

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«Научно- исследовательский Центр курортологии
и реабилитации
Федерального медико- биологического Агентства России
(ОГРН 1022302836093)**

Библиотечная серия: «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТОЛОГИЯ»

Раздел: «ИНФОРМАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ»

На правах рукописи

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

ФИЛИПШОВ Е.Ф., ГОЦЕРИДЗЕ М.Г.

**Совместная деятельность учреждений здравоохранения
и санаториев по восстановлению репродуктивных показате-
лей здоровья в рамках мероприятий Национального
Проекта «Здравоохранение».**

СОЧИ -2011

Настоящее информационное письмо выполнено в клиническом отделе изучения влияния природных и преформированных физических лечебных курортных факторов на организм человека Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи) Черноморского зонального управления специализированных санаториев Федерального медико-биологического Агентства Российской Федерации. (ОГРН 1022302836093)

УТВЕРЖДЕНО РЕШЕНИЕМ НАУЧНО- МЕТОДИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
ФГУ «Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи)
Черноморского зонального управления специализированных санаториев ФМБА России
(протокол № 60/02- ИП от 01.02.2011)



Федеральная целевая программа «Безопасное материнство» утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации № 1173 от 14.10.94. Названная Программа соответствует основным направлениям Национального Проекта «Здравоохранение», особенно в той её части, где выражается обеспокоенность снижением уровня рождаемости и предписываются меры для реализации мероприятий по восстановительной коррекции репродуктивного здоровья населения. Это соотносится с внедрением в практику ЛПУ и здравниц новых методик психотерапевтической и физиотерапевтической коррекции показателей психоэмоциональной сферы женщин, переживающих состояние затяжного стресса в связи с длительным периодом относительного бесплодия. Целесообразность внедрения подобных методик соотносится с тем, что применяемые этим пациенткам на поликлиническом этапе их реабилитации ординарные схемы фармакотерапии не смогли обеспечить улучшение показателей их психологического здоровья, поэтому в ходе санаторной реабилитации пациенток с подобной патологией использовался такой методологический прием оптимизации психоэмоционального статуса женщин, как персоналистическая психотерапия.

ВВЕДЕНИЕ.

Внедрение мероприятий Национального Проекта «Здравоохранение» стало одним из факторов, потенцирующих увеличение рождаемости в Российской Федерации, особенно в контексте действующего законодательства о материнском капитале. Проблема фертильности (число беременностей на 100 женщин детородного возраста) продолжает оставаться актуальной для многих экономически развитых стран Старого и Нового света. В частности, фертильность в США в течение последних 5 лет колеблется на уровне 20, в Нидерландах и во Франции на уровне 10-12, в Швеции и Бельгии на уровне 9. Этому есть логическое объяснение, т.к. в названных странах в силу различных причин (ожирение женщин детородного возраста, их пристрастие к табакокурению и алкоголю, гиподинамия, последствия ранних или системных прерываний беременности, стресс, слабо контролируемый бессистемный прием оральных контрацептивов и т.д.) массово отмечаются нарушения менструальной функции (58,4% респонденток среди лиц, обратившихся за медицинской помощью в связи с собственной проблемой, заключающейся в невозможности забеременеть). В России уровень фертильности остается на уровне 13 (число беременности на 100 женщин детородного возраста), хотя еще пять лет тому назад этот показатель не превышал уровня 8. Однако, по мнению экспертов ВОЗ (С.Л. Lockwood, G. Krikun, F. Schatz, 2009) «необходимый фон фертильности для воспроизводства населения любой страны должен сохраняться на уровне 15-17». Это означает, что проблема фертильности в России продолжает оставаться актуальной. Касаясь названной проблемы один из ведущих российских гинекологов, академик РАМН В.И. Кулаков (2002) отмечал, что «сохранение и восстановление репродуктивного здоровья является важнейшей медицинской и государственной задачей, благополучное решение которой определяет возможность воспроизводства вида и сохранение генофонда.

Снижение рождаемости и распространение малодетности привели к

коренному изменению в структуре медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста. Раньше большая часть проблем репродуктивного периода женщины была связана с вынашиванием беременности. В настоящее время перед супружеской парой стоят задачи избежать нежелательной беременности, произвести на свет желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени рождения в зависимости от возраста родителей и определять число детей в семье. Взаимосвязь этих параметров характеризует репродуктивное поведение женщины и обеспечивается ее репродуктивным здоровьем. Медико-социологические исследования показали, что у 93% женщин бесплодие приводит к психическому, социальному дискомфорту, снижает социальную адаптацию, профессиональную активность, повышает число разводов. Таким образом, бесплодие имеет значение не только для индивидуумов, но оказывает влияние на общество в целом, снижая социальную и профессиональную активность этой группы населения.

Последние десятилетия ушедшего столетия характеризуются значительными достижениями в области диагностики и лечения различных форм бесплодия. Достаточно сказать, что если в начале XX века научно обоснованных методов лечения бесплодия практически не существовало, то в конце столетия проблему диагностики и лечения бесплодия можно считать принципиально решенной.

Основными научными достижениями, позволившими решить проблему бесплодия, явились:

1. Расшифровка механизмов эндокринного контроля менструального цикла женщин. Многочисленные экспериментальные и клинические исследования позволили установить основные закономерности процессов роста фолликулов, овуляции и развития желтого тела, охарактеризовать особенности гонадотропной регуляции этих процессов.

Полученные данные в совокупности с результатами изучения секреции половых и гонадотропных гормонов в течение менструального цикла послу-

жили основой для создания представлений о системе взаимосвязей, обеспечивающих циклическую активность репродуктивной системы женщины. В результате научных исследований были синтезированы многочисленные гормональные препараты (эстроген-гестагенные, гестагены, антиэстрогены, гонадотропины, рилизинг-гормоны гонадотропинов, агонисты и антагонисты рилизинг-гормонов). Современную акушерско-гинекологическую практику невозможно представить без использования гормональных препаратов. Их применяют для контрацепции, лечения эндокринных форм бесплодия, стимуляции суперовуляции в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), профилактики и лечения тяжелых гинекологических заболеваний (эндометриоз, гиперпластические процессы в матке и молочных железах, миома матки, рак). Прошедшие десятилетия по праву можно назвать эпохой гинекологической эндокринологии.

2. Внедрение в клиническую практику эндоскопических методов явилось вторым важнейшим этапом, обеспечившим эффективность диагностики и лечения бесплодия. Более того, достижения эндоскопических оперативных технологий полностью изменили подходы к проведению оперативных вмешательств на органах малого таза у женщин репродуктивного возраста. Если раньше задачей хирурга являлось удаление поврежденного органа или образования путем чревосечения, то в настоящее время основная цель - ликвидация патологических изменений при сохранении репродуктивных органов и целостности репродуктивной функции женщины».

Одновременно с этим О.Г.Фролова и И.А.Ильичёва (2003), анализируя вопросы охраны репродуктивного здоровья в решениях Коллегии Минздрава РФ, отмечают, что «одним из признаков ухудшения качества репродуктивного здоровья женщин является рост частоты осложнений беременности и родов. Сегодня около 70% беременных женщин имеют различные патологические состояния: анемию, гестоз, болезни почек, сердечно-сосудистой системы и др. Частота нормальных родов не превышает 31%. У больных матерей рождаются, как правило, больные дети. По данным офици-

альной статистики, из 1000 детей, родившихся живыми, 580 рождаются больными. За последние 5 лет заболеваемость новорожденных детей увеличилась на 26,2%.

Немаловажным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения, являются репродуктивные потери вследствие невынашивания желанной беременности. По статистике, каждая пятая беременность прерывается самопроизвольным выкидышем (ежегодно 170 тыс.) или преждевременными родами (ежегодно 63,5 тыс.)».

Стратегические задачи в области охраны репродуктивного здоровья населения определены Концепцией охраны репродуктивного здоровья населения России и планом мероприятий по ее реализации, которые были приняты межведомственной коллегией Минздрава, Министерства образования и Министерства труда и социального развития Российской Федерации в 2000 годов. Целью Концепции является сохранение и улучшение репродуктивного здоровья, увеличение воспроизводства населения и повышение его репродуктивного потенциала. Задачи и направления Концепции включают комплекс мер по созданию эффективной системы охраны репродуктивного здоровья населения: обеспечение единой государственной политики и поддержки в этой области; совершенствование законодательной и нормативной базы; подготовка кадров; профилактика нарушений репродуктивного здоровья населения детородного возраста; разработка приоритетных научных направлений и целевых программ по проблеме; проведение информационных и образовательных мероприятий по формированию общественного мнения, объединению усилий правительственных и неправительственных организаций и учреждений в области охраны репродуктивного здоровья и т. д.

Федеральная целевая программа «Безопасное материнство» (далее - Программа) утверждена постановлением Правительства Российской Федерации № 1173 от 14.10.94 и реализуется с 1995 года.

Формирование программных мероприятий и их реализация осуществлялись во взаимодействии с органами и учреждениями здравоохранения на

местах. Региональные программы были приняты практически во всех субъектах Российской Федерации.

Основная цель Программы - социальная поддержка материнства и детства, охрана репродуктивного здоровья, создание необходимых условий для рождения здоровых и желанных детей, профилактика и снижение числа абортов, материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Программные мероприятия сосредоточены на решении следующих задач: совершенствование нормативной правовой базы службы материнства и детства, внедрение современных организационных и перинатальных технологий, подготовка кадров, укрепление материально - технической базы родовспомогательных и детских учреждений; проведение специальных научных исследований в области акушерства, гинекологии и перинатологии; разработка и внедрение эффективных информационных технологий для специалистов и населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, безопасного материнства, формирования здорового образа жизни.

Благодаря совместной деятельности органов и учреждений здравоохранения по совершенствованию организации медицинской помощи матерям и детям, реализации программных мероприятий на федеральном и региональном уровнях удалось улучшить основные качественные показатели службы охраны материнства и детства. Показатель материнской смертности снизился с 44,2 в 1999 г. до 36,5 на 100 000 живорожденных в 2001 г. частота перинатальной смертности за этот же период сократилась с 14,2 (1999 г.) до 12,8(2001 г.) на 1000 рожденных живыми. Однако, несмотря на положительную динамику основных показателей, характеризующих здоровье женщин и детей, увеличивается число женщин с осложненным течением беременности. Продолжает увеличиваться число родов с различными осложнениями, которые являются следствием низкого уровня, общесоматического здоровья женщин». Подобная **ретроспектива** статистических данных (не утеревших актуальности и сегодня в плане сравнительного анализа динамики основных показателей, характеризующих здоровье женщин и детей) соотносилась нами

с последними показателями развития здравоохранения изучаемого крупного субъекта РФ – Краснодарского края, что представлено в таблице 1.

Таблица 1. Основные показатели здравоохранения Краснодарского края на конец 2010 года. Данные Е.Н.Редько (2011)

	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2010
Численность врачей, человек: всего, тысяч	22,0	21,6	21,7	22,0	21,8	22,0	22,3
на 10000 человек населения	42,9	42,4	42,6	43,1	42,6	42,9	43,3
Численность среднего медицинского персонала, человек: всего, тысяч	50,6	47,7	47,3	47,2	47,1	47,6	47,7
на 10000 человек населения	98,6	93,6	92,8	92,4	92,0	92,6	92,4
Число больничных учреждений ¹⁾	330	313	314	312	188	188	189
Число больничных коек: всего, тысяч	55,5	50,4	49,2	49,0	48,2	48,1	47,9
на 10000 человек населения	108,1	98,8	96,6	96,1	94,0	93,6	92,8
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений ¹⁾	627	608	605	617	285	292	297
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену: всего, тысяч	107,5	103,9	107,8	111,9	112,2	112,8	115,1
на 10000 человек населения	209,4	203,7	211,5	219,4	219,1	219,4	223,1
Число женских консультаций, детских поликлиник, амбулаторий (самостоятельных) и учреждений, имеющих консультации и детские отделения	640	625	651	601	607	621	629
Число коек для беременных женщин и рожениц, тысяч	2,8	2,4	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4
Число коек для больных детей, тысяч	7,7	6,0	6,0	6,0	5,7	6,0	5,8
Число фельдшерско-акушерских пунктов	776	773	777	771	752	736	738
Число станций (отделений) скорой медицинской помощи	52	47	47	47	50	50	49

¹⁾ С 2007г. – юридические лица.

Вышеизложенное выступало в качестве одного из обязательных организационных маркеров развития отечественной сферы медицинских услуг с учетом федеральных и региональных мероприятий, изложенных достаточно подробно в ряде подзаконных актов, сопровождающих Национальный Проект «Здравоохранение», что представлено в таблице 2.

Обсуждая данные таблицы 2, следует подчеркнуть, что её автор указывает: «научное обоснование маркетинговых программ индивидуальных предпринимателей в сфере медицинских услуг развертывалось с учетом современной модели коммуникативной коррекции рыночного поведения различных социальных слоев потребителей медицинского продукта. В отличие от устаревших маркетинговых принципов, так называемого «сбытового диктата», предусматривающего создание маркетологами рыночного ажиотажа под лозунгом «покупай сегодня, иначе завтра будет дороже», мы пользовались принципами

ально новой маркетинговой моделью, которую обозначили условным сбытовым термином «равный-равному». Это предусматривало целевой фрагмент маркетингового убеждения потенциального потребителя медицинских услуг

Таблица 2. Модель А.М. Никитиной (2011) по использованию научных приемов поиска рыночных ниш медицинского предпринимательства.

Медико-организационные инновации в регулировании оптимального уровня востребованности различных услуг отечественным и зарубежным потребителем в сфере российского практического здравоохранения.	Основные принципы совершенствования условий маркетинговой среды при развитии медицинского предпринимательства с учетом мероприятий Национального Проекта «Здравоохранение».
<p>1.1. Научные приемы формирования маркетинговых программ не на устаревших принципах, так называемого «сбытового диктата» (т.е. обычного рыночного ажиотажа по лозунгом: «Покупай сегодня, иначе завтра будет дороже»), а на использовании маркетинговой модели «равный-равному», когда покупка медицинской услуги происходит в результате осознания конкретным потребителем трех основных факторов Модели отношения к собственному здоровью: а) осознанию степени тяжести и возможных последствий постигшего его заболевания; б) уяснению потенциальной эффективности предлагаемой ему медицинской услуги; в) преодолению препятствий для покупателя (чаще всего материального характера, например, при оформлении низкопроцентного банковского кредита) в ходе приобретения им необходимой медицинской услуги.</p>	<p>2.1. Законодательный переход от процедуры лицензирования деятельности индивидуальных предпринимателей-медиков к уведомительному порядку начала осуществления функций производства медицинских услуг, включая техническое обслуживание медицинской техники и маркетинговые (посреднические) действия при ее продаже и предпродажной подготовке.</p>
<p>1.2. Оздоровление маркетинговой среды от сложившейся в секторе медицинских услуг сбытовой тактики иррационального (irrationalinis= неспособный к выражению в логических понятиях) потребительского спроса на, якобы «чудодейственные исцеления», предписываемые тому или иному шарлатану от медицины, и переход индивидуальных предпринимателей-медиков к маркетинговой теории обоснованного рыночного поведения потребителя, базирующейся на: 1) формировании у индивидуума (с помощью добросовестной рекламы) стойкой мотивации в необходимости приобретения конкретной медицинской услуги; 2) придании экономической прозрачности и реальности стоимостных характеристик предлагаемого курса лечения (особенно в сравнении с ценами конкурентов).</p>	<p>2.2. Повсеместный законодательный перевод в электронный формат отчетной документации индивидуальных предпринимателей-медиков (включая электронные методы налоговой отчетности) в рамках их участия в государственных и коммерческих программах предоставления социально значимых услуг в здравоохранении и санитарно-эпидемиологическом благополучии человека и экологической среды.</p>
	<p>2.3. Оптимизация маркетингового поля для индивидуальных предпринимателей-медиков в контексте ведущих статей Федерального Закона от 02.08.2009 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам создания бюджетными научными и образовательными учреждениями хозяйственных обществ в целях практического применения (внедрения) результатов интеллектуальной деятельности».</p>

(в рамках добросовестной рекламы), когда покупка предлагаемой нами меди-

цинской услуги происходила в результате осознания конкретным физическим лицом трех основных маркетинговых факторов **Модели отношения к собственному здоровью**. Эти факторы были следующими: **а)** осознание степени тяжести и возможных последствий постигшего конкретного потребителя заболевания; **б)** уяснение потенциальной эффективности предлагаемой ему медицинской услуги; **в)** преодоление препятствий для покупателя (чаще всего материального характера, например, при оформлении низкопроцентного банковского кредита) для прохождения необходимого курса лечения. Подобный алгоритм медико-организационной практики позволяет в рамках любых научных исследований осуществлять оздоровление маркетинговой среды от сложившейся в секторе медицинских услуг сбытовой тактики иррационального (irrationalis= неспособный к выражению в логических понятиях) потребительского спроса на, якобы «чудодейственные исцеления», предписываемые тому или иному шарлатану от медицины. Это подразумевает переход индивидуальных предпринимателей-медиков к медико-организационной теории обоснованного рыночного поведения потребителя, базирующейся на: 1) формировании у индивидуума (с помощью добросовестной рекламы) стойкой мотивации в необходимости приобретения конкретной медицинской услуги; 2) придании экономической прозрачности и реальности стоимостных характеристик предлагаемого курса лечения (особенно в сравнении с ценами конкурентов). Одновременно с этим, эмпирическая часть исследования опиралась (в рамках получения внедренческого эффекта) на принципы совершенствования условий медико-организационной среды при развитии медицинского предпринимательства с учетом мероприятий Национального Проекта «Здравоохранение». Одним из основных подобных принципов стал законодательный переход от процедуры лицензирования деятельности индивидуальных предпринимателей-медиков к уведомительному порядку начала осуществления функций производства медицинских услуг, включая техническое обслуживание медицинской техники и маркетинговые (посреднические) действия при ее продаже. Это стало возможным в результате оптимизации маркетингового по-

ля для индивидуальных предпринимателей-медиков в контексте Федерального Закона от 02.08.2009 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам создания бюджетными научными и образовательными учреждениями хозяйственных обществ в целях практического применения (внедрения) результатов интеллектуальной деятельности». При этом, особо значимым пунктом вышеназванного Федерального Закона явилась возможность повсеместного законодательного перевода в электронный формат отчетной документации индивидуальных предпринимателей-медиков (включая электронные методы налоговой отчетности) в рамках их участия в государственных и коммерческих программах предоставления социально значимых услуг в здравоохранении и санитарно-эпидемиологическом благополучии человека».

После введения в действие на территории России обязательной для всех ЛПУ статистической отчетности согласно рубрик МКБ-Х была утверждена приказом Минздрава России от 16.05.03 №207 «Инструкция по организации оздоровления беременных женщин в санаториях и санаториях-профилакториях», где четко было указано, что «санатории в рамках оздоровления беременных женщин могут осуществлять следующие функции:

- проведение комплекса лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий с использованием природных и преформированных факторов, направленных на предупреждение осложнений беременности и родов;
- организацию рационального и лечебного питания;
- организацию дородовой физической и медико-психологической подготовки с учетом современных перинатальных технологий;
- санитарно-просветительскую деятельность (обучение гигиеническим навыкам, основам планирования семьи, здоровому образу жизни);
- обеспечение надлежащих условий для полноценного отдыха и укрепления здоровья беременных женщин.

Показания для направления беременных женщин в санатории и санатории-профилактории (согласно приказа МЗ РФ от 16.05.03 №207):

1. Беременность в сроки 12-35 недель (включая период пребывания в санаторно-курортном учреждении).

2. Анемия беременных (железодефицитная, пернициозная, гемолитическая вне стадии обострения) с гемоглобином не ниже 100 г/л, без сопутствующих заболеваний.

3. Заболевания внутренних органов в стадии стойкой ремиссии.

4. Нейроциркулярная дистония.

5. Многоплодная беременность до 28 недель гестации.

6. Беременные женщины группы риска акушерской и перинатальной патологии:

6.1. Невынашивание беременности в анамнезе.

6.2. Переносимая беременность в анамнезе.

6.3. Наличие крупных или маловесных детей в анамнезе.

6.4. Первородящие в возрасте 28 лет и старше.

6.5. Юные первородящие (до 18 лет).

6.6. Бесплодие в анамнезе.

6.7. Наличие у беременной женщины дефицита массы тела.

7. Беременные женщины, работающие на предприятиях химической, газовой, нефтяной промышленности и других вредных производствах, а также проживающие в неблагоприятных условиях.

Противопоказания для направления беременных женщин в санатории и санатории-профилактории.

1. Чрезмерная рвота беременных.

2. Поздний гестоз (отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства).

3. Кровотечение во время беременности.

4. Угроза преждевременного прерывания беременности.

5. Предлежание плаценты.

6. Многоводие, маловодие.

7. Кесарево сечение в анамнезе.

8. Индуцированная беременность.
9. Пороки развития, новообразования женских половых органов.
10. Экстрагенитальные заболевания в стадии обострения.
11. Болезни крови (лимфолейкозы, лейкемия, пернициозная, гемолитическая анемии, железодефицитная анемия с показателем гемоглобина ниже 100 г/л, болезнь Верльгофа и другие геморрагические синдромы).
12. Заболевания органов эндокринной системы (все формы сахарного диабета, тиреотоксикоз и др.).
13. Инфекционные и венерические заболевания (в том числе инфекционные заболевания глаз и кожи).
14. Обострение вирусных инфекций, передаваемых половым путем (герпес, цитомегалия).
15. Хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания.
16. Заболевания, относящиеся к общим противопоказаниям к направлению больных в санаторно-курортные учреждения».

Названная Инструкция целиком и полностью соответствовала основным направлениям национальной программы России в сфере здравоохранения, особенно в той её части, где выражается обеспокоенность снижением уровня рождаемости и предписываются меры для реализации мероприятий по восстановительной коррекции репродуктивного здоровья населения. В первую очередь это соотносится с внедрением в практику ЛПУ и здравниц новых методик психотерапевтической и физиотерапевтической коррекции показателей психоэмоциональной сферы женщин, переживающих состояние затяжного стресса в связи с длительным периодом относительного бесплодия. Целесообразность внедрения подобных методик соотносится с тем, что применяемые этим пациенткам на поликлиническом этапе их реабилитации обычные схемы фармакотерапии не смогли обеспечить улучшение показателей их психологического здоровья. Поэтому в ходе активной санаторной реабилитации изучаемых групп пациенток из основной группы наблюдения использовался такой методологический прием оптимизации психоэмоционального ста-

туса женщин, как персоналистическая психотерапия. Указанная персоналистическая психотерапия представляла собой систему мероприятий и состояла, помимо диагностического периода, из 5 этапов (Б.Д. Карвасарский, 2003):

1-й этап – структурный. Целью его являлось установление причин и условий нарушения процесса персонализации больной, конфликтных ситуаций и выявление их связи с имеющейся патологией женской половой сферы.

2-й этап – психологическая подготовка, направленная на повышение уровня знаний в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений.

3-й этап – психогигиеническая подготовка. Его задача – повышение уровня осведомленности больной о своем состоянии и роли личности в генезе этих нарушений.

4-й этап – реконструктивный. Задачей его являлось формирование новых установок, типа реагирования, перспективы адекватного разрешения проблем путем перестройки активности, направленности личности пациентки, ее самосознания, уровня притязаний в соответствии с реальными обстоятельствами жизни. Таким образом, цель этого этапа – способствовать максимальной персонализации.

5-й этап – поддерживающая психотерапия, проводимая с целью закрепления достигнутого уровня персонализации пациентки.

Персоналистическая психотерапия проводилась в форме индивидуальных бесед с помощью разъяснения, убеждения, внушения. Курс лечения 10-12 занятий продолжительностью от 30 мин до 1 часа. Показания к проведению персоналистической психотерапии были связаны не только с причиной относительного бесплодия, но и со способностью женщины к персонализации, с её индивидуальностью и уровнем деформации личности. Персоналистическая психотерапия не исключала возможности одновременного проведения больной симптоматической и групповой психотерапии по методике Б.Д. Карвасарского (2000).

Указанные психотерапевтические приемы дополнялись в ходе реабилитационных процедур аутогенной тренировкой. Аутогенная тренировка – это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень). Физиологические основы метода, механизмы воздействия на организм определенных упражнений заключаются в том, что при значительном расслаблении поперечно - полосатой мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе произвольные функции организма.

Выделяют две ступени АТ (по Шульцу); 1) низшая ступень – обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень – аутогенная медитация – создание трансовых состояний различного уровня. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9-12 месяцев. Учитывая вышеуказанные принципы проведения аутогенной тренировки и ограниченность сроков пребывания в санатории, больнице, аутогенная тренировка используется лишь с целью ознакомления и приобретения первоначальных навыков самостоятельного мышечного расслабления (на уровне 1 ступени). Каждому больному, желающему продолжить активные занятия АТ, при выписке даются рекомендации и схемы последующих занятий (А.М. Щегольков и соавт., 2005)».

Осуществленная нами аналитика клинического эффекта научных схем использования физиотерапевтических аппаратов нового поколения (в частности, отечественного комплекса КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», производитель: ЗАО «Янвест», Россия) позволяет утверждать, что данные научные схемы исключительно эффективны как на поликлиническом, так и на санаторном этапе коррекции показателей психоэмоционального статуса женщин с относительным бесплодием. Последнее подтверждается экспериментально реализованным в рамках исследования этапом практического задействования названного отечественного аппаратно-программного физиотерапевтического комплекса «Андро-Гин», когда оба его наружных излучателя в режиме

цветоритмотерапии использовались для последовательных цветовых модуляций (красных, желтых, зеленых, синих, оранжевых) с частотой излучения на светодиодах от 10 до 32 Гц и экспозицией от 10 до 15 мин.

Подобная методика позволяла оптимизировать имевшуюся ранее деформацию уровня преморбида личности у женщин с затянувшимся до 5-ти лет периодом относительного бесплодия, что подтверждается следующим: до завершения процедур названного курса физиотерапевтического лечения этот показатель психоэмоционального статуса у пациенток основной группы наблюдения обнаруживался деформированным при межличностном общении у 81,72% подобных больных. По завершению предложенного нами курса физиотерапевтической коррекции уровня преморбида личности лишь у 12,18% женщин из основной группы наблюдения сохранялись признаки деформации этого показателя, что выражалось в немотивированной раздражительности, плаксивости, вспыльчивости по незначительным поводам, а также во внезапных приступах меланхолии на фоне зависти к окружающим, имеющим здоровых детей.

Одновременно, в контрольной группе наблюдения, где осуществлялись попытки медикаментозного купирования выраженного уровня преморбида личности (например, с помощью препарата афобазол), количество лиц, испытывающих чувство тревоги, напряженности, неспособности уйти от своих личных переживаний по поводу женского бесплодия, продолжало фиксироваться (даже после лечения) на уровне 38,71%. При этом, тестирование всех наблюдаемых пациенток по методике САН (самочувствие, активность, настроение) выявило следующее: до лечения с использованием инновационных методик физиотерапевтической коррекции показателей психоэмоционального статуса женщин с относительным бесплодием позитивные оценки в ходе этого тестирования были достоверно ($p < 0,05$) зафиксированы у 18-19% пациенток в обеих группах наблюдения. Однако, после лечения в основной группе наблюдения таких лиц, т.е. женщин, показавших тесты хорошего самочувствия, ак-

тивности и устойчивого (оптимистичного) настроения, оказалось 87,81%, хотя в контрольной группе их было на 26,5% меньше. Особо показателен (для идентификации уровня клинической успешности обновленных физиотерапевтических методик при коррекции психоэмоционального статуса женщин с относительным бесплодием) такой тест, как уровень реактивной тревожности по шкале Спилберга. В этой связи, надлежит констатировать, что реактивная тревожность отмечалась у 61% пациенток при поступлении, как на поликлинический, так и на санаторный этап их реабилитации. По завершению лечения в здравницах реактивная тревожность была, практически, полностью купирована у пациенток основной группы наблюдения, тогда как медикаментозное лечение больных контрольной группы наблюдения позволило снизить этот показатель лишь до верхних пороговых значений нормы, что составило $29,99 \pm 0,15$ усл. ед. (при $N=26-28$ усл. ед.). Инновационность предложенного немедикаментозного инструментария реабилитации женщин с относительным бесплодием не ограничивалась только физиотерапевтическими приемами или описанными ранее новыми формами талассолечения, но и опиралась на эксклюзивные схемы озонотерапии для коррекции уровня фертильности у наблюдаемых пациенток.

Литература.

1. Карвасарский Б.Д. Клиническое руководство по психотерапии.-М.: Медицина, 2003.-226 с.
2. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России.// Акушерство и гинекология.2002.-№2.-С4-7.
3. Никитина А.М. Медико-организационные инновации в регулировании оптимального уровня востребованности различных услуг отечественным и зарубежным потребителем в сфере российского практического здравоохранения. // Гуманизация образования.-2011.-№3.-С.41-45.

4.Приказ Минздрава России от 16.05.03 №207 «Инструкция по организации оздоровления беременных женщин в санаториях и санаториях-профилакториях».

5.Показания для направления беременных женщин в санатории и санатории-профилактории (Приложение №1 к приказу МЗ РФ от 16.05.03 №207).

6.Редько Е.Н. Основные показатели здравоохранения Краснодарского края. // Кубань. - 2011.-№2.-С.45-48.

7.Федеральный Закон от 02.08.2009 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам создания бюджетными научными и образовательными учреждениями хозяйственных обществ в целях практического применения (внедрения) результатов интеллектуальной деятельности».

8.Федеральная целевая программа «Безопасное материнство». Постановление Правительства Российской Федерации № 1173 от 14.10.94.

9.Фролова О.Г., Ильичева И.А. и др. Организация деятельности перинатальных центров. - Акушерство и гинекология. - 2003.-№6.-С.8-11.

10.Щегольков А.М. и соавт. Аутогенная тренировка. -М.: ПРЕСС, 2005.-224 с.

11.Lockwood C.J, Krikun G., Schwartz L.B. Progestin-epidermal growth factor regulation of tissue factor expression during decidualization of human endometrial stromal cells. J Clin Endocrinol Metab 2009 Jan;85(1):297-301.

Филиппов Евгений Фёдорович, Гоцеридзе Манана Григорьевна

**Совместная деятельность учреждений здравоохранения
и санаториев по восстановлению репродуктивных показате-
лей здоровья в рамках мероприятий Национального
Проекта «Здравоохранение».**

(ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО)

Подписано в печать 04.02.2011 г. Формат 60 x 84 1/16
Бум.офсетная. Усл.печ. л. 0,62. Полиграфическое предприятие «ОПТИМА».
Тираж 100 экз. Заказ 190/-ИП.

354000, Россия, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Советская, 26