

Частная МО может являться объектом для внедрения принципов и методов бережливого производства. Использование проектного подхода при внедрении методов БП в частную МО позволяет достичь поставленных целей, повышает мотивацию сотрудников к изменениям, способствует уменьшению временных и экономических затрат. Благодаря инфоцентру проекта обеспечивается возможность быстро понять и оценить состояние процессов, выявить проблемы и устранить причины их возникновения. Быстрое сопоставление данных на основе единых принципов сбора показателей, временных периодов и визуализации сопровождается формированием канала постоянной обратной связи с сотрудниками различных уровней управления. Кроме того, визуализация данных оперативного блока позволяет достаточно быстро выявить разногласия, в том числе разные трактовки ситуаций и статуса у разных участников проекта. Для руководителей МО включение управления процессами через систему SQDCM позволяет своевременно прогнозировать и управлять возможными рисками проектного подхода по внедрению методов бережливого производства.

**Список литературы:**

1. Валиуллина Л.А. Внедрение принципов бережливого производства в систему здравоохранения ХМАО–Югры / Л.А. Валиуллина, Е.А. Зайцева // Вестник Сургутского государственного университета. - 2017. –Т.16- №2 - С.32–35
2. Ташбулатова А.Н. SWOT-анализ современного состояния сферы здравоохранения в контексте обеспечения национальной безопасности Российской Федерации / А.Н. Ташбулатова, Л.Р. Ташбулатова // Вектор экономики. -2018.–Т.24. -№ 6. - С. 58

УДК 614.2:618.3-06:616.155.194

**Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А.**

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1  
Оренбургский государственный медицинский университет  
Оренбург, Российская Федерация

**Baybulatova L.R., Bakiyeva E.A.**

**MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF ANEMIA IN PREGNANT  
WOMEN**

Department of public health and public health No. 1  
Orenburg state medical University  
Orenburg, Russian Federation

E-mail:leila.baibulatova@yandex.ru

**Аннотация.** В статье рассматриваются медико-социальные проблемы анемии беременных. Анемия является фактором риска для здоровья матери и плода. Важны контроль, своевременная терапия и проведение прегравидарной подготовки.

**Annotation.** The article deals with medical and social problems of anemia in pregnant women. Anemia is a risk factor for maternal and fetal health. The importance of monitoring, timely treatment and conduct of pregravid preparation.

**Ключевые слова:** анемии, социальная проблема, беременные, степень тяжести, влияние.

**Keywords:** anemia, social problem, pregnant women, severity, influence.

### **Введение**

Проблема сохранения и укрепления здоровья населения является важной медико– социальной проблемой. В структуре заболеваемости беременных на протяжении десятков лет анемия беременных занимает лидирующие позиции. Анемия беременных любого генеза является фактором риска для здоровья матери и плода [1, 2].

На данный момент, когда снижение материнской, младенческой и перинатальной смертности является важной задачей государственного здравоохранения, диагностика, лечение и профилактика анемии необходимы еще до наступления беременности, для того чтобы течение беременности происходило с наименьшими последствиями для здоровья ребенка, родов и лактации.

По данным ВОЗ, частота анемии у беременных в разных странах колеблется от 21 до 80%, если судить по уровню гемоглобина, и от 49 до 99% - по уровню сывороточного железа [3]. По данным Минздрава РФ, частота железодефицитных анемий за последние десять лет увеличилась в 6,3 раза, составляя 43 % [4].

Согласно современным данным дефицит железа в конце гестационного процесса развивается у всех беременных либо в скрытой, либо в явной форме. Это связано с тем, что беременность сопровождается дополнительной потерей железа (около 1200 мг) [6, 7].

Анемия у беременных неблагоприятно отражается на течении беременности, родов, послеродового периода, состоянии новорожденного, способствуя увеличению частоты угрозы прерывания беременности, плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития и гипоксии плода, преждевременных родов, слабости родовой деятельности, частоты и объёма патологической кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде, инфекционных осложнений и гипогалактии у рожениц [5].

Кроме того, недостаточное депонирование антенатальном периоде является одной из причин развития дефицита железа и анемии у грудных детей, а также их отставания в психомоторном и умственном развитии на первых годах жизни [8].

**Цель исследования** - изучение взаимосвязь индивидуальных социально-акушерских показателей беременных женщин со степенью тяжести анемии.

**Материалы и методы исследования**

Анализ статистических данных базы Перинатального центра Областной клинической больницы № 2 г. Оренбурга за 2018 г. Пациентки были разделены на 3 группы по 40 человек с анемией легкой, средней, тяжелой степени.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Возрастной состав беременных был следующим: до 20 лет с анемией легкой и средней степени по 2 женщины (1,7%), тяжелой – 4 (3,3%); в возрасте 21–30 лет с легкой анемией – 24 (20%) женщины, средней и тяжелой по 29 (24,2%); 31–39 лет с легкой анемией – 13 (10,8%), средней – 8 (6,7%), тяжелой – 6 (5%); старше 40 лет с легкой, средней, тяжелой анемией по 1 (0,8%) женщине.

Число сельских беременных с легкой анемией – 20 (16,6%) женщин, средней – 21 (17,5%), тяжелой – 12 (10%). Число городских беременных с нормальным гемоглобином – 23, легкой анемией – 20 (16,6%), средней – 19 (15,8%), тяжелой – 28 (23,3%).

Родоразрешение через естественные родовые пути проведены в 61 (50,8%) случаев: с легкой анемией – 25 (40,1%), средней – 13 (21,3%), тяжелой – 23 (37,7%). Абдоминальное кесарево сечение выполнено у 59 (49,2%) женщин: с легкой анемией у 15 (25,4%) женщин, средней – 27 (45,8%), тяжелой – 17 (28,8%).

Первородящие пациентки с легкой анемией – 17 (14,2%). Повторнородящих – 23 (19%): вторые роды – 12 (10%), третьи – 6 (5%), четвертые – 4 (3,3%), шестые – 1 (0,8%).

Первородящих пациенток с анемией средней степени – 15 (12,5%). Повторнородящих – 25 (20,8%): вторые роды – 18 (15%), третьи – 5 (4,2%), пятые – 2 (1,7%).

Первородящие пациентки с тяжелой анемией – 20 (16,6%). Повторнородящих – 20 (16,6%): вторые роды – 11 (9,2%), третьи – 5 (4,2%), четвертые – 3 (2,5%), пятые – 1 (0,8%).

В группе беременных с анемией легкой степени тяжести у 80% (n=32) новорожденных оценка по шкале Апгар составила 8-10 баллов, у 15% (n=6) – 6–7 баллов, 5% (n=2) были оценены на 4–5 баллов, 1–3 балла – отсутствуют. Новорожденных до 3000 г – 25% (n=10), 3001–3999 г – 60% (n=24), свыше 4000 г – 15% (n=6).

Установлено, что у беременных с анемией средней степени тяжести новорожденные, оцененные на 8–10 баллов составили 72,5% (n=29), 6–7 баллов – 22,5% (n=9), 4–5 баллов – 5% (n=2). Детей до 3000 г – 20% (n=8), 3001–3999 г – 70% (n=28), свыше 4000 г – 10% (n=4).

В группе беременных с тяжелой анемией: на 8-10 баллов по шкале Апгар оценены 72,5% (n=29) новорожденных, 6–7 баллов – 20% (n=8), 4–5 баллов – 5% (n=2), 1–3 балла – 2,5% (n=1). Новорожденных до 3000 г – 30% (n=12), 3001–3999 г – 62,5% (n=25), свыше 4000 г – 7,5% (n=3).

Анализ показал, что общее количество новорожденных с синдромом задержки развития плода – 25% (n=30). У детей, рожденных на сроке гестации менее 37 недель (11,7%, n=14), отмечался респираторный дистресс-синдром, требующий респираторной поддержки в отделении реанимации – 50% (n=7), 4,2% (n=5) имели синдром дезадаптации.

Врожденные пороки развития выявлены в 7,5% (n=9) случаях: кисты сосудистых сплетений, венрикуломегалия, киста грудной полости, мегауретер, пороки сердца. Большинство детей 90% (n=108) находились на совместном пребывании после родоразрешения, а 10% (n=11) госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

### **Выводы**

Наиболее часто анемия различной степени тяжести встречается в возрастной группе 21– 30 лет, характерна анемия тяжелой степени для городских жительниц. Низковесные новорожденные чаще встречаются у беременных с тяжелой анемией. Анемия беременных оказывает неблагоприятное влияние на новорожденных в виде синдрома задержки развития плода, РДС, врожденных пороков развития.

Таким образом, железодефицитная анемия является одновременно и медицинской, и социальной проблемой. Учитывая высокую частоту развития анемии во время беременности, особую важность для предотвращения развития заболевания приобретает контроль, своевременная терапия и проведение прегравидарной подготовки.

### **Список литературы:**

- 1.Иванов Д. О., Шевцова К. Г. Анализ отдельных статистических показателей СевероЗападного федерального округа в аспекте младенческой смертности и мертворождения // Педиатр. 2018. Т. 9. №2. С. 5-15
- 2.Иванов Д. О. Руководство по перинатологии. СПб.: Информнавигатор, 2015. 1216 с.
- 3.Лебедев В.А., Пашков В.М. Принципы терапии железодефицитной анемии у беременных. Трудный пациент. 2010; 8: 8: 20-24
- 4.Савченко Т.Н., Агаева М.И., Дергачева И.А. Железодефицитная анемия как фактор риска угрозы прерывания беременности // РМЖ. 2014. № 1. С. 46-50
- 5.Тютюнник В.Л., КанН.Е., ЛомоваН.А., ДокуеваР.С.Э. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц // Медицинский совет. 2017. № 13. С. 58–62
- 6.Amel Ivan E, AM. Evaluation of anaemia in booked antenatal mothers during the last trimester. J Clin Diagn Res. 2013;7(11):2487-90. doi: 10.7860/JCDR/2013/6370.3586
- 7.Arija V, Fargas F, March G. Adapting iron dose supplementation in pregnancy for greater effectiveness on mother and child health: protocol of the ECLIPSES randomized clinical trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(1):33. doi: 10.1186/1471-2393-14-33

8.Cogswell ME, Kettel-Khan L, Ramakrishnan U. Iron supplement use among women in the United States: science, policy and practice. JNutr, 2013, 6: 1974-1977

УДК 614.2:618.14/15-007.42

**Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р.**  
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У  
ЖЕНЩИН**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Оренбургский государственный медицинский университет  
Оренбург, Российская Федерация

**Bakieva E.A., Baybulatova L.R.**  
**MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS OF PROLAPSE OF GENITALS IN  
WOMEN**

Department of Public Health and Healthcare №1  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Orenburg State Medical University  
Orenburg, Russian Federation

E-mail:leila.baibulatova@yandex.ru

**Аннотация.** В статье рассматривается взаимосвязь медико-социальных аспектов пролапса гениталий, что позволяет основываясь на выявленных факторах риска рекомендовать женщинам профилактику, своевременную коррекцию легких форм, в результате чего может произойти снижение заболеваемости.

**Annotation.** The article discusses the relationship of the medical and social aspects of genital prolapse, which, based on the identified risk factors, allows women to recommend prevention and timely correction of mild forms, as a result of which a decrease in the incidence can occur.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий, медико-социальные проблемы, опущение тазовых органов.

**Key words:** genital prolapse, medical and social problems, pelvic organ prolapse.

**Введение**

Пролапс гениталий – синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании, который крайне негативно отражается на качестве жизни пациенток. Согласно мировым данным от 2,9 до 53 % женщин отмечают те или иные проявления ПТО. По мере развития патологического процесса усугубляются функциональные нарушения со стороны мочевого