

На правах рукописи

**Бушмелева
Наталья Николаевна**

**РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ
И ПУТИ ИХ СНИЖЕНИЯ В РЕГИОНЕ
(НА ПРИМЕРЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2015

Работа выполнена в ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Научный консультант: – главный научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор **И.С. Цыбульская**

Официальные оппоненты: – **Фролова Ольга Григорьевна** - доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела медико-социальных исследований ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Акад. В.И. Кулакова» Минздрава России;

– **Чичерин Леонид Петрович** - доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела стратегического анализа в здравоохранении ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»;

– **Костин Игорь Николаевич** - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минздрава России.

Ведущая организация: ФГБНУ «Научный центр здоровья детей»

Защита состоится «29» мая 2015 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте института <http://www.mednet.ru/ru/dissertacionnyj-sovet/svedeniya-o-predstoyashhix-zashhitax.html>

Автореферат разослан « ____ » _____ 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Охрана здоровья матери и ребенка в Российской Федерации является важнейшим направлением государственной социальной политики, что нашло отражение в Послании Президента Федеральному Собранию РФ 04.12.2014 г., закреплено указами Президента, постановлениями Правительства РФ, законодательными актами, в Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года. Сложившаяся в России на рубеже XX-XXI веков неблагоприятная демографическая ситуация, характеризующаяся естественной убылью и ухудшением здоровья населения, определяет особую социальную и политическую значимость проблемы повышения рождаемости и снижения репродуктивных потерь (Баранов А.А., 2007; Стародубов В.И., Суханова Л.П., 2012; Щепин О.П., 2009; Цыбульская И.С., 2013). Эта проблема особенно актуальна сегодня в связи с предстоящим снижением рождаемости из-за уменьшения численности женщин фертильного возраста вследствие «демографической волны» как результата сверхнизкой рождаемости в 90-е годы XX века (Архангельский В.Н., 2011). Медико-демографический фактор в ближайшие десятилетия будет оказывать дестабилизирующее воздействие на экономику, социальную сферу и национальную безопасность страны (Фаткуллин И.Ф., 2008; Ваганов Н.Н., 2009). В этих условиях сбережение каждой жизни и сохранение каждой желанной беременности есть главная задача социальной политики государства и репродуктивной медицины.

Главными задачами в области улучшения здоровья женщин и детей ООН и ВОЗ (2002; 2012) провозгласили снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности за счет повышения качества медицинской помощи и рационального использования ресурсов здравоохранения. Очевидно, что для повышения качества акушерской и неонатальной помощи необходим детальный анализ причин и факторов, определяющих распространенность репродуктивных потерь (Широкова В.И., 2011; Радзинский В.Е., 2011; Линденбратен А.Л., 2012). При этом вполне закономерно повышается значимость службы охраны здоровья матери и ребенка, формирующей здоровье рождающегося поколения и населения в целом (Кулаков В.И.,

2006; Фролова О.Г., Токова З.З., 2011; Шарапова О.В., 2011; Сухих Г.Т., Адамян Л.В., 2012).

В связи с этим проблема улучшения репродуктивно-демографических процессов и снижения репродуктивных потерь приобретает сегодня особую актуальность.

Репродуктивные потери принципиально отличаются от смертности других возрастных групп, поскольку не рожденные дети и умершие младенцы являются безвозвратной потерей человеческого капитала не только текущего, но и последующих поколений. Сложная социально-экономическая ситуация в стране, ухудшение здоровья беременных и высокий уровень осложнений в родах, а также недостаточно оптимальная организация акушерско-гинекологической помощи населению оказывает отрицательное влияние на процессы формирования репродуктивного здоровья, обуславливая высокую заболеваемость рождающегося потомства и высокие показатели репродуктивных потерь (Вялков А.И., 2008; Шарапова О.В., 2008; Сухих Г.Т., 2011; Филиппов О.С., 2011).

Несмотря на благополучную динамику показателя младенческой смертности, смертность детей первого года жизни в России в 2-4 раза выше, чем в экономически развитых странах мира, причем основными в структуре младенческой смертности остаются перинатальная патология и низкий уровень репродуктивного здоровья женщин (Сорокина З.Х., 2010; Фролова О.Г., 2010).

Причины недостаточной результативности управления профилактикой репродуктивных потерь на региональном уровне изучены слабо. Отсутствуют экспериментальные данные по оценке эффективности мер, предлагаемых в целях совершенствования управления, что подчеркивает актуальность выбранной темы и определяет целесообразность выполнения данного диссертационного исследования.

Цель – разработка, внедрение и оценка результативности системы мер по снижению репродуктивных потерь на основе совершенствования организации службы охраны материнства и детства на региональном уровне.

Для реализации цели в работе поставлены следующие **задачи**:

1. Проанализировать медико-демографическую ситуацию в Удмуртской Республике в сопоставлении с Россией и Приволжским федеральным округом на рубеже XX-XXI веков.

2. Определить состояние соматического и репродуктивного здоровья женщин Удмуртской Республики.

3. Выявить особенности динамики и структуры репродуктивных потерь в Удмуртской Республике в сопоставлении с Российской Федерацией и Приволжским федеральным округом.

4. На основании экспертной оценки, клинико-статистического анализа и социологического исследования установить причины, факторы, обуславливающие репродуктивные потери и индикаторы их прогноза.

5. Дать характеристику организации акушерско-гинекологической службы Удмуртской Республики и выявить дефекты оказываемой медицинской помощи при неблагоприятных исходах беременности.

6. Разработать, внедрить и оценить результативность комплекса мероприятий по совершенствованию организации акушерско-гинекологической помощи женщинам фертильного возраста и снижению репродуктивных потерь.

Научная новизна. Применительно к региональному здравоохранению:

- научно обоснованы критерии оценки эффективности деятельности службы и разработана система мер по снижению репродуктивных потерь на основе реструктуризации ресурсов службы родовспоможения;

- создан алгоритм организационного обеспечения управления репродуктивными потерями на различных иерархических уровнях здравоохранения с созданием системы мониторинга женского населения группы высокого риска репродуктивных потерь и их прогнозирования.

- определены факторы риска и причины репродуктивных потерь;

- выявлены особенности медико-демографической ситуации на рубеже XX-XXI веков;

- установлены тенденции соматического и репродуктивного здоровья женщин и репродуктивных потерь;
- внедрена система мероприятий по снижению репродуктивных потерь, разработанная на основе анализа организации акушерско-гинекологической службы в динамике 1991-2012 гг. и оценки диагностических, лечебных и организационно-тактических дефектов оказания медицинской помощи женщинам;
- усовершенствована и использована для определения приоритетных мер по снижению репродуктивных потерь расширенная схема их учета.

Научно-практическая значимость исследования заключается в том, что на основе полученных результатов разработаны и реализованы на практике в масштабах региона комплексные меры по совершенствованию организации научно-методического, информационно-аналитического и ресурсного обеспечения профилактики репродуктивных потерь на различных иерархических уровнях.

На основе изученных причин и факторов риска возникновения и причин высокого уровня репродуктивных потерь в Удмуртской Республике (УР) разработан комплекс мер по снижению этих потерь (утвержден Решением Коллегии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики №3 от 08.06.2006 г.).

Результаты исследования использованы при формировании: Республиканской целевой программы «Демографического развития Удмуртской Республики на 2008-2010 гг.» (утверждена Госсоветом УР 25.06.08 г. за №130-IV), Республиканской целевой программы «Дети Удмуртии» (2009-2012 гг.)» (постановление Правительства УР от 28.12.09 г. №378), Программы социально-экономического развития Удмуртской Республики на 2010-2014 годы (утверждена Законом УР от 18.12.2009 г. № 68-РЗ); ведомственной целевой программы «Инфекции, передаваемые половым путем на 2009-2011 годы» (постановление Правительства УР от 07.04.08 г. №78), а также при подготовке Региональной программы модернизации здравоохранения Удмуртской Республики на 2011-2012 гг., Республиканской целевой программы демографического развития Удмуртской Республики на 2011-2015 годы (постановление Правительства УР от 18.10.2010 г. № 309).

Данные проведенного исследования используются в системе внедренного мониторинга уровня репродуктивных потерь в Удмуртской Республике (акт внедрения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 14.10.2014 г.) и Республике Башкортостан (акт внедрения Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 11.09.2014 г.).

На основании результатов проведенного исследования был разработан ряд распоряжений Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (МЗ УР) по организации медицинской помощи женщинам и детям, снижению репродуктивных потерь:

— «Временные критерии оценки работы врача-терапевта территориального участка в Удмуртской Республике» и «Временные критерии оценки работы врача общей практики в Удмуртской Республике» (Приказ МЗ УР №363 от 22.06. 2009 г.);

— «О порядке этапного оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в родовспомогательных учреждениях Удмуртской Республики» (Приказ МЗ УР № 424 от 28.07.2009 г.);

— «О мерах по профилактике материнской, младенческой и перинатальной смертности» (Приказ МЗ УР № 377 от 30.06.2009 г.);

— «Порядок организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в учреждениях здравоохранения Удмуртской Республики» (Письмо МЗ УР № 05-30/3220 от 13.05.2010 г.);

— «Организация обследования беременных женщин на перинатально значимые инфекции в Удмуртской Республике» (письмо 13.05.2010 г. № 05-30/3219);

— «О создании Координационного Совета МЗ УР по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции» (Приказ № 232 от 28.04.2010 г.)

— «О реализации мероприятий по совершенствованию акушерско-гинекологической и педиатрической помощи в рамках Региональной программы модернизации здравоохранения Удмуртской Республики на 2011-2012 годы» (Приказ МЗ УР № 354 от 20.06.2011 г.)

Разработаны экспертные карты оценки качества медицинской помощи в случаях перинатальной и материнской смерти, классификатор лечебно-диагностических и организационных дефектов оказания помощи при репродуктивных потерях на всех ее этапах, паспорт акушерско-гинекологической службы территории региона и на их основе определены алгоритмы по снижению репродуктивных потерь.

По материалам исследования подготовлены, утверждены и изданы информационно-методические письма: «Невынашивание беременности» (утверждено МЗ УР 27.02.2010 г.); «О состоянии младенческой смертности в Удмуртской Республике в 2006-2009 гг. и 6 месяцев 2010 г. и мерах по ее снижению» (утверждено МЗ УР 06.09.2010 г.); «Акушерские кровотечения: вопросы профилактики и лечения» (утверждено МЗ УР 22.12.2010 г.); «Ведение беременных при специфических воспалительных заболеваниях гениталий» (утверждено МЗ УР 28.02.2011 г.); «Репродуктивное здоровье и поведение женщин финно-угорской группы, проживающих в различных регионах Российской Федерации» (утверждено МЗ УР 03.03.2011 г.); «О состоянии материнской смертности в Удмуртской Республике 2008-2010 гг.» (утверждено МЗ УР 03.10.2011 г.) и др.

Данные о мерах профилактики репродуктивных потерь используются в учебном процессе при подготовке студентов и врачей на кафедрах акушерства и гинекологии, детских болезней, терапии, общественного здоровья и здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГБОУ ВПО Ижевской государственной медицинской академии Минздрава России, ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России, ГБОУ ВПО Оренбургской государственной медицинской академии Минздрава России, ФГБОУ ВПО Тульского государственного университета, ГБОУ ВПО Кировской ГМА Минздрава России (что подтверждено соответствующими актами внедрения).

Результаты исследования использовались при разработке информационно-аналитических материалов на региональном уровне («Государственные доклады о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики» за 2002-2010 гг.).

В рамках организационного эксперимента было осуществлено внедрение в работу органов и учреждений здравоохранения УР разработанных подходов по усовершенствованию научно-методологического, информационно-аналитического и организационного обеспечения деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка по профилактике репродуктивных потерь. Это позволило в значительной степени повысить эффективность управления деятельностью по снижению уровня репродуктивных потерь. Внедрение результатов работы в практику обеспечило улучшение репродуктивного здоровья населения УР и основных показателей службы родовспоможения.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно определена цель и разработаны программа, план, определены этапы и тактика проведения данного научного исследования, сделан аналитический обзор нормативно-правовых документов и литературы по изучаемой проблеме, сбор первичного материала, статистическая обработка, обобщение и анализ результатов. Автор приняла непосредственное участие в подборе методических приемов (90%), организации и проведении медико-социальных исследований (75%), внедрении разработанных мероприятий в практическую работу службы охраны здоровья матери и ребенка (75%), оценке результатов деятельности организаций родовспоможения разного уровня (80%), анализе, разработке и внедрении новых методов диагностики, лечения и реабилитации при невынашивании беременности (50%). Автором лично разработана система организационных мероприятий, направленных на снижение репродуктивных потерь. Составлены карты экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам в случаях перинатальной и материнской смерти и анкеты для опроса женщин и руководителей службы охраны материнства и детства, разработаны критерии оценки эффективности организации службы акушерства и гинекологии по снижению репродуктивных потерь. Проанализированы результаты организационного эксперимента и подготовлены материалы к публикации полученных результатов (100%). Обобщение полученных данных, их теоретическое осмысление, разработка концептуальных моделей, формулировка выводов и рекомендаций также проведены лично автором.

Апробация. Материалы исследования доложены, обсуждены и одобрены на Российской научно-практической конференции с международным участием «Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением» (Ижевск, 2006); на XI и XII Всероссийском научном форуме «Мать и дитя» (Москва, 2010, 2011 гг.); на межрегиональной научно-практической конференции «Здоровье населения – основа национальной безопасности страны» (Ижевск, 2011 г.); на межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» (Ижевск, 2012 г.); на Научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 2012 г.); межрегиональной научно-практической конференции «Здоровье женщины – здоровье будущего поколения» (Ижевск, 2011-2014 гг.); на республиканских конференциях ассоциации акушеров-гинекологов Удмуртской Республики (2002-2014 гг.); на заседаниях координационных советов акушеров-гинекологов Удмуртской Республики (2001-2014 гг.).

Положения, выносимые на защиту:

1. Фазовая динамика демографической ситуации и репродуктивных потерь в 1991-2012 гг. (ухудшение ситуации в 1991-1999 гг. и поэтапное улучшение в течение 2000-х гг.) более выражена в Удмуртской Республике по сравнению с Россией и Приволжским федеральным округом.

2. Социально-экономические, медико-организационные и медико-биологические факторы (в т.ч. соматическое и репродуктивное здоровье женщин) обуславливают формирование структуры и уровни репродуктивных потерь, в первую очередь, материнской, перинатальной и младенческой смертности, а также индикаторы их прогноза.

3. Низкое качество организации деятельности акушерско-гинекологической службы и дефекты медицинской помощи женщинам в случаях репродуктивных потерь (диагностические, лечебные и организационные) определяют спектр целенаправленных мероприятий по совершенствованию системы профилактики и их снижению.

4. Организационное решение проблемы снижения репродуктивных потерь должно осуществляться с привлечением управленческих ресурсов – информацион-

ных, материально-технических, кадровых – и всей системы мер по повышению результативности управления профилактикой репродуктивных потерь, в том числе реструктуризации акушерско-гинекологической службы.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 39 научных работ, в том числе 16 – в изданиях, рекомендованных ВАК Российской Федерации (РФ); 5 информационных писем.

Выражаем благодарность д.м.н., ведущему научному сотруднику ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России Людмиле Павловне Сухановой за помощь, оказанную при выполнении диссертационной работы.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 340 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, пяти глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы (включающего 359 источников, в том числе 79 – иностранных авторов) и приложений. Работа иллюстрирована 47 таблицами, 45 рисунками, 2 схемами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность темы исследования, сформулированы его цель и задачи, определены научная новизна и практическая значимость, представлены основные положения, выносимые на защиту, данные об апробации результатов исследования и личном вкладе автора в проделанную работу.

В первой главе по данным обзора отечественных и зарубежных литературных источников изложены современные представления о медико-демографических показателях, репродуктивном здоровье и распространенности репродуктивных потерь, а также факторах на них влияющих, отражены особенности организации службы родовспоможения и мероприятия по снижению репродуктивных потерь. Сделан вывод о недостаточном изучении этой проблемы и недостаточном освещении вопросов оценки эффективности управления службой акушерства и перинатологии по снижению репродуктивных потерь, что обусловило медленные темпы снижения их распространенности.

Во второй главе представлены методика, программа, организация и база исследования. Для решения поставленных задач базой исследования послужила система здравоохранения Удмуртской Республики. Время исследования – ретроспективно за 1991-2005 гг. и проспективно с 2006 г. по 2012 гг.

Методы исследования – статистический, социологический, аналитический, экспертных оценок, организационного эксперимента.

Предмет исследования – репродуктивные потери и организация деятельности службы охраны материнства и детства по их профилактике.

Объект исследования – беременные, роженицы, родильницы, новорожденные, дети первого года жизни, женщины фертильного возраста, имеющие в анамнезе репродуктивные потери.

Для оценки исходной ситуации и результативности проведенных мер использованы следующие данные:

— формы Федерального государственного статистического наблюдения (ФГСН) № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», № 14 «Сведения о деятельности стационара», № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», № 13 «Сведения о прерывании беременности», № 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности», № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках», № 30 «Сведения о медицинских организациях», № 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» за 1991-2012 гг. по Удмуртской Республике, Российской Федерации, Приволжскому федеральному округу (ПФО) за 2000-2012 гг. (организован в 2000 г.);

- дополнительные схемы информационного обеспечения (по специально разработанной форме отчета, утвержденной МЗ УР;
- статистические карты выбывшего из стационара (форма 066/у-02);
- анонимные анкеты медико-социальной характеристики женщин, закончивших беременность;

- экспертные карты оценки качества оказания медицинской помощи женщине в случае перинатальной смерти;
- карты экспертной оценки качества оказания медицинской помощи в случае материнской смерти;
- анкеты руководителей акушерско-гинекологической службы №1 и №2.

Медико-демографические показатели рождаемости и смертности (материнской, младенческой, перинатальной и неонатальной) и их нозологическая структура изучены по статистическим справочникам за периоды 1991-2005 гг. (до начала внедрения корректирующих мер) и 2006-2011 гг. (за время их проведения); 2012 г. (оценка результативности внедрения):

- «Медико-демографические показатели» по Удмуртской Республике, Российской Федерации, Приволжскому ФО за 1991-2012 гг.;
- Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации за 1991-2012 гг.

Программа исследования. Исследование проводилось в семь этапов (схема 1).

На первом этапе (и всех последующих) проводился анализ литературных данных по изучаемой проблеме. Отмечено почти полное отсутствие данных о результативности управления профилактикой репродуктивных потерь, отсутствие экспериментальных данных по проверке эффективности мер, предлагаемых в целях совершенствования мероприятий по снижению репродуктивных потерь, что и обусловило необходимость выполнения данной работы.

На втором этапе проанализирована репродуктивно-демографическая ситуация в динамике постсоветского периода по УР и ПФО, а также в целом по РФ (1991-2005 гг.). Определены тенденции соматического и репродуктивного здоровья женщин за 1991-2005 гг., что позволило оценить особенности медико-демографических показателей до проведения организационного эксперимента в УР.

На третьем этапе сравнивалась динамика распространенности репродуктивных потерь в УР, ПФО и РФ и взаимосвязь состояния здоровья женщин, репродуктивного поведения и уровня репродуктивных потерь.

№	Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации и их объем
1.	Анализ данных литературы отечественных и зарубежных авторов, нормативно-правовых документов	Аналитический Монографический	- 359 источников, в том числе 250 отечественных и 79 иностранных, 17 нормативно-правовых документов
2.	Анализ репродуктивно-демографической ситуации в Удмуртской Республике в сопоставлении с Россией и ПФО	Статистический	Изучение статистических данных о естественном движении населения России и Удмуртской Республики за период 1991-2012 гг. и ПФО за 2000-2012 гг. (данные Росстата)
3.	3.1. Анализ соматического и репродуктивного здоровья женщин в Удмуртской Республике за 1991-2012 гг. 3.2. Анализ распространенности репродуктивных потерь в Удмуртской Республике	Аналитический Статистический	- формы Федерального государственного статистического наблюдения №12, №13; №14, №16-ВН, №32 в РФ и УР 1991-2012 гг., ПФО 2000-2012 гг. - дополнительные схемы информационного обеспечения (по специально разработанной форме отчета, утвержденной МЗ УР (160)); - статистические карты выбывшего из стационара (103707 ед.); - медицинские свидетельства о смерти (134 умерших женщин); - медицинские свидетельства о перинатальной смерти (164)
4.	4.1. Анкетирование женщин с благоприятным и неблагоприятным исходом беременности (репродуктивными потерями). 4.2. Анкетирование руководителей акушерско-гинекологической службы на предмет оценки качества информационного обеспечения управленческой деятельности в области охраны материнства и детства и результативность применения различных методов выявления проблем в области профилактики репродуктивных потерь	Социологический Аналитический Статистический Социологический Экспертных оценок Аналитический Статистический	- анонимная анкета медико-социальной характеристики женщин, закончивших беременность (2530) - анкета руководителей акушерско-гинекологической службы №1 (40)
5.	5.1. Анализ организации службы охраны материнства и детства в УР. 5.2. Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи женщине и выявление дефектов в случаях перинатальной и материнской смерти	Социологический Экспертных оценок Аналитический Статистический	- формы Федерального государственного статистического наблюдения №14, №17, №30, №32, №47 в РФ и УР за 1991-2012 гг., ПФО за 2000-2012 гг. - карта экспертной оценки качества медицинской помощи женщине в случае перинатальной смерти (164) - карта экспертной оценки качества медицинской помощи в случае материнской смерти (134)
6.	Разработка системы мероприятий по снижению репродуктивных потерь и их экспериментальное внедрение	Организационный эксперимент Вероятностно-статистический метод Байеса	Методические материалы и информационные технологии: - внедрены в 2006-2009 гг. на 5 экспериментальных территориях УР с высоким уровнем репродуктивных потерь; - с 2010 г. – внедрены на территории всей УР
7.	Анализ результатов организационного эксперимента, анкетирование руководителей акушерско-гинекологической службы, изложение и оформление результатов исследования в рукописном виде и в печатных изданиях	Статистический Социологический Аналитический	- анкета руководителей акушерско-гинекологической службы №2 (40)
		Диссертация, статьи, научно-информационные материалы	

Схема 1. Этапы, методы и объемы исследования, источники информации

Проведен причинно-факторный анализ распространенности и структуры репродуктивных потерь в УР.

На четвертом этапе реализовали социологическое исследование женщин (по выявлению медико-социальных факторов риска репродуктивных потерь) и медицинских работников (на предмет оценки качества информационного обеспечения управленческой деятельности в области охраны материнства и детства и результативность применения различных методов выявления проблем в области профилактики репродуктивных потерь) с помощью специально разработанных анкет. Опрос проводился среди женщин с благополучным течением беременности и родов в анамнезе и женщин с репродуктивными потерями в анамнезе.

В качестве экспертов выступили высококвалифицированные специалисты (40 руководителей в системе акушерско-гинекологической службы).

В процессе статистической обработки полученных материалов был использован персональный компьютер с прикладными пакетами программ STATISTICA 6.0 for Windows Ru компании StatSoft® RUSSIA (серийный номер BXXR008E711806FAN5).

На пятом этапе осуществляли анализ организации акушерско-гинекологической и неонатальной службы Удмуртской Республики, проводили экспертную оценку качества оказания и выявление дефектов медицинской помощи женщинам в случаях перинатальной и материнской смерти. Определяли результативность мероприятий по профилактике репродуктивных потерь в республике.

При разработке экспертных карт за основу были приняты карты, утвержденные Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.06.2006 г. №500 «О совершенствовании учета и анализа случаев материнской смерти в Российской Федерации».

При анализе дефектов в работе акушеров-гинекологов была принята точка зрения Лузановой И.М. (2007) о том, что дефект медицинской помощи – это ненадлежащее осуществление диагностики, лечения, реабилитации пациента, организации медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства.

На шестом (организационно-экспериментальном) этапе проведена разработка системы мероприятий по снижению репродуктивных потерь, внедрение и экспериментальная проверка ее результативности на выделенных территориях (2006-2009 гг.), а затем (с 2010 г.) по всей территории УР.

На основе полученных результатов, были разработаны методические рекомендации и информационные технологии совершенствования деятельности по снижению уровня и управления профилактикой репродуктивных потерь.

На седьмом этапе были проанализированы результаты организационного эксперимента и внедрения мероприятий по снижению репродуктивных потерь по республике в целом с учетом перераспределения контингентов по уровням организаций и потоков пациентов, проведено дополнительное анкетирование руководителей службы родовспоможения и завершающий анализ проведенного исследования (2013-2014 гг.).

В главе 2 – также представлена разработка критериев оценки эффективности управления службой акушерства и перинатологии. *Целевые* (конечные показатели) и *промежуточные критерии* (индикаторы репродуктивных потерь) определены с учетом соответствующего опроса экспертов. Результаты корреляционного анализа значимости индикаторов репродуктивных потерь стали основой разработки плана снижения этих потерь и мониторинга его реализации.

Комплексный критерий эффективности управления формировался компьютерным путем на основе расчета *обобщенной оценки* показателей. Методика основывалась на принципе регулирования по отклонениям с использованием методов целевого управления (Гасников В.К., 1996). Она ориентировалась на достижение конечных результатов и на возникающие при этом рассогласования.

Выявленные экспертным путем дефекты организации оказания медицинской помощи были введены в действующий программный комплекс «АРМ главного специалиста республики по акушерству и гинекологии» в виде дополнительных программных модулей. Многоуровневая экспертная оценка позволила выявить недостатки проведения работы по снижению репродуктивных потерь и дефекты оказания по-

мощи и на их основании разработать алгоритм организационного обеспечения управления на различных иерархических уровнях.

В завершающей части второй главы дается характеристика базы исследования и основной понятийный аппарат по изучаемой проблеме.

Для нашего исследования, с учетом научных работ других авторов, усовершенствована и использована для определения приоритетных мер по снижению репродуктивных потерь расширенная схема их учета, включающая потери на этапе эмбриона, плодовые потери, потери новорожденного, младенца и материнские потери (во время беременности, родов и в течение 42 дней после ее окончания (схема 2).

Репродуктивные потери						
Пренатальные потери		Фетоинфантильные потери				
0 до 8 недель (эмбрион)	Плодовые потери (более 8 недель - плод)			Младенческая смертность		
0-16 недель	с 17 до 22 недель	с 22 полной недели (со 154 дня)	Роды	Дни жизни		
				0-6	7-27	28-365
Аборт раннего срока	Поздний аборт	Аntenатальная смертность	Интранатальная смертность	Неонатальная смертность		Постнеонатальная смертность
Аборты, самопроизвольные выкидыши, внематочная беременность, несостоявшиеся выкидыши, ранняя гибель плода с задержкой в матке, неразвивающаяся беременность		Мертворождаемость		Ранняя неонатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	
		Перинатальная смертность				
Материнские потери						
Смерть женщины при аборте, несостоявшемся выкидыше, ранней гибели плода с задержкой в матке, неразвивающейся беременности, внематочной беременности, во время беременности до 22 недель беременности и после 22 недель до родов		Смерть рожениц		Смерть родильниц в течение 42 дней после родов		

Схема 2. Структура репродуктивных потерь

В третьей главе приведены результаты анализа динамики репродуктивно-демографических показателей и состояния соматического и репродуктивного здоровья женщин Удмуртской Республики в 1991-2005 гг. в сопоставлении с данными Российской Федерации и Приволжского ФО.

Эти показатели и их динамика имеют фазовый характер и обнаруживают четкую связь с кризисными явлениями в Российском обществе в постсоветском периоде.

Их негативная фаза выражена в большей степени в УР, чем по РФ в целом, что проявилось более выраженной деформацией возрастного состава населения Удмуртии и максимальным сокращением в когорте населения доли детей 0-14 лет – на 37,1% (с 26,4% до 16,6%). Это обусловлено превышающими темпами снижения рождаемости за 1991-1996 гг. в Удмуртской Республике – на 33,1% с 13,6 на 1000 населения до 9,1 (в России – на 26,4%). Динамика суммарного коэффициента рождаемости (СКР) подтверждает более выраженную реакцию на социально-экономические изменения в обществе в УР по сравнению с таковыми в РФ в целом: уровень СКР в УР к 1996 г. стал ниже российского.

Одновременно с 1992 г. регистрируется подъем смертности населения УР, максимально выраженный в 1994 г. (рис. 1).

После 1999 г. показатель рождаемости в УР, как и в целом по России, увеличился до 2005 г., когда благоприятная тенденция рождаемости в Удмуртской Республике (как и в целом по России) была нарушена введением в августе 2004 г. ФЗ-122, принесшего сокращение льгот, после чего в республике произошло относительное снижение рождаемости.

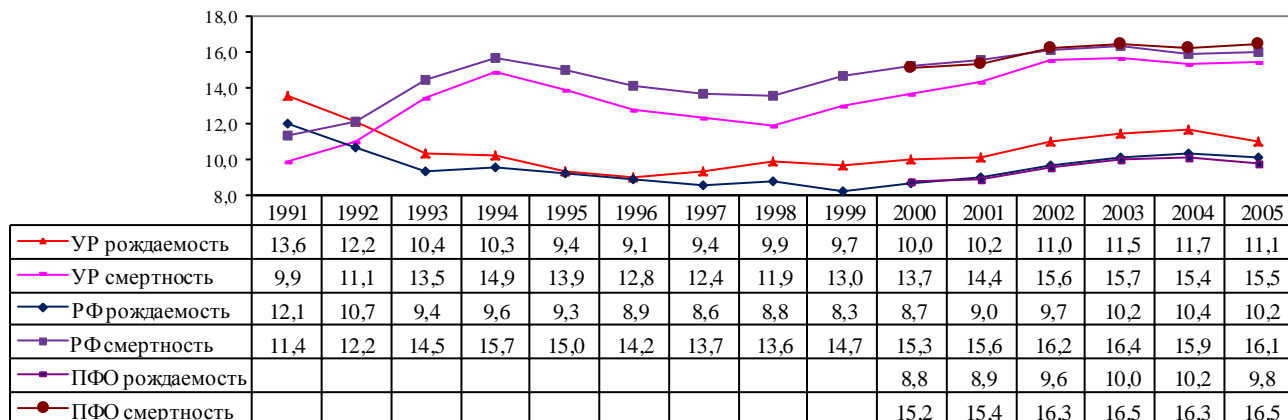


Рисунок 1. Динамика рождаемости и смертности в Удмуртской Республике и Российской Федерации за период 1991-2005 гг., ПФО за период 2000-2005 гг.

В УР наблюдалось относительное преобладание женщин, что определяет высокий уровень внебрачных рождений в республике – более выраженный, чем в России и ПФО.

В 2005 г. в сравнении с 2001 г. рождаемость на территории УР выросла в основном в старших возрастных группах, что создало дополнительные проблемы при оказании акушерско-гинекологической помощи на всех ее этапах.

Общее число беременностей на 1000 женщин фертильного возраста снизилось в республике за 1991-2005 гг. почти в два раза – с 174,9 в 1991 г. до 92,4 в 2005 г. При этом доля прерываний беременности в структуре всех зарегистрированных беременностей в УР за 1991-2005 гг. уменьшилась с 68,6% в 1991 г. до 56,7% в 2005 г. (17,3%), а доля родов увеличилась с 30,1 до 41,8% (38,8%) (рис. 2).

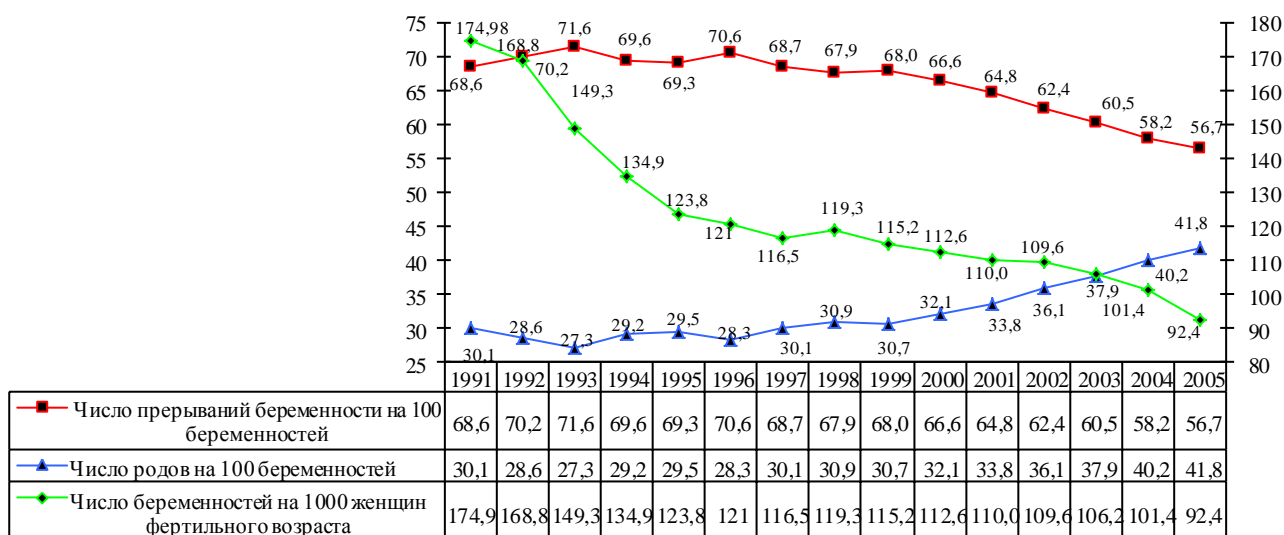


Рисунок 2. Динамика общего числа беременностей на 1000 женщин 15-49 лет (правая шкала) и структуры исходов беременности (доли родов и прерываний беременности в %) в УР в 1991-2005 гг. (левая шкала)

Ухудшение показателей воспроизводства населения в течение переходного периода 1991-2005 гг. происходило на фоне снижения уровня здоровья населения, когда общая заболеваемость населения увеличилась на 21,9% во всех возрастных группах, особенно у детей до 14 лет (табл. 1).

Таблица 1

Общая заболеваемость по возрастным группам в УР 1991, 2001, 2005, РФ 2005 г. (на 1000 населения), темп УР 2005/1991, УР/РФ 2005 г. (%)

Возраст	Удмуртская Республика					РФ	УР/РФ
	1991	1996	2001	2005	2005/1991 ± %	2005	2005 ± %
Дети до 14 лет	1700,2	1869,8	2442,6	2740,4	+ 61,2	2186,5	+25,5
Дети 15-17 лет	1260,0	1485,4	1862,4	2152,9	+ 70,9	1858,5	+15,8
18 лет и более	1395,8	1284,0	1443,0	1557,2	+ 15,6	1301,3	+19,6
Всего	1471,4	1431,9	1662,0	1794,4	+ 21,9	1459,7	+22,9

Особое беспокойство вызывает наибольший рост общей заболеваемости у детей 0-14 и детей 15-17 лет (на 61,2% и 70,9%, соответственно), так как именно в данные периоды жизни формируется репродуктивное здоровье будущих родителей.

Рост заболеваемости в эти годы отмечался по основным классам болезней: системы кровообращения, нервной, костно-мышечной систем, органов пищеварения.

Частота нарушений менструальной функции у девочек-подростков УР только за 2000-2005 гг. увеличилась в 2,9 раза – с 2170,0 до 6240,0 на 100 000 женского населения соответствующего возраста (по РФ в 1,4 раза – с 2851,5 до 4079,1 на 100 000 женского населения соответствующего возраста), что предопределяет высокий уровень репродуктивной и перинатальной патологии в последующие годы.

Ухудшение репродуктивного здоровья женщин УР подтверждала высокая частота внематочной беременности и неблагоприятная динамика этого показателя: рост на 15,4%.

В период социально-экономических преобразований 1991-2005 гг. в УР, как и в целом по России, отмечено увеличение социально-обусловленных болезней – туберкулеза (в 2,1 раза), наркомании (в 6,6 раза) и алкоголизма (в 1,6 раза). Распространенность женского алкоголизма в УР достигла в 2005 г. 341,5 на 100 000 женского населения. По уровню заболеваемости сифилисом и гонококковой инфекцией республика занимала первое место в ПФО.

Показатель частоты преждевременных родов среди находившихся на диспансерном учете беременных менялся по годам от 8,8% до 3,5%, закономерно снижаясь в годы, сопровождавшиеся увеличением частоты аборт.

Заболеваемость женщин при беременности, родах и в послеродовом периоде в УР выше, чем в среднем по РФ в 2,1 раза, особенно по классу болезней мочеполовой системы, по которым превышение в 1991-2005 гг. составило 2,7 раза; заболеваниями органов кровообращения – в 1,8 раза. Каждая десятая беременная имела сердечно-сосудистые заболевания; у 41,9 % отмечена анемия; у 44,7 % – инфекции, передаваемые половым путем.

За 1991-2005 гг. в Удмуртской Республике произошло увеличение частоты заболеваний мочеполовой системы у беременных в 8,1 раза; частоты болезней системы кровообращения – в 1,72 раза и анемии беременных – в 2,6 раза, достигнув максимального значения в 2001 г.

Отсутствие в УР профилактики йодной недостаточности в годы перестройки привело к росту частоты заболеваний щитовидной железы с 1991 г. по 2005 г. в 10 раз.

Высокая соматическая заболеваемость беременных в УР являлась патогенетической основой для развития *акушерских осложнений* и неблагоприятных исходов беременности и родов. Так, частота отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств у беременных в постдефолтном периоде в УР оказалась выше показателя в РФ и ПФО на 15,7% и 17,9%, соответственно, а частота преэклампсии, эклампсии – в 3,7 и 4,7 раза (рис. 3), что можно объяснить, с одной стороны, более выраженными социальными потрясениями относительно аналогичных контингентов сравниваемых территорий РФ и ПФО, а, с другой стороны, – снижением адаптационных возможностей организма беременных женщин в Удмуртии.

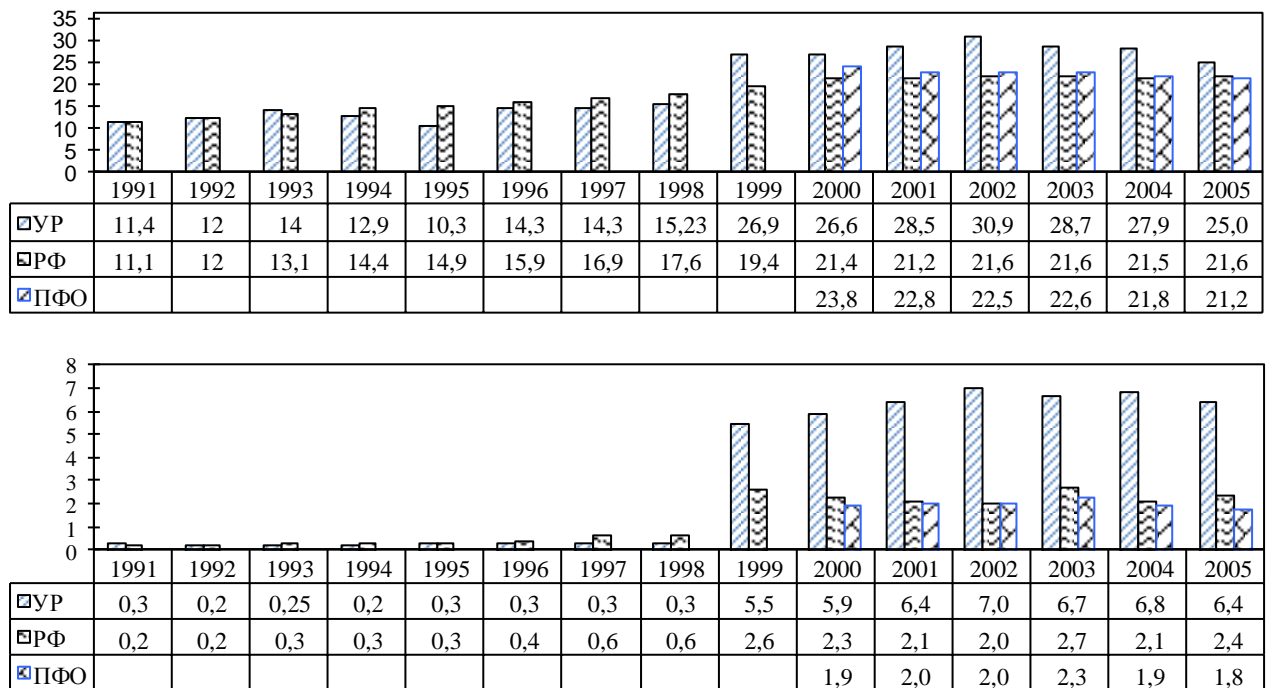


Рисунок 3. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (вверху); преэклампсия, эклампсия (внизу) в УР, РФ за период 1991-2005 гг., и ПФО за период 2000-2005 гг. (на 100 женщин, закончивших беременность)

В УР высока доля осложненных родов в сравнении с РФ и ПФО в 2005 г.: 80,9%, 63,2% и 66,3%, соответственно.

Частота анемии в послеродовом периоде в УР увеличилась с 1991 г. по 2000 г. в 2,5 раза, а за последующие 2001-2005 гг. снизилась лишь на 3,4%. Поскольку анемия в послеродовом периоде имела преимущественно постгеморрагическую природу, этот факт характеризует неблагоприятные ситуации в республике с акушерскими кровотечениями, прежде всего атоническими.

Важной репродуктивной проблемой как в России в целом, так и в Удмуртской Республике оставались *аборты*. По показателю абортот на 1000 женщин фертильного возраста Удмуртия в 90-е годы входила в тройку «лидеров», и уровень абортот был стабильно выше показателя РФ в 1,5 раза. С 1991 г. по 2001 г. в УР произошло снижение показателя в 1,7 раза (с 119,9 до 70,0 на 1000 женщин фертильного возраста). Однако уровень абортот в УР остался выше среднероссийского показателя на 37,7%.

В наибольшей степени за 1991-2005 гг. уменьшилось число абортот по социальным показаниям. На втором месте по темпам снижения в УР, как и в РФ, стояли зарегистрированные криминальные абортот. На третьем месте – самопроизвольные абортот.

У каждой десятой женщины в УР, находившейся на диспансерном наблюдении, желанная беременность заканчивалась самопроизвольным прерыванием или абортот по медицинским показаниям. Показатель невынашиваемости в УР в 2005 г. значительно превышал распространенность этой патологии в России (7,9 и 3,98 на 100 закончивших беременность, соответственно).

В УР за 1991-2005 гг. увеличилось также число абортот по медицинским показаниям в 2,3 раза, а их доля среди всех абортот повысилась в 5,8 раза – при том, что в РФ произошло их снижение на 24,4%.

При этом надо отметить, что до 4,4% абортот в УР сопровождались теми или иными осложнениями, которые приводили к бесплодию и другим нарушениям репродуктивной функции женщин.

Гинекологическая заболеваемость в УР имела значительный рост. Так, с 1991 г. по 2005 г.: частота расстройств менструации у женщин УР увеличилась – в 10,4 раза и сальпингитов и оофоритов – в 1,8 раза.

Четвертая глава посвящена анализу динамики распространенности репродуктивных потерь в УР, РФ и ПФО за период 1991-2005 гг. и их зависимости от состояния здоровья и репродуктивного поведения женщин и социальных факторов. Проведен причинно-факторный анализ распространенности и структуры репродуктивных потерь.

К важнейшим показателям репродуктивных потерь относится *материнская смертность* (МС). По данному показателю Удмуртская Республика за период исследования соответствовала среднероссийским данным (рис. 4).

В УР смерть женщин вне стационара составляла 13,4% в структуре материнской смертности, причем в числе 88,9% среди всех умерших оказались городские женщины. Наиболее неблагоприятным в этом отношении был период с 1991 по 1995 гг., когда доля смерти вне стационара достигала 17,0%. Случаи смерти вне стационара были связаны с поздним обращением женщин за медицинской помощью.

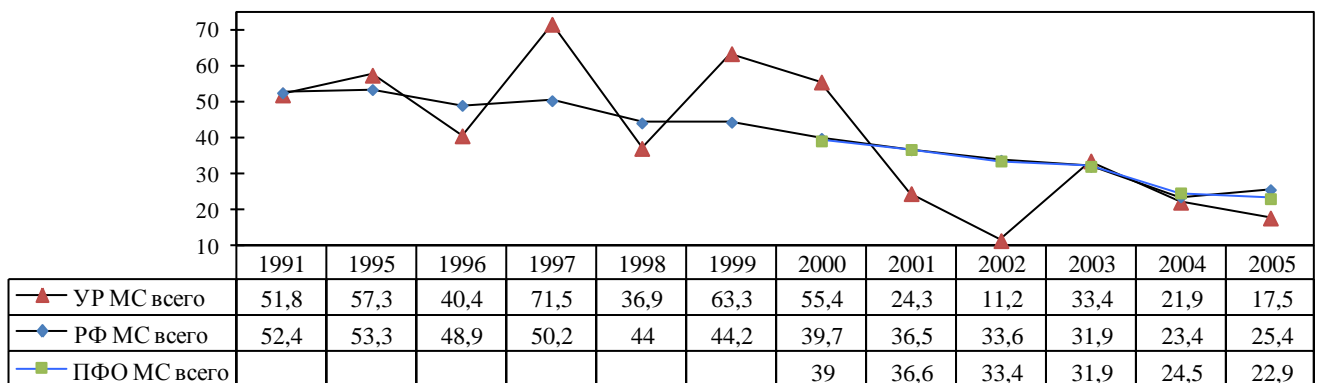


Рисунок 4. Динамика показателей материнской смертности в УР, РФ за период 1991-2005 гг., ПФО за период 2000-2005 гг. (на 100 000 живорожденных)

В условиях стационара в 1991-2005 гг. погибли 86,6% женщин (среди умерших), из них в медицинских организациях (МО) третьего уровня – 34,9% , в МО второго уровня – 48,6% и в МО I уровня – 16,5%.

При анализе структуры причин МС (134 умерших женщин) зарегистрировано 47 погибших непосредственно от осложнений беременности, родов и послеродового периода (35,1% от числа всех погибших). В связи с экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ) погибли 39 женщин (29,2% от числа всех умерших). От абортных медицинских и абортных, начавшихся вне медицинской организации суммарно зарегистрировано 22 случая МС (16,4%). От внематочной беременности умерли 13 женщин (9,7% от всех случаев МС за 1991-2005 гг.). От осложнений анестезии зарегистрированы 3 случая смерти (2,2%), при акушерской эмболии – 7 случаев смерти (5,2%) и от разрыва матки – 3 случая (2,2%).

В структуре МС за 1991-2005 гг. выявлено на фоне ее нарастания превышение над всеми причинами соматических заболеваний и уменьшение умерших от аборта.

За анализируемый период наблюдалось уменьшение доли предотвратимых случаев смерти женщины в 3,9 раза. Доля условно предотвратимых смертей при этом увеличилась с 36,1% до 47,1%, а непредотвратимых смертей повысилась в 1,7 раза.

Младенческая смертность в УР и РФ в течение 1991-2005 гг. дважды характеризовалась подъемом – в 1993 г. (в период «шоковых» реформ) и в 1999 г. (в «постдефолтный» период) (рис. 5).

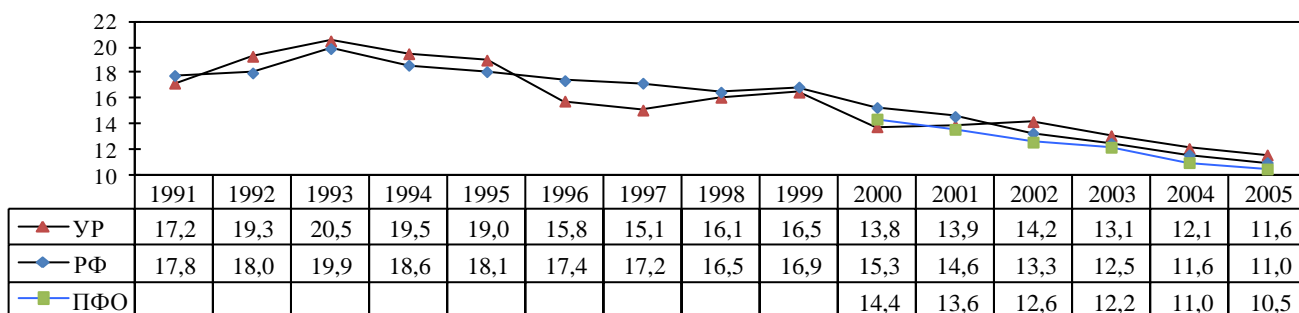


Рисунок 5. Динамика показателей младенческой смертности в УР, РФ за период 1991-2005 гг., ПФО за период 2000-2005 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Перинатальная смертность (ПС) в УР характеризовалась более высокими показателями, чем в России. За 1991-2005 гг. отмечено снижение ПС с 18,7 до 11,4 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. Наибольший показатель зарегистрирован в 1994 г. – 20,9 ‰ (рис. 6).

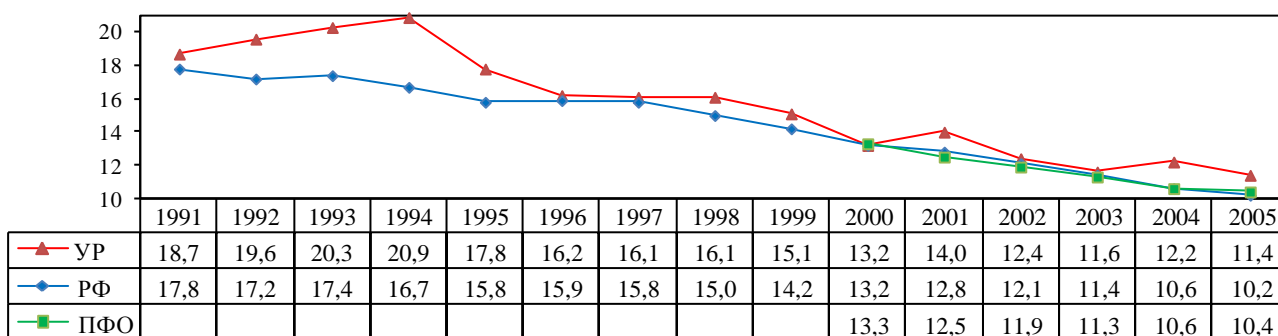


Рисунок 6. Динамика перинатальной смертности в УР, РФ за период 1991-2005 гг., ПФО за период 2000-2005 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Увеличение показателя ПС в 1992-1994 гг. было обусловлено ростом ранней неонатальной смертности.

Мертворождаемость в УР в годы наиболее выраженных кризисных явлений определялась максимальной (в 1994, 1999 и 2004 гг.). Минимальный удельный вес мертворождаемости отмечался в 1992-1994 гг. при наибольшем уровне ранней неонатальной смертности в эти годы.

Данные анализа *фетоинфантильных потерь* (ФИП) в УР 1990-е годы показывают, что мертворождаемость и смертность на первой неделе жизни составляет две трети от всех потерь жизнеспособных детей на первом году жизни (табл. 2).

В структуре причин смертности детей в возрасте до 1 года по Удмуртии ведущими являлись состояния перинатального периода и врожденные аномалии, на третьем месте – болезни органов дыхания, на 4-ом месте – внешние причины (травмы, отравления, несчастные случаи).

Таблица 2

Возрастная структура фетоинфантильных потерь в УР в 1991, 2001, 2005 гг. (%)

Возрастная структура ФИП	1991 г.	2001 г.	2005 г.
Мертворождаемость	36,9	34,1	34,7
Умершие в возрасте 0-6 суток (ранняя неонатальная смертность)	34,4	32,4	30,2
Умершие 7-27 суток (поздняя неонатальная смертность)	7,0	15,6	13,0
Умершие 28-365 суток (постнеонатальная смертность)	21,7	17,9	22,1
Всего ФИП	100,0	100,0	100,00

Показатель внебольничной смертности детей в УР за годы исследования составил 1,9 на 1000 родившихся.

Уровень недоношенности в УР, как и в России в целом, увеличился с 6,3% в 1991 г. до 7,7% в 1993 г. (максимальное значение показателя). Лишь к 2005 г. в Удмуртии отмечено снижение уровня недоношенности до 5,8 %.

В соответствии с неблагоприятными тенденциями частоты заболеваемости беременных в УР наблюдалась задержка развития плода. Так в 1999 г. (период максимальных постдефолтных проявлений) доля детей массой тела менее 2500 г превышала число родившихся недоношенными – то есть часть доношенных детей родились массой тела менее 2500 г.

Заболеваемость новорожденных в УР за 1991-2005 гг. увеличилась значительно выше общероссийского уровня – в 2,7 раза (при повышении в РФ в 2,3 раза) и постоянно определяется большей в 1,5-1,8 раза аналогичного показателя по РФ. Максимальный рост зарегистрирован в «постдефолтный» кризисный период 1999-2002 гг. – за счет внутриутробной гипоксии плода и асфиксии при рождении, гипотрофии, респираторного дистресс-синдрома даже у доношенных детей, что свидетельствует об их морфофункциональной незрелости.

В структуре заболеваемости новорожденных в УР преобладали замедление роста и недостаточность питания, внутриутробная гипоксия и асфиксия при рожде-

нии, неонатальная желтуха. Отмечен рост инфекций, специфичных для перинатального периода, в 3,4 раза, в т.ч. сепсиса новорожденного – в 6,8 раза.

При формировании целевых критериев оценки, которые стали основой разработки плана снижения репродуктивных потерь и мониторинга его реализации, использовали данные корреляционного анализа значимости индикаторов репродуктивных потерь. Среди 29 индикаторов (которые определены при опросе экспертов) выявлены наиболее значимые (рис. 7).

В данной главе приводятся результаты анализа экспертных карт оказания медицинской помощи женщинам 164 случаев перинатальной и 134 случаев материнской смерти (их социальный статус, вредные привычки и условия жизни, биологические особенности, соматический и акушерско-гинекологический анамнез, течение данной беременности и родов, медицинской помощи на всех этапах ведения данной беременности), которые использовались в последующем при классификации дефектов по оценке качества медицинской помощи в родовспоможении.

Дополнительно к этому в настоящей главе приведены данные экспертизы 39244 карт женщин с репродуктивными потерями, выбывших из стационаров 25 районов и 5 городов УР и результаты опроса 1123 женщин с благополучным течением беременности и родов в анамнезе и 1407 женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, которые использовались далее в процессе формирования факторов риска репродуктивных потерь, а также критериев оценки качества оказания медицинской помощи и эффективности деятельности акушерско-гинекологической службы.

В пятой главе представлена характеристика организации службы материнства и детства в УР; дана оценка качества использования ресурсов службы родовспоможения и неонатологии, а также проанализированы выявленные дефекты организации службы родовспоможения, способствовавшие возникновению перинатальных и материнских потерь (по данным экспертной оценки).

Как показало проведенное исследование, в оценочном 2005 г. распределение коечного фонда акушерско-гинекологической службы УР не соответствовало потребности оказания адекватной акушерско-гинекологической помощи: 32,9% (380 коек) было сосредоточено на I уровне (в родильных отделениях ЦРБ); 55,8% (645 коек) – на II (межрайонные родильные дома) и 11,3% (130 коек) – на III уровне (республиканские родильные дома).

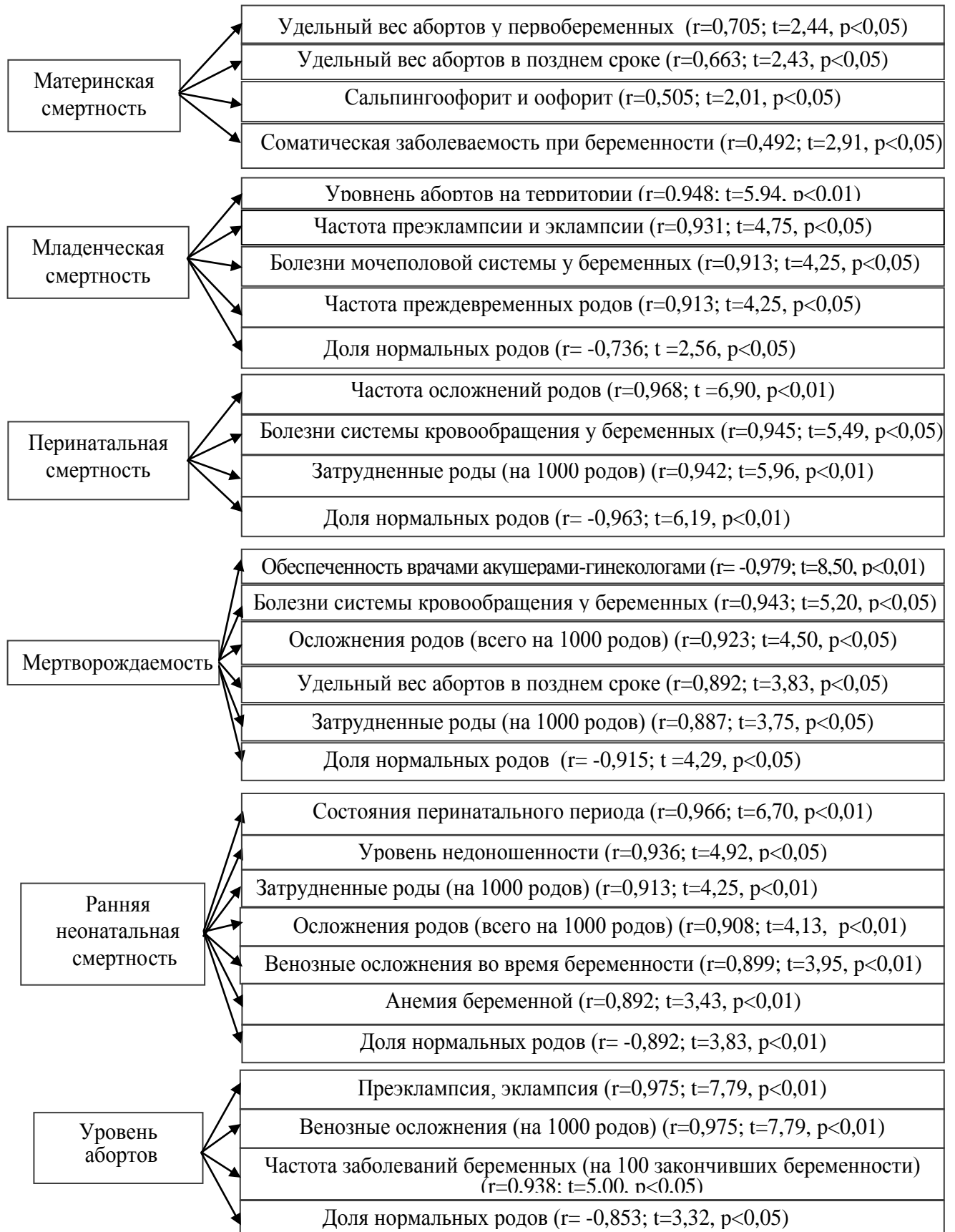


Рисунок 7. Информативная значимость индикаторов репродуктивных потерь

При этом обеспеченность койками для беременных и рожениц составляла 12,2 на 10000 женщин фертильного возраста (в РФ – 11,3 и в ПФО – 10,6).

Обеспеченность гинекологическими койками (на 10000 женщин) была равна 10,83 (в РФ – 9,82 и в ПФО – 9,87) и койками для производства абортот 1,6 на 10000 женщин фертильного возраста (в России – 1,01 и в ПФО – 0,73).

Кочный фонд родильного дома №7 при многопрофильной республиканской больнице УР, выполнявшего с 1996 г. функции перинатального центра (ПЦ), был недостаточен для оказания квалифицированной помощи всем беременным высокой группы риска и в нем не было второго этапа выхаживания больных новорожденных и недоношенных детей.

Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами и неонатологами в республике за годы исследования превышала уровень по России (в 2005 г. в УР – 6,57 на 10000 женского населения; в РФ – 5,13; в ПФО – 5,0). Однако при дифференцированной оценке обеспеченности врачами МО по уровням выявлено, что обеспеченность врачами акушерами-гинекологами медицинских организаций второго уровня составляла 6,5 на 10000 женского населения. Высока доля врачей акушеров-гинекологов, работающих в средних учебных заведениях и Ижевской государственной медицинской академии (8,2% от всех врачей акушеров-гинекологов республики), а также их доля среди сотрудников республиканских медицинских организаций (13,2%). В то же время обеспеченность врачами акушерами-гинекологами МО первого уровня не превышала 2,6 на 10000 женского населения. Низкой оказалась укомплектованность штатных должностей физическими лицами врачей акушеров-гинекологов – 71,3% (в женских консультациях 79,8% и в гинекологических отделениях 68,3%), а также неонатологов (69,5%). Серьезную проблему составляли различия кадрового обеспечения городской и сельской местности, низкая хирургическая активность, несоответствие подготовки специалистов практического здравоохранения и задач реструктуризации отрасли.

Для приближения медицинской помощи в районы республики выезжали бригады врачей акушеров-гинекологов, неонатологов-реаниматологов, анестезиологов-реаниматологов.

На основе оценки динамики ресурсного обеспечения службы родовспоможения в УР и причинно-факторного анализа распространенности и структуры репродуктивных потерь были выявлены дефекты оказания медицинской помощи женщинам в случаях перинатальной и материнской смерти, которые дифференцировались на три группы: диагностические, лечебные, организационно-тактические.

По группам дефектов установлена частота каждого дефекта в целом, а также определена структура дефектов внутри данной группы (табл. 3).

Таблица 3

Дефекты оказания медицинской помощи женщине в случае смерти в перинатальном периоде (абс. число, на 100 случаев и %, n=164)

№	Группа дефектов	Абс. число	на 100 случаев	% от дефектов
1	диагностические	132	80,48	30,21
2	лечебные	117	71,34	26,77
3	организационно-тактические	188	114,63	43,02
4	итого	437	266,46	100,0

При оказании медицинской помощи в случаях *перинатальной смерти* выявлено наибольшее число организационно-тактических дефектов (43,0%), объем которых превышает долю диагностических в 1,4 раза и лечебных в 1,6 раза.

Среди диагностических дефектов чаще в случаях перинатальной смерти регистрируются пропуск патологии как фактора риска репродуктивной потери и нарушения репродуктивного здоровья (19,7%), а также пропуск сопутствующей патологии (10,6%), невыполнение лабораторно-инструментального исследования в полном объеме (21,2%), неправильная интерпретация клинических (7,6%) и лабораторных данных (15,2%).

Дефекты диагностические разделены на две группы: по оценке имеющегося патологического состояния (53,4%) и по прогнозу имеющегося патологического состояния в отношении репродуктивной потери (46,6%). С наибольшей частотой встречались такие дефекты лечения, как недостаточное пребывание в стационаре при наличии показаний (13,4%), отклонение сроков лечения от стандарта (11,0%), отклонение от стандарта по объему и видам вмешательств (11,0%). Всего в случаях перинатальной смерти дефекты лечебного типа выявлены в 71,34 на 100 случаев.

При анализе организационно-тактических дефектов в случаях перинатальной смерти выделены три группы: нарушения преемственности наблюдения (31,5%), нарушения стандарта диспансеризации (49,8%) и нарушения контроля качества медицинской помощи (18,7%). Дефекты преемственности наблюдения в каждом третьем случае имелись за счет проблем преемственности специалистов разных этапов (13,3%) и уровней оказания помощи (12,7%), а также проблем передачи, сохранения, сбора, использования информации о женщине и ее полноты (12,7%).

Наиболее частым среди дефектов группы «нарушения стандарта диспансеризации» было отсутствие диспансерного наблюдения при наличии соматических и гинекологических заболеваний (86,59 и 87,80 на 100 случаев, соответственно). При этом всего 12,2% женщин были взяты под диспансерное наблюдение при наличии соматических заболеваний и 13,4% при наличии гинекологических заболеваний.

При экспертизе качества оказанной медицинской помощи в *случаях материнской смерти* выявлены дефекты на этапах: амбулаторно-поликлиническом (в 67,5%), стационарном (в 64,9%), при оказании реанимационных мероприятий (в 41,7%) – с учетом группы выделенных дефектов (диагностики, лечения и организационных мер) (табл. 4). В 115 случаях смерти женщинам была оказана медицинская помощь в МО; 19 женщин умерли вне МО.

Таблица 4

Частота дефектов оказания медицинской помощи при материнской смерти
(абс. число, на 100 случаев, %, n=134)

№	Наименование дефекта	Абс. число			на 100 случаев			Структура дефектов (%)		
		Всего	АПП*	Стационар	Всего	АПП	Стационар	Всего	АПП	Стационар
1	диагностические	442	181	261	329,9	135,1	194,8	39,3	16,1	23,2
2	лечебные	264	45	219	197,0	33,6	163,4	23,4	4,0	19,4
3	организационно-тактические	420	249	171	313,4	185,8	127,6	37,3	22,1	15,2
	итого	1126	475	651	840,3	354,5	485,8	100,0	42,2	57,8

*АПП – амбулаторно-поликлиническая помощь

На уровне амбулаторного звена допущено 42,2% всех дефектов, на 100 случаев материнской смерти пришлось 354,5 дефектов. На уровне стационара – 57,8%, 485,8 дефектов на 100 случаев смерти женщин.

При анализе случаев материнской смерти зарегистрировано наибольшее число дефектов организационно-тактического (37,3%) и диагностического характера (39,3%), объем которых превышает долю дефектов лечебного плана в 2 раза.

Среди диагностических дефектов чаще всего регистрировались такие, как недостатки диагностики осложнений беременности (47,0 на 100 случаев), экстрагенитального заболевания (41,8 на 100 случаев), пропуск выявленных у них заболеваний как фактора риска материнской смертности (29,1 на 100 случаев), а также недооценка тяжести состояния (29,1 на 100 случаев).

При анализе структуры лечебных дефектов в два раза чаще регистрировались неадекватная терапия осложнений беременности (14,8%) по сравнению с неадекватной терапией экстрагенитального заболевания (7,2%).

В структуре лечебных дефектов при оказании медицинской помощи в случаях материнской смерти наибольшую долю (66,5%) имели дефекты, связанные с отклонениями от стандарта наблюдения и оказания медицинской помощи.

Организационно-тактические дефекты в случаях материнской смерти были разделены на группы: нарушения преемственности наблюдения (18,6%), нарушения стандарта диспансеризации (47,8%), нарушения контроля качества медицинской помощи (10,0%) и тактики ведения пациентки (23,6%). Наибольшее число дефектов было допущено при оказании медицинской помощи женщинам, погибшим от экстрагенитального заболевания (458,8 на 100 случаев), а также погибших от аборта (354,4 на 100 случаев).

Дефекты диагностики при оказании медицинской помощи в случаях материнской смерти чаще выявлены на III уровне медицинских организаций родовспоможения, дефекты лечебные – на I уровне, а перинатальной смерти – в равных долях по всем уровням; организационно-тактические – на II и I уровнях (табл. 5).

Таблица 5

Частота выявленных дефектов в случаях перинатальной и материнской смерти по уровням оказания медицинской помощи женщине (%)

№	Наименование дефекта	I уровень		II уровень		III уровень	
		ПС	МС	ПС	МС	ПС	МС
1	диагностические	31,7	34,8	16,5	18,3	33,33	38,8
2	лечебные	26,1	40,0	9,8	16,4	33,33	27,8
3	организационно-тактические	42,2	25,2	73,7	65,3	33,33	33,4
4	итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Выявленные нерациональное распределение кадровых и материальных ресурсов и потоков пациентов, система организации лечебно-диагностического процесса, высокая доля организационно-тактических дефектов, особенно на II и I уровнях, определя-

ют низкую результативность службы родовспоможения и свидетельствуют о наличии внутриотраслевых резервов снижения репродуктивных и материнских потерь.

Глава шестая посвящена разработке и апробации системы мер по снижению репродуктивных потерь в УР за счет повышения результативности управления службой охраны материнства и детства республики и использования выявленных внутриотраслевых резервов.

Для этого в рамках реализации целевого подхода разработан и с 2006 г. реализуется план мероприятий по совершенствованию акушерско-гинекологической и неонатальной помощи, направленный на снижение материнской, младенческой и перинатальной смертности, а также формы внедрения и критерии оценки эффективности организации службы акушерства и перинатологии. Система мероприятий по снижению репродуктивных потерь представлена на рисунке 8.

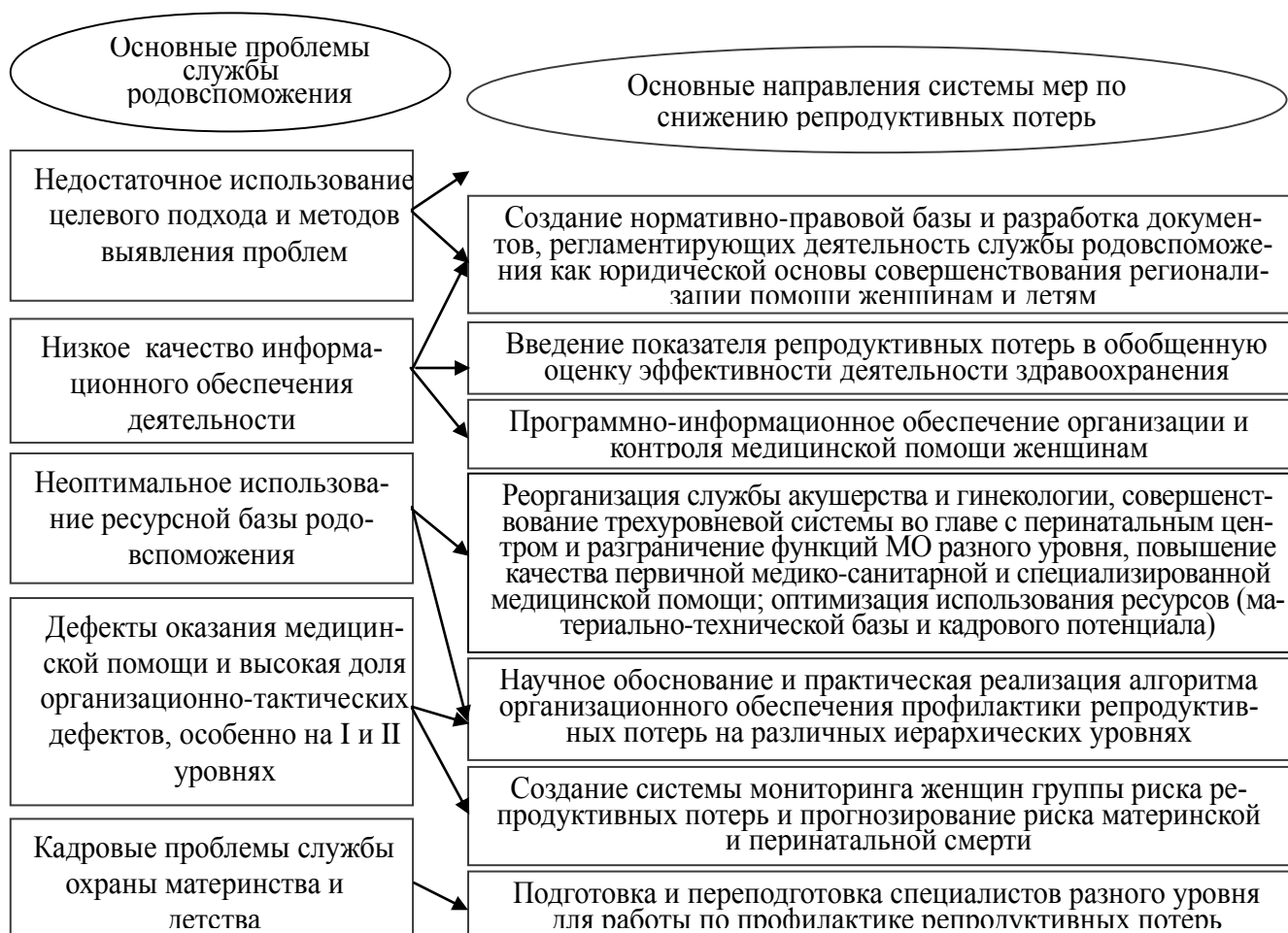


Рисунок 8. Система мер по снижению репродуктивных потерь в Удмуртской Республике

Во исполнение этого плана с помощью специальной компьютерной программы были сформированы обобщенные оценки репродуктивного потенциала во всех горо-

дах и районах республики по уровню достижения результатов и проведено ранжирование территорий. На 10 территориях высокой степени неблагополучия по показателям репродуктивных потерь был проведен организационный эксперимент. В отношении пяти из них (Сюмсинский, Увинский, Як-Бодьинский районы и города Воткинск и Сарапул) были применены разработанные меры (рис. 9), а остальные пять (Балезинский, Игринский, Ярский районы и города Глазов и Ижевск) послужили контрольной группой.

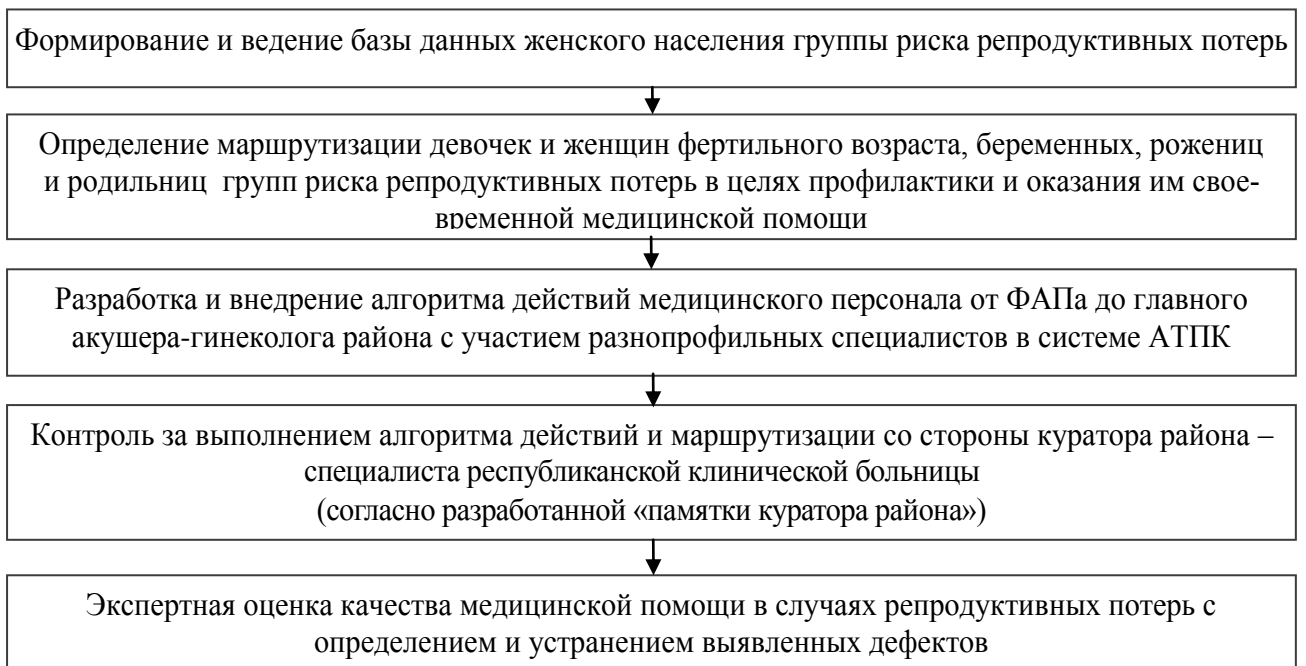


Рисунок 9. Организационные мероприятия по снижению репродуктивных потерь на экспериментальных территориях

В ходе эксперимента были созданы и введены новые критерии оценки качества работы участковых терапевтов и врачей общей практики по профилактике репродуктивных потерь в ежемесячном режиме (утверждены приказом МЗ УР №363 от 22.06.2009 г.).

В результате четырехлетнего эксперимента (2006-2009 гг.): показатели обобщенной оценки репродуктивного потенциала по 5 экспериментальным территориям повысились в среднем на 51,9%, а по контрольным – лишь на 31,4 % (т.е. результативность внедренных мер оказалась более высокой).

В начале 2010 года в целях анализа возможного распространения комплекса мер по снижению репродуктивных потерь, разработанных для экспериментальных территорий, во всех профильных медицинских организациях УР была проведена пас-

портизация акушерско-гинекологической службы районов на соответствие их Приказу МЗ и СР РФ № 808н от 02.10.2009 г. В течение 2010 г. разработанная система мер была распространена в целом на республику и начато формирование единой схемы действий в области снижения репродуктивных потерь.

В процессе данного исследования были подготовлены и утверждены: приказ МЗ УР № 424 от 2009 г., приказ МЗ УР № 377 от 2009 г. и письмо МЗ УР № 05-30/3220 от 2010 г. (полностью представлены в разделе научно-практической значимости).

В основу системы мероприятий по снижению репродуктивных потерь в республике вошли: повышение результативности использования ресурсов (материально-технической базы и кадрового потенциала), разработанные нормативно-правовые документы, регламентирующие этапность оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, женщинам во время беременности и родов; улучшение системы подготовки и повышения квалификации кадров, работающих в системе охраны здоровья женщин и детей; программно-информационное обеспечение по вопросам организации и контроля медицинской помощи женщинам; создание системы мониторинга женщин с наличием факторов риска репродуктивных потерь, прогнозирование риска репродуктивных потерь и повышение профилактической направленности деятельности персонала в службе охраны материнства и детства.

Одним из инструментов комплекса мер по снижению репродуктивных потерь в УР использовалось повышение квалификации кадров, работающих в системе охраны здоровья женщин и детей. За 2006-2012 гг. в УР повысился удельный вес врачей акушеров-гинекологов, имеющих квалификационные категории, с 56,0% до 70,8% и сертификаты специалистов – с 73,0% до 94,3%. Возросла с 17,0% в 2006 г. до 31,2% в 2012 г. доля специалистов с высшей квалификационной категорией и уменьшилось с 16,3% до 6,7% врачей, не повышающих квалификацию 5 и более лет.

В 2010 г. с организацией БУЗ «Перинатальный центр МЗ УР» в УР была создана полноценная трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи.

Проведена реструктуризация коечного фонда в пределах службы родовспоможения путем перевода коек беременных и рожениц маломощных родильных домов/отделений в межрайонные родильные дома. В результате проведенных мероприя-

тий уменьшилась доля акушерских коек за 2005-2011 гг. на I уровне оказания помощи, увеличилась их доля на II и III уровнях. Доля родов за эти годы на I уровне снизилась на 39,7% от общего числа родов; на II уровне возросла на 22,5% и на III уровне увеличилась на 4,9% (рис. 10).

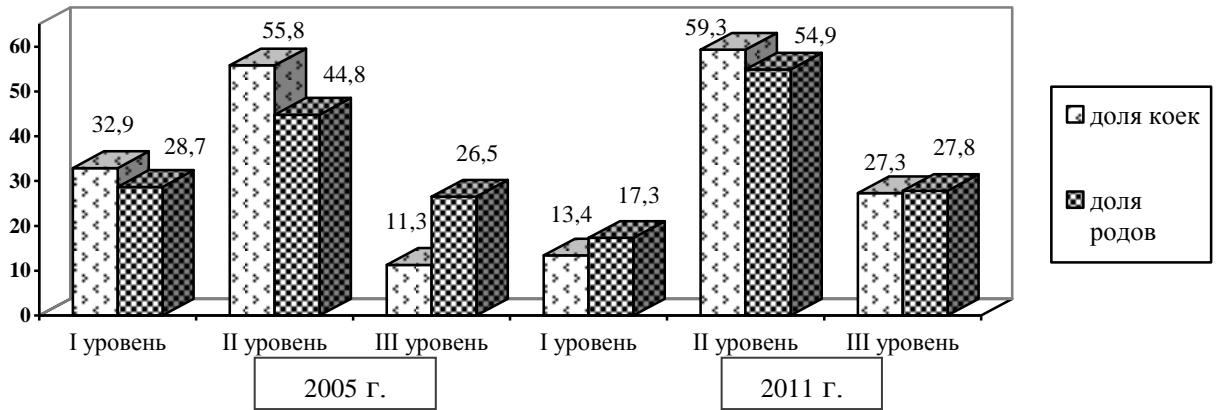


Рисунок 10. Динамика коечного фонда и числа родов по уровням акушерского стационара в УР 2005 г., 2011 г. (%)

В результате в стационарах I уровня доля случаев перинатальной смерти снизилась с 20,4% до 13,1%; на II уровне – увеличилась с 47,1% до 54,9% и на III уровне составляет стабильно одну треть от всех перинатальных потерь в республике, что свидетельствует об успешном внедрении трехуровневой системы акушерской и неонатальной помощи с повышением значимости медицинских организаций более высокого функционального уровня.

За 2006-2011 гг. количество родов в УР увеличилось на 24,0% (по РФ – на 20,0%); количество абортос уменьшилось на 38,0% (по РФ – на 25,0%).

В результате проведенных мероприятий показатель *материнской смертности* снизился в УР с 34,2 на 100000 живорожденных в 2006 г. до 18,8 в 2011 г. – на 45,1% (по РФ – на 29,9%: с 23,8 до 16,7 на 100000 живорожденных). В 2012 г. по УР материнских потерь не зарегистрировано.

Показатель *младенческой смертности* на 1000 родившихся живыми в УР за 2006-2011 гг. снизился на 46,3% (с 10,8‰ до 5,8‰) (в РФ – с 10,2‰ до 7,4‰, т.е. на 28,2%). Младенческая смертность в УР в 2011 г. была ниже, чем в РФ на 20,0%. Наиболее выраженное снижение смертности детей в УР произошло в неонатальном периоде: с 7,3‰ (2006 г.) до 3,3‰ (2011 г.), или на 54,8 %, в постнеонатальном периоде: с 3,5‰ (2006 г.) до 2,5‰ (2011 г.), т.е. на 28,6% (табл. 6).

Таблица 6

Возрастные показатели младенческой смертности в УР в 2006 г., 2010 г., 2011 г.
(на 1000 родившихся), темп прироста 2011/2006 гг. ($\pm\%$)

Показатель	2006	2010	2011	2011/2006 (%)
Младенческая смертность	10,8	6,6	5,8	-46,3
Неонатальная смертность	7,3	3,8	3,3	-54,8
Ранняя неонатальная смертность	4,7	2,5	2,1	-55,3
Поздняя неонатальная смертность	2,6	1,3	1,2	-53,9
Постнеонатальная смертность	3,5	2,7	2,5	-28,6

Перинатальная смертность в УР за период 2006-2011 гг. уменьшилась на 47,8% (в РФ – на 26,1% и ПФО – на 26,6%) – в основном за счет ранней неонатальной смертности: с 4,7 до 2,1 на 1000 родившихся живыми (в РФ – с 4,2 до 2,7 на 1000 родившихся живыми) (табл. 7).

Таблица 7

Динамика перинатальной смертности в УР, РФ и ПФО 2006 г., 2010 г., 2011 г.
(на 1000 родившихся), темп прироста 2011/2006 гг. ($\pm\%$)

Показатель	Перинатальная смертность			Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность		
	УР	РФ	ПФО	УР	РФ	ПФО	УР	РФ	ПФО
Год									
2006	11,1	9,6	9,5	6,0	5,7	5,5	4,7	4,2	4,0
2010	6,6	7,3	7,0	3,9	4,6	4,6	2,4	2,8	2,4
2011	5,8	7,1	6,97	3,7	4,5	4,7	2,1	2,7	2,3
2011/2006 (%)	-47,7	-26,1	-26,6	-38,4	-21,1	-14,6	-55,3	-35,8	-42,5

Уровень заболеваемости новорожденных в УР за период 2006-2011 гг. снизился на 20,4% (в РФ – на 12,4% и в ПФО – на 13,9%), хотя остается более высоким, чем в целом по РФ на 38,9%. В УР уменьшилась распространенность неонатальной желтухи на 40,0% (с 198,0‰ до 118,7‰); частота внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении на 36,5% (с 116,9‰ до 74,2‰); инфекций, специфичных для перинатального периода, – на 47,2% (с 78,4‰ до 41,4‰). Однако, уровень заболеваемости новорожденных в УР, несмотря на снижение, остается более высоким (570,5‰), чем по России в целом (348,6‰) и ПФО (365,9‰), в том числе инфекциями, специфичными для

перинатального периода, что обусловлено высоким уровнем в республике экстрагени- тальной заболеваемости беременных, в том числе инфекциями мочеполовой системы.

В динамике за 2006-2011 гг. в УР наблюдалось снижение общей гинекологиче- ской заболеваемости на 61,2% (с 267,5 до 103,9 на 1000 женщин) – в основном за счет класса воспалительных заболеваний матки и придатков (на 24,0%), что говорит о ре- зультативности профилактической направленности мероприятий. Уменьшилось число женщин, доставленных в стационар при внематочной беременности позже 24 часов с 39,2% в 2006 г. до 18,7% в 2011 гг. (в РФ увеличилось с 28,1% до 29,5%), что характе- ризует улучшение качества оказываемой urgentной медицинской помощи в регионе. Приоритетное развитие первичной медицинской помощи, особенно ее профилактиче- ской составляющей, позитивно сказалось на своевременном выявлении и предупреж- дении состояний и заболеваний, являющихся причиной репродуктивных потерь.

Результатом продолжения регионализации помощи службы родовспоможения в Удмуртской Республике явилось изменение в 2012 г. удельного веса родов в медицин- ских организациях: снижение до 10,6% на I-ом уровне и увеличение доли родов на II- ом уровне до 61,1% и на III-м уровне до 28,3% от общего числа родов в УР (в РФ – 14,6%, 62,5% и 22,9%, соответственно) (табл. 8).

Таблица 8

Оказание акушерско-гинекологической
медицинской помощи УР по уровням в 2005 г., 2011 г., 2012 г. и в РФ в 2012 г.

Медицинские организации	Число учреждений родовспоможения в субъекте и % от их общего числа					Число родов в субъекте и % от общего числа родов			
		2005	2011	2012	РФ 2012	2005	2011	2012	РФ 2012
I уровня	Абс. ч.	21	18	18	1231	4935	3775	2490	272190
	%	72,4	62,1	62,1	62,2	28,7	17,3	10,6	14,6
II уровня (межрай- онные, городские, родильные дома, отделения)	Абс. ч.	6	9	9	636	7703	11979	14313	1162862
	%	20,7	31,0	31,0	32,1	44,8	54,9	61,1	62,5
III уровня (респуб- ликанские перина- тальный центр, род- дом №6)	Абс. ч.	2	2	2	112	4557	6067	6629	425265
	%	6,9	6,9	6,9	5,7	26,5	27,8	28,3	22,9
Всего		29	29	29	1979	17195	21821	23432	1860317

В 6,03% случаев роды произошли преждевременно, в том числе в сроке 22–27 недель беременности – 167 родов (из них в организациях родовспоможения I уровня

4,2%, в родильных отделениях II уровня – 41,9%, III уровня – 53,9%), в сроке 28-36 недель – 1246 родов (4,9%, 57,3% и 37,8%, соответственно).

Об оптимизации маршрутизации беременных женщин, рожениц и родильниц в Удмуртской Республике, по сравнению с общероссийскими данными, свидетельствует оптимальное в 2012 г. распределение преждевременных родов по медицинским организациям разной степени риска: в организациях родовспоможения на I уровне произошло 4,9% преждевременных родов от общего числа родов в субъекте, в родильных отделениях второго уровня – 55,4% и третьего – 39,7% (в РФ – 12,9%, 53,2% и 33,9%, соответственно).

Таким образом, проведенная реорганизация службы охраны материнства и детства в УР с созданием трехуровневой системы во главе с перинатальным центром и разграничением функций медицинских организаций разного уровня позволила повысить качество первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, создать систему мониторинга высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям, обеспечить преемственность и этапность в обслуживании контингентов женщин и детей. Результатом проведенных преобразований службы охраны материнства и детства явилось снижение уровня материнской, младенческой и перинатальной смертности в республике.

В связи с введением в стране новых критериев рождения в 2012 г. (Приказ МЗ СР № 1687 от 27.12.2011 г.) нами проведена дополнительная оценка работы внедренной системы мер по снижению репродуктивных потерь.

В 2012 г. в организациях родовспоможения УР родилось живыми 0,4% от всех живорожденных экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) 500-999 г (96 детей), в том числе 6,3% в медицинских организациях I-го уровня, 45,8% – II-го и 47,9% – III-го уровня. Из числа родившихся живыми очень низкой массой тела 1000-1499 г (0,66% от всех живорожденных) 7,7% родились в медицинских организациях I уровня, 41,0% – на II-ом и 51,3% – на III-м уровне. Из числа родившихся живыми массой тела 1500-2499 г (4,9% от всех живорожденных) 7,4% родились в организациях первого уровня; 56,0% – второго и 36,6% – третьего.

Умерли среди родившихся новорожденных с ЭНМТ 44,7% (43 ребенка): 7,0% – в медицинских организациях первого уровня; 39,5% – в акушерских стационарах второго уровня и 53,5% – третьего (в РФ – 5,7%, 51,5%, 42,8%, соответственно).

Среди новорожденных очень низкой массой тела умерли 5,1% (8 детей), из них 12,5% – в акушерских стационарах первого уровня, 25,0% – второго уровня и 62,5% – третьего уровня (в РФ – 13,7%, 56,3% и 30,0%, соответственно).

В 2012 г. в организациях родовспоможения Удмуртии в первые 168 часов умерли 0,35% от всех живорожденных (83 новорожденных). При оценке результативности проведенной в УР регионализации (с учетом распределения числа умерших на первой неделе жизни по уровням стационара) выявлено уменьшение доли умерших детей в возрасте 0-6 суток в организациях I уровня до 9,6%; II уровня – до 36,1% и III уровня – до 54,2 % (в России 16,7%, 56,5% и 26,9%, соответственно).

Более высокая, по сравнению со среднероссийскими данными, степень концентрации преждевременных родов в медицинских организациях третьего уровня свидетельствует о достаточно высокой результативности регионализации перинатальной помощи и маршрутизации беременных женщин в Удмуртии.

Показатели фетоинfantильных потерь (включающих младенческую, перинатальную, раннюю неонатальную смертности и мертворождаемость) в Удмуртской Республике и РФ увеличились в 2012 г.. При этом в УР за 2011-2012 гг. их рост был более выражен, чем по РФ и ПФО: показатель младенческой смертности в УР увеличился на 50,0% при росте по РФ на 17,6% и по ПФО 22,2%; перинатальной смертности – на 105,2% (в РФ рост 38,0%; в ПФО – 42,7%); ранней неонатальной смертности на 68,6% (в РФ – на 34,8% и в ПФО – на 41,3%). В УР рост показателя мертворождаемости составил 119,2% (в РФ – 46,3% и в ПФО – 49,4%) (табл. 9).

С целью уточнения причин роста фетоинfantильных потерь было проведено повторное анкетирование группы экспертов (40 руководителей акушерско-гинекологической службы) с использованием специально разработанной анкеты. Все эксперты сочли основной причиной этого явления изменение «медицинских критериев рождения» детей. Из числа опрошенных 92,5% считают, что в росте показателей ФИП по УР ведущую роль играет снижение контролирующей функции систем управления профилактической деятельностью по снижению репродуктивных потерь со

стороны службы родовспоможения, а 97,5% указали на значение в этом увеличении недостаточности межотраслевых и межведомственных взаимодействий.

Таблица 9

Показатели фетоинфантильных потерь по УР, РФ, ПФО в 2011-2012 гг.,
прирост 2012/2011 гг. ($\pm\%$)

	2011	2012	2012/2011, %
Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми			
УР	5,8	8,7	+ 50,0
РФ	7,4	8,7	+ 17,6
ПФО	6,3	7,7	+ 22,2
Перинатальная смертность, на 1000 родившихся живыми и мертвыми			
УР	5,8	11,9	+ 105,2
РФ	7,1	9,8	+ 38,0
ПФО	6,97	9,95	+ 42,7
Ранняя неонатальная смертность, на 1000 родившихся живыми			
УР	2,1	3,54	+ 68,6
РФ	2,7	3,64	+ 34,8
ПФО	2,3	3,25	+ 41,3
Мертворождаемость, на 1000 родившихся живыми и мертвыми			
УР	3,86	8,46	+ 119,2
РФ	4,62	6,76	+ 46,3
ПФО	4,70	7,02	+ 49,4

При анализе здоровья изучаемых контингентов и состояния службы охраны материнства и детства выявлены резервы дальнейшего повышения эффективности проводимых мероприятий и определены направления поиска для оптимизации демографической ситуации в регионе.

В заключении обобщены и обсуждены итоги проведенного исследования. При этом основной акцент сделан на особенности репродуктивно-демографической ситуации, соматического и репродуктивного здоровья женщин, уровня и структуры репродуктивных потерь и организацию и деятельность службы охраны здоровья матери и ребенка в Удмуртской Республике в сравнении с Россией и Приволжским ФО. По результатам аналитического и экспериментального исследования разработан комплекс мероприятий по снижению репродуктивных потерь и доказана их результативность.

ВЫВОДЫ

1. Демографическая ситуация в Удмуртской Республике характеризуется фазовыми изменениями, обусловленными общими для России негативными явлениями в обществе. В 90-х годах в Удмуртии, как и в целом по Российской Федерации и Приволжскому ФО, ухудшались количественные и качественные показатели воспроизводства населения, – все коэффициенты рождаемости при изменении возрастных коэффициентов. Интенсивность изменений в Удмуртской Республике была более выраженной, чем по России в целом: максимальной в 1991-1996 гг. (снижение рождаемости на 33,1% в УР и 26,4% в РФ), что обусловило максимальное сокращение в когорте населения доли детей и более выраженную деформацию возрастного состава населения Удмуртии. С 1998 г. (в период усиления кризисных явлений после дефолта) тип населения УР перешел из стационарного в регрессивный. После 1999 г. показатель рождаемости в УР увеличивался и определялся более высоким, чем в среднем по РФ и ПФО. В 2005 г. благоприятная тенденция рождаемости в УР (как и в целом по РФ) была нарушена, и произошло ее относительное снижение вслед за введением ФЗ-122, лишившего граждан большого числа льгот.

2. При наблюдающихся положительных тенденциях воспроизводства населения в 2005 г. в Удмуртии сохранялся устойчивый тренд ухудшения здоровья населения: увеличение общей заболеваемости населения за 1991-2005 гг. на 21,9%, что обусловило превышение российского показателя на 22,9%; наибольший рост заболеваемости в детском и подростковом возрастах (на 61,2% и 70,9%, соответственно); высокую заболеваемость репродуктивной системы; рост социально значимых заболеваний – туберкулеза, наркомании, алкоголизма, инфекций, передающихся половым путем. Состояние здоровья беременных женщин Удмуртии за 1991-2005 гг. существенно ухудшилось за счет соматических заболеваний (с 53,0 до 79,8 на 100 закончивших беременность), прежде всего мочеполовой системы и органов кровообращения. В сравнении с общероссийскими показателями в республике наблюдались более высокие уровни гинекологической заболеваемости и осложнений в родах.

3. Наивысший уровень репродуктивных потерь в УР отмечался в годы минимальной рождаемости в республике (1995-1997 гг.). Отрицательный коэффициент корреляции ($r = -0,90$) между ними отражает выраженную связь количественных показателей

интенсивности деторождения с качественными характеристиками степени жизнеспособности рождающегося потомства, детерминируемые едиными социально-экономическими факторами.

При выраженных критических ситуациях в стране в УР регистрировались максимальные подъемы репродуктивных потерь, превышающие аналогичные показатели по РФ в целом: младенческой смертности: в 1992-1993 гг. до 19,3-20,5‰ (при 18,0-19,9‰ в РФ) и перинатальной смертности в 1993-1994 гг. до 20,3-20,9‰ (при 17,4-16,7‰ в РФ). После дефолта 1998 г. зарегистрирован новый рост в 1999 г. и неустойчивое последующее снижение младенческой смертности до 11,6 на 1000 родившихся живыми в 2005 г. (при 11,0‰ в РФ) и перинатальной смертности до 11,4‰ (при 10,2‰ в РФ).

Наибольший рост фетоинфантильных потерь выявлен с 1991 по 1994 гг., что связано с ухудшением соматического и репродуктивного здоровья женщин и влиянием социальных кризисных явлений того времени на уровень младенческой смертности.

Показатель материнской смертности за период с 1991 по 2005 гг. в Удмуртии характеризовался колебаниями от 29,8 в 1993 г. до 71,5 в 1997 г. на 100000 живорожденных при нарастании материнской смертности от соматических заболеваний.

4. Факторы риска по степени их влияния на репродуктивные потери располагаются в следующем порядке: социально-экономические, медико-организационные и медико-биологические факторы. Влияние медико-организационных факторов проявляется дефектами работы органов управления и медицинских организаций родовспоможения на всех иерархических уровнях.

5. Индикаторами прогноза материнской смертности определены: прерывание первой беременности, аборт в позднем сроке, тяжелые соматические заболевания, гинекологические заболевания, недостаточная обеспеченность врачами-специалистами ($p < 0,05$). Индикаторами прогноза фетоинфантильных потерь установлены: для младенческой смертности – аборт в анамнезе, болезни мочеполовой системы, преэклампсия и эклампсия матери; для прогноза перинатальной смертности – осложнения родов, заболевания сердечно-сосудистой системы, преэклампсия и эклампсия, затрудненные роды; для прогноза мертворождаемости – заболевания сердечно-сосудистой системы матери, частота осложнений родов, затрудненные роды матери; для прогноза ранней неона-

тальной смертности – болезни перинатального периода, недоношенность, преэклампсия и эклампсия, осложнения родов у матери ($p < 0,05$).

6. Низкое качество медицинской помощи женщинам фертильного возраста, беременным, роженицам, родильницам связано с высокой частотой организационных дефектов в родовспоможении, особенно на I и II уровнях ее оказания, как-то: 1) нерациональное распределение коечного фонда (в 2005 г. 33,4% акушерских коек от общего числа коек региона находилось в медицинских организациях родовспоможения на первом уровне при 28,7% от общего числа родов в Удмуртии; 49,3% – на втором уровне при доле родов 44,8% и 17,3% коек на третьем уровне при доле родов 26,5%); 2) существенные различия кадрового обеспечения врачами акушерами-гинекологами городской (6,5 на 10000 женского населения) и сельской (2,6 на 10000 женского населения) местности; 3) несоответствие подготовки специалистов практического здравоохранения задачам реструктуризации отрасли (аттестовано среди акушеров-гинекологов – 56,0%, неонатологов – 67,3%).

7. Реструктуризация коечного фонда путем перевода коек беременных и рожениц маломощных родильных домов/отделений в более крупные межрайонные родильные дома, создание трехуровневой системы родовспоможения во главе с перинатальным центром и разграничение функций медицинских организаций разного уровня обеспечили повышение качества первичной медико-санитарной, специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, акушерской и неонатологической помощи, сделали возможным создание системы мониторинга здоровья женщин и детей, соблюдение преемственности и этапности в обслуживании этих контингентов.

8. Реализация комплексных мероприятий реорганизации службы родовспоможения в Удмуртской Республике обусловила в 2012 г. оптимальное распределение числа родов в медицинских организациях: снижение до 10,6% на I-ом уровне и увеличение доли родов на II-ом уровне до 61,1% и до 28,3% на III-м уровне (при 14,6%, 62,5% и 22,9% по России, соответственно). При оценке эффективности регионализации выявлено уменьшение доли умерших детей в возрасте 0-6 суток в УР в медицинских организациях I уровня до 9,6%; увеличение на II уровне до 36,1% и на III уровне до 54,2 % (соответствующие показатели в России составили 16,7%, 56,5% и 26,9%).

9. Организация деятельности по снижению репродуктивных потерь включает: обеспечение экспертизы качества медицинской помощи на всех уровнях, целенаправленную переподготовку медицинских кадров, внедрение научно обоснованных схем информационного и организационного обеспечения управленческих процессов, внедрение передовых информационных и компьютерных технологий на муниципальном и региональном уровне.

10. Результатом постоянного использования в широкой управленческой практике разработанных методических подходов и информационных технологий в рамках организационного эксперимента (на пяти территориях УР, а с 2010 г. – во всей республике) явилось снижение репродуктивных потерь и положительная динамика по всем группам показателей, включенным в систему оценки действенности проводимой реформы родовспоможения: снижение уровня материнской смертности (на 45,1% за 2006-2011 гг. против 31,9% по РФ); младенческой смертности (на 46,3% при 28,2% по РФ) и перинатальной смертности (на 47,8%, при 26,1% в РФ), в т.ч. ранней неонатальной смертности (с 4,7 до 2,1 на 1000 родившихся живыми при 4,2 - 2,7 в РФ).

11. Резервом дальнейшей оптимизации процесса воспроизводства потомства в регионе является укрепление материально-технической базы родовспоможения и педиатрической службы, совершенствование пренатальной диагностики, повышение укомплектованности и квалификации кадров во всех медицинских организациях системы охраны здоровья матери и ребенка, обеспечение постоянного контроля за деятельностью разработанной системы. Стабильное и существенное снижение уровня репродуктивных потерь возможно за счет влияния на социально-экономический и медико-организационный факторы, что требует включения надсистемных и межотраслевых механизмов регулирования.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Положительные результаты проведенного исследования дают право рекомендовать использованные нами мероприятия для применения в практике других субъектов РФ – с учетом имеющихся региональных особенностей.

Администрациям территорий:

1. В целях снижения репродуктивных потерь и улучшения медико-демографической ситуации в регионе административными органами управления территорией всех уровней необходимо признание приоритетной роли родовспоможения как наиболее социально-значимой службы в системе здравоохранения, ответственной за здоровье рождающегося поколения и сохранение человеческого потенциала.

2. Для повышения результативности деятельности по снижению репродуктивных потерь необходимо создание нормативно-правовой базы и разработка документов, регламентирующих деятельность службы родовспоможения и являющихся юридической основой совершенствования помощи женщинам и детям.

3. Важнейшим фактором обеспечения реализации мероприятий по профилактике репродуктивных потерь является совершенствование межведомственного взаимодействия в работе по снижению материнских, плодовых потерь и младенческой смертности, в том числе с семьями социального риска.

Органам управления здравоохранением территорий:

4. Существенная роль при определении путей совершенствования региональной службы родовспоможения принадлежит объективному анализу достоверных данных службы, уровня и структуры репродуктивных потерь, реальных показателей здоровья матери и ребенка, наблюдавшихся за предшествующие годы, – с учетом качества медицинской помощи этим контингентам населения.

5. Основой реорганизации службы охраны материнства и детства должны стать создание трехуровневой системы во главе с перинатальным центром и разграничением функций медицинских организаций разного уровня, повышение качества первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи, оптимизация использования ресурсов (материально-технической базы и кадрового потенциала). Большое значение имеет обеспечение преемственности и этапности в обслуживании контингентов женщин и детей, повышение профилактической направленности деятельности службы.

6. В реализации мероприятий по снижению репродуктивных потерь необходимо рационально использовать разработанные критерии оценки деятельности службы (по снижению и профилактике репродуктивных потерь), ориентированные на преду-

прежде всего дефектов на всех этапах оказания медицинской помощи, и алгоритмы организационного обеспечения управления их профилактикой.

Специалистам врачам службы охраны здоровья матери и ребенка:

7. Принципиально новым подходом в системе мероприятий по снижению репродуктивных потерь является использование мониторинга здоровья женского населения с прогнозом риска репродуктивных потерь в каждом конкретном случае на всех этапах жизненного пути женщины и применение сформированных дифференцированных тактических алгоритмов действий врачей-специалистов.

8. Комплексный анализ качества оказания медицинской помощи женщинам в случаях репродуктивных потерь с выявлением дефектов является важнейшим инструментом для разработки путей их профилактики и снижения, а также повышения квалификации медицинского персонала.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Тетелютина, Ф.К. Современные подходы к лекарственной терапии при невынашивании беременности /Ф.К. Тетелютина, Н.Н. Бушмелева, Н.А. Уракова, К.А. Давтян, Л.М. Михайлова, Ю.Н. Бадриева //Медицинский альманах. – 2010. – №4 (13). – С. 88-92, автора – 0,042 п.л.
2. Тетелютина, Ф.К. Особенности психоэмоциональной адаптации беременных при использовании ароматерапии и реабилитации в санаторных условиях /Ф.К. Тетелютина, Е.Д. Копысова, Н.Н. Бушмелева, И.С. Овчинникова, Э.Х. Мухаметзянова //Проблемы репродукции: специальный выпуск. – М., 2010. – С. 26-27, автора – 0,035 п.л.
3. Красовицкий, Р.А. Реализация репродуктивной функции женщинами финно-угорской группы /Р.А. Красовицкий, Н.Н. Бушмелева, К.А. Давтян //Проблемы репродукции: специальный выпуск. – М. 2011. – С. 12-13, автора – 0,035 п.л.
4. Ильина, Н.А. Реабилитация беременных с врожденными пороками сердца в условиях санатория /Н.А. Ильина, Ф.К. Тетелютина, Н.Н. Бушмелева, К.А. Давтян //Проблемы репродукции: специальный выпуск. – М., 2011. – С. 54-55, автора – 0,035 п.л.
5. Красовицкий, Р.А. Особенности психоэмоциональной адаптации женщин финно-угорской группы (селькупов) к беременности /Р.А. Красовицкий, А.А. Блинова, Е.А. Пашукова, Н.Н. Бушмелева //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2010. – №4. – С. 260-263, автора – 0,042 п.л.
6. Красовицкий, Р.А. Медико-социальные аспекты сохранения соматического и репродуктивного здоровья у женщин финно-угорской группы /Р.А. Красовицкий, А.О. Тетелютин, К.В. Гасников, Н.Н. Бушмелева, К.А. Давтян //Медицинский альманах. – 2011. – №3. – С. 31-34, автора – 0,042 п.л.
7. Бушмелева, Н.Н. Репродуктивное поведение женщин Удмуртской Республики /Н.Н. Бушмелева //Медицинский альманах. – 2011. – № 6. – С. 95-97, автора – 0,125 п.л.

8. Маркова, А.С. Клинико-диагностическая ценность методов определения иммунного ответа матери на антигены отца и установления толерантности при беременности /А.С. Маркова, И.В. Меньшиков, Л.В. Бедулева, Н.Н. Бушмелева, Н.Г. Казакова, К.Г. Веретенникова //Вестник Удмуртского университета. Серия 6: Биология. Науки о земле. – 2011. – № 4. – С. 102-106, автора – 0,052 п.л.
9. Бушмелева, Н.Н. Репродуктивное здоровье и репродуктивные потери в Удмуртской Республике. Тенденции, проблемы и пути совершенствования /Н.Н. Бушмелева //Медицинский альманах. – 2012. – №5 (24). – С. 17-21, автора – 0,208 п.л.
10. Сосновцева, А.О. Роль идиотипических и антиидиотипических антител к антигенам плода в диагностике невынашивания беременности иммунной природы /А.О. Сосновцева, Н.Н. Бушмелева, И.В. Меньшиков, Ф.К. Тетелютина Л.В. Бедулева, А.С. Маркова //Проблемы репродукции: специальный выпуск. – М., 2013. – С. 81-83, автора – 0,042 п.л.
11. Маркова, А.С. Клинико-диагностическая ценность метода определения антиидиотипических антител при привычном невынашивании /А.С. Маркова, Н.Н. Бушмелева //Российский иммунологический журнал. – 2012. – Т. 6 (14). – № 2 (1). – С. 116-117, автора – 0,042 п.л.
12. Суханова, Л.П. Младенческая смертность в России с позиций достоверности ее регистрации [Электронный ресурс] /Л.П. Суханова, Н.Н. Бушмелева, З.Х. Сорокина //Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – №6 (28). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/441/27/lang.ru/>, автора – 0,33 п.л.
13. Бушмелева, Н.Н. Репродуктивно-демографическая ситуация в Удмуртской Республике – состояние, динамика, тенденции [Электронный ресурс] /Н.Н. Бушмелева //Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – №6 (34). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/526/30/lang.ru/>, автора – 1,0 п.л.
14. Бушмелева, Н.Н. Дефекты оказания медицинской помощи в случаях материнской смерти на уровне региона [Электронный ресурс] /Н.Н. Бушмелева //Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – №3 (37). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/565/30/lang.ru/>, автора – 1,0 п.л.
15. Бушмелева, Н.Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регионе (на примере Удмуртской Республики) [Электронный ресурс] //Н.Н. Бушмелева //Социальные аспекты здоровья населения». – 2014. – №4 (38). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/596/30/lang.ru/>, автора – 1,33 п.л.
16. Бушмелева, Н.Н. Репродуктивные потери в Удмуртской Республике и поиск резервов их снижения с внедрением новых диагностических технологий //Н.Н. Бушмелева //Вестник Удмуртского университета. Серия 6: Биология. Науки о земле. – 2014. – № 3. – С. 90-99, автора – 0,42 п.л.

Публикации в других изданиях

17. Ильина, Н.А. Оптимизация акушерской помощи беременным с врожденными пороками сердца и ее результаты /Н.А. Ильина, Ф.К. Тетелютина, Д.Ф. Углова, Н.Н. Бушмелева, Л.М. Михайлова //Современные наукоемкие технологии. – М., 2010. – № 10. – С. 49-52, автора – 0,062 п.л.
18. Красовицкий, Р.А. Репродуктивное здоровье женщин финно-угорской группы, проживающих в различных регионах Российской Федерации /Р.А. Красовицкий, Ф.К. Тетелютина, А.А. Блинова, Н.Н. Бушмелева, К.А. Давтян //Современные наукоемкие технологии. – М., 2010. – №10. – С. 58-62, автора – 0,047 п.л.
19. Холмогорова, Н.С. К вопросу об акушерских кровотечениях /Н.С. Холмогорова, М.В. Семенова, Н.Н.Бушмелева, Т.Н. Елхова, А.Н. Селезнев //Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии», посвященной 75-летию кафед-

- ры общей хирургии ИГМА и 80-летию доцента Василия Александровича Ворончихина. – Ижевск, 2010. – С. 103-105, автора – 0,042 п.л.
20. Бушмелева, Н.Н. Анализ показаний к оперативному родоразрешению в перинатальном центре /Н.Н. Бушмелева, Т.Н. Елхова, М.В. Черевкова, Т.В. Микрюкова, Е.П. Корняева, А.Х. Ковальчук, З.С. Корняева //Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии», посвященной 75-летию кафедры общей хирургии ИГМА и 80-летию доцента Василия Александровича Ворончихина. – Ижевск, 2010. – С. 163-165, автора – 0,042 п.л.
 21. Тетелютина, Ф.К. Пути снижения перинатальной смертности в Удмуртии /Ф.К. Тетелютина, Е.А. Пашукова, Н.Н. Бушмелева //Материалы IV регионального научного форума «Мать и дитя». – Екатеринбург, 2010. – С. 287, автора – 0,021 п.л.
 22. Бушмелева, Н.Н. Влияние ароматерапии на некоторые клиничко-лабораторные показатели адаптации женщин к беременности /Н.Н. Бушмелева, Э.Х. Мухаметзянова, И.С. Овчинникова, К.А. Давтян, Е.Д. Копысова, //Материалы международной научно-практической конференции «Высокие технологии в акушерстве и гинекологии», посвященной юбилею родильного дома ГУЗ «РКДЦ» МЗ УР. – Ижевск, 2010. – С. 37-41, автора – 0,125 п.л.
 23. Мухаметзянова, Э.Х. Особенности реабилитации беременных женщин в санаторных условиях /Э.Х. Мухаметзянова, Е.Д. Копысова, Н.Н. Бушмелева, О.А. Красноперова //Материалы международной научно-практической конференции «Высокие технологии в акушерстве и гинекологии», посвященной юбилею родильного дома ГУЗ «РКДЦ» МЗ УР. – Ижевск, 2010. – С. 100-104, автора – 0,062 п.л.
 24. Бушмелева, Н.Н. Индуцированные роды: за или против /Н.Н. Бушмелева, А.Х. Ковальчук, Т.Н. Елхова, М.В. Семенова [и др.] //Материалы конференции «Педиатрия Удмуртии: от науки – к практике», посвященной 20-летию кафедры детских болезней с курсом неонатологии ФПК и ПП. – Ижевск, 2011. – С.23-26, автора – 0,104 п.л.
 25. Бушмелева, Н.Н. Влияние физиопсихопрофилактической подготовки беременных на состояние новорожденных и первородящих женщин позднего репродуктивного возраста /Н.Н. Бушмелева, З.С. Корняева, Е.П. Корняева, М.В. Черевкова [и др.] //Материалы конференции «Педиатрия Удмуртии: от науки – к практике», посвященной 20-летию кафедры детских болезней с курсом неонатологии ФПК и ПП. – Ижевск, 2011. – С.26-28, автора – 0,062 п.л.
 26. Тетелютина, Ф.К. Клиническая характеристика послеродовых септических заболеваний /Ф.К. Тетелютина, Л.И. Пименова, Э.Р. Ризванова, Н.Н. Бушмелева [и др.] //Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». – Геленджик, 2011. – С. 136-137, автора – 0,032 п.л.
 27. Бушмелева, Н.Н. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов после экстракорпорального оплодотворения /Н.Н. Бушмелева, М.В. Семенова, З.С. Корняева, В.Я. Наумова [и др.] //Сборник научных статей «Труды Ижевской государственной медицинской академии». – Ижевск, 2011. – Т 49. – С. 117-118, автора – 0,042 п.л.
 28. Сушенцова, Т.В. Особенности исходов беременности и родов у женщин с артериальной гипертензией /Т.В. Сушенцова, Н.Н. Бушмелева, К.В. Гасников, Ю.Н. Бадриева [и др.] //Сборник научных статей «Труды Ижевской государственной медицинской академии». – Ижевск, 2011. – Т. 49. – С. 120-122, автора – 0,042 п.л.
 29. Красовицкий, Р.А. Состояние психо-эмоциональной адаптации у женщин финно-угорской группы, проживающих в различных регионах Российской Федерации /Р.А. Красовицкий, Н.Н. Бушмелева, К.А. Давтян, К.В. Гасников //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – Ижевск, 2011. – С. 27-30, автора – 0,062 п.л.

30. Семенова, М.В. Влияние состояния здоровья женщин на исход беременности /М.В. Семенова, Н.Н. Бушмелева, Т.Н. Елхова, Е.П. Корняева [и др.] //Материалы международной научно-практической конференции «Организационные аспекты модернизации здравоохранения и подготовки медицинских кадров в Российской Федерации». – Ижевск, 2011. – С. 180-181, автора – 0,042 п.л., автора – 0,01 п.л.
31. Тетелютина, Ф.К. Состояние социального статуса и соматического здоровья женщин финно-угорской группы, проживающих в различных регионах Российской Федерации /Ф.К. Тетелютина, Р.А. Красовицкий, Н.Н. Бушмелева, К.А. Давтян [и др.] //Материалы международной научно-практической конференции «Организационные аспекты модернизации здравоохранения и подготовки медицинских кадров в Российской Федерации». – Ижевск, 2011. – С. 168-170, автора – 0,042 п.л.
32. Ильина, Н.А. Оказание акушерской помощи больным с врожденными пороками сердца в условиях региона /Н.А. Ильина, Ф.К. Тетелютина, Д.Ф. Углова, Н.Н. Бушмелева [и др.] //Материалы международной научно-практической конференции «Организационные аспекты модернизации здравоохранения и подготовки медицинских кадров в Российской Федерации». – Ижевск, 2011. – С. 63-66, автора – 0,055 п.л.
33. Тетелютина, Ф.К. Материнская смертность (по данным реанимационного отделения) /Ф.К. Тетелютина, Д.Л. Стародумов, В.В. Журавлева, Н.Н. Бушмелева [и др.] //Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Ижевск, 2011. – С. 89-90, автора – 0,035 п.л.
34. Широбокова, Л.М. Клинические особенности несостоявшейся беременности / Л.М. Широбокова, Н.Н. Бушмелева, Э.Р. Фазлеева //Материалы научно-практической конференции «Инновационные технологии в охране здоровья матери и ребенка». – Екатеринбург, 2012. – С. 74-75, автора – 0,042 п.л.
35. Бушмелева, Н.Н. Роль профилактической работы амбулаторно-поликлинического звена в снижении репродуктивных потерь /Н.Н. Бушмелева, Ф.К. Тетелютина //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сборник научных трудов, посвященный 75-летию Кировского роддома №2. – Киров, 2012. – С. 16-18, автора – 0,104 п.л.
36. Бушмелева, Н.Н. Проблемы воспроизводства в Удмуртской Республике /Н.Н. Бушмелева //Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и онкогинекологии». – Ижевск, 2012. – С. 5-8, автора – 0,169 п.л.
37. Тетелютина, Ф.К. КОК-фолаты: первая контрацепция с заботой о будущих детях /Ф.К. Тетелютина, Л.М. Широбокова, Н.Н. Бушмелева, Т.В. Сушенцова //Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и онкогинекологии». – Ижевск, 2012. – С. 43-45, автора – 0,049 п.л.
38. Широбокова, Л.М. Медикаментозный аборт /Л.М. Широбокова, Н.Н. Бушмелева, Ф.К. Тетелютина, Т.В. Сушенцова, Н.Н. Кузнецова //Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и онкогинекологии». – Ижевск, 2012. – С. 50-51, автора – 0,049 п.л.
39. Бушмелева, Н.Н. Современные проблемы снижения репродуктивных потерь в Удмуртской Республике /Н.Н. Бушмелева //Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Репродуктивное здоровье – консолидация науки и практики», посвященной 80-летию кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. – Ижевск, 2014. – С. 60-62, автора – 0,125 п.л.

Список сокращений

АТПК – акушерско-терапевтически-педиатрический комплекс

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

МО – медицинская организация

МС – материнская смертность

ООН – Организация Объединенных Наций

ПС – перинатальная смертность

ПФО – Приволжский федеральный округ

РФ – Российская Федерация

СКР – суммарный коэффициент рождаемости

УР – Удмуртская Республика

ФИП – фетоинфантильные потери

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ЭГЗ – экстрагенитальная заболеваемость

ЭНМТ – экстремально низкая масса тела