

**ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ**

**АЛЕШКИНА ОКСАНА СЕРГЕЕВНА**, ORCID ID: 0000-0002-0505-197X; заместитель главного врача по медицинской части ГБУ РО «Городская клиническая больница № 8», Россия, г. Рязань, ул. Каширина, 6; e-mail: aleshkinaoxana@yandex.ru

**КОНОВАЛОВ ОЛЕГ ЕВГЕНЬЕВИЧ**, ORCID ID: 0000-0003-1974-9882; докт. мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России. Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 10, корп. 2; e-mail: konovalov\_oe@mail.ru

**ШУЛАЕВ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**, ORCID ID: 0000-0002-2073-2538; докт. мед. наук, профессор, проректор, заведующий кафедрой общей гигиены ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Россия, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; e-mail: alexs\_shu@mail.ru

**ПРИСТУПА ЕВГЕНИЯ МИХАЙЛОВНА**, ORCID ID: 0000-0002-1227-5939; канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9; e-mail: empristupa@mail.ru

**БРЕУСОВ АЛЕКСЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ**, ORCID ID: 0000-0003-2335-3338; докт. мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России. Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 10, корп. 2; заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения института непрерывного образования с учебным центром бережливых технологий ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. Россия, г. Курск, ул. К. Маркса, 3; e-mail: ab69@yandex.ru

**Реферат. Введение.** Для всех ранних репродуктивных потерь общей является необходимость проведения восстановительного лечения. **Цель исследования** – проанализировать опыт гинекологической больницы г. Рязани по 3-х этапной комплексной реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями. **Материал и методы.** Разработка указанного алгоритма проводилась на основании анализа результатов исследований и опыта ведущих научных центров. Был выполнен социологический опрос среди 128 акушеров-гинекологов, работающих в гинекологическом отделении больницы и женских консультациях г. Рязани. **Результаты и их обсуждение.** Результаты проведенного социологического опроса среди акушеров-гинекологов подтвердили важность реабилитационных мероприятий после ранней репродуктивной потери, а также оценки состояния здоровья женщин, включая психоэмоциональный статус. При этом 44,8% респондентов считали, что реабилитацию женщин после ранней потери беременности целесообразно проводить в условиях дневного стационара, 23,9% - в стационаре круглосуточного пребывания, 21,6% - амбулаторно, затруднились с ответом 9,7% опрошенных врачей. Дается описание содержания каждого из трех этапов (стационарного, восстановительного и поддерживающего) разработанной и апробированной схемы комплексной реабилитации. По итогам проведения третьего этапа врач дает комплексную оценку репродуктивного здоровья женщины после потери беременности, совместно с пациенткой определяет её дальнейший репродуктивный план: либо назначить надежную контрацепцию, либо прерадиварную подготовку. **Выводы.** Внедрение трехэтапной схемы реабилитации позволяет оказать в полном объеме специализированную медицинскую помощь по восстановлению репродуктивного здоровья и психоэмоциональной сферы женщинам с ранней репродуктивной потерей, а также сформировать их дальнейшие репродуктивные планы.

**Ключевые слова:** ранние репродуктивные потери, реабилитация, этапы.

**Для ссылки:** Алешкина О.С., Коновалов О.Е., Шувалов А.В. и др. Этапы реабилитации женщин после ранних репродуктивных потерь // Вестник современной клинической медицины. – 2023. – Т.16, вып.4. – С.124-131. DOI: 10.20969/VSKM.2023.16(4).124-131.

**STAGES OF REHABILITATION FOR WOMEN AFTER EARLY REPRODUCTIVE LOSS**

**ALESHKINA OKSANA S.**, ORCID ID: 0000-0002-0505-197X; deputy chief physician for the medical department of City Clinical Hospital No. 8, Russia, Ryazan, ul. Kashirina, 6; e-mail: aleshkinaoxana@yandex.ru

**KONVALOV OLEG E.**, ORCID ID: 0000-0003-1974-9882; D. Med. Sci., Professor of the Department of Public Health, Health Care and Hygiene of the Medical Institute of the Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba. Russia, Moscow, st. Miklukho-Maklaya, 10, bldg. 2; e-mail: konovalov\_oe@mail.ru

**SHULAYEV ALEXEY V.**, ORCID ID: 0000-0002-2073-2538; Dr. Med. Sci., Professor, Vice-Rector, Head of the Department of General Hygiene of the Kazan State Medical University. Russia, Kazan, st. Butlerova, 49; e-mail: alexs\_shu@mail.ru

**PRISTUPA EVGENIA M.**, ORCID ID: 0000-0002-1227-5939; C. Med. Sci., Associate Professor, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Ryazan State Medical University. acad. I.P. Pavlov. Russia, Ryazan, st. High voltage, 9; e-mail: empristupa@mail.ru

**BREUSOV ALEXEY V.**, ORCID ID: 0000-0003-2335-3338; D. Med. Sci., Professor of the Department of Public Health, Health Care and Hygiene of the Medical Institute of the Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba. Russia, Moscow, st. Miklukho-Maklaya, 10, bldg. 2; head of department Public Health and Healthcare of the

**Abstract. Introduction.** For all early reproductive losses, the need for restorative treatment is common. **Aim.** The purpose of the study is to analyze the experience of the gynecological hospital in Ryazan on a 3-stage comprehensive rehabilitation of women with early reproductive losses. **Material and Methods.** The development of this algorithm was carried out on the basis of an analysis of the results of research and the experience of leading research centers. A sociological survey was carried out among 128 obstetrician-gynecologists working in the gynecological department of the hospital and antenatal clinics in Ryazan. **Results and discussion.** The results of a sociological survey among obstetricians-gynecologists confirmed the importance of rehabilitation measures after early reproductive loss, as well as assessing the health status of women, including in terms of psycho-emotional status. At the same time, 44.8 % of respondents believed that the rehabilitation of women after early pregnancy loss should be carried out in a day hospital, 23.9% in a round-the-clock hospital, 21.6% - on an outpatient basis, 9.7% of the surveyed doctors found it difficult to answer. A description is given of the content of each of the three stages (stationary, restorative and supportive) of the developed and tested scheme of complex rehabilitation. Based on the results of the third stage, the doctor gives a comprehensive assessment of the woman's reproductive health after the loss of pregnancy, together with the patient determines her further reproductive plan: either prescribe reliable contraception or prenatal preparation. **Conclusion.** Implementation The three-stage rehabilitation scheme makes it possible to provide full-scale specialized medical care for the restoration of reproductive health and psycho-emotional sphere to women with early reproductive loss, as well as to form their further reproductive plans.

**Keywords:** early reproductive losses, rehabilitation, stages.

**For reference:** Aleshkina OS, Konovalov OE, Shuvalov AV, et al. Stages of rehabilitation of women after early reproductive losses. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2023; 16(4): 124-131.

**DOI:** 10.20969/VSKM.2023.16(4).124-131.

**В**ведение. К ранним спонтанным репродуктивным потерям относятся все случаи самопроизвольного прерывания беременности на сроках до 12 недель [1, 2]. В 2020 г. в Российской Федерации зарегистрировано 86,4 тыс. самопроизвольных аборт, что составило 19,3% от общего числа аборт или 2,5 на 1000 женщин репродуктивного возраста. Абсолютное число самопроизвольных аборт уменьшилось – по сравнению с 2005 г. в 2 раза (168,1 тыс. случаев). Сокращается их частота на 1000 женщин репродуктивного возраста – в 2005 г. 4,5. Однако доля самопроизвольных аборт среди всех аборт за указанный период увеличилась с 11,2% до 19,3% соответственно [3]. Общей чертой всех ранних репродуктивных потерь является необходимость обязательного восстановительного лечения, высокая эффективность физиотерапевтических методов, необходимость решения медико-социальных проблем [4, 5, 6]. ВОЗ в понятии реабилитации после аборт предлагает выделять 3 фазы: стационарную, выздоровления и поддерживающую.

Серова О.Ф., Мельник Т.Н. [7] считают одним из этапов реабилитации после прерываний беременности диспансеризацию женщин на срок от одного (после медикаментозного аборт) до шести (после хирургического прерывания) месяцев. Актуальной является также разработка структурно-функциональной модели мониторинга состояния репродуктивного здоровья женщин с диагнозом привычное невынашивание [8, 9].

Число женщин с потерями беременности в Рязанской области достигает 2000 в год, их них почти 70 % получают медицинскую помощь в ГБУ РО «ГКБ №8». С целью выработки общих подходов к реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями в условиях наличия квалифицированных кадров, необходимого оборудования и лекарственного обеспечения на основании имеющихся

нормативов [10, 11] был разработан алгоритм реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями.

**Цель исследования:** проанализировать опыт гинекологической больницы г. Рязани по 3-х этапной комплексной реабилитации женщин с ранними репродуктивными потерями.

**Материалы и методы.** Разработка алгоритма реабилитации женщин после ранних репродуктивных потерь проводилась на основании анализа результатов исследований и опыта ведущих научных центров. В частности, это Концепция реабилитации и алгоритм ведения женщин после хирургического аборт, разработанные НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России [12].

Изучался протокол МАРС «Неразвивающаяся беременность» [13], которым введены в практику алгоритмы обследования, ведения и реабилитации женщин с несостоявшимся выкидышем. Данная патология является самой распространенной среди всех ранних репродуктивных потерь, поэтому принципы реабилитации после неразвивающейся беременности стали основополагающими при разработке алгоритма 3-х этапной комплексной реабилитации, которые были разработаны и внедрены в практику работы ГБУ РО «ГКБ №8» г. Рязани.

Проводился социологический опрос 128 акушеров-гинекологов, работающих в государственных (85,8% респондентов) и частных (14,2%) медицинских организациях г. Рязани. Среди опрошенных 43,2% работали в гинекологическом отделении больницы и 56,8% в женских консультациях. На врачей-ординаторов пришлось 83,3%, на заведующих отделением – 16,7%. Имели стаж работы по специальности до 10 лет 21,9%, от 10 до 30 лет – 58,6 %, 30 лет и больше – 19,5%.

Математическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики.

Протокол исследования был одобрен на заседании локального этического комитета медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы.

**Результаты и их обсуждение.** Важность проведения реабилитационных мероприятий после ранней репродуктивной потери, а также оценки состояния здоровья женщин, в том числе с точки зрения психоэмоционального статуса, подтверждается результатами проведенного социологического опроса среди акушеров-гинекологов. На вопрос: «Как Вы считаете, нуждаются ли женщины с ранней потерей беременности в дополнительном мониторинге состояния здоровья и реабилитации?» дали утвердительный ответ 92,1% опрошенных акушеров-гинекологов. При этом 44,8% респондентов считали, что реабилитацию женщин после ранней потери беременности целесообразно проводить в условиях дневного стационара, 23,9% - в стационаре круглосуточного пребывания, а 21,6% - амбулаторно. Еще 9,7% врачей затруднились с ответом. Следует отметить, что общая оценка уровня преемственности между амбулаторным и стационарным звеном оказания медицинской помощи женщинам с ранней репродуктивной потерей по 5-балльной шкале составила всего 3,3 балла.

На вопрос: «Используете ли Вы какой-либо алгоритм реабилитации женщин при ранней потере беременности?» 36,7% опрошенных акушеров-гинекологов ответили «да» и 28,1% - «скорее да, чем нет». Остальные респонденты дали отри-

цательный ответ. Согласно полученным данным, назначали консультацию психолога женщинам с ранней потерей беременности всегда или часто 53,5% акушеров-гинекологов, редко или никогда – 46,5%. При этом необходимость дополнительного обучения по вопросам реабилитации женщин с ранней репродуктивной потерей отметили 81,9% опрошенных акушеров-гинекологов.

Настоятельная потребность в разработке и внедрении поэтапного многокомпонентного комплекса мер по восстановлению репродуктивного здоровья женщин с учетом особенностей течения послеабортного периода и применением адекватных лечебно-диагностических и психопрофилактических методов привела к разработке трехэтапной схемы реабилитации.

#### **Первый (стационарный) этап реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери**

Концепция первого этапа реабилитации формируется непосредственно при поступлении пациентки в стационар. При госпитализации (в экстренном или плановом порядке) проводятся осмотр, сбор анамнеза, клинико-лабораторное обследование, установка клинического диагноза, прерывание беременности медикаментозным либо хирургическим способом, антибиотикопрофилактика, раннее начало реабилитации, направленное на профилактику хронического эндометрита. Содержание первого этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери представлено на рисунке 1.

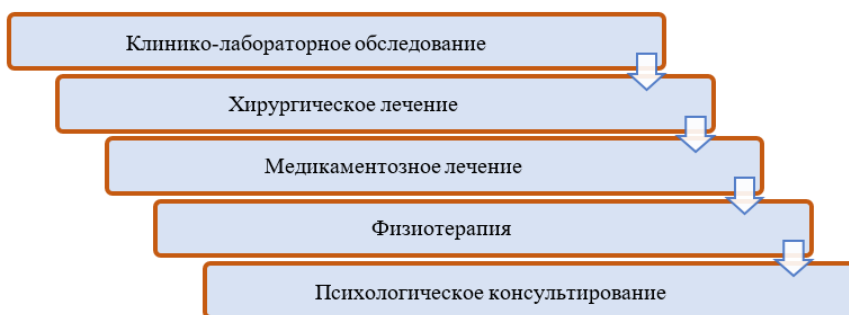


Рис.1. Содержание первого этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери  
Fig.1. The content of the first stage of rehabilitation of women after early reproductive loss

Пути госпитализации: по направлению врача женской консультации или поликлиники (в случае наличия клинических проявлений аборта доставляется исключительно бригадой скорой медицинской помощи, при отсутствии жалоб и клинических проявлений может быть отправлена самостоятельно с учетом времени и расстояния до стационара), бригадой скорой медицинской помощи из дома и др., либо женщина может обратиться самостоятельно в медицинскую организацию.

План обследования женщин представлен на рисунке 2.

Физикальное обследование женщин включает: общий визуальный осмотр, измерение температуры тела, артериального давления периферических

вен, частоты сердечных сокращений и дыхательных движений, роста и массы тела, определение предельно допустимой кровопотери (клинические рекомендации Минздрава России «Выкидыщ (самопроизвольный аборт)» 2021 год).

При гинекологическом обследовании проводится осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование (клинические рекомендации Минздрава России «Выкидыщ (самопроизвольный аборт)» 2021 год).

Клинико-лабораторное обследование подразумевает: ультразвуковое исследование органов малого таза, определение уровня ХГЧ в сыворотке крови, электрокардиография, анализ крови развернутый, биохимический анализ крови, коагулограм-



Рис.2. Схема обследования женщин в приемном отделении  
Fig.2. Scheme of examination of women in the admissions department

ма, общий анализ мочи, определение группы крови и резус-фактора, определение антител к бледной трепонеме в крови (RW), ВИЧ, гепатитам В и С, микроскопия влагалищных мазков (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. № 590н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности»).

План лечения формируется с учетом медицинских показаний и противопоказаний в каждой конкретной клинической ситуации и включает:

1. Удаление содержимого полости матки:

1.1. Вариант 1: хирургическое удаление содержимого полости матки (остатки хориальной ткани, погибшее плодное яйцо). Необходимые условия: наличие ИДС пациентки на данный вид вмешательства, антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия, адекватное обезболивание, соблюдение требований асептики и антисептики для хирургического профиля, достаточная квалификация врача акушера-гинеколога для проведения данного вида вмешательства, соблюдение техники проведения вмешательства.

1.2. Вариант 2: медикаментозное опорожнение полости матки. Необходимые условия: наличие ИДС пациентки на данный вид вмешательства, достаточная квалификация врача акушера-гинеколога для проведения данного вида вмешательства, соблюдение технологии проведения вмешательства.

2. Начало реабилитационных мероприятий:

2.1 Антибиотикотерапия.

2.2 Восстановление водно-электролитного баланса, факторов плазмы и крови при величине кровопотери, превышающей предельно допустимую.

2.3 Физические методы лечения через 2-4 часа после хирургического аборта, не позднее 24 часов после медикаментозного опорожнения полости матки. Применяются преформированные (искусственно созданные) физические факторы, обладающие противовоспалительным и обезболивающим эффектом, а также нормализующие процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга (И.А. Аполихина и соавт., 2015).

2.4 Психологическое консультирование: определение психо-социального статуса женщины в так

называемый «острый период», стабилизация психоэмоционального состояния.

Данные о пациентке вносятся в систему мониторинга: ФИО, дата рождения, семейное положение, социальное положение, количество детей, количество прерываний беременности, наличие тяжелых хронических заболеваний, гинекологические заболевания, основной клинический диагноз, даты госпитализации, дата и способ прерывания беременности, проведенное лечение, особенности течения в послеоперационном периоде (температура, количество и длительность кровянистых выделений, оценка психоэмоционального состояния на основе консультации психолога), на какой день выписана, проведенная терапия. В смартфоне пациентки можно установить приложение, сопряженное с программой мониторинга, в котором она может фиксировать характеристики своего состояния: боли, характер выделений (обильные, умеренные, кровянистые, слизистые, жидкие, густые, с запахом или без), общее самочувствие (хорошее, удовлетворительное, слабость, выраженная слабость, температура тела). Фиксируется дата следующей госпитализации для проведения реабилитационной терапии, направленной на профилактику хронического эндометрита, восстановление репродуктивного здоровья.

**Второй (восстановительный) этап реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери**

Госпитализация (в плановом порядке) – осмотр, сбор анамнеза не требуется в целом, т.к. имеются данные в системе мониторинга, что сократит временные затраты врача, клинико-лабораторное обследование – общеклинический анализ крови и мочи, мазок на микрофлору, бак. посев на микрофлору и чувствительность к АБ, УЗИ органов малого таза, коагулограмма в случае подозрения на наличие коагулопатий. На данном этапе проводится оценка состояния эндометрия и яичников на основании УЗИ, оценка состояния вагинальной микрофлоры. При наличии показаний – антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, санация влагалища и восстановление вагинальной микрофлоры. 2 этап реабилитации включает в себя следующую эфферентную тера-

пию: синусоидальные моделированные токи, абдоминальная декомпрессия, ультразвуковая или интерференцтерапия. Сроки проведения 2 этапа реабилитации – 5-6 день после начала очередной менструации после прерывания беременности. Проводится повторная консультация психолога. Желательно проводить ее совместно с мужем. На данном этапе анализируется прошедший период,

определяются ключевые проблемы, «болевы точки», при необходимости назначается консультация психотерапевта.

Госпитализация через 1 месяц после прерывания беременности на 5-6 день после начала очередной менструации. Содержание второго этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери представлено на рисунке 3.

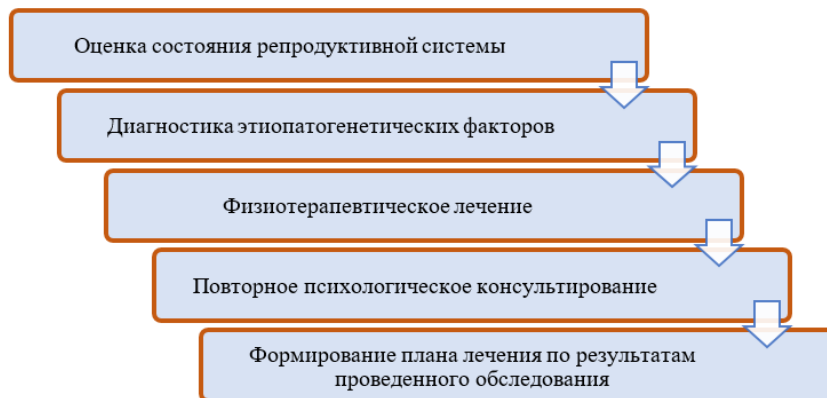


Рис.3. Содержание второго этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери  
Fig.3. The content of the second stage of rehabilitation of women after early reproductive loss

1. Оценка состояния репродуктивной системы:

- 1.1. Сбор жалоб и анамнеза, определение состояния менструальной и сексуальной функций.
- 1.2. Общий и гинекологический осмотр.
- 1.3. Общее клинико-лабораторное обследование.
- 1.4. УЗИ органов малого таза – оценка состояния яичников, матки и эндометрия, исследование влагалищной микрофлоры, кольпоскопия.

2. Диагностика этиопатогенетических факторов:

- 2.1. Инфекционный фактор: посев на микоплазмы, уреоплазмы, ПЦР на хламидии, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, бакпосев на микрофлору влагалища и чувствительность к антибиотикам.
- 2.2. При наличии тромбофилического анамнеза: уровень гомоцистеина, диагностика антифосфолипидного синдрома и генетических мутаций (генотип Лейдена, мутации гена протромбина F2, мутации гена ингибитора активатора плазминогена PAI-1), протромбиновый комплекс (МНО+протромбин).

2.3. При наличии показаний – консультация генетика.

2.4. Гормональное исследование.

3. Физиотерапевтическое лечение: синусоидальные моделированные токи, абдоминальная декомпрессия, ультразвуковая или интерференцтерапия, внутривенное введение озонированных растворов. Физиолечение направлено на максимальное структурно-функциональное восстановление эндометрия.

4. Повторное психологическое консультирование:

4.1. желательно парное консультирование (совместно с партнером).

4.2. анализ психосоциального статуса за прошедший период, определение и работа с ключевыми проблемами, определение показаний для консультации психотерапевта.

4.3. определение необходимости организации медико-социальной поддержки.

5. Формирование плана лечения по результатам проведенного обследования:

- 5.1. Лечение ИППП, неспецифических воспалительных заболеваний.
- 5.2. Лечение заболеваний матки и придатков.
- 5.3. Коррекция тромбофилических и аутоиммунных нарушений.
- 5.4. Лечение гормональных нарушений.
- 5.5. Лечение сопутствующих заболеваний.

В систему мониторинга вносятся следующие данные: дата начала очередной менструации после прерывания беременности, УЗ – характеристика состояния эндометрия и яичников, состояние вагинальной микрофлоры, состояние психоэмоционального статуса по результатам консультации психолога, вид контрацепции, комплаентность к данному виду контрацепции. Фиксируется дата следующей госпитализации, данная информация указывается в выписке.

### Третий (поддерживающий) этап реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

Госпитализация (в плановом порядке через 3 месяца после потери беременности) – осмотр, сбор анамнеза не требуется в целом, т.к. имеются данные в системе мониторинга, что сократит временные затраты врача, клинико-лабораторное обследование – общеклинический анализ крови и

мочи, мазок на микрофлору, УЗИ органов малого таза, по показаниям - пайпель-биопсия эндометрия, коагулограмма в случае подозрения на наличие коагулопатий. На данном этапе проводится оценка состояния эндометрия и яичников на основании УЗИ, оценка состояния эндометрия на основе пайпель-биопсии, оцен-

ка состояния вагинальной микрофлоры. Данный этап реабилитации включает в себя также следующую эфферентную терапию: лазеротерапию, гирудотерапию, грязелечение.

Содержание третьего этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери представлено на рисунке 4.

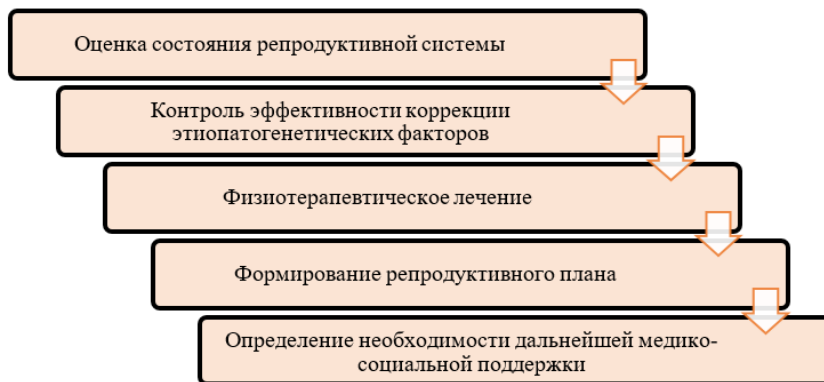


Рис.4. Содержание третьего этапа реабилитации женщин после ранней репродуктивной потери

Fig.4. The content of the third stage of rehabilitation of women after early reproductive loss

1. Оценка состояния репродуктивной системы:
  - 1.1. Сбор жалоб и анамнеза, определение состояния менструальной и сексуальной функций.
  - 1.2. Общий и гинекологический осмотр.
  - 1.3. Общее клинико-лабораторное обследование.
  - 1.4. УЗИ органов малого таза – оценка состояния яичников, матки и эндометрия, исследование влагалищной микрофлоры.
  - 1.5. Пайпель-биопсия и гистологическое исследование эндометрия - оценка его функционального состояния.
2. Контроль эффективности коррекции этиопатогенетических факторов:
  - 2.1. Инфекционный статус.
  - 2.2. Гормональный статус.
  - 2.3. Уровень коррекции тромбофилии и аутоиммунных процессов.
3. Физиотерапия с целью дальнейшего восстановления эндометрия. Используемые методы: лазеротерапия, гирудотерапия, грязелечение.
4. Формирование репродуктивного плана:
  - 4.1. Назначение прегравидарной подготовки – витаминно-минеральные комплексы, изолированное назначение препаратов йода и фолиевой кислоты, железа и т.п.
  - 4.2. Индивидуальный подбор метода контрацепции, рекомендации по дальнейшему наблюдению в амбулаторных условиях.
5. Определение необходимости дальнейшей медико-социальной поддержки.

Данный этап является заключительным, т.к. проведена профилактика хронического эндометрита и полный курс эфферентной терапии, оценено психоэмоциональное состояние пациентки, в том числе в отдаленном периоде. По итогам проведе-

ния данного этапа врач может дать комплексную оценку репродуктивного здоровья женщины после потери беременности, совместно с пациенткой определить её дальнейший репродуктивный план: либо назначить надежную контрацепцию, либо прегравидарную подготовку.

Все данные вносятся в систему мониторинга: даты госпитализации, характеристика состояния эндометрия и яичников, состояние вагинальной микрофлоры, состояние психоэмоционального статуса по результатам консультации психолога, вид контрацепции, комплаентность к данному виду контрацепции. Результат комплексной оценки репродуктивного здоровья, дальнейший репродуктивный план (в случае контрацепции – ее вид), а также наименование медицинской организации, в которую направляется пациентка.

Система мониторинга и оказания целенаправленной специализированной помощи женщинам после потери беременности позволяет оказать комплексную медицинскую услугу по восстановлению репродуктивного здоровья, включающую в себя полноценную оценку статуса репродуктивной системы в течение длительного периода, коррекцию ее физиологических нарушений, психоэмоциональную поддержку, дать полноценную оценку состояния репродуктивного здоровья, определиться с дальнейшими репродуктивными планами. Работа с женщиной в условиях стационара (это может быть дневной стационар) позволяет уделить ей максимальное количество времени, в амбулаторных условиях женских консультаций это сделать довольно сложно с учетом времени, выделенного на одного пациента.

Персонализированный подход (возможно создание приложения для смартфона на базе системы

мониторинга, благодаря которому пациентка будет понимать свой репродуктивный статус, даты госпитализации и т.п.) позволяет дополнительно мотивировать пациенток на прохождение реабилитационного лечения, направленного как на профилактику хронического эндометрита, так и на восстановление здоровья в целом. Концентрация данного вида помощи на базе одного учреждения с гарантированным качеством оказания услуги позволит снизить нагрузку на амбулаторное звено – пациентка возвращается под наблюдение в женскую консультацию с проведенным курсом восстановления репродуктивного здоровья и четко сформулированным репродуктивным планом.

С другой стороны, для региона в целом наличие реестра таких женщин позволяет понимать состояние репродуктивного потенциала на территории области и разрабатывать концепцию демографического развития.

Мониторинг позволяет оценить следующие данные:

1. Качество оказанной медицинской услуги: способ прерывания беременности при медицинском аборте (хирургический или медикаментозный), наличие осложнений (остатки хориальной ткани, воспалительные осложнения, кровотечение).

2. Удовлетворенность пациентки оказанной медицинской услугой.

3. Длительность пребывания в стационаре.

4. Эффективность эфферентной терапии на различных этапах реабилитации после потери беременности.

5. Сроки восстановления менструальной функции.

6. Сроки восстановления эндометрия.

7. Функциональное состояние эндометрия в отдаленном периоде.

8. Психологическое состояние в раннем и отдаленном периодах после потери беременности.

9. Период восстановления репродуктивной системы и психологической сферы женщины после потери беременности в контексте персонализированного подхода.

10. Влияние эпизода потери беременности на последующие репродуктивные планы женщины.

**Выводы.** С учетом сходных лечебно-диагностических мероприятий при искусственном и самопроизвольном аборте, наличия патологического состояния репродуктивной системы и психологических нарушений, концепция восстановительного лечения применима в отношении всех репродуктивных потерь. Разработка и внедрение трехэтапной схемы реабилитации позволяет оказать в полном объеме специализированную медицинскую помощь по восстановлению репродуктивного здоровья и психологической сферы женщинам с ранней репродуктивной потерей. Кроме того, помогает сформировать их дальнейшие репродуктивные планы (с учетом чего провести индивидуальный подбор метода контрацепции или назначить прегравидарную подготовку), а также

дать рекомендации по дальнейшему наблюдению в амбулаторных условиях.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. От каждого участника было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании.

**Декларация и финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Вовк И.Б., Кондратьев В.К., Трохимович О.Б., Бори О.Ю. Алгоритм обследования и лечения женщин с разными формами ранних потерь беременности // Здоровье женщины. - 2013. - № 6 (82). - С. 97. [Vovk IB, Kondratyuk VK, Trohimovich OB, Bori OYu. Algorithm of examination and treatment of women with different forms of early pregnancy loss]. Zdorov'e zhenshchiny [Women's health]. 2013; 6 (82): 97 p. (In Russ.).]
2. Бушмелева Н.Н., Вахрушева Ю.Н. Этиопатогенетический аспект ранних репродуктивных потерь при совершенствовании организации медицинской помощи женщинам (аналитический обзор) // Социальные аспекты здоровья населения. - 2020. - Т. 66, № 5. [Bushmeleva NN, Vahrusheva YuN. Etiopathogenetic aspect of early reproductive losses in the process of improving the organization of medical care for women (analytical review)]. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of public health]. 2020; 66 (5). (In Russ.). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1199/30/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-5-6
3. Котова Е.Г., Кобякова О.С., Стародубов В.И. и др. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: статистические материалы // М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. – 171 с. [Kotova EG, Kobyakova OS, Starodubov VI, et al. Osnovnye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby ohrany detstva i rodovspomozheniya v Rossijskoj Federacii: statisticheskie materialy [The main indicators of maternal and child health, the activities of the child protection and obstetric services in the Russian Federation: statistical materials]. M.: CNIIIOIZ Minzdrava Rossii [M.: TsNIIIOIZ of the Ministry of Health of Russia]. 2021: 171 p. (In Russ.). <https://minzdrav.gov.ru/documents/6994-statisticheskaya-informatsiya>
4. Адамьян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. и др. Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения: Клинические рекомендации (протокол лечения) - М., 2016. - 19 с. [Adamyan LV, Artymuk NV, Belokrinickaya TE, et al. Vykidysh v rannye sroki beremennosti: diagnostika i taktika vedeniya: Klinicheskie rekomendacii (protokol lecheniya)

- [Miscarriage in early pregnancy: diagnosis and management: Clinical guidelines (treatment protocol)]. 2016; 19 p. (In Russ.). [https://rokb.ru/sites/default/files/pictures/vykidysh\\_v\\_rannie\\_sroki\\_beremennosti\\_diagnostika\\_i\\_taktika\\_vedeniya.pdf](https://rokb.ru/sites/default/files/pictures/vykidysh_v_rannie_sroki_beremennosti_diagnostika_i_taktika_vedeniya.pdf)
5. Озолина Л.А., Овсепян Н.Р., Савченко Т.Н. Первый этап медицинской реабилитации пациенток после самопроизвольного выкидыша // Медицинский совет. - 2019. - № 7. - С. 70-75. [Ozolinya LA, Ovsepyan NR, Savchenko TN. Pervyj etap medicinskoj rehabilitacii pacientok posle samoproizvol'nogo vykidysya [The first stage of medical rehabilitation of patients after spontaneous miscarriage]. Medicinskij sovet [Medical advice]. 2019; 7: 70-75 (In Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/pervyy-etap-meditsinskoj-reabilitatsii-pacientok-posle-samoproizvol'nogo-vykidysya>
  6. Мицкевич Е.А., Дивакова Т.С. Реабилитация репродуктивной функции у пациентов с самопроизвольным выкидышем при истмико-цервикальной недостаточности в анамнезе // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2022. - Т. 12, № 5. - С. 567-581. [Mickeyevich EA, Divakova TS. Reabilitatsiya reproduktivnoj funkcii u pacientov s samoproizvol'nym vykidysheem pri istmiko-cervikal'noj nedostatocnosti v anamneze [Rehabilitation of reproductive function in patients with spontaneous miscarriage with a history of isthmic-cervical insufficiency]. Reproaktivnoe zdorov'e. Vostochnaya Evropa [Reproductive health. Eastern Europe]. 2022; 12 (5): 567-581 (In Russ.)].
  7. Серова О.Ф., Мельник Т.Н. Реабилитация после медицинского аборта – путь к сохранению репродуктивного здоровья женщин // Русский медицинский журнал. - 2007. - 17. - 1266. [Serova OF, Mel'nik TN. Reabilitatsiya posle medicinskogo aborta – put' k sohraneniyu reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin [Rehabilitation after medical abortion - a way to preserve the reproductive health of women]. Russkij medicinskij zhurnal [Russian medical journal]. 2007; 17: 1266 p. (In Russ.)]. [https://www.rmj.ru/articles/pediatrics/Reabilitatsiya\\_posle\\_meditsinskogo\\_aborta\\_puty\\_k\\_sohraneniyu\\_reproduktivnogo\\_zdorov'ya\\_ghenshin/](https://www.rmj.ru/articles/pediatrics/Reabilitatsiya_posle_meditsinskogo_aborta_puty_k_sohraneniyu_reproduktivnogo_zdorov'ya_ghenshin/)
  8. Вартамян Э.А., Заргарова А.Э., Шестаков Г.С., Нечаев В.С. Разработка структурно-функциональной модели мониторинга состояния репродуктивного здоровья женщин с диагнозом привычное невынашивание // Социальные аспекты здоровья населения. - 2018. - №6. [Vartanyan EA, Zargarova AE, Shestakov GS, Nechaev VS. Razrabotka strukturno-funkcional'noj modeli monitoringa sostoyaniya reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin s diagnozom privychnoe nevyashivanie [Development of a structural and functional model for monitoring the reproductive health of women with a diagnosis of recurrent miscarriage]. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of public health]. 2018; 6 (In Russ.)]. DOI: 10.21045/2071-5021-2018-64-6-10
  9. Грудницкая Е.Н., Воскресенский С.Л. Привычная потеря беременности: современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2020. - Т. 10, № 3. - С. 330-339. [Grudnickaya EN, Voskresenskij SL. Privychnaya poterya beremennosti: sovremennyj vzglyad na problemu (obzor literatury) [Habitual pregnancy loss: a modern view of the problem (literature review)]. Reproaktivnoe zdorov'e. Vostochnaya Evropa [Reproductive health. Eastern Europe.]. 2020; 10 (3): 330-339 (In Russ.)]. DOI: 10.34883/PI.2020.10.3.011
  10. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». [Приказ Минздрава России от 01.11.2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». [Order of the Ministry of Health of Russia dated November 1, 2012 No. 572n "On approval of the Procedure for providing medical care in the field of obstetrics and gynecology (with the exception of the use of assisted reproductive technologies)"] (In Russ.)]. <https://base.garant.ru/70352632/>
  11. Приказ Минздрава России от 07.11.2012 года № 590н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности». [Приказ Минздрава России от 07.11.2012 года № 590н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности». [Order of the Ministry of Health of Russia dated November 7, 2012 No. 590n "On approval of the standard for specialized medical care in case of spontaneous abortion".] (In Russ.)]. <https://minzdrav.gov.ru/documents/8907-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoj-federatsii-ot-7-noyabrya-2012-g-590n-ob-utverzhenii-standarta-spetsializirovannoy-meditsinskoj-pomoschi-pri-samoproizvol'nom-preryvanii-beremennosti>
  12. Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Кубицкая Ю.В. и др. Реабилитация женщин после хирургического прерывания беременности в первом триместре: чья ответственность? // Медицинский совет. - 2015. - №11 – С. 84-89. [Apolihina IA, Gorbunova EA, Kubickayai YuV et al. Reabilitatsiya zhenshchin posle hirurgicheskogo preryvaniya beremennosti v pervom trimestre: ch'ya otvetstvennost'? [Rehabilitation of women after surgical termination of pregnancy in the first trimester: whose responsibility?] // Medicinskij sovet [Medical advice]. 2015; 11: 84-89 p. (In Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsiya-zhenshchin-posle-hirurgicheskogo-preryvaniya-beremennosti-v-pervom-trimestre-chya-otvetstvennost>
  13. Радзинский В.Е., Алеев И.А., Бриль Ю.А., и др. Не развивающаяся беременность. Методические рекомендации МАРС (Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины) // М.: Status Praesens, 2015. — 48 с. [Radzinskij VE, Aleev IA, Briil' YuA, et al. Nerazvivayushchayasya beremennost'. Metodicheskie rekomendacii MARS (Mezhdisciplinarnoj associacii specialistov reproduktivnoj mediciny) [Non-developing pregnancy. MARS (Interdisciplinary Association of Reproductive Medicine) Guidelines] // М.: StatusPraesens, 2015: 48 p. (In Russ.)]. <https://praesens.ru/files/2021/web/nerazber.pdf>