примерно 1/3 приходилась на преэклампсию средней тяжести, 1/10 часть – на тяжелую преэклампсию.

Удельный вес нормальных родов в РД за весь период наблюдения был меньше, чем в других территориях, однако в отличие от последних имел статистически значимую тенденцию к росту. Доли осложнений у женщин, закончивших беременность, в РФ, СКФО и РД в основном идентичные и имеющиеся различия не носят статистически значимый характер ($p>0,05$). При этом наибольшие доли приходились на угрозу прерывания беременности и преждевременных родов, а также патологические состояния плода.

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. В 2022 г. уровень материнской смертности в республике сблизился с российскими и окружными – 11,7, 12,0 и 10,0 на 100 тыс. родившихся живыми соответственно. 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.

Прерывание беременности по различным причинам в Республике Дагестан в 2022 году произошло у 5,15 тыс. женщин (6,2 на 1000 женщин репродуктивного возраста). За изучаемый период 2013-2022 гг. большинство (в среднем 83%) случаев прерывания беременности у женщин в республике регистрировалось в сроке до 12 недель. На долю прерываний беременности в сроки 12-21 неделя включительно приходилось 16,5%. В структуре всех прерываний беременности две трети составляли аномальные продукты зачатия, одну десятую часть – внематочная беременность. В единичных случаях диагностировался пузырный занос.

За последние 3 года в регионе не зарегистрировано существенной динамики числа случаев прерывания беременности, которое произошло от всех причин: в сроке до 12 недель снижение на 1,8%, в сроки 12-21 недель повышение на 1,7%. Следует отметить, что в сроке 12-22 недель беременности отмечался рост доли самопроизвольных абортов (на 13,7%) и вместе с этим положительная динамика в частоте абортов по медицинским показаниям (сокращение на 13,8%).

За период 2013-2022 гг. в РФ, СКФО и Республике Дагестан произошло существенное снижение перинатальный смертности, в том числе мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. До 2016 г. показатели перинатальной смертности в Республике Дагестан 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.

Распределение родившихся детей по весовым категориям в РФ, СКФО и

Республике Дагестан в 2022 г. не имело статистически значимых различий. 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. Однако различия не были статистически значимыми ($p>0,05$).

В главе четыре представлены результаты изучения мнения женщин репродуктивного возраста, проживающих в Республике Дагестан, о качестве и доступности специализированной акушерско-гинекологической помощи на основании социологического опроса. В анкетировании приняли участие 513 женщин в возрасте от 19 до 44 лет (средний возраст - 31,98±7,55 лет). Подавляющее большинство опрошенных (82,5%) были в возрасте от 20 до 39 лет. На долю жительниц Махачкалы (1-я группа) приходилось 62,9%, на жительниц районов Республики Дагестан (2-я группа) – 37,1%.

Принявших участие в опросе женщины имели высокий уровень образования. По образованию они распределились следующим образом: 42,7% имели высшее образование, 3,9% - неоконченное высшее образование, 25,5% - среднее специальное и 29,4% - среднее общее образование.

На момент опроса 54,3% женщин были домашними хозяйками (город – 52,4%, село – 55,7%), работали 30,1% (город – 29,0%, село – 31,2%), 6,8% считались безработными (город – 7,9%, село – 4,4%), 4,9% – являлись студентами (город – 5,1%, село – 3,9%), 3,9% - инвалидами (город – 4,7%, село – 3,1%). Среди работающих опрошенных женщин только 5,8% (город – 4,7%, село – 6,9%) были служащими, 22,4% (город – 24,7%, село – 20,1%) - 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 городских и сельских жительниц не отмечалось: состояли в официальном браке – 75,0% и 72,9%, в гражданском браке 14,5% и 17,8% соответственно ($p>0,05$).

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±0,39. Данные показатели различались у респонденток 1-й и 2-й групп, составив 1,89±0,22 и 2,41±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 аборты (в среднем

1,49±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.

Причины, по которым не были полностью реализованы репродуктивные планы, представлены в таблице 1. 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 женщин в отношении рождения детей статистически значимо преобладали в столице - семейные конфликты и злоупотребление мужа алкоголем, а в районах - общие хронические и гинекологические заболевания.

Таблица 1. - Причины не полной реализации планов 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

Среднее число беременностей у опрошенных женщин 1-й группы составило 2,11±0,98; во 2-й - 3,48±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±1,08, во 2-й группе – 1,29±0,72 (p >0,05).

Причины медицинских абортов представлены в таблице 2. Самыми распространенными из них 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). Большинство причин медицинских абортов у женщин, проживающих в городе и селе, статистически значимо различаются по частоте. У женщин районов республики чаше 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% (город - 23,1, село - 12,5%, p<0,05) случаев. При опросе о самопроизвольном прерывании беременности сообщили 33,8% респонденток (город - 33,3%, село - 34,2%, p>0,05) опрошенных.

Таблица 2. – Причины медицинских абортов (на 100 опрошенных)

Причины	Всего	1-я группа	2-я группа	p
Материальные затруднения	25,9	28,2	23,6	>0,05
Плохие жилищные условия	13,7	18,2	9,1	<0,05
Семейные конфликты	13,6	22,7	14,5	>0,05
Плохое здоровье у Вас	43,2	36,4	**50,0**	<0,05
Плохое здоровье у мужа	15,9	22,7	9,1	<0,05
Занятость в работе	20,5	36,4	14,5	<0,05
Занятость в учебе	15,9	31,8	0,0	<0,05
Брак не зарегистрирован	18,2	36,4	0,0	<0,05
Нежелание иметь детей	25,0	45,5	14,5	<0,05
Нежелание мужа иметь детей	25,0	45,5	14,5	<0,05
Другое	15,5	17,3	13,6	<0,05

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 и более одной трети (37,5%) регулярное наблюдение у врача (таблица 3).

Таблица 3. – Наблюдение женщин 1-й и 2-й групп 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
Проведение стационарного лечения по показаниям	22,9	40,4	5,3	<0,05

Вместе с этим, только у 37,6% беременных проводились УЗ-исследования, у 27,8% - лабораторные исследования и у 19,8% - биохимический скрининг на врожденные аномалии. 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 городские жительницы, 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 лабораторных исследований (18,4% против 37,1%, $p<0,05$). Значительно реже проводилось УЗИ, биохимический скрининг на врожденные аномалии, реже направлялись на консультацию к врачам- специалистам и 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.

В главе пять представлены приоритетные направления сохранения репродуктивного здоровья женского населения Республики Дагестан.

При выполнении контент-анализа нормативной правовой базы охраны здоровья женского населения, в том числе репродуктивного, особое внимание было обращено на *Постановление Правительства Республики Дагестан от 30.06.2023 г. № 253 "Об утверждении Региональной программы по повышению рождаемости в Республике Дагестан"*

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

Считаем целесообразным выделить отдельную подпрограмму, посвященную сохранению репродуктивного здоровья населения республики и включающую комплекс мероприятий по предупреждению его нарушений и повышению доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению Республики Дагестан.

Свод таких мероприятий был разработан на основании результатов изучения современных особенностей демографической ситуации в Республике Дагестан, состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, беременных, рожениц и родильниц, оказываемой акушерско-гинекологической помощи, мнения женщин о ее доступности по данным социологического опроса, а также результатов SWOT-анализа (таблица 4).

Таблица 4. – Мероприятия по предупреждению нарушений репродуктивного здоровья и повышению доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению Республики Дагестан

№ п/п	Свод мероприятий
1.	Регулярное прохождение женщинами профилактического осмотра у врача акушера-гинеколога (репродуктивная диспансеризация) в целях раннего выявления и полноценного лечения гинекологических заболеваний. Организация выездных мобильных бригад для проведения диспансеризации женщин активного репродуктивного возраста в районах республики.
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.	Повышение эффективности работы первичного звена акушерско-гинекологической службы по диспансерному наблюдению женщин репродуктивного возраста с обязательным проведением

	профилактических мероприятий, восстановительной и реабилитационной терапии Прегравидарное консультирование, подготовка к предстоящей беременности и родам Внедрение на участках первичного звена реестров беременных с учетом группы риска Четкая маршрутизация беременных – электронный мониторинг беременных группы риска Функционирование телефона «информационной поддержки и доверия» по вопросам родовспоможения (круглосуточно)
4.	Оптимизация маршрутизации женщин с патологией беременности и экстрагенитальными заболеваниями 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
5.	Практика безопасного и эффективного предохранения от нежелательной беременности по результатам консультации с врачом-гинекологом о выборе соответствующего способа контрацепции. Активизация работы первичного звена акушерско-гинекологической службы в плане предупреждения искусственных абортов. Организация доабортного консультирования специалистами психологами Внедрение мотивационного анкетирования всех женщин, обратившихся за медицинской услугой по прерыванию беременности
6.	Повышение качества рекомендаций и информации для населения в области охраны репродуктивного здоровья семьи. Индивидуальное консультирование женщин по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей.

При разработке мероприятий учитывалось то, что в Республике Дагестан сформирована трехуровневая система оказания стационарной медицинской помощи беременным и новорожденным (в зависимости от степени перинатального риска) 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») с выхаживанием маловесных детей. Проводится целенаправленная работа по оптимизации систем информатизации, телекоммуникации, маршрутизации и транспортировки.

.

С 2024 года в Российской Федерации для женщин и мужчин репродуктивного возраста предусмотрено одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации проведение исследований, направленных на оценку их репродуктивного здоровья. Данный вид диспансеризации проводится бесплатно мужчинам и женщинам в возрасте 18–49 лет.

В соответствии с «Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья" (утверждены Минздравом России 27.02.2026 г.) диспансеризация женщин 18-49 лет по оценке репродуктивного здоровья направлена на своевременное выявление заболеваний репродуктивной системы и факторов риска их развития, которые могут повлиять на возможность зачатия, течение беременности, родов и здоровье будущих детей. Она проводится один раз в год по месту прикрепления гражданина в медицинской организации - в женских консультациях/ кабинетах врача-акушера-гинеколога поликлинических отделений/ поликлиник, 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.

В соответствии с результатами SWOT-анализа, 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 и коечного фонда.

SWOT-анализ позволил выстроить последовательность шагов для решения задач, связанных с совершенствованием профилактики нарушений репродуктивного здоровья и организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Дагестан.

Оценка эффективности реализации мер по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи женщинам показала, что в результате снижается перинатальная смертность за счет уменьшения ранней неонатальной смертности с 5,56‰ до 5,06‰ и мертворождаемости с 2,4‰ до 1,69‰. 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.

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: с 38,1% в 2022 г., 40,6% в 2023 г. и 38,8% в 2024 г.

В ***заключении*** в обобщенном виде представлены результаты проведенного диссертационного исследования.

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±0,98; во 2-й - 3,48±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±1,08, во 2-й группе – 1,29±0,72 ($p>0,05$). Среднее число родов у опрошенных жительниц Махачкалы составило 1,89±0,22, у проживающих в районах республики - 2,41±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, лабораторные исследования, биохимический скрининг на врожденные аномалии и которые направлялись на консультацию к терапевту и другим специалистам, была низкой.

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 последовом 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 абортов 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 решение проблем охраны здоровья женщин и повышение их ответственности за деторождение.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Результаты диссертационной работы могут быть использованы для проведения научных исследований по дальнейшему совершенствованию организации профилактики нарушений репродуктивного здоровья среди женского населения.

Список публикаций по теме диссертации

Научные статьи, опубликованные в журналах, индексируемых в международных базах научного цитирования:

1. **Гацайниева Х.А.,** Коновалов О.Е., Шулаев А.В. Динамика и тенденции заболеваемости беременных, рожениц и родильниц в Республике Дагестан // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – Т. 17, вып. 3. – С. 15-21.
2. **Гацайниева Х.А.,** Коновалов О.Е. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья и поведения женщин в Республике Дагестан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2025. – S 1. – С. 797-801.

Научные статьи, опубликованные в журналах, входящих в Перечень ВАК РФ:

3. **Гацайниева Х.А.,** Коновалов О.Е. Гинекологическая заболеваемость и репродуктивное здоровье женского населения Республики Дагестан // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2024 - № 5-6. – С. 42-47.
4. **Гацайниева Х.А.,** Коновалов О.Е. Мнение городских и сельских жительниц об акушерско-гинекологической помощи в Республике Дагестан // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2025. - № 1. – С. 48-54.

Патент

5. **Гацайниева Х.А.,** Коновалов О.Е. База данных «Медико-социальная характеристика репродуктивного поведения и здоровья жительниц Республики Дагестан» (номер госрегистрации 2026620881 от 27.02.2026 г.).

Другие публикации

6. **Гацайниева Х.А.** Укрепление репродуктивного здоровья населения как резерв повышения рождаемости // Сборник научных трудов Всероссийской on-line конференции «Медицинская наука и практика: история и современность». - Тверь, 2022. – С. 38-41.
7. **Гацайниева Х.А.,** Коновалов О.Е. Медико-демографическая характеристика естественного движения населения Республики Дагестан // Актуальные вопросы профилактической медицины, организации здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: факторы, технологии, оценка рисков: сборник научных трудов. - Н.Новгород: Изд-во «Медиаль» 2024. – Вып. 4. – С. 91-94.
8. **Гацайниева Х.А.** Организация медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в Республике Дагестан // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 29-й международной конференции. – 2025. – Вып. 29. – С. 206-208.
9. **Гацайниева Х.А.** Программно-целевой подход к охране репродуктивного здоровья женщин в Республике Дагестан // Формирование здоровья населения: медико-социальные и клинические аспекты. Сборник научных трудов V Всероссийской конференции с международным участием. - Тверь: ТРОД "АМУ ТО", 2025 - С. 52-56.
10. **Гацайниева Х.А.** Качественный SWOT-анализ акушерско-гинекологической помощи в Республики Дагестан // Формирование здоровья населения: медико-социальные и клинические аспекты. Сборник научных трудов V Всероссийской конференции с международным участием. - Тверь: ТРОД "АМУ ТО", 2025 - С. 48-51.

Гацайниева Хадижат Аликиличовна (Россия)

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

Проанализирована динамика уровня и структуры гинекологической заболеваемости, заболеваемости беременных, рожениц, родильниц и родившихся детей в Республике Дагестан, Северо-Кавказском федеральном округе и Российской Федерации в целом. Исследована удовлетворенность акушерско-гинекологической помощью и мнение жительниц Махачкалы и районов республики о ее доступности. Представлена характеристика инфраструктуры и ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической службы. Проведен контент-анализ нормативной правовой базы по охране репродуктивного здоровья в республике. Разработаны предложения по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи на основе результатов качественного SWOT-анализа. Дана оценка эффективности реализации предложенных мероприятий.

Gatsaynieva Khadizhat Alikilichovna (Russia)

MEDICAL, SOCIAL, AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PREVENTION OF REPRODUCTIVE HEALTH DISORDERS OF THE FEMALE POPULATION OF THE REPUBLIC OF DAGESTAN

The dynamics of the level and structure of gynecological morbidity were analyzed, morbidity among pregnant women, women in labor, women in childbirth, and newborn children in the Republic of Dagestan, the North Caucasus Federal District, and the Russian Federation as a whole. The satisfaction with obstetric and gynecological care and the opinion of residents of Makhachkala and the republic's districts on its accessibility were studied. The article presents a description of the infrastructure and resource provision of the obstetrics and gynecology service. A content analysis of the regulatory framework for reproductive health in the republic was conducted. Proposals for improving obstetric and gynecological care were developed based on the results of a qualitative SWOT analysis. An assessment of the effectiveness of the implementation of the proposed measures is given.