

Харбедия Ш. Д.¹, Моисеева К. Е.¹, Шевцова К. Г.¹, Резник В. А.¹, Тайц А. Н.¹, Болотских В. М.², Симченко А. Е.¹

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО РИСКА В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОК ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург;

²СПб ГБУЗ «Родильный дом № 9», 196142, г. Санкт-Петербург

Статья посвящена сравнительной оценке факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста, госпитализированных в родоразрешение в акушерский стационар третьего уровня. В современных условиях организации и управления здравоохранением, когда сроки деторождения смещаются в более старшие возрастные группы, медико-социальные исследования здоровья беременных женщин в возрасте 35 лет и старше приобретают особую значимость. Учитывая, что в условиях демографического кризиса вспомогательные репродуктивные технологии стали рассматриваться в качестве резерва повышения рождаемости, сравнительная оценка факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста с различными способами наступления беременности является актуальной темой для исследования. С этой целью проведена выкопировка сведений из учетной медицинской документации родоразрешения в перинатальном центре. В качестве основной группы были взяты беременные, преодолевшие бесплодие с помощью экстракорпорального оплодотворения, в качестве контрольной — беременные со спонтанно наступившей беременностью. Проведенное исследование выявило особенности действия факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста, что имеет важное значение для организации и управления здравоохранением в указанной предметной области.

Ключевые слова: организация и управление здравоохранением; факторы медико-социального риска; вспомогательные репродуктивные технологии; перинатальный центр; беременные; старший репродуктивный возраст.

Для цитирования: Харбедия Ш. Д., Моисеева К. Е., Шевцова К. Г., Резник В. А., Тайц А. Н., Болотских В. М., Симченко А. Е. Оценка факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):604—611. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-604-611>

Для корреспонденции: Симченко Анастасия Евгеньевна, студентка ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, e-mail: natalysimchenko@yandex.ru

Kharbediya Sh. D.¹, Moiseeva K. E.¹, Shevtsova K. G.¹, Reznik V. A.¹, Taitis A. N.¹, Bolotskikh V. M.², Simchenko A. E.¹

THE EVALUATION OF FACTORS OF MEDICAL SOCIAL RISK IN THE GROUP OF FEMALE PATIENTS OF LATE REPRODUCTIVE AGE OF PERINATAL CENTER

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Minzdrav of Russia, 194100, St. Petersburg, Russia;

²The State Health Care Budget Institution of St. Petersburg “The Maternity Home № 9”, 196142, St. Petersburg, Russia

The article is devoted to comparative assessment of medical social risk factors in pregnant women of late reproductive age hospitalized in the antenatal department of third-level obstetric hospital. In modern conditions of organization and management of health care, when terms of childbirth are shifted to older age groups, medical social studies of health of pregnant women aged 35 years and older are of particular importance. Considering that in conditions of demographic crisis auxiliary reproductive technologies began to be considered as reserve to increase natality, comparative evaluation of medical social risk factors in pregnant women of late reproductive age with different methods of pregnancy onset is actual topic for research. With this purpose, exon of data from medical records of prenatal department of the perinatal center was carried out. The main group consisted of pregnant women who overcame infertility by in vitro fertilization. The control group included pregnant women with spontaneously occurred pregnancy. The study revealed specificity of impact of medical social risk factors in the group of female patients of late reproductive age of perinatal center medical that is important for organization and management of health care in mentioned domain.

Key words: health care; organization; management; medical social risk factors; auxiliary reproductive technologies; perinatal center; pregnant women; senior reproductive age.

For citation: Kharbediya Sh. D., Moiseeva K. E., Shevtsova K. G., Reznik V. A., Taitis A. N., Bolotskikh V. M., Simchenko A. E. The evaluation of factors of medical social risk in the group of female patients of late reproductive age of perinatal center. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(4):604—611 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-604-611>

For correspondence: Simchenko A. E., the Student of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: natalysimchenko@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.08.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Президент Российской Федерации В. В. Путин в своем послании Федеральному собранию обозначил

среди приоритетных задач улучшение демографической ситуации. В соответствии с выделенным вектором в государственной политике нашей страны 2018—2027 гг. Указом Президента России были объ-

Здоровье и общество

явлены Десятилетием детства [1]. В рамках указанного периода среди необходимых первоочередных преобразований, имеющих фундаментальное значение, кроме решения демографических проблем, обозначены вопросы поддержки системы охраны материнства и детства. Кроме того, 2024 г. был объявлен «Годом семьи», а в 2025 г. началась реализация Национального проекта «Семья» [2, 3]. Особое значение в данном контексте приобрела проблема бесплодия супружеских пар.

За последнее десятилетие современная наука сделала значительный скачок в применении новейших методов лечения заболеваний, которые еще недавно считались неизлечимыми. Существенные результаты были достигнуты в лечении бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [4]. Применение ВРТ, борьба с абортами и меры по снижению смертности населения рассматриваются в качестве основных направлений стимулирования прироста населения. В Российской Федерации ВРТ стали рассматривать в качестве одной из мер по повышению рождаемости, что может обеспечить в дальнейшем положительный репродуктивный эффект [5].

ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и/или криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства) [6]. В медицинской практике применяются методы ВРТ: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов (ИКСИ), суррогатное материнство, репродуктивное донорство, криоконсервация и др. Несмотря на широкий выбор, именно ЭКО является самым распространенным методом лечения бесплодия [7]. В последние годы Российская Федерация занимает лидирующие позиции по количеству процедур ЭКО не только в Европе, но и в мире [8].

Существует значительное число публикаций, которые связывают ЭКО не только с неблагоприятными перинатальными исходами, но и с рисками для здоровья детей, появившихся на свет при помощи этих технологий [9—12]. Вместе с тем, согласно ряду исследований, намного более значительное влияние на здоровье детей оказывает не способ зачатия, а факторы, которые обусловлены соматическим и репродуктивным здоровьем родителей [13, 14]. Кроме того, следует учитывать, что огромный вклад в будущее здоровье ребенка вносит медико-социальная характеристика семьи [15]. Поэтому особое внимание государства и системы здравоохранения уделяется проблеме повышения возраста деторождения у женщин [16].

Быстрое развитие и распространение ЭКО привело к необходимости исследовать особенности анамнестической характеристики пациенток отделения патологии беременности позднего репродуктивного

возраста, преодолевших бесплодие с помощью ЭКО. Данные исследования необходимы для разработки мер по улучшению здоровья беременных, рожениц и родильниц.

Цель исследования — оценка факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста, госпитализированных в родовое отделение акушерского стационара третьего уровня.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели на базе родового отделения (акушерское отделение патологии беременности) перинатального центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (СПбГПМУ) Минздрава России методом копи-пара была проведена выкопировка сведений из 1112 учетных форм № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара». Основную группу составили 556 пациенток старше 35 лет, беременность которых наступила с помощью ЭКО, госпитализированных в родовое отделение перинатального центра СПбГПМУ в 2018—2024 гг. Для каждой пациентки, беременность которой наступила с использованием ЭКО, по возрасту, семейному положению и месту жительства была подобрана пациентка, со спонтанно наступившей беременностью (контрольная группа). Средний возраст пациентки составил $39,44 \pm 0,17$ года. Доля пациенток в зарегистрированном браке (гражданском браке) составила 87,2%, незамужних и/или не имеющих партнера — 12,8%. Все пациентки, отобранные для настоящего исследования, постоянно проживали в г. Санкт-Петербурге. Для сравнительной оценки факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста с различными способами наступления беременности изучены следующие показатели: распределение пациенток по источникам финансирования госпитализации, распределение пациенток по числу беременностей, распределение пациенток по числу родов, распространенность аборт в анамнезе, соотношение абортов и родов, частота патологии плода, распространенность многоплодной беременности, распределение пациенток по причинам госпитализации в родовое отделение перинатального центра.

Были рассчитаны экстенсивные показатели, среднее арифметическое и его ошибка, а также показатель наглядности между показателями в группах (за 100% принимали показатель у пациенток с естественно наступившей беременностью). Оценку значимости различий показателей проводили с использованием t -критерия Стьюдента. Достоверность значимости различий между качественными признаками проверялась при помощи таблиц сопряженности с использованием критерия Пирсона хи-квадрат (χ^2). Теоретическая частота для каждой ячейки таблицы не должна быть меньше 10. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическая

обработка данных осуществлялась при помощи программных пакетов MS Office-2019 и StatSoft-Statistica 10.0.

Результаты исследования

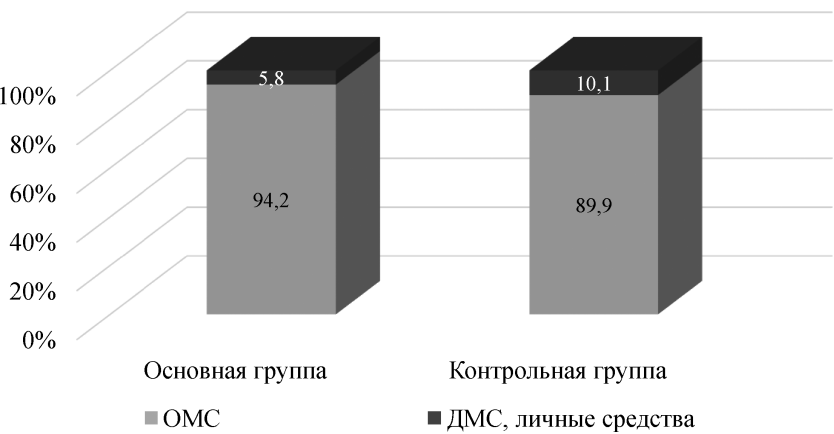
Оценка распределения беременных позднего репродуктивного возраста, преодолевших бесплодие с помощью ЭКО, госпитализированных в родовое отделение акушерского стационара третьего уровня, по источникам финансирования госпитализации выявила, что оплата лечения из средств фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) достоверно превышала оплату по ДМС и из личных средств вне зависимости от способа зачатия ($p=0,000$). При сравнении пациенток установлено (рис. 1), что доля платных услуг у пациенток основной группы была в 1,7 раза ниже, чем в контрольной группе (5,8% против 10,1%; $p=0,008$).

Проведенная оценка распределения беременных позднего репродуктивного возраста, госпитализированных в перинатальный центр, по числу беременностей показала (табл. 1), что удельный вес первобеременных женщин в основной группе был выше в 2,2 раза, чем в контрольной (36,0% против 16,2%; $p=0,000$). Выявлено, что доля женщин со второй беременностью среди пациенток с ЭКО была ниже в 1,2 раза, чем у пациенток с естественным зачатием (25,5% против 31,3%; $p=0,039$). В то же время удельный вес пациенток с тремя и более беременно-

стями среди пациенток с ЭКО был значительно ниже аналогичного показателя у женщин с естественным зачатием (32,7% против 58,3%; $p=0,000$).

Выявлено, что у пациенток с ЭКО старшего репродуктивного возраста чаще всего это были первые роды. Удельный вес первородящих женщин с ЭКО статистически значимо превышал таковой у женщин с естественным зачатием (70,5% против 29,1%; $p=0,000$). Оценка распределения пациенток по числу родов показала, что в основной группе статистически значимо реже встречались вторые роды (25,5% против 45,3%; $p=0,000$), третьи и более (4,0% против 25,6%; $p=0,000$). Соответственно, распределение пациенток родового отделения по числу беременностей и родов зависит от способа зачатия, что подтверждается высоким значением критерия Пирсона ($\chi^2=85,24$ и $\chi^2=214,11$ соответственно; $p=0,000$).

Оценка распространенности аборт в анамнезе показала (рис. 2), что у пациенток с ЭКО по сравнению с естественным зачатием аборты были реже (47,8% против 56,1%; $p=0,000$). Установлено, что у пациенток вне зависимости от способа зачатия удельный вес родов статистически значимо превышал таковой абортов ($p=0,000$). Оценка показателя соотношения абортов и родов выявила, что у пациенток с ЭКО на 1 роды приходилось 0,70 аборта (466 против 664), а со спонтанной беременностью — на 1 роды приходилось 0,65 аборта (486 против 750).



Исследование показало (рис. 3), что распространенность многоплодной беременности у пациенток основной группы составила 9,0%. В то же время в контрольной группе этот показатель составил только 0,4%. Соответственно, у беременных позднего репродуктивного возраста, преодолевших бесплодие с помощью ЭКО, госпитализированных в родовое отделение акушерского стационара третьего уровня, многоплодная беременность наступала в 22,5 раза чаще, чем при естественном зачатии ($p=0,000$).

Оценка частоты патологии плода выявила, что в основной группе этот показатель составил 21,6%, а в кон-

Рис. 1. Распределение пациенток по источникам финансирования лечения в зависимости от способа зачатия.

Таблица 1

Распределение пациенток с различными способами зачатия по числу беременностей и родов в анамнезе (в %)

Число беременностей/родов	Беременность			Роды		
	основная группа	контрольная группа	показатель наглядности, %/p	основная группа	контрольная группа	показатель наглядности, %/p
1	36,0 (200)	16,2 (90)	122,2/0,000	70,5 (392)	29,1 (162)	142,3/0,000
2	31,3 (174)	25,5 (142)	22,7/0,033	25,5 (142)	45,3 (252)	-43,7/0,000
3	16,2 (90)	27,0 (150)	-40,0/0,000	2,9 (16)	19,8 (110)	-85,4/0,000
4	16,5 (92)	31,3 (174)	-47,3/0,000	1,1 (6)	5,8 (32)	-81,0/0,000
Всего...	100,0 (556)	100,0 (556)	0,0/-	100,0 (556)	100,0 (556)	0,0/-
χ^2/p	85,24/0,000			214,11/0,000		

Примечание. В скобках — абс. ед.

Здоровье и общество

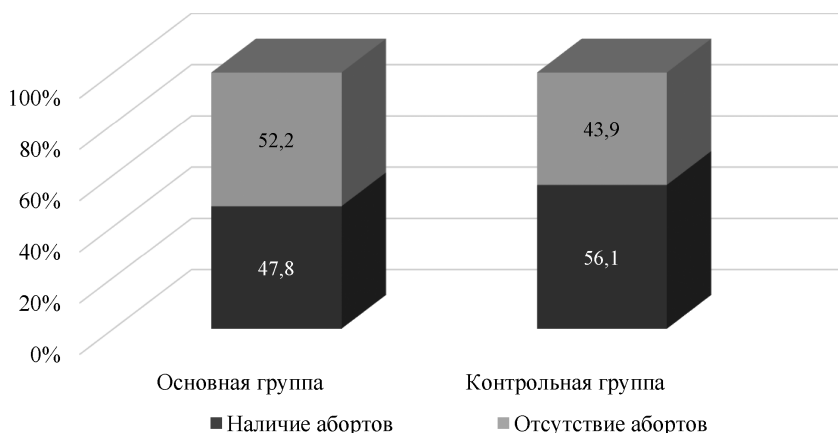


Рис. 2. Распределение пациенток по наличию и отсутствию абортов в анамнезе в зависимости от способа зачатия.

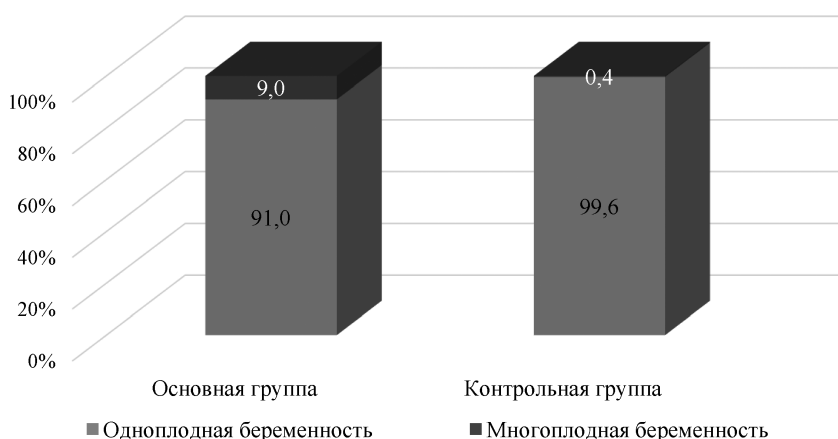


Рис. 3. Распределение пациенток по количеству плодов в зависимости от способа зачатия.

трольной — 18,3%. Соответственно, в старшем репродуктивном возрасте у пациенток с ЭКО патология плода встречалась на 3,3% чаще, чем у женщин с естественно наступившей беременностью ($p=0,162$). Распределение беременных позднего репродуктивного возраста, госпитализированных в родоразрешительное отделение акушерского стационара третьего уровня, по наличию и отсутствию патологии плода в настоящей беременности в зависимости от способа зачатия представлено на рис. 4.

Анализ структуры причин госпитализации в родоразрешительное отделение показал, что способ зачатия влиял на распределение пациенток по основным диагнозам при поступлении (табл. 2). Среди пациенток основной группы достоверно чаще отмечена госпитализация по причине преэклампсии средней тяжести и тяжелой (9% против 3,6%; $p=0,000$), угрожающих родов/выкидышей (15,9% против 7,2%; $p=0,000$) и плацентарной недостаточности (2,5% против 0,7%; $p=0,017$), но реже встречались ложные схватки (0,7% против

6,1%; $p=0,000$). В то же время у пациенток с ЭКО и со спонтанно наступившей беременностью была практически одинаковая частота применения кесарева сечения в родах ($p=0,818$). Однако среди пациенток с ЭКО основной причиной поступления в родоразрешительное отделение перинатального центра не являлись такие диагнозы, как патология плода, сахарный диабет и послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

Исследование выявило, что распределение пациенток родоразрешительного отделения по диагнозу при поступлении зависит от способа зачатия, что подтверждается высоким значением критерия Пирсона ($\chi^2=111,45$; $p=0,000$).

Обсуждение

В условиях, когда развитие современного государства привело к появлению больших возможностей для самореализации женщины, изменилась ее роль как в самом обществе в целом, так и в семье. Смена парадигмы привела к тому, что необходимость получения образования, построения карьеры и достижение определенного уровня жизни ощутимо сдвинули возраст деторождения [16]. С одной стороны, появившиеся возможности значительно повысили качество жизни современных женщин. С другой — с увеличением возраста появляется существенное количество дополнительных факторов риска для их здоровья [5, 17]. Это может негативно сказаться не только на течении беременности и родов, но и на способности женщин к зачатию [10, 18]. В последнее время на фоне демографических проблем проблема бесплодия становится особенно актуальной. Одним

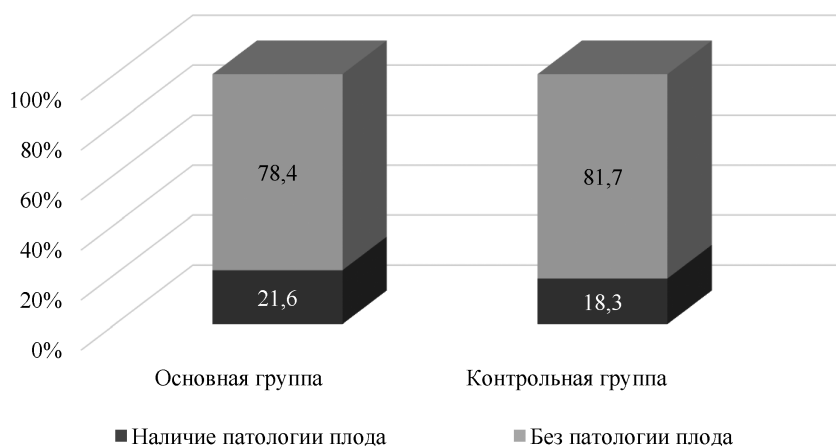


Рис. 4. Распределение пациенток по наличию и отсутствию патологии плода в настоящей беременности в зависимости от способа зачатия.

Распределение пациенток с различными способами зачатия по диагнозу при поступлении (в %)

Диагноз (код МКБ)	Основная группа	Контрольная группа	Показатель наглядности, %/р
Кесарево сечение (O82, O84.2)	51,8 (288)	51,1 (284)	1,4/0,818
Роды (O80, O81, O83, O84.0, O84.1, O84.8, O84.9)	12,6 (70)	14,7 (82)	–14,3/0,309
Патология плода (O36)	– (0)	2,2 (12)	0,0/—
Истмико-цервикальная недостаточность (O34.4)	3,2 (18)	2,2 (12)	45,5/0,303
Ложные схватки (O47.1, O47.9)	0,7 (4)	6,1 (34)	–88,5/0,000
Преэклампсия средней тяжести и тяжелая (O11, O14)	9,0 (50)	3,6 (20)	150,0/0,000
Сахарный диабет при беременности (O24.4)	0,0 (—)	4,0 (22)	0,0/—
Угрожающие роды/выкидыш (O20.0, O47.0)	15,9 (88)	7,2 (40)	120,8/0,000
Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери O34.2	– (0)	2,5 (14)	0,0/—
Плацентарная недостаточность (O43)	2,5 (14)	0,7 (4)	257,1/0,017
Предлежание плаценты (O44.0)	0,7 (4)	1,1 (6)	–36,4/0,478
Прочие	3,6 (20)	4,7 (26)	–23,4/0,358
Всего...	100 (556)	100 (556)	0,0/—

$$\chi^2=111,45; p=0,000$$

Примечание. В скобках — абс. ед.

из вариантов борьбы с бесплодием на сегодняшний день становятся ВРТ.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации материнство и детство, семья находятся под особой защитой государства, которое гарантирует право на бесплатную медицинскую помощь [19]. Социальные гарантии государства обеспечивают женщин с установленным диагнозом бесплодия возможностью получения услуг по ВРТ за счет средств ОМС. Также каждой женщине в последующем гарантировано оказание медицинской помощи в период беременности, во время родов и в послеродовой период [20]. Наше исследование показало, что 94,2% женщин позднего репродуктивного возраста, беременность которых наступила с помощью ЭКО, и 89,9% женщин со спонтанно наступившей беременностью получали медицинскую помощь в родовом отделении организации родовспоможения третьего уровня за счет средств ОМС. При этом доля платных услуг у пациенток с ЭКО была в 1,7 раза ниже, чем у женщин с естественным зачатием.

Проблема бесплодия и позднего материнства ведет к тому, что в большинстве случаев женщина не предполагает или не может иметь более одного ребенка [21]. Как показало наше исследование, при среднем возрасте матери $39,44 \pm 0,17$ года удельный вес первобеременных и первородящих женщин в группе пациенток с ЭКО был выше, чем в группе пациенток с естественным зачатием, в 2,2 и 2,4 раза соответственно. Кроме того, среди пациенток с ЭКО было в 6,4 раза меньше многодетных матерей.

В современных условиях применение ВРТ наряду с борьбой с абортами и мерами по снижению смертности населения рассматриваются в качестве основных направлений стимулирования прироста населения [4]. Оценка распространенности абортов в анамнезе у пациенток с разными способами зачатия выявила, что у беременных с ЭКО значительно реже в анамнезе были аборты, но на 1 роды приходилось большее число прерываний беременности.

Таким образом, в группе пациенток с ЭКО на одни роды приходится больше негативных исходов беременности, что требует принятия мер по улучшению системы диспансерного наблюдения женщин с бесплодием и их предгравидарной подготовки на амбулаторном этапе [22, 23].

Еще одной особенностью результата проведения процедуры ЭКО является высокая вероятность наступления многоплодной беременности, которая создает целый ряд рисков для ее течения и родов, а также для здоровья ребенка [24, 25]. Как показало проведенное исследование, многоплодная беременность у пациенток с ЭКО наступала в 22,5 раза чаще, чем при естественном зачатии. Таким образом, у женщин позднего репродуктивного возраста, беременность которых наступила с применением ЭКО, имеются повышенные риски преждевременных родов и рождения недоношенных детей.

В условиях сформированной трехуровневой системы организации акушерской и перинатальной помощи оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе региональных схем маршрутизации [6]. Это позволяет предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений [26]. В перинатальный центр в соответствии с возлагаемыми на него функциями акушерского стационара третьего уровня подлежат госпитализации все беременные с патологией плода (плодов), в том числе с задержкой роста, метаболическими заболеваниями и водянкой плода, а также при состояниях и заболеваниях, требующих выполнения фетальных вмешательств. Исследование выявило, что патология плода была выявлена у 21,6% пациенток с ЭКО и 18,6% с естественным зачатием, что, несмотря на разницу в 3,3%, не имело статистически значимых различий. Иными словами, практически у каждой пятой пациентки старшего репродуктивного возраста, госпитализированной в перинатальный центр, беременность осложнялась

Здоровье и общество

нарушениями и пороками развития ребенка, что может рассматриваться в качестве дополнительного аргумента необходимости снижения возраста материнства.

Однако, как показало исследование, среди основных диагнозов при госпитализации в перинатальный центр у беременных с ЭКО не было диагноза «патология плода», а среди беременных со спонтанной беременностью таких женщин было только 2,0%. При этом более половины беременных поступали в родовое отделение уже для родоразрешения. Данное несоответствие показывает, что у значительной части женщин патология плода не выявляется на амбулаторном этапе, а диагностируется только в акушерских стационарах третьего уровня [27].

Следует отметить очень высокий показатель частоты применения кесарева сечения в родах. Если в среднем по популяции в мегаполисе каждые третьи роды проводятся с применением данного оперативного пособия [28], то в нашем исследовании это были каждые вторые роды вне зависимости от способа наступления беременности. Кроме того, исследование выявило, что среди госпитализированных пациенток, беременность которых наступала при помощи ЭКО, значительно чаще основной причиной госпитализации была преэклампсия (средней тяжести и тяжелая), угрожающие роды/выкидыши и плацентарная недостаточность. Соответственно, имеется необходимость в дальнейшем улучшении системы антенатальной охраны плода в женских консультациях [29, 30].

Установлены особенности анамнестической характеристики пациенток с ЭКО по сравнению с естественным зачатием. Среди пациенток с ЭКО наблюдались более высокие показатели удельного веса первобеременных и первородящих женщин, соотношения аборт и родов, частоты многоплодных беременностей и частоты госпитализаций по причинам средней тяжести и тяжелой преэклампсии, угрожающих родов/выкидышей и плацентарной недостаточности.

Заключение

Проведенное исследование выявило особенности факторов медико-социального риска у беременных позднего репродуктивного возраста и их связь со способом зачатия. Доля первобеременных и первородящих женщин среди пациенток с ЭКО была значительно выше, а с двумя, тремя и более беременностями и родами — ниже, чем среди пациенток с естественным зачатием. При ЭКО удельный вес пациенток с абортами в анамнезе был ниже такового пациенток со спонтанной беременностью, но на одни роды приходилось большее число аборт.

Выявлено, что распространенность многоплодной беременности у пациенток с ЭКО была значительно выше, чем у пациенток с естественным зачатием. В то же время не установлено статистически значимых различий между показателями частоты

встречаемости патологии плода у пациенток основной и контрольной групп.

Установлены особенности действия факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста, что имеет важное значение для организации и управления здравоохранением в указанной предметной области.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ от 29.05.2017 № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954> (дата обращения 12.03.2025).
2. Указ Президента РФ от 22.11.2023 № 875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_472530/ (дата обращения 12.03.2025).
3. Национальные проекты. Режим доступа: <https://национальные-проекты.рф/new-projects/semya/> (дата обращения 12.03.2025).
4. Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (с изменениями и дополнениями) Приложение. Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г. Режим доступа: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=m58esxnsnq406250303> (дата обращения 12.03.2025).
5. Иванов Д. О., Орел В. И., Криволесова Т. А., Бородкина О. И. Оценка пациентками доступности медицинской помощи при подготовке к экстракорпоральному оплодотворению. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2023;22(4):66—71. doi: 10.20953/1726-1678-2023-4-66-71
6. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/565780446?ysclid=lxouou9ll6688979718> (дата обращения 12.03.2025).
7. Клинические рекомендации «Женское бесплодие» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2024 г.) Режим доступа: <https://base.garant.ru/409466695/?ysclid=m58exw5rdx725823412> (дата обращения 12.03.2025).
8. Российская Ассоциация Репродукции Человека. Режим доступа: <https://www.rahr.ru/> (дата обращения 12.03.2025).
9. Ковтун О. П., Плаксина А. Н., Макутина В. А. Информационно-аналитические системы для оценки перинатальных исходов и состояния здоровья детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2020;65(1):45—50. doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-45-50
10. Мурзаханова А. Ф., Ослопов В. Н., Хазова Е. В. Состояние здоровья детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения: вероятные риски и возможные осложнения. *Практическая медицина*. 2020;18(3):43—50. doi: 10.32000/2072-1757-2020-3-43-50
11. Соболева М. К., Киншт Д. А. Основные показатели здоровья новорожденных от одноплодной индуцированной беременности. *Мать и Дитя в Кузбассе*. 2020;83(4):4—11. doi: 10.24411/2686-7338-2020-10042
12. Огнерубов Н. А. Опухоли головы и шеи и вспомогательные репродуктивные технологии: социально-правовой аспект. *Опухоли головы и шеи*. 2020;10(3):90—6. doi: 10.17650/2222-1468-2020-10-3-90-96
13. Михеева Е. М., Пенкина Н. И. Течение неонатального периода у детей, родившихся с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. *Практическая медицина*. 2019;17(5):180—4. doi: 10.32000/2072-1757-2019-5-180-184
14. Проватар Н. П., Каширская Е. И., Кузьмин В. Н., Николаев А. А., Ерачин И. И. Показатели состояния железа в пуповинной крови недоношенных, рожденных по технологии ЭКО. *Лечащий Врач*. 2022;25(7-8):71—5. doi: 10.51793/OS.2022.25.8.011

15. Дадаева Т. М., Баранова В. В. Вспомогательные репродуктивные технологии в репродуктивном поведении городской молодежи (опыт пилотажного исследования). *Регионология*. 2019;27(1):138—55. doi: 10.15507/2413-1407.106.027.201901.138-155
16. Спиридонов Д. В., Полякова И. Г. Феномен отложенного материнства и вспомогательные репродуктивные технологии: социально-экономические и демографические аспекты. *Мир России*. 2024;33(3):75—98. doi: 10.17323/1811-038X-2024-33-3-75-98
17. Шапошникова Е. В., Базина М. И., Менчик М. М. и др. Особенности течения беременности и родоразрешение у пациенток с нарушениями углеводного обмена. *РМЖ. Мать и дитя*. 2020;3(3):163—8. doi: 10.37800/RM2020-3-3-163-168
18. Оразов М. Р., Радзинский В. Е., Хамошина М. Б., Михалева Л. М., Волкова С. В., Абитова М. З. Причины эндометриоз-ассоциированного бесплодия. *Репродуктивная медицина*. 2020;43(2):43—8. doi: 10.37800/RM2020-1-17
19. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aa9ef144d2cb0d/?ysclid=m58feab9t4729567186 (дата обращения 12.03.2025).
20. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 26.09.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/4c25fd1ca8556d4101f9f5e5f00c63357bbbdd4c/?ysclid=m58fgwhb6t491864789 (дата обращения 12.03.2025).
21. Моисеева К. Е., Юрьев В. К., Харбедия Ш. Д., Шевцова К. Г., Алексеева А. В., Кирушина М. Ю. Возрастные особенности акушерско-гинекологического профиля женщин, преодолевших бесплодие при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]* 2024;70(1):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1566/30/lang.ru/> (дата обращения 12.03.2025). doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-1
22. Мирзахметова Д. Д., Курманова А. М., Ибраева Д. Е., Рыскельдиева К. Ж., Курбаниязова С. А. Динамика основных индикаторов перинатальной помощи в регионе с высокой рождаемостью. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]* 2022;68(2):7. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-2-7. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1361/30/lang.ru/> (дата обращения 12.03.2025)
23. Мусалаева И. О., Тарасенко Е. В., Костин И. Н., Азова М. М., Оленев А. С. Преждевременные роды: новые возможности прогнозирования. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2020;8(3):10—4. doi: 10.24411/2303-9698-2020-13901
24. Баринев С. В., Белинина А. А., Колядо О. В., Молчанова И. В., Шкрет А. А., Степанов С. С. Предикторы невынашивания при многоплодной беременности. *Медицинский совет*. 2020;(3):144—50. doi: 10.21518/2079-701X-2020-3-144-150
25. Гриднев О. В., Гришина Н. К., Соловьева Н. Б., Варганян Э. А. Пути совершенствования управления организацией и оказанием помощи женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(1):45—50. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-45-50
26. Тюмина О. В. Организация медицинской помощи женщинам с бесплодием при низком овариальном резерве. *Medical & pharmaceutical journal «Pulse»*. 2022;24(6):33—56. doi: 10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-6
27. Бушмелева Н. Н., Вахрушева Ю. Н. Этиопатогенетический аспект ранних репродуктивных потерь при совершенствовании организации медицинской помощи женщинам (аналитический обзор). *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]* 2020;66(5):6. doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-5-6. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1199/30/lang.ru/> (дата обращения 12.03.2025).
28. Пачковская О. Ю., Игитова М. Б., Дмитриенко К. В. Возможности естественного родоразрешения женщин с рубцом на матке с учетом перинатального риска. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2021;(3):58—62. doi: 10.35177/1994-5191-2021-3-58-62
29. Николаева М. Г., Щеклеина К. В., Момот А. П., Терехина В. Ю., Григорьева Е. В. Роль коагуляционного гемостаза в реализации ранней преэклампсии у пациенток низкого риска. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2022;16(4):391—400. doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.324
30. Малышкина А. И., Григушкина Е. В., Таланова И. Е. Факторы риска угрозы прерывания беременности у женщин с привычным невынашиванием: анализ анкетного опроса 353 беременных женщин. *Гинекология*. 2022;24(2):126—31. doi: 10.26442/20795696.2022.2.201342

Поступила 10.08.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

1. Decree of the President of the Russian Federation of 29.05.2017 No. 240 “On declaring the Decade of Childhood in the Russian Federation”. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
2. Decree of the President of the Russian Federation of 22.11.2023 No. 875 “On holding the Year of the Family in the Russian Federation”. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_472530/ (accessed 12.03.2025) (in Russian).
3. National projects. Available at: <https://национальныепроекты.рф/new-projects/semya/> (accessed on 12.03.2025) (in Russian).
4. Decree of the President of the Russian Federation of October 9, 2007 No. 1351 “On Approval of the Concept of the Demographic Policy of the Russian Federation through 2025” (with amendments and additions) Appendix. Concept of the Demographic Policy of the Russian Federation through 2025. Available at: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=m58esxnsnq406250303> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
5. Ivanov D. O., Orel V. I., Krivolesova T. A., Borodkina O. I. Patients' assessment of the availability of medical care in preparation for in vitro fertilization. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2023;22(4):66—71. doi: 10.20953/1726-1678-2023-4-66-71 (in Russian).
6. Order of the Ministry of Health of Russia dated July 31, 2020 No. 803n “On the procedure for using assisted reproductive technologies, contraindications and restrictions to their use”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/565780446?ysclid=lxouou9ll6688979718> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
7. Clinical guidelines “Female infertility” (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation, 2024). Available at: <https://base.garant.ru/409466695/?ysclid=m58exw5rdx725823412> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
8. Russian Association of Human Reproduction. Available at: <https://www.rahr.ru/> (accessed on 12.03.2025) (in Russian).
9. Kovtun O. P., Plaksina A. N., Makutina V. A. Information and analytical systems for assessing perinatal outcomes and health status of children born with the help of assisted reproductive technologies. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2020;65(1):45—50. doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-45-50 (in Russian).
10. Murzakhanova A. E., Oslopov V. N., Khazova E. V. Health status of children born after in vitro fertilization: probable risks and possible complications. *Prakticheskaya meditsina*. 2020;18(3):43—50. doi: 10.32000/2072-1757-2020-3-43-50 (in Russian).
11. Soboleva M. K., Kinsht D. A. Main indicators of health of newborns from singleton induced pregnancy. *Mat' i Ditya v Kuzbasse*. 2020;83(4):4—11. doi: 10.24411/2686-7338-2020-10042 (in Russian).
12. Ognerubov N. A. Head and neck tumors and assisted reproductive technologies: social and legal aspect. *Opukholi golovy i shei*. 2020;10(3):90—6. doi: 10.17650/2222-1468-2020-10-3-90-96 (in Russian).
13. Mikhheeva E. M., Penkina N. I. The course of the neonatal period in children born using assisted reproductive technologies. *Prakticheskaya meditsina*. 2019;17(5):180—4. doi: 10.32000/2072-1757-2019-5-180-184 (in Russian).
14. Provatar N. P., Kashirskaya E. I., Kuzmin V. N., Nikolaev A. A., Erachin I. I. Indicators of iron status in the umbilical cord blood of premature infants born using IVF technology. *Lechashchiy Vrach*. 2022;25(7-8):71—5. doi: 10.51793/OS.2022.25.8.011 (in Russian).
15. Dadaeva T. M., Baranova V. V. Assisted reproductive technologies in the reproductive behavior of urban youth (experience of a pilot study). *Regionologiya*. 2019;27(1):138—55. doi: 10.15507/2413-1407.106.027.201901.138-155 (in Russian).
16. Spiridonov D. V., Polyakova I. G. The phenomenon of delayed motherhood and assisted reproductive technologies: socio-economic and demographic aspects. *Mir Rossii*. 2024;33(3):75—98. doi: 10.17323/1811-038X-2024-33-3-75-98 (in Russian).

Здоровье и общество

17. Shaposhnikova E. V., Bazina M. I., Mencik M. M. et al. Features of the course of pregnancy and delivery in patients with carbohydrate metabolism disorders. *RMJ. Mat' i ditya*. 2020;3(3):163–8. doi: 10.32364/2618-8430-2020-3-3-163-168 (in Russian).
18. Orazov M. R., Radzinsky V. E., Khamoshina M. B., Mikhaleva L. M., Volkova S. V., Abitova M. Z. Causes of endometriosis-associated infertility. *Reproduktivnaya meditsina*. 2020;43(2):43–8. doi: 10.37800/RM2020-1-17 (in Russian).
19. Constitution of the Russian Federation (adopted by popular vote on 12.12.1993 with amendments approved during the all-Russian vote on 01.07.2020). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aae9f144d2cb0d/?ysclid=m58fe-ab9t4729567186 (accessed 12.03.2025) (in Russian).
20. Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ (as amended on 08.08.2024, as amended on 26.09.2024) "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" (as amended and supplemented, entered into force on 01.09.2024). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/4c25fd1-ca8556d4101f9f5ef00c63357bbdd4c/?ysclid=m58fg-whb6t491864789 (accessed 12.03.2025) (in Russian).
21. Moiseeva K. E., Yuryev V. K., Kharbediya Sh. D., Shevtsova K. G., Alekseeva A. V., Kiryushina M. Yu. Age-related features of the obstetric and gynecological profile of women who overcame infertility with the help of assisted reproductive technologies. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [online publication] 2024;70(1):9. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1566/30/lang.ru/> (accessed 12.03.2025). doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-1 (in Russian).
22. Mirzakhmetova D. D., Kurmanova A. M., Ibraeva D. E., Ryskeldieva K. Zh., Kurbanyazova S. A. Dynamics of the main indicators of perinatal care in a region with a high birth rate. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [online publication] 2022;68(2):7. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-2-7. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1361/30/lang.ru/> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
23. Musalaeva I. O., Tarasenko E. V., Kostin I. N., Azova M. M., Olenev A. S. Preterm birth: new possibilities for forecasting. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obucheniye*. 2020;8(3):10–4. doi: 10.24411/2303-9698-2020-13901 (in Russian).
24. Barinov S. V., Belina A. A., Kolyado O. V., Molchanova I. V., Shkret A. A., Stepanov S. S. Predictors of miscarriage in multiple pregnancies. *Medical Council*. 2020;(3):144–50. doi: 10.21518/2079-701X-2020-3-144-150 (in Russian).
25. Gridnev O. V., Grishina N. K., Solovieva N. B., Vartanyan E. A. Ways to improve the management of the organization and provision of assistance to women diagnosed with habitual miscarriage. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(1):45–50. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-45-50 (in Russian).
26. Tyumina O. V. Organization of medical care for women with infertility and low ovarian reserve. *Medical & pharmaceutical journal "Pulse"*. 2022;24(6):33–56. doi: 10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-6 (in Russian).
27. Bushmeleva N. N., Vakhrusheva Yu. N. Etiopathogenetic aspect of early reproductive losses in improving the organization of medical care for women (analytical review). *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [online publication] 2020;66(5):6. doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-5-6. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1199/30/lang.ru/> (accessed 12.03.2025) (in Russian).
28. Pachkovskaya O. Yu., Igitova M. B., Dmitrienko K. V. Possibilities of natural childbirth in women with a scar on the uterus, taking into account the perinatal risk. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2021;(3):58–62. doi: 10.35177/1994-5191-2021-3-58-62 (in Russian).
29. Nikolaeva M. G., Shchekleina K. V., Momot A. P., Terekhova V. Yu., Grigorieva E. V. The role of coagulation hemostasis in the implementation of early preeclampsia in low-risk patients. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivnaya meditsina*. 2022;16(4):391–400. doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.324 (in Russian).
30. Malysheva A. I., Grigushkina E. V., Talanova I. E. Risk factors for threatened termination of pregnancy in women with recurrent miscarriage: analysis of a questionnaire survey of 353 pregnant women. *Gynecology*. 2022;24(2):126–31. doi: 10.26442/20795696.2022.2.201342 (in Russian).