Общественное здоровье и организация здравоохранения

Научная статья
УДК 614.2
doi:10.25742/NRIPH.2023.03.001

Социологическое исследование факторов риска репродуктивных потерь населения Магаданской области

Ярослав Николаевич Павлов[1], Надежда Валерьевна Саввина[2]

[1, 2]ФГАОУ ВО «СВФУ имени М. К. Аммосова», Якутск, Российская Федерация

[1]pyn5552007@yandex.ru, https:/orcid.org/0000-0001-6959-7624
[2]nadvsavvina@mail.ru, https://orcid.org/0000-0003-2441-6193

Аннотация. В статье представлены результаты проведенного авторского опроса по по проблеме репродуктивных потерь населения на базе ОГБУЗ «Магаданский родильный дом». На первом этапе были выявлены факторы риска репродуктивных потерь у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом, включая психологическое, материальное состояние и непосредственно данные анамнеза. Анализ последующих результатов анкетирования 400 женщин с высоким риском репродуктивных потерь позволил выявить низкие уровни обеспеченности женщин составляющими медико-генетической помощи. Установлена низкая удовлетворенность обеспеченностью льготными препаратами, информационными средствами по предупреждению репродуктивных потерь. Определены меры медицинского и управленческого характера, которые способствуют улучшению медико-генетического обслуживания женщин в направлении предупреждения репродуктивных потерь: повышение социальной и информационной обеспеченности; льготными и безвозмездными медико-генетическими обследованиями, медицинскими препаратами и витаминными комплексами.

Ключевые слова: *Репродуктивные потери, факторы риска репродуктивных потерь, социо-поведенческие факторы, анкетирование, экспертный опрос.*

Для цитирования: Павлов Я. Н., Саввина Н. В. Социологическое исследования факторов риска репродуктивных потерь населения Магаданской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 5—10. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.001.

Public health and healthcare management

Original article

Sociological research of risk factors of reproductive losses of the population of the Magadan region

Yaroslav N. Pavlov[1], Nadezhda V. Savvina[2]

[1, 2]M. K. Ammosov North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russia

[1]pyn5552007@yandex.ru, https:/orcid.org/0000-0001-6959-7624
[2]nadvsavvina@mail.ru , https://orcid.org/0000-0003-2441-6193

Abstract. The article presents the results of the author's survey on the problem of reproductive losses of the population on the basis of the OGBUZ «Magadan maternity hospital». At the first stage, risk factors for reproductive losses were identified in patients with a burdened obstetric history, including psychological, material condition and direct anamnesis data. The analysis of the subsequent results of the survey of 400 women with a high risk of reproductive losses revealed low levels of provision of women with components of medical and genetic care. Low satisfaction with the provision of preferential drugs, information tools for the prevention of reproductive losses has been established. Measures of a medical and managerial nature have been identified that contribute to improving medical and genetic services for women in the direction of preventing reproductive losses: increasing social and information security; preferential and gratuitous medical and genetic examinations, medical preparations and vitamin complexes.

Keywords: *reproductive losses, risk factors of reproductive losses, social and behavioral factors, questionnaire, expert survey.*

For citation: Pavlov Y. N., Savvina N. V. Sociological research of risk factors of reproductive losses of the population of the Magadan region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):5–10. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.001.

Введение

Репродуктивные потери — потеря продуктов зачатия на всех этапах развития плода в результате самопроизвольного и вынужденного прерывания беременности, мертво рождаемости, а также смерти детей первого года жизни [1]. Согласно Междуна-

© Я. Н. Павлов, Н. В. Саввина, 2023

родной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), к репродуктивным потерям (РП) относят спонтанные аборты, замершие и внематочные беременности [2].

Первоочередными для рисков роста РП являются группа социо-поведенческих причин (социокультуральный и образовательный уровень, стиль жизни, курение, употребление алкоголя и психоактивных веществ и т. д.) [3]. Многими исследованиями определяется, что курение, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами оказывает значительное влияние на увеличение уровней ВПР плода и рисков роста РП [4]. Следует указать, что группа социо-поведенческих факторов риска относятся к так называемым управляемым [5]. Для снижения негативного влияния на эмбрион и развивающийся плод алкоголя, наркотических и токсических и психоактивных веществ в современных в национальных клинических протоколах предусмотрены шаги обращения таких матерей (будущих родителей) к программам поддержки и т. д. Консультирование беременных с участием акушеров-гинекологов и клинических генетиков и других специалистов способны повысить уровень оказания консультационной помощи женщинам репродуктивного возраста.

Методы

Учитывая вышеизложенное, за период 2016—2022 гг. нами было проведено анкетирование 400 женщин, имевших РП в анамнезе, которые находились под наблюдением специалистов ОГБУЗ «Магаданский родильный дом» по вопросам оценки качества медико-социальной помощи. Заполнение анкет проводилось во время консультирования женщин по планированию будущей беременности и проведения соответствующей консультационной помощи добровольно и анонимно.

На основе использования метода моделирования определены перспективы развития медико-социальной помощи женщинам Магаданской области с РП в анамнезе с учетом данных новейших исследований [6]. Оценка эффективности модели профилактики РП проводилась методом экспертных оценок. Экспертная оценка была осуществлена путем опроса привлеченных в качестве экспертов 25 опытных соответствующих экспертов-специалистов в отраслях практической (акушерство и гинекология, педиатрия, генетика [7]) и социальной медицины по 10-балльной шкале по следующим компонентам профилактической помощи: этапность, преемственность, комплексность, безопасность и удобство, экономическая целесообразность, возможные недостатки, полнота охвата, влияние на индивидуальные и популяционные риски генетически обусловленных репродуктивных потерь, продолжительность и качество жизни и уровни обращений за медицинской и правовой или психологической помощью. Следует отметить, что средний возраст привлеченных нами экспертов составлял 56,34±3,18 лет при общем стаже работы в медицине 33,5±4,12 лет, в том числе по своей специальности — 29,14±3.

Результаты

Для опроса был использован авторский медико-анамнестический опросник с акцентом на наиболее распространенные факторы риска РП и внутренних пороков развития (ВПР) плода и определение уровней обеспеченности этих женщин составляющими медико-генетической помощи и основных мероприятий по предупреждению РП.

Согласно задачам исследования проведено определение удовлетворенности основными составляющими медико-генетической помощи и основных мер по предупреждению РП. Так, при опросе женщин с РП в анамнезе мы констатировали достаточно низкие уровни составляющими медико-генетической помощи, что отражено в таблице 2.

Было установлено, что менее всего опрошенные женщины с РП в анамнезе были удовлетворены обеспеченностью льготными препаратами (216 человек; 54,00%) и третичной (акушерско-гинекологической и медико-генетической) медицинской помощью (218 пациенток; 54,50%). Более половины опрошенных женщин были удовлетворены проведением консультаций (146 человека; 61,50%), информационными средствами по предупреждению РП (252 опрошенных; 63,00%), вторичной медицин-

Таблица 1

Характер репродуктивных потерь у пациенток диагностической группы с отягощенным акушерским анамнезом (абс. ч.; %)

РР в анамнезе	Абс . ч.	%
Один непроизвольный аборт	46	14,94
Два и более самопроизвольных аборта	38	12,34
Одна внематочная беременность	16	5,19
Две внематочные беременности	2	0,65
«Замершая» беременность	82	26,62
Антенатальная гибель плода	16	5,19
Ранняя неонатальная смерть	6	1,95
Множественные ВПР плода, несовместимые с жизнью	2	0,65
Вторичное бесплодие	14	4,55
Различные комбинации РП	86	27,92
Всего…	308	100,00

Таблица 2

Обеспеченность пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе, составляющими медико-генетической помощи (абс. ч.; %)

Составляющие помощи	Удовлетворенность помощью	
	абс . ч.	%
Удовлетворенность льготными препаратами	216	54,00
Удовлетворенность третичной (акушерско-гинекологической и медико-генетической) медицинской помощью	218	54,50
Удовлетворенность консультационной помощью	246	61,50
Удовлетворенность информационными средствами по предупреждению РП	252	63,00
Удовлетворенность вторичной медицинской помощью (акушерско-гинекологической и медико-генетической)	268	67,00
Удовлетворенность санаторно-курортным лечением	274	68,50
Удовлетворенность льготной помощью	286	71,50
Удовлетворенность первичной медицинской помощью	308	77,00
Удовлетворенность быстрой и неотложной помощью	348	87,00

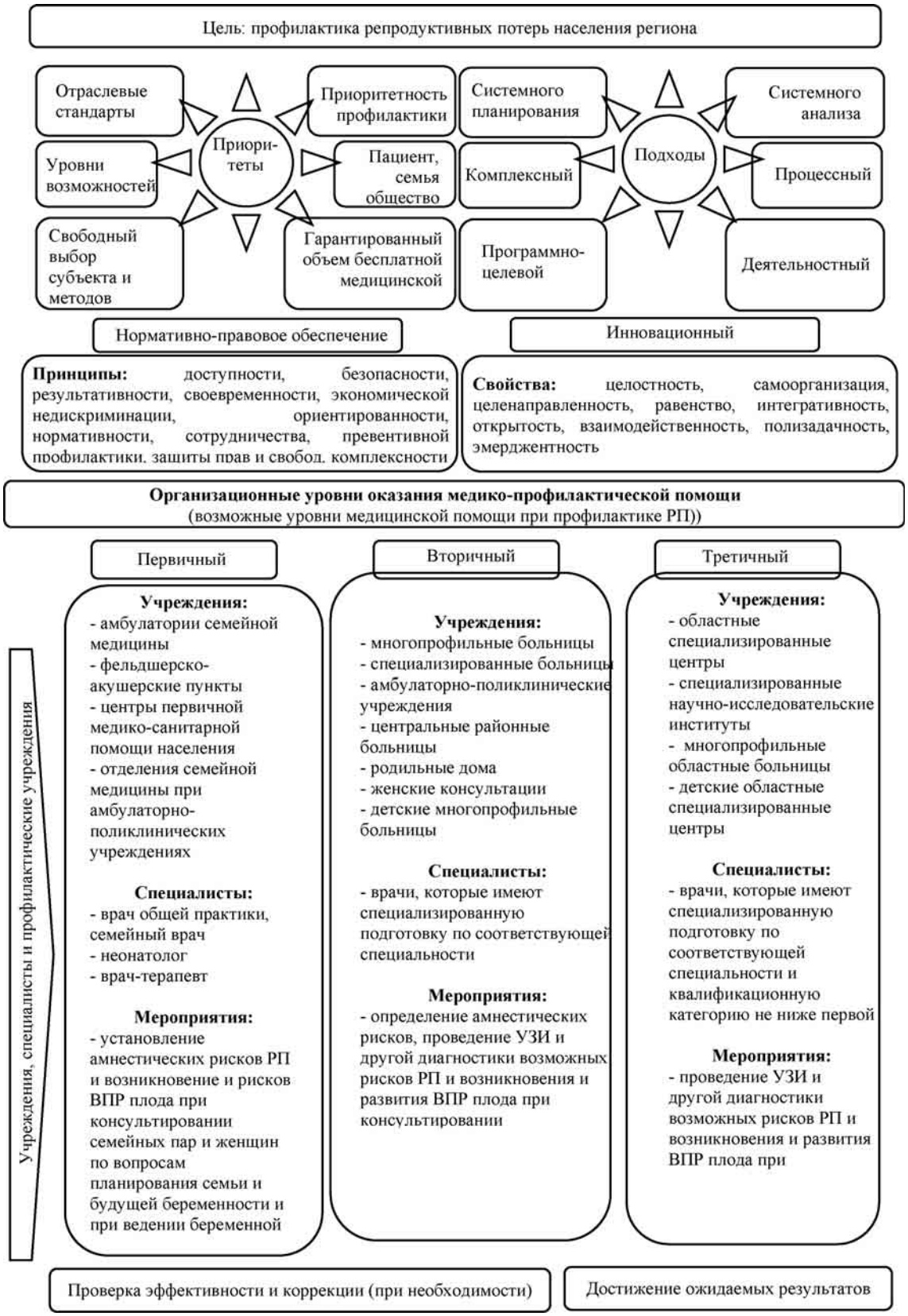

Рис. 1. Организационные уровни оказания медико-профилактической помощи

ской помощью (акушерско-гинекологической и медико-генетической) (268 пациентки; 67,00%) и санаторно-курортным лечением (274 человек; 68,50). Наиболее опрошенные женщины отмечали удовлетворенность предоставлением льготной помощи (286 женщины; 71,50), первичной медицинской помощью (308 опрошенных; 77,00%) и быстрой и неотложной помощью (348 опрошенных; 87,00%), что отражено в таблице 2.

Для повышения удовлетворенности и обеспеченности женщин с РП в анамнезе медико-генетической помощью опрошенные отмечали необходи-

мость внедрения целого ряда мер медицинского и управленческого характера, основные из которых представлены на Рис. 1.

Оптимизированная модель профилактики РП разработана с учетом подходов системного планирования, системного анализа, комплексного, процессного, программно-целевого, деятельностного и инновационного. Модель обладает свойствами целостности, самоорганизации, целеустремленности, равновесия, интегративности, открытости и взаимодействия (внутренние и внешние каналы взаимодействия), полизадачности и эмерджентности и включает в себя основные цели и приоритеты (признание профилактического направления РП приоритетным направлением деятельности отрасли здравоохранения; ориентированности на пациента, его семью и общество в целом; равные возможности; гарантированный объем безвозмездной медицинской помощи; свободный выбор субъекта медицинской помощи и осознанный выбор методов профилактики, диагностики и лечение заболеваний; функциональные и действенные принципы для достижения ожидаемых результатов.

Эффективное и бесперебойное функционирование разработанной оптимизированной модели профилактики РП обязательно предусматривает проверку ее эффективности и действенности и налаживания действенных механизмов «обратной связи» для возможности своевременного вмешательства и корректировки (при необходимости) при выявлении сбоев и разбалансированности. Основным механизмом, позволяющим действенно и эффективно функционировать оптимизированной модели и сочетающей все ее компоненты, является ее цель: профилактика РП.

Оптимизированная модель действенно функционирует при условии выполнения основных ее приоритетов, определенных с учетом основных законодательных актов по оказанию первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, которые оказывают медицинскую помощь соответствующего вида:

- признание профилактического направления РП приоритетным направлением деятельности отрасли здравоохранения — с учетом приоритетности сохранения и улучшения показателей здоровья населения в целом и будущего поколения как основных приоритетов развития и первоочередных задач региона;
- ориентированности на пациента, его семью и общество в целом — вовлечение как самого пациента, так и его семьи и целого общества в процесс принятия соответствующих решений по применению необходимого уровня медицинских вмешательств (диагностика, профилактика, лечение);
- равные возможности — независимость объема помощи и возможностей ее получения от финансовых, расовых, религиозных, национальных, политических или других возможностей и убеждений или социального происхождения или имущественного или иного положения;
- гарантированный объем безвозмездной медицинской помощи — регулирование на уровне государства получения безвозмездного объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий по снижению уровней РП;
- свободный выбор субъекта медицинской помощи и осознанный выбор методов профилактики, диагностики и лечения — учет возможностей для пациента свободно выбирать учреждения специалистов для оказания помощи и владеть в полном объеме информацией о применяемых методах профилактики, диагностики и лечения;
- соблюдение отраслевых стандартов в сфере здравоохранения — проведение всех лечебно-профилактических мероприятий в соответствии с принятыми программами, протоколами и стандартами оказания помощи;
- принятие и введение в действие соответствующих нормативно-правовых актов — на государственном уровне внедрение необходимого объема соответствующих целевых программ по профилактике, диагностике и лечению РП.

Оптимизированная модель профилактики РП предусматривает необходимые эффективные медико-организационные воздействия на женщину через все возможные организационные уровни оказания медико-профилактической помощи (возможные уровни вмешательства при профилактике РП: первичный, вторичный и третичный) для достижения ожидаемых результатов и понижения популяционных уровней РП). Модель эффективно и бесперебойно действует при обязательной проверке ее эффективности и действенности и отлаженной «обратной связи» для возможности своевременного вмешательства и корректировки (при необходимости) при выявлении любых внутренних или внешних сбоев и/или разбалансировок.

В таблице 3 было определено, что первые ранги среди этих мероприятий занимали следующие: повышение социальной и информационной обеспеченности — 366 (91,50%) человека; увеличение охвата беременных медико-генетическими обследованиями — 356 (89,00%) опрошенных; улучшение обеспеченности льготными и безвозмездными медико-генетическими обследованиями, медицинскими препаратами и витаминными комплексами — 348 (87,00%) женщины; улучшение материально-технической базы медико-генетических учреждений — 346 (86,50%) пациентки. Кроме того, обследованные для улучшения качества их медико-генетического обслуживания отмечали необходимость достаточного объема финансирования — 336 (84,00%) человек; улучшение льготного санаторно-курортного обслуживания беременных — 336 (84,00%) женщин; проведение психологического консультирования перед планированием беременности — 318 (79,50%) пациенток; создание специализированных медико-генетических учреждений — 312 (78,00%); улучше-

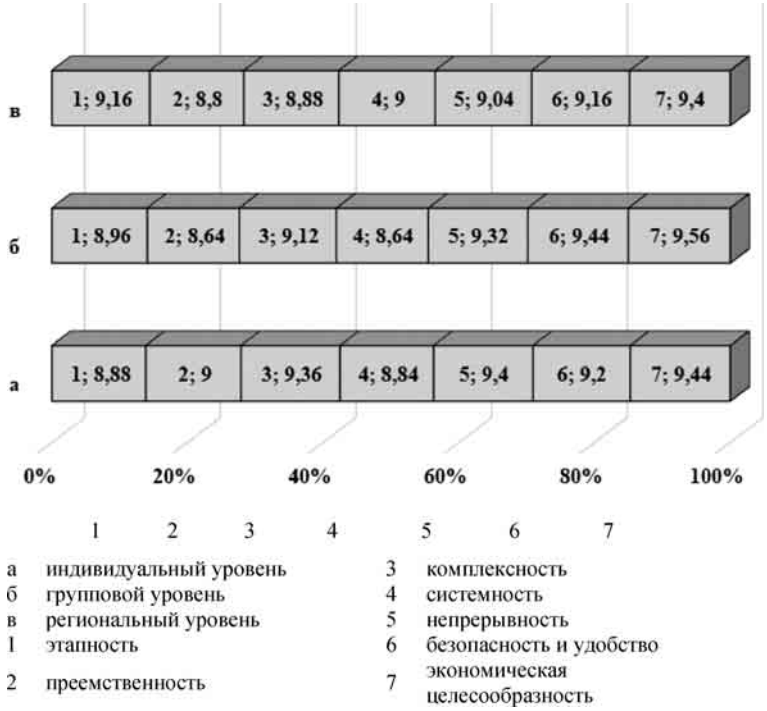

Рис. 4. Результаты экспертных оценок медико-социальной эффективности и экономической действенности внедрения оптимизированной модели профилактики РП (среднее значение по 10-балльной шкале, M±m).

ние консультационной помощи — 294 (73,50%) обследованных и улучшение медико-генетического обслуживания — 286 (71,50%) опрошенных. Последние места занимали следующие мероприятия: повышение роли третичной (272 человек; 68,00%) и вторичной (246 женщины; 61,50%) медико-санитарной помощи; увеличение соответствия организации медико-генетической диагностики и консультирования с учетом современных клинических требований — 242 (60,50%); повышение уровня профессиональной подготовки медицинских специалистов (168 человека; 42,00%) и роли первичной медико-санитарной помощи — 168 (42,00%) женщины.

Полученные результаты экспертной оценки даны нами в таблице 3. Так, по выводам экспертов, наивысшую оценку медико-социальной эффективности и экономической действенности модели профилактики РП получила экономическая целесообразность ее внедрения на всех уровнях помощи: индивидуальном (9,44±0,10) баллов), групповом (9,56±0,10) и популяционном (9,40±0,10).

Кроме того, и другие характеристики экспертных оценок отметились достаточно высокими прогнозируемыми уровнями оценки. Управляемость вышеуказанными факторами риска роста РП заключается в выполнении рекомендаций врачей, предупреждении стрессогенных факторов, нормализации питания, отказе от вредных условий труда, нормализации режима труда и отдыха, адекватных физических и информационных нагрузках, отказе от вредных привычек и тому подобное. Все эти меры учитываются акушерской службой при выполнении ПКП. При этом, наиболее эффективными методами предупреждения РП авторы считают проведение качественной консультационной работы.

Таблица 3

Экспертные оценки медико-социальной эффективности и экономической действенности внедрения оптимизированной модели профилактики генетически обусловленных репродуктивных потерь (среднее значение по 10-балльной шкале, M±m)

Параметры оценки	Индивидуальный уровень	Групповой уровень	Региональный уровень
Этапность	8,88±0,18	8,96±0,12	9,16±0,12
Преемственность	9,00±0,15	8,64±0,14	8,80±0,14
Комплексность	9,36±0,10	9,12±0,12	8,88±0,13
Системность	8,84±0,15	8,64±0,16	9,00±0,13
Непрерывность	9,40±0,12	9,32±0,11	9,04±0,15
Безопасность и удобство	9,20±0,13	9,44±0,10	9,16±0,12
Экономическая целесообразность внедрения	9,44±0,10	9,56±0,10	9,40±0,10
Возможные недостатки	—	—	—
Полнота охвата профилактической помощью		8,76±0,18	
Индивидуальный риск генетически обусловленных РП		9,04±0,16	
Популяционный риск генетически обусловленных РП		8,84±0,17	
Продолжительность жизни		8,88±0,13	
Качество жизни		9,24±0,10	
Обращение за медицинской помощью		7,96±0,15	
Обращение за правовой/психологической помощью		8,32±0,16	
Другое		—	

Выводы

По результатам проведенного опроса выяснены достаточно низкие уровни обеспеченности женщин составляющими медико-генетической помощи. Установлена низкая удовлетворенность обеспеченностью льготными препаратами (54,00%) и третичной медицинской помощью (54,50%), проведением преконцепционной подготовки (61,50%), информационными средствами по предупреждению репродуктивных утрат (63,00%), вторичной медицинской помощью (67,00%) и санаторно-курортным исцелением (68,50%). Определены меры медицинского и управленческого характера, которые должны способствовать улучшению медико-генетического обслуживания женщин в направлении предупреждения репродуктивных потерь: повышение социальной и информационной обеспеченности (91,50%); льготными и безвозмездными медико-генетическими обследованиями, медицинскими препаратами и витаминными комплексами (87,00%).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. S. C. Lean, H. Derricott, R. L. Jones et al. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186287.
2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Медицина; 2002. 416 с.
3. Губина О. В., Проворова А. А. Роль инноваций в решении демографических проблем Арктики: опыт изучения восприятия населением. *Арктика и Север*. 2021;(44):130—157.
4. Адушев М. Н. Демография и экономика России: зависимость, проблемы и возможности их решения. *Региональная экономика и управление: электронный научный журнал*. 2021;68(4):41.

5. Medvedev A. V., Ustinova O. V. A Sociological approach to the management of reproduction of the population. *Modern problems of science and education*. 2015;(2(part 2):669—669.
6. С. В. Андронов, А. А. Лобанов, А. И. Попов и др. Репродуктивные потери у коренных жителей Арктической зоны Западной Сибири. Сбережение коренного населения в Арктической зоне РФ в условиях трансформации образа жизни и изменения климата, Архангельск, 24—25 мая 2018 года. 2018. С. 100—102.
7. Yatsenko A. N., Turek P. J. Reproductive genetics and the aging male. *J Assist Reprod Genet*. 2018;35(6):933—941.

REFERENCES

1. S. C. Lean, H. Derricott, R. L. Jones et al. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186287.
2. Lisitsyn Yu. P. *Obschestvennoe zdorove i zdravoohranenie [Public health and healthcare*] M.: Medicine, 2002. 416 p. (in Russian).
3. Gubina O. V., Provorova A. A. The role of innovations in solvingdemographic problems of the Arctic: the experience of studying the perception of the population. *Arctic and the North. [Arktika i Sever]*. 2021;(44):130—157. (in Russian).
4. Adushev M. N. Demography and economy of Russia: dependence, problems and possibilities of their solution. *Regional Economics and Management: electronic scientific journal. [Regional'naya ekonomika i upravlenie: elektronnyy nauchnyy zhurnal]*. 2021;68(4):41. (in Russian).
5. Medvedev A. V., Ustinova O. V. A Sociological approach to the management of reproduction of the population. *Modern problems of science and education*. 2015;(2(part 2):669—669.
6. S. V. Andronov, A. A. Lobanov, A. I. Popov et al. *Reproductive losses in the indigenous inhabitants of the Arctic zone of Western Siberia [Sberejenie korennogo naseleniya v Arkticheskoi zone RF v usloviyah transformacii obraza jizni i izmeneniya klimata]*. Conservation of the indigenous population in the Arctic zone of the Russian Federation in the conditions of lifestyle transformation and climate change, Arkhangelsk, May 24—25, 2018, 2018. pp. 100—102 (in Russian).
7. Yatsenko A. N., Turek P. J. Reproductive genetics and the aging male. *J Assist Reprod Genet*. 2018;35(6):933—941.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 27.12.2022; одобрена после рецензирования 25.01.2023; принята к публикации 30.08.2023.
The article was submitted 27.12.2022; approved after reviewing 25.01.2023; accepted for publication 30.08.2023.