

УДК: 614.2.22

Полонская Лусине Суреновна

кандидат медицинских наук,

Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко

pollusine@mail.ru

нашей **Lusine S. Polonskaya**

candidate ниже of более Medical было Sciences,

National research место Institute число of общий public самих health этот named
ануса after врач N. нами A. темп Semashko

pollusine@mail.ru

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

EXTERNAL FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF THE ORGANIZA- TION OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE FOR WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

***Аннотация.** На современном этапе развития современного общества важной проблемой является постарение населения. Это связано с разными медико-социальными и экономическими проблемами. Однако вся эта ситуация негативно сказывается, прежде всего на доли лиц женского населения, в частности женщин репродуктивного возраста.*

Поскольку в мире в целом идёт тенденция к увеличению возраста женщины при рождении первого ребёнка, то актуальным вопросом является изучение мероприятий по совершенствованию качества организации акушерско-гинекологической помощи женщинам позднего репродуктивного возраста.

***Ключевые слова:** женщины позднего репродуктивного возраста, внешние факторы, организация медицинской помощи.*

***Annotation.** At the present stage of development of modern society, an important problem is the aging of the population. This is due to various medical, social and economic problems. However, this whole situation negatively affects, first of all, the proportion of the female population, in particular women of reproductive age.*

Since there is a tendency in the world as a whole to increase the age of a woman at the birth of her first child, an urgent issue is the study of measures to improve the quality of organization of obstetric and gynecological care for women of late reproductive age.

***Keywords:** women of late reproductive age, external factors, organization of medical care.*

Введение. Сохранение здоровья женщины – приоритетная задача здравоохранения на сегодняшнем этапе, поскольку увеличение средней

продолжительности жизни, приводящее к уменьшению доли лиц молодого возраста, определяет снижение рождаемости [3,4,5]. В Российской Федерации, как и во многих других странах Европы, происходит постепенное увеличение численности лиц старшего возраста. По данным Росстата с 2009 года по 2020 год наблюдается уменьшение абсолютного количества женщин на 1,19 млн (с 78,3 млн до 77,1 млн), увеличение количества женщин позднего репродуктивного возраста 35 – 49 лет на 1,3 млн (с 13,9 млн до 15,3 млн) и их доли с 38,5 % до 42,5 % от всех женщин репродуктивного возраста, уменьшение на 11,8 млн девочек до 14 лет и увеличение на 4,73 млн женщин в возрасте 50 лет и старше. Прогнозный сценарий Росстата к 2030 году: количество женщин позднего репродуктивного возраста увеличится на 30% относительно 2014 года [6,7,8]. В этой связи необходимо изучить основные внешние факторы, влияющие на качество организации медицинской помощи женщинам позднего репродуктивного возраста с целью разработки механизмов её оптимизации,

Результаты. В работе показано, что Приказом Министерства здравоохранения России от 07.11.2012 № 589н утвержден стандарт специализированной медицинской помощи при внематочной (эктопической) беременности, который регламентирует содержание исключительно стационарной медицинской помощи. Это дало обоснование для того, чтобы этот стандарт не использовался в амбулаторно-поликлинических учреждениях [1].

Было также установлено, что до выхода названного приказа оказание медицинской помощи при внематочной беременности в медицинских организациях амбулаторного типа было организовано в соответствии с московскими городскими стандартами амбулаторно-поликлинической помощи для взрослого населения [2], регламентированным Приказом Департамента Здравоохранения Правительства Москвы от 31.07.1995 № 448 "О Московских городских стандартах амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для взрослого населения." В настоящее время обсуждаемый приказ утратил свою силу.

Таким образом, важнейшим внешним фактором, негативно влияющим на качество амбулаторной медицинской помощи при подозрении на внематочную беременность или угрозу самопроизвольного аборта, является отсутствие утвержденного на федеральном уровне стандарта амбулаторной медицинской помощи, регламентирующего выбор метода лабораторной диагностики беременности именно с акцентом на женщин ПРВ. В процессе исследования был проведен сравнительный анализ наиболее распространенных методик лабораторной диагностики беременности. Было установлено, что в настоящее время существуют методики, предусматривающие качественное определение человеческого хориогонина (ХГЧ) в сыворотке крови и в моче женщин, а также методики, позволяющие провести количественную оценку уровня гормона в названных биологических средах. Также в ходе исследования был дан анализ существующей маршрутизации пациенток с подозрением на внематочную беременность. В настоящее время в тех медицинских организациях, где отсутствует алгоритм маршрутизации пациенток в рамках единого учреждения (женская консультация и многопрофильный стационар), в случае выявления пациентки с подозрением на внематочную беременность врач женской консульта-

ции госпитализирует пациентку в гинекологическое отделение. В стационарных условиях проводятся неоднократные экспертные ультразвуковые исследования с ежедневным контролем уровня ХГЧ в крови (количественное определение ХГЧ в крови). В случае подтверждения диагноза внематочная беременность пациентке показано хирургическое лечение. Средний койко-день пребывания данной категории пациенток в стационаре 5-7 дней. В случае подтверждения маточной беременности пациентку выписывают для дальнейшего наблюдения в женскую консультацию.

Количественное определение ХГЧ в моче с явлениями угрозы прерывания беременности (находящихся на лечении в стационаре) проводили еженедельно параллельно с проведением экспертных УЗИ. Низкий уровень ХГЧ обследуемых женщин (ниже нормативных показателей соответственно сроку беременности) соответствовал недостаточной степени гормональной стимуляции и явным клиническим проявлениям угрозы ее прерывания.

Однако, данный алгоритм не является оптимальным для качественной организации оказания медицинской помощи женщинам, в частности женщинам ПРВ, поскольку при подтверждении маточной беременности у данной группы пациенток необходимы дополнительные консультации у врачей смежных специальностей. В частности, консультации у врача-эндокринолога, терапевта.

Другим важным внешним фактором, влияющим на оказание медицинской помощи женщинам ПРВ является своевременная госпитализация данного контингента беременных при проявлении преэклампсии разной степени выраженности (ПЭ). При проведении первого скринингового обследования (11-13 недель беременности) проводится ультразвуковое исследование плода и забор крови на наличие генетических мутаций. Помимо этого, проводится исследование крови по выявлению высоких рисков развития ПЭ. Кроме того, отдельную группу составляют пациентки с артериальной гипертензией в анамнезе. Данная группа пациенток проходит обследование с целью уточнения диагноза, определения функционального состояния органов-мишеней и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. Обследование может быть проведено как амбулаторно, так и в условиях дневного стационара или консультативно-диагностического центра (КДЦ). В случае постановки диагноза гестационная артериальная гипертензия (после 22 недели беременности) пациентка госпитализируется в акушерский стационар, где проводится комплексное лабораторно-диагностическое обследование, консультации смежных специалистов, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и холтеровское исследование. При получении удовлетворительного эффекта от лечения (нормализация АД, отсутствие протеинурии, удовлетворительное состояние матери и плода) оно может быть продолжено амбулаторно, при недостаточном эффекте терапии беременная ставится вопрос о досрочном родоразрешении. Средний койко-день госпитализации с данной нозологией составляет 3-5 дней.

Тем не менее, в результате отсутствия логистики при направлении беременных женщин ПРВ из женской консультации в многопрофильный стационар для корректировки осложнений соматических состояний, а также быстрого реагирования узких специалистов при наступлении у беременной ПРВ неотлож-

ных состояний в родильном доме, только 66,9% случаев такой ситуации были разрешены без негативных последствий для женщины.

Обсуждение. Несмотря на присоединение женских консультаций к многопрофильным стационарам, всё ещё не разработан до конца алгоритм персонализации при ведении беременных именно в позднем репродуктивном возрасте, что привело к тому, что у каждой третьей женщины (28,9%) был установлен диагноз ПЭ уже на поздней стадии и потребовалось срочное родоразрешение. Это привело к преждевременному рождению детей на сроках 30-34 недели беременности в 18,5% случаев и на сроке 29-30 18,6% случаев.

Таким образом, необходим механизм совершенствования маршрутизации беременных женщин при оказании им медицинской помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и стационарных условиях.

Выводы. Таким образом, в данной статье рассмотрены внешние и внутренние факторы, влияющие на качество организации медицинской акушерско-гинекологической помощи женщинам ПРВ, которые необходимы для разработки новых медико-организационных технологий по совершенствованию организации акушерско-гинекологической помощи женщинам позднего репродуктивного возраста в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях.

Основные внешние факторы – это несовершенство нормативно-правовых актов (НПА), регламентирующих большую частоту по сравнению со стандартами медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» проведения лабораторно-диагностических исследований женщинам позднего репродуктивного возраста в соответствии с большей потребностью по состоянию здоровья при обследовании и в период беременности. Именно несовершенство НПА приводит к недостаткам при организации персонализированного ведения беременных женщин ПРВ, нарушению сроков госпитализации и отсутствию преемственности при оказании данной категории женщин специализированной медицинской помощи.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения России от 07.11.2012 N 589н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при внематочной (эктопической) беременности" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2013 N 27712)

2. Приказ Департамента Здравоохранения Правительства Москвы от 31.07.1995 № 448 "О Московских городских стандартах амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для взрослого населения". – URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=MED;n=4474> / дата доступа 01.05.2015

3. Ласточкина М.А. Эффективность здравоохранения в зеркале модернизации // Гуманитарные научные исследования.-2015.-№2-5 (45). 33с.

4. Левкович М.А. Иммунопатогенетические механизмы угрозы прерывания беременности : автореф. дис. д-ра мед. наук / М.А. Левкович. - Ростов н/Д. 2009. - 42 с.

5. Макаренко М.В. Роль уrogenитальной инфекции в прегравидарной подготовке женщин фертильного возраста /М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, А.С. Поповский //Здоровье женщины.-2015.-№1(97).-С.118.

6. Макаров О.В. Инфекции в акушерстве и гинекологии: монография.- 2-е издание /О.В Макаров, В.А. Алёшкин, Т.Н. Савченко и др. - М.: «Медпресс-информ», 2009.

7. Митсюк Н. Л., Пушкарёва Н.А. Родовспоможение и культура деторождения в новейшей зарубежной историографии? / Н.Л. Митсюк, Н.А. Пушкарёв // Этнографическое обозрение. 2017. № 4. С. 147-163.

8. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России //Социальные аспекты здоровья населения. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang,ru/>. Дата обращения: 15.05.2016.

References:

1. Order of the Ministry of Health of Russia of 07.11.2012 N 589n "On the approval of the standard of specialized medical care for ectopic (ectopic) pregnancy" (Registered in the Ministry of Justice of Russia 03/15/2013 N 27712)

2. Order of the Department of Health of the Government of Moscow dated July 31, 1995 No. 448 "On Moscow city standards of outpatient medical care for the adult population." - URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base = MED; n = 4474 / accessed 05/01/2015>

3. Lastochkina M.A. Efficiency of healthcare in the mirror of modernization // Humanitarian scientific research.-2015.-№2-5 (45). 33s.

4. Levkovich M.A. Immunopathogenetic mechanisms of the threat of termination of pregnancy : abstract of the Doctor of Medical Sciences / M.A. Levkovich. - Rostov N./D. 2009. - 42 p.

5. Makarenko M.V. The role of urogenital infection in the pre-pregnancy preparation of women of fertile age /M.V. Makarenko, D.A. Govseev, A.S. Popovsky //Women's health.-2015.-№1(97).- P.118.

6. Makarov O.V. Infections in obstetrics and gynecology: monograph.- 2nd edition /fr.V. Makarov, V.A. Aleshkin, T.N. Savchenko, et al. - M.: "MEDpress-inform", 2009.

7. Mitsuk N. L., Pushkareva N.A. Maternity care and the culture of childbirth in the newest foreign historiography? / N.L. Mitsuk, N.A. Pushkarev // Ethnographic Review. 2017. No. 4. pp. 147-163.

8. Starodubov V.I., Sukhanova L.P., Sychenkov Yu.G. Reproductive losses as a medical and social problem of demographic development of Russia// Social aspects of public health. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang,ru/>. Date of application: 05/15/2016.