

На правах рукописи

Бантьева Марина Николаевна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ
ПО ОПТИМИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
И ЕЁ НОРМАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2011

Работа выполнена в ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития РФ

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Суханова Людмила Павловна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Коротков Юрий Александрович

доктор медицинских наук,
профессор

Фролова Ольга Григорьевна

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздравсоцразвития РФ

Защита состоится «___» «_____» 2011 г. в ___ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития РФ по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития РФ по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

Автореферат разослан «___» «_____» 2011 г.

Ученый секретарь
Диссертационного Совета
доктор медицинских наук

Пучков Константин Геннадиевич

Актуальность исследования. Низкая рождаемость, высокая смертность, формирующие отрицательный естественный прирост населения России диктуют необходимость принятия эффективных организационных решений, направленных на повышение репродуктивного потенциала нации (Цыбульская И.С., 2000, Вялков А.И., Щепин В.О, 2001, Стародубов В.И, Калининская А.А, Кравченко Н.А., 2001, Фролова О.Г., 2003, Суханова Л.П., 2006, Михайлова Ю.В, Сон И.М., Леонов С.А, 2008).

Система внебольничной помощи, при достаточном уровне ее развития и соответствующей организации, способна разрешать до 80% проблем, связанных со здоровьем населения (Кром Л.И., Светличная Т.Г, Сидоров П.И., Удалова Л.С., 1997).

Нормативы объёмов были научно обоснованы и утверждены около 30 лет назад, за это время изменилась экономическая и демографическая ситуация в стране, что диктует необходимость их уточнения (Леонов С.А, Матвеев Э.Н., 2009).

Нормативное число посещений акушера-гинеколога детским населением, согласно Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи последние 10 лет составляет **1,1** на 1000 всего населения (5 на 1000 детского населения), несмотря на то, что фактическая посещаемость детей выросла в 2009 г. до **187,9** на 1000 детского населения.

Целесообразен переход на систему планирования, предусматривающую дифференциацию по дробным возрастным группам (5 – 10 летний период)(Молдавская Н.А., 2006, Кудин С.А., 2007, Шипова В.М., 2008).

Существуют значительные несоответствия нормативной численности должностей врачей амбулаторного приема их фактическому числу (Плутницкая Г.Н., 2009).

Цель исследования: На основе комплексного изучения уровня и структуры гинекологической и акушерской патологии, а также организации амбулаторной помощи, научно обосновать мероприятия по оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи и её нормативного обеспечения.

Задачи исследования:

1. Изучить динамику основных репродуктивно-демографических показателей, уровня гинекологической заболеваемости населения, патологии беременности и родов, а также тенденций перинатальной заболеваемости и смертности в России, Центральном Федеральном округе и Московской области в 1991-2009 гг. (по данным официальной статистики).

2. Изучить уровень и структуру гинекологической заболеваемости по обращаемости, а также патологии беременности на базовых территориях, с определением повозрастных особенностей развития различных заболеваний репродуктивной системы.

3. Определить нуждаемость населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи с учётом: динамики уровня и структуры гинекологической заболеваемости, патологии беременности, современных методик обследования и лечения, с дифференциацией показателей для разных возрастных групп женского населения.

4. Провести фотохронометражные замеры амбулаторного приема взрослого и детского населения акушером-гинекологом; изучить структуру амбулаторного приёма по видам обращаемости, содержанию, временным затратам на выполнение отдельных элементов работы с обоснованием норм времени и нагрузки на врачебную должность в современных условиях.

5. Рассчитать необходимое кадровое обеспечение амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению.

Научная новизна исследования:

➤ Впервые проведен углублённый анализ гинекологической заболеваемости и патологии беременности в условиях амбулаторного наблюдения. Определены повозрастные особенности заболеваемости взрослого и детского населения;

➤ Определена нуждаемость населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи с учетом тенденций, уровня и структуры заболеваемости населения в современных условиях;

➤ Разработаны показатели нуждаемости населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи по расширенному списку возрастных групп;

➤ На основании фотохронометражного исследования дана характеристика приёма взрослого населения акушером-гинекологом по структуре временных затрат на элементы выполняемой работы в зависимости от вида посещения;

➤ Обоснованы нормы времени и нагрузки врача акушера-гинеколога на амбулаторном приёме, как взрослых, так и детей;

➤ Разработаны нормативы численности врачей акушеров-гинекологов в новых условиях.

Научно-практическая значимость исследования:

➤ Представлена структура и уровень повозрастной гинекологической заболеваемости по обращаемости, а также анализ особенностей течения беременности и акушерской патологии по обращаемости на территории.

➤ Определена нуждаемость населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

➤ Предлагается уточнённый проект повозрастных нормативов объёмов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи, которые могут быть использованы для оптимизации адаптации федерального норматива к территории с учётом её возрастного состава.

➤ Выявлена структура амбулаторного приёма врача акушера-гинеколога по видам обращаемости, содержанию, временным затратам на выполнение

отдельных элементов работы на основе хронометражного исследования приёма акушера-гинеколога.

➤ Произведен расчет необходимого кадрового обеспечения для удовлетворения определённой ранее нуждаемости населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

➤ Применение разработанных уточненных нормативных показателей объёмов медицинской помощи и нормативов численности врачей акушеров-гинекологов амбулаторного звена будет способствовать рационализации планирования и нормирования амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в современных условиях, а использованные методические подходы, этапность и алгоритмы расчетов могут быть применены для решения аналогичных задач в отношении других специальностей врачей амбулаторного приема.

Основные положения, выносимые на защиту:

Увеличение гинекологической заболеваемости и патологии беременности в динамике по РФ, ЦФО и МО.

Рост хронических форм гинекологической патологии, низкий показатель кратности посещений на одно обращение по поводу основных гинекологических заболеваний, в том числе у диспансерных больных.

Нуждаемость населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в целом выше, чем норматив Программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи, особенно для детского населения.

Разработанные повозрастные нормативы объёмов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи - условие оптимальной адаптации Федерального норматива к территории.

Определено кадровое обеспечение для удовлетворения нуждаемости населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

Апробация работы. Основные положения исследования доложены на:

➤ Всероссийской научно-практической конференции «Амбулаторно-поликлиническая практика–платформа женского здоровья» - Москва. Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН им. В.И.Кулакова, 2009г.

➤ Научно-практической конференции «Межсекторальное партнёрство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения», ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, 2009г., Москва

➤ 63-ей Итоговой научной конференции молодых учёных Ростовского государственного медицинского университета с международным участием, посвящённой 70-летию СНО (МНО), 29 апреля 2009г. Ростов-на-Дону.

Публикации: Основные результаты исследования опубликованы в 16 печатных работах, в том числе патент на изобретение, **учебно-методическое пособие, руководство** и 3 публикации в изданиях, рекомендованных ВАК.

Структура и объём диссертации: Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной методике и организации исследования, четырех глав собственных исследований, заключения,

выводов, практических рекомендаций, списка литературы и 20 приложений. Текст диссертации изложен на 183 (с приложениями - 242) страницах текста, содержит 75 рисунков 37 таблиц. Библиографический указатель включает 361 источник литературы, в том числе 87 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность темы исследования, сформулированы цель и задачи, определены научная новизна и практическая значимость, представлены основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе – обзоре литературы - отражены особенности демографической ситуации в России на фоне высокой заболеваемости населения, а также низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи и амбулаторного лечения патологии репродуктивной системы. Проанализированы данные о несовершенстве организации амбулаторной медицинской помощи, в том числе недостатки планирования объёмов и штатного обеспечения гарантированного объема амбулаторно-поликлинической помощи, следствием чего является низкое качество оказываемой помощи и увеличение доли хронической гинекологической патологии. Обоснована необходимость проведения исследования уровня заболеваемости и организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в России.

Вторая глава: «Методика, программа и организация исследования. Характеристика баз исследования».

В таблице 1 приведены этапы, методы и объекты исследования, источники информации.

Таблица 1. Этапы, методы и объекты исследования, источники информации

Содержание этапа	Методы	Источники информации и объемы исследования
1.1. Анализ данных литературы отечественных и зарубежных авторов. 1.2. Анализ правовых и нормативных документов по вопросам организации акушерской службы в РФ.	Аналитический	640 источников литературы 34 нормативных документов СНК, МЗРФ и МЗСР РФ, ТК РФ
2. Сравнительный анализ демографических и репродуктивных показателей в России, ЦФО и МО – изучение в динамике гинекологической заболеваемости, патологии беременных, рожениц, родильниц. 1- в России за 1991-2009 гг. 2- в изучаемых территориях и субъектах РФ (ЦФО, МО, г.о. Ивантеевка, Люберецкий, Коломенский, Мытищинский районы)	Статистический Эпидемиологический	Государственные отчетно-статистические формы №№30, 12, 47, 32 Данные Росстата - по РФ - за 1991-2009 гг., - ЦФО, МО -1997-2009 гг.
3. Разработка нормативов объёмов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи с учётом: динамики уровня и структуры гинекологической заболеваемости, патологии беременности, современных методик обследования и лечения, с дифференциацией показателей для разных возрастных групп населения.	Статистический Экспертных оценок Математическая статистика	- Форма 025/у «Талон амбулаторного пациента» - 3749 штук (7984 посещения) Экспертиза: 856 «Медицинских карт амбулаторного больного» - форма №025/у-04 и 201 «Индивидуальная карта беременной, родильницы» - форма №111-у Данные реестра МО ФОМС

<p>4. Проведение фотохронометражных замеров амбулаторного приема акушером-гинекологом взрослого населения на территориальном уровне, а также хронометражных замеров детского населения на территориальном уровне и детей и взрослых на вышестоящем уровне оказания помощи. Изучение структуры амбулаторного приема взрослого населения врачом акушером-гинекологом по видам обращаемости, содержанию, временным затратам на выполнение отдельных элементов работы с последующей разработкой предложений по оптимизации организации работы данного специалиста с обоснованием норм нагрузки на врачебную должность в современных условиях.</p>	<p>Статистический Экспертных оценок Математическая статистика</p>	<p>Фотохронометраж работы 5 врачей акушеров-гинекологов на приеме взрослых по 2 недели за каждым Хронометраж работы 2 врачей акушеров-гинекологов на приеме детей на территориальном уровне и детей и взрослых – на консультативном Экспертиза: 476 «Медицинских карт амбулаторного больного» и 175 «Индивидуальных карт беременной и родильницы»</p>
<p>5. Разработка норм времени, нагрузки и численности врачей акушеров-гинекологов для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению. Анализ и изложение результатов исследования в печатных изданиях, разработка практических предложений по оптимизации акушерско-гинекологической службы; оформление диссертации.</p>	<p>Аналитический Статистический Логический контроль данных</p>	<p>Диссертация, статьи</p>

При выборе базы исследования был проведен анализ основных медико-демографических показателей и данных по оказываемой медицинской помощи 4-х территорий МО: г.о. Ивантеевка, Люберецкий, Коломенский и Мытищинский районы. По итогам проведенного анализа в качестве базы для углубленного исследования был выбран г. о. Ивантеевка МО, учитывая наибольшую рождаемость, низкий показатель смертности и естественной убыли населения, а также наиболее близкие к РФ параметры здоровья населения и высокий уровень профилактических осмотров при относительно высокой обеспеченности населения врачами и койками.

Одним из преимуществ ведения документации данной базы для исследования явилось то, что силами местной администрации форма 25/у - «талон амбулаторного пациента» адаптирован к территории и оформляется на случай обращения. На обратной стороне талона размещена специальная таблица, в которой отражаются все даты посещений, специалисты, коды диагнозов и оказанные ими услуги по случаю данного обращения пациента.

В третьей главе «Динамика демографических показателей, гинекологической заболеваемости, акушерской патологии и перинатальных исходов беременности в РФ, ЦФО и МО» представлены соответствующие данные, в том числе показатели перинатальной и материнской смертности, в сравнительном аспекте по изучаемым территориям - в динамике.

При этом выявлено, что за последние 20 лет наиболее высокая смертность как в РФ, так и в ЦФО и МО, отмечена в 2003 г. (в РФ – 16,4, в ЦФО и МО по 17,9), что выше показателя 1990 года соответственно на 46,4, 35,6 и 46,7%. Начиная с 2003 г. наблюдается общая положительная тенденция к снижению общей смертности как в ЦФО и МО, так и по РФ в целом. За период с 2003

по 2009 г. снижение смертности в РФ составило 13,4%, в ЦФО и МО – 13,4 и 11,2% соответственно.

Самая низкая рождаемость за последние 20 лет зафиксирована в РФ и ЦФО в 1999 г. (снижение общего коэффициента рождаемости в РФ по сравнению с 1990 г. на 38%), в МО в 1997 г. – на 35,3%. После чего отмечается стабильная постепенная динамика к росту рождаемости.

Характерно, что естественная убыль населения, отмечаемая в РФ с 1992 г., в ЦФО и МО началась значительно раньше – уже с 1989 г. и выражена в наибольшей степени, что свидетельствует о максимальных негативных социально-экономических процессах в центральной России. Наибольшая естественная убыль населения отмечена в РФ в 2000 и 2001 гг. (-6,6), в ЦФО и МО – в 1994 г. (-9,9 и -10,8 соответственно).

Анализ гинекологической заболеваемости, патологии беременности, перинатальной заболеваемости и материнской смертности в РФ, ЦФО и МО выявил неблагоприятную картину репродуктивного процесса. Так, заболеваемость эндометриозом выросла в РФ за период с 1997 по 2009 г. в 2,3 раза, в ЦФО и в МО в 1,5 раза за период с 2001 по 2009 гг. Частота эрозии и эктропиона шейки матки в РФ отражает устойчивую тенденцию к росту за последние 13 лет – на 8,2% (общая заболеваемость), при этом первичная заболеваемость данной патологией снижается, что свидетельствует о недостаточном лечении данного заболевания и увеличении доли хронической патологии.

Заболеваемость расстройствами менструаций как общая, так и впервые выявленная в РФ неуклонно растёт, за последние 13 лет – почти в 2 раза. В ЦФО и МО выявляются однонаправленные изменения, однако и в отношении нарушений менструации выявляется та же тенденция преимущественного роста общей заболеваемости при снижении впервые выявленной.

Прямым следствием роста расстройств менструаций является выраженный рост нарушений менопаузы, имеющий место как в РФ, так в ЦФО и МО. В РФ распространенность этой патологии выросла с 1997 г. по 2009 г. в 4,6 раза, при увеличении первичной заболеваемости – в 3,7 раза.

Заболеваемость беременных анемией в РФ в динамике за последние 20 характеризуется ростом с 1991 г. по 2002 г. (с 16,6 до 43,9%, или в 2,6 раза), с последующим снижением до 35,34% в 2009 г. (на 17,3%). Аналогичная динамика прослеживается в последние 5 лет в ЦФО и МО, при том, что уровень анемии беременности здесь исходно несколько ниже федерального.

Частота гестоза беременных РФ с 1991 по 2005 гг. возросла в 2 раза (с 11,1 до 22,3%), после чего к 2009 г. снизилась на 20% (до 17,8%). Снижение данной патологии в последние 5 лет отмечается в ЦФО и МО.

Болезни системы кровообращения аналогично увеличивались в РФ с 1991 (5,5%) по 2003 г. (14,0%) (рост в 2,5 раза), после чего к 2009 г. произошло снижение уровня данной патологии на 26%. Сходная тенденция к снижению отмечается в ЦФО и МО последние 4 года.

Наблюдается значительный рост у беременных в РФ с 1991 по 2006 гг. патологии мочеполовой системы с 8,0 до 21,3 на 100 завершённых беременностей (рост в 2,7 раза), после чего данная заболеваемость несколько снизилась — до 19,2. Частота данной патологии в ЦФО и МО несколько ниже Российского уровня и в ЦФО также снижается, однако в МО отмечается продолжение роста этой патологии у беременных.

Заболеваемость сахарным диабетом у беременных неуклонно растёт. В РФ уровень данной патологии вырос с 1991 г по 2009 г. в 2,5 раза (с 0,11 до 0,27 на 100 завершённых беременностей). В ЦФО и МО уровень заболеваемости беременных сахарным диабетом не только выше общероссийского, но и характеризуется более выраженным ростом: в ЦФО он вырос в 2 раза, а в МО в 2,2 раза только за последние 5 лет. В 2009 г. заболеваемость сахарным диабетом беременных ЦФО и МО составила 0,37 и 0,59 на 100 завершённых беременностей соответственно).

Частота гестоза у рожениц и родильниц в РФ возросла за 1991-1998 гг. с 9,56 до 29,8 на 1000 родов (в 3 раза), после чего к 2009 г. снизилась до 19,1 (на 35,7%). Динамика данной патологии в родах в ЦФО и МО аналогична и в цифровом выражении примерно равна общероссийской в последние 5 лет.

Кровотечения в родах несколько возросли в РФ за период 1991-1997 г с 3,3 до 3,9 на 100 родов (на 1,5%), а далее снизились к 2009 г. до 2,4 (на 39%). Числовое выражение данной патологии в ЦФО и МО в последние 5 лет колеблется около Российских значений.

Нарушения родовой деятельности в РФ увеличились за период 1991-1999 г. с 9,7 до 13,5 на 100 родов (на 40%), далее к 2008 г. постепенно снизились до 11,0 (на 18,5%), после чего снова выросли в 2009 г до 11,7 на 100 родов. За последние 5 лет в ЦФО и МО, имеющих исходно несколько более высокий уровень данной патологии, тенденции те же.

Младенческая смертность в РФ имеет устойчивую тенденцию к снижению с 16,9‰ в 1999 г. до 8,1 в 2009г. (в 2,1 раза). Данный показатель в ЦФО и МО остаётся ниже общероссийского на протяжении последних 20 лет и также снижается. Однако показатели младенческой смертности в России по сравнению со странами Европы или Японией и США всё ещё выше в 3-4 раза (Н.Н. Володин, 2006). Перинатальная смертность в РФ с 1991г. устойчиво снижается с 17,9 до 7,8 в 2009г. (в 2,3 раза).

Материнская смертность в России снизилась за эти годы с 52,4 до 20,7 на 100 000 родившихся живыми (в 2,6 раза), однако некоторое её повышение отмечено в 2009 г. до 22,0 на 100 000 родившихся живыми (на 6%).

Глава четвёртая «Анализ заболеваемости по обращаемости в связи с гинекологическими заболеваниями, беременностью и физиологическими состояниями на исследуемой территории». Анализ полученных данных позволил выявить, что число обращений за год к акушеру-гинекологу составило на исследуемой территории всего – 489,2, взрослых – 528,1, детей – 257,5.

При анализе по обращаемости заболеваемости воспалительными болезнями женских половых органов (ЖПО) по возрастным группам отмечено, что наибольший её уровень наблюдается среди женщин 18-29 лет (129,8 случаев обращения на 1000 женщин данного возраста), несколько реже в возрастной группе 30-39 лет (98,2), на третьем месте — подростки (67,7) (рисунок 1).

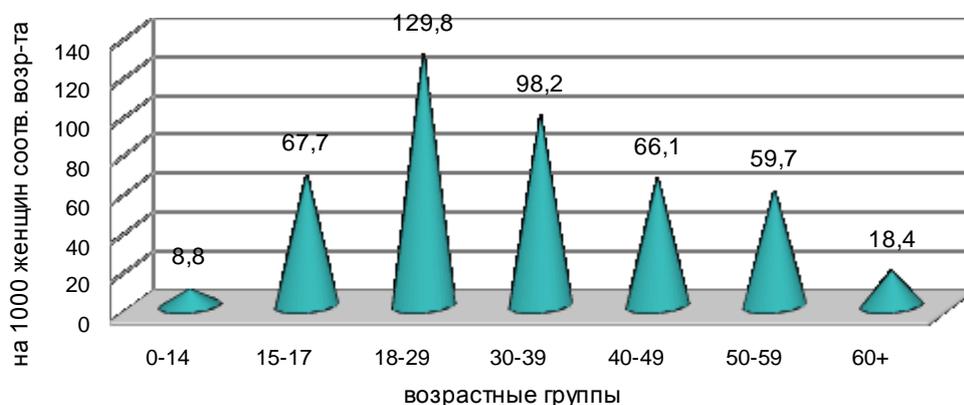


Рисунок 1. Повозрастная заболеваемость по обращаемости воспалительными болезнями женских половых органов.

Острый сальпингит и оофорит чаще всего встречается в возрастной группе подростков! (5,2 на 1000 девушек-подростков), на втором месте находится группа женщин 30-39 лет (4,7 на 1000 женщин данного возраста).

Хронический сальпингит и оофорит наиболее часто отмечается в возрастной группе 18-29 лет (15,1 на 1000 женщин соответствующего возраста), на втором месте – подростки! (10,4 на 1000 девушек-подростков), на третьем – женщины 30-39 лет (5,7).

Вызывает тревогу, что по частоте встречаемости острого эндометрита на первом месте находятся подростки (10,4 на 1000 девушек-подростков), на втором месте – женщины 18-29 лет (7,2 на 1000 женщин соответствующего возраста), на третьем – женщины 30-39 лет (4,7).

Обращаемость по поводу невоспалительных болезней женских половых органов наибольшая в возрастной группе 18-29 лет (92,3 на 1000 женщин соответствующего возраста), на втором месте возрастная группа 30-39 лет (45,3 на 1000 женщин соответствующего возраста), на третьем месте – девушки подросткового возраста (41,6 на 1000 подростков).

Среди невоспалительных болезней женских половых органов превалирует заболеваемость эктопией шейки матки: в возрастной группе 18-29 лет – 88,0, в возрастной группе 30-39 лет – 35,9, в возрастной группе 15-17 лет – 31,2 на тысячу женщин соответствующего возраста. Характерно, что динамика нарастания эктопии шейки матки соответствует динамике роста хронического вагинита в возрастных группах, не только структурно, но и по показателю частоты патологии.

В возрастной группе 60 лет и старше фиксируется высокая заболеваемость пролапсами гениталий (15,8 на 1000 женщин данного возраста).

Нарушения менструальной функции преобладают у девушек-подростков – 62,5 на 1000, что является закономерным в период становления менструальной функции. Клинически при этом преобладают нерегулярные менструации с тенденцией к гиперполименорее – 46,9 случаев на 1000 девушек-подростков. В возрастной группе 18-29 лет частота нарушений менструальной функции в 2 раза ниже - 28,1 на 1000, а в возрасте 30-39 лет – еще ниже - 14,2 на 1000. У женщин в возрасте 40-49 лет частота этой патологии снова возрастает до 20,6 на 1000 женщин, что также закономерно связано с климактерическим периодом.

Новообразования женских половых органов (в основном доброкачественные) чаще всего встречаются в группе женщин 40-49 лет – 86,7 и 50-59 лет – 68,8 на тысячу женщин соответствующего возраста, что связано с пиком гормональных нарушений и их усугублением к периоду перименопаузы. Злокачественные новообразования ЖПО чаще выявляются в возрастной группе 50-59 лет (этот контингент наблюдается в специализированных учреждениях онкологического профиля).

Среди доброкачественных новообразований женских половых органов преобладает миома матки, которая чаще встречается в возрастных группах 40-49 лет и 50-59 лет (85,0 и 65,5 на 1000 населения соответственно), но уже наблюдается в возрастных группах 18-29 и 30-39 лет.

По поводу физиологически протекающей беременности в женской консультации наблюдаются преимущественно беременные в возрасте 18-29 лет (28,1), реже в возрастной группе 30-39 лет (21,7), еще реже в подростковом возрасте (15,6 на 1000 соответствующего женского населения).

Патологическое течение беременности в основных репродуктивных группах отмечено с частотой: 35,3 в возрасте 18-29 лет; 25,5 в возрасте 30-39 лет на тысячу женского населения соответствующего возраста.

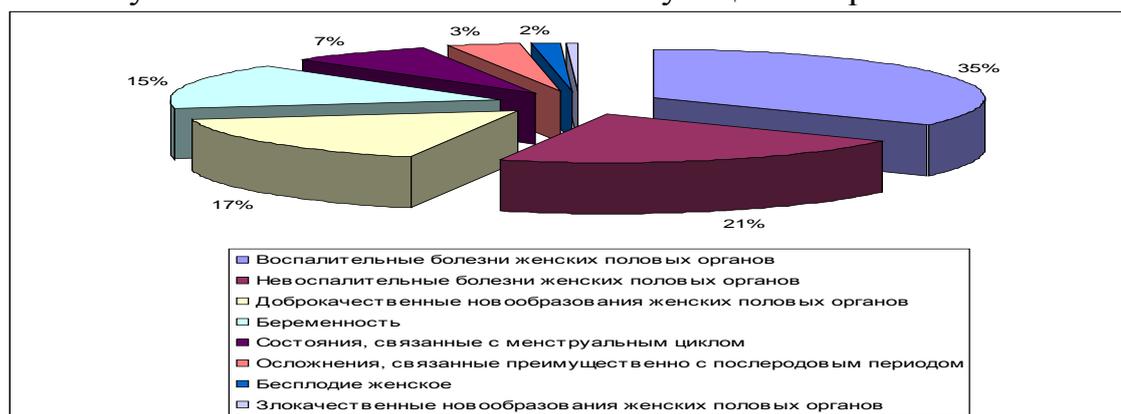


Рисунок 2. Структура обращений взрослых к акушеру-гинекологу по поводу заболеваний и физиологических состояний.

Анализ структуры амбулаторной заболеваемости болезнями женских половых органов в отдельных возрастных группах представляет большой интерес.

В структуре обращений женщин 18 лет и старше первое место занимают воспалительные болезни женских половых органов (35%), на втором – невоспалительные болезни ЖПО (21%), на третьем – обращения по поводу доброкачественных новообразований ЖПО (17%), и на четвертом – обращения по поводу беременности (15%) (рисунок 2).

В структуре обращений детей 0-17 лет преобладают воспалительные болезни ЖПО (47%). Нарушения менструальной функции составляют 28% обращений детей, невоспалительные болезни ЖПО – 14%, нарушения полового созревания – 7% (рисунок 3).

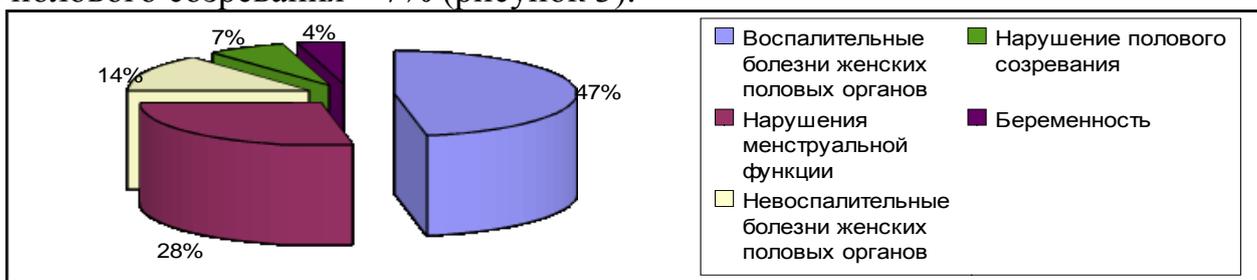


Рисунок 3. Структура обращений детей к акушеру-гинекологу по поводу заболеваний и физиологических состояний.

Среди заболеваний, выявляемых у детей 0-14 лет, преобладают воспалительные болезни женских половых органов, а именно вульвовагиниты (45%), а также нарушения менструального цикла в виде ювенильных маточных кровотечений (24%). Болезни эндокринной системы в виде нарушений полового созревания в возрасте 0-14 лет, а именно преждевременное половое созревание встречается у 6% обратившихся девочек. Анализ амбулаторной заболеваемости по обращаемости девочек 0-14 лет выявил преобладание хронических форм воспаления и их последствий в области вульвы над острыми уже у этой группы населения!

Анализируя обращаемость женского населения к акушеру – гинекологу по возрастным группам особое внимание следует уделить подросткам, так как от их репродуктивного здоровья зависит ближайшее будущее нации. Обращения по поводу нарушений менструальной функции у подростков в виде ювенильных маточных кровотечений составляют 23,1% всех обращений. Тем не менее, наиболее часто в возрастной группе подростков (15-17 лет) встречаются воспалительные болезни женских половых органов, в основном за счет подострых и хронических вагинитов (15,4%), острых и хронических сальпингоофоритов (2,6% и 5,1% соответственно) и острых эндометритов (5,1%). Самой распространенной нозологией среди воспалительных болезней женских половых органов является подострый и хронический вагинит, а среди невоспалительных - эрозия и эктропион шейки матки (15,4%), что свидетельствует о высокой степени перехода воспалительных процессов репродуктивного тракта в хронические формы у подростков.

В группе женщин 18-29 лет воспалительные болезни женских половых органов отмечаются, в основном за счет подострых и хронических вагинитов

– 24,1%, хронических сальпингоофоритов – 4,0%, острых эндометритов – 1,9%. Невоспалительные болезни женских половых органов представлены в основном эктопией шейки матки (23,1%). На третьем месте по частоте обращений в возрастной группе 18-29 лет – доношенная беременность 17%. Беременность с абортным исходом составляет 8,9% обращений, осложнения послеродового периода – 5,9%. Нарушения менструальной функции встречаются у 7,4% женщин данной возрастной группы. В этой возрастной группе уже встречаются такие доброкачественные новообразования женских половых органов, как миома матки и доброкачественные опухоли яичников (по 0,6%).

В возрастной группе 30-39 лет воспалительные болезни женских половых органов представлены в основном подострым и хроническим вагинитом (25,0%), встречаются также хронические сальпингоофориты и эндометриты (по 2,1%), острые сальпингоофориты, эндометриты, и цервициты (по 1,7%). Обращения по поводу доношенной беременности, составляют 17,1% всех обращений женщин данной возрастной группы, по поводу беременности с абортным исходом - 6,2%, осложнений послеродового периода — 4,8%. Невоспалительные болезни женских половых органов представлены в данной возрастной группе, в основном эктопией шейки матки (13,0%). 6,2% женщин 30-39 лет страдают нарушениями менструального цикла. Новообразования здесь встречаются у 8,6% обратившихся женщин.

В группе женщин 40-49 лет обращает на себя внимание самый высокий процент обращений по поводу новообразований женских половых органов, по сравнению со всеми остальными группами, в основном за счёт доброкачественных новообразований ЖПО (39,6% - миома матки, 0,8% - опухоли яичников). Нельзя не упомянуть о том, что злокачественные новообразования в данной группе представлены поражением шейки матки (0,8%). Воспалительные болезни женских половых органов в группе женщин 40-49 лет занимают второе место по обращаемости, из них 25,6% - по поводу подострых и хронических вагинитов, 1,6% - цервицитов, 1,2% - острых эндометритов, по 0,8% - хронических сальпингоофоритов и эндометритов. Нарушения менструального цикла в данной группе встречаются в 10,4% случаев. Невоспалительные заболевания ЖПО, в отличие от предыдущих групп, совершенно иная: 4,4% - эндометриоз матки, 4,0% - полипы шейки матки, 4% - полипы тела матки и железистая гиперплазия эндометрия, эктопия шейки матки – 2,4%.

Новообразования женских половых органов — основной повод обращения к акушеру-гинекологу в возрастной группе женщин 50-59 лет: доброкачественные новообразования матки (42,0%), яичников (2,1%), а также 2,1% - злокачественные новообразования шейки, тела матки и яичников. В данной возрастной группе обращения по поводу воспалительных болезней мочеполовой системы представлены в основном подострым и хроническим вагинитом 35,6%. Нарушения менструального

цикла за счёт гиперполименореи составляют в данной группе 5,9%. Незначительную часть обращений представляют невоспалительные болезни ЖПО: 3,7% - полипы шейки матки, 2,7% - гиперпластические процессы эндометрия.

Женщины возрастной группы 60 лет и старше обращаются в женскую консультацию в основном для профилактических осмотров. При обращениях по поводу заболеваний преобладают подострый и хронический вагинит – 31,9%, выпадение матки и стенок влагалища – 26,4%. Новообразования женских половых органов диагностируются в данной возрастной группе у 14,3% обратившихся женщин, все они доброкачественные и представляют собой миомы матки в стадии регресса (12,1%) и доброкачественные новообразования яичников (2,2%).

Структура обращений женщин к акушеру-гинекологу по поводу беременности и осложнений послеродового периода: 30% данных обращений приходится на патологически протекающую беременность, 26 – на физиологически протекающую беременность, столько же на беременность с абортным исходом (21,4 – искусственный аборт по желанию женщины, 4,6% - самопроизвольный выкидыш) и 18% на осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом. Структура осложнений беременности представлена в основном угрозой её прерывания (37%), анемией (32%), инфекциями почек при беременности и инфекциями половых путей при беременности (по 9%).

Пятая глава «Определение нужд населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи» включает анализ посещаемости в связи с гинекологическими заболеваниями, беременностью и физиологическими состояниями на исследуемой территории. Проанализирована повозрастная частота посещений населением женской консультации по поводу гинекологических заболеваний, течения и осложнений беременности, а также физиологических состояний, связанных с репродуктивным здоровьем. Определена потребность населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению по расширенному списку возрастных групп детского (0-14, 15-17 лет) и взрослого населения (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 и старше) с учётом экспертной оценки числа посещений.

Общее количество посещений на изучаемой территории составило 574,3 на тысячу населения. Наибольшее число посещений наблюдается в возрастной группе 18-29 лет – 1081 посещение в год на 1000 населения соответствующего возраста.

Для определения потребности населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи наряду с анализом посещений большое значение имеет анализ показателя кратности посещений на одно обращение по поводу различных заболеваний и физиологических состояний (рисунок 4).

В целом число посещений на одно обращение по поводу различных заболеваний женских половых органов достаточно низкое, например, по классу болезней мочеполовой системы – 1,9 (в том числе по поводу острых и хронических воспалительных процессов матки и придатков от 1,3 до 1,8, острых и хронических вагинитов и цервицитов 1,9 – 2,2).

При невоспалительных болезнях женских половых органов число посещений на одно обращение составляет в среднем два (2,2- при эктопии шейки матки, 1,8- при эндометриозе матки и выпадении матки и стенок влагалища). При нарушениях менструального цикла число посещений на одно обращение в среднем 1,5.

Обращает на себя внимание очень низкий показатель кратности при новообразованиях. Так при доброкачественных новообразованиях женских половых органов их число составляет 1,9: 1,8 – при миоме матки, 2,1 – при доброкачественных новообразованиях яичников, и это при том, что данные заболевания относятся к заболеваниям диспансерной группы, число наблюдений при которых не должно быть менее четырёх в год.

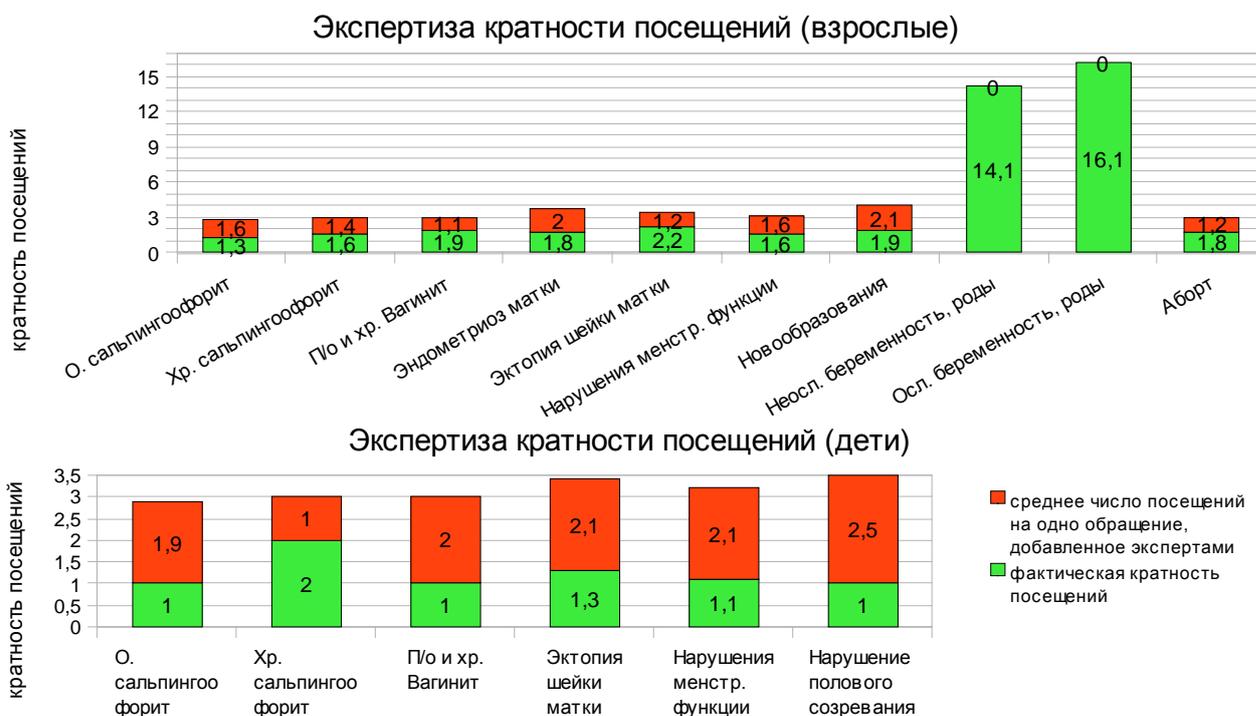


Рисунок 4. Экспертиза кратности посещений акушера-гинеколога взрослыми и детьми (0-17 лет).

Число посещений на одно обращение у детей не превышает 2,0 (хронический сальпингоофорит) и 1,3 (эктопия шейки матки), при всех остальных нозологиях этот показатель колеблется около единицы (рисунок 4). Из чего следует, что, несмотря на значительную профилактическую работу в виде распространенных диспансерных осмотров среди детей и высокую выявляемость заболеваний в этой возрастной группе, лечению их уделяется недостаточно внимания, что приводит к переходу патологии в хроническое течение, её накоплению в старших возрастных группах.

Кратность посещений по поводу хронических вагинитов, встречающихся в каждой возрастной группе чаще других нозологий, составляет 1,9, чего явно недостаточно для адекватного лечения данного заболевания. Число посещений на одно обращение при эктопиях шейки матки составляет 2,2, тогда как эта нозология относится к диспансерной группе и требует как минимум четырёх посещений в год при консервативном лечении и более 4-х при оперативном. Аналогичная ситуация прослеживается в отношении остальных заболеваний диспансерной группы.

Диспансерный принцип наблюдения в виде определенного количества посещений в год при известном ряде заболеваний не соблюдается ни в одной возрастной группе.

Итак, показатель кратности посещений оказался достаточно низким, что обозначило необходимость экспертной оценки амбулаторных карт пациентов компетентными специалистами с целью оптимизации кратности посещений для достижения оптимальных результатов лечения.

Дальнейшая оценка кратности посещений на одно обращение с учётом анализа амбулаторных карт пациентов и экспертной поправки дала возможность оптимизировать число посещений на одно обращение при каждой конкретной нозологии с учётом возможности проведения оптимальных диагностических и лечебных мероприятий.

Всего добавлено 130,2 посещения на тысячу населения, из них 62,5 на тысячу детского и 143,6 на тысячу взрослого населения.

Наибольшее число посещений добавлено экспертами по классу болезней мочеполовой системы (82,8 на 1000 всего населения), как у детей, так и у взрослых (46,2 и 90,1 на тысячу детского и взрослого населения соответственно).

Самое значительное число посещений добавлено экспертами в группе воспалительных болезней женских половых органов (всего 39,5 на тысячу населения, 14,8 и 44,4 на тысячу детского и взрослого населения соответственно).

Наибольшее количество посещений добавлено экспертами по нозологии подострый и хронический вагинит (29,1 на тысячу всего населения, 6,1 на тысячу детского, 33,7 на тысячу взрослого населения).

По поводу невоспалительных болезней женских половых органов добавлено 26,1 посещений на тысячу населения (12,4 на тысячу детей, 28,9 на тысячу взрослых). В данном классе значительное увеличение числа посещений произведено по поводу эрозии и эктропиона шейки матки (15,0 на тысячу всего населения; 5,4 и 16,9 на тысячу детского и взрослого населения соответственно).

По поводу состояний, связанных с менструальным циклом основное число посещений добавлено в группе детей: всего 14,3 на тысячу населения; 19,0 и 13,4 на тысячу детей и взрослых соответственно.

По классу новообразований экспертами добавлено 36,8 посещений на тысячу всего населения или 44,1 на тысячу взрослых, большинство из них относится к доброкачественным новообразованиям миометрия (34,1 на тысячу всего или 40,9 на тысячу взрослого населения).

По классу факторов влияющих на здоровье населения и обращений в учреждения здравоохранения экспертами добавлено 2,2 посещения, из них 10,9 на тысячу детского населения и 0,5 на тысячу взрослого населения. К данному классу относятся и посещения по поводу физиологически протекающей беременности, число посещений на одно обращение по поводу которой составило в среднем 13,6. Число посещений взрослых на одно обращение по поводу физиологически протекающей беременности составило 14,1, детей – 1,7. Согласно нормативным документам оно не должно составлять менее 10 (Приказ МЗСР РФ №50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»). Дополнение числа посещений у подростков по поводу беременности очевидно связано с тем, что ввиду частых осложнений беременности в подростковом возрасте, её ведение производится акушерами-гинекологами вышестоящих уровней.

По классу беременность, роды и послеродовый период экспертами добавлено 7,4 посещений на тысячу всего населения или 8,9 на тысячу взрослого населения.

В связи с тем, что фактическое число посещений на одно обращение по поводу осложнений беременности оказалось недостаточным, по мнению экспертов (в среднем 16,4 по поводу отеков, протеинурии и гипертензии, и 15,9 по поводу других болезней, связанных преимущественно с беременностью), число дополнительных посещений по этому разделу оказалось незначительным или вообще отсутствовало по многим нозологиям. При этом эксперты сочли необходимым увеличить число посещений на одно обращение по поводу медицинского прерывания беременности. Поскольку фактически оно составило 1,5, что крайне недостаточно для проведения должного обследования, разъяснения женщинам возможных осложнений, методах профилактики этих осложнений и самое главное подборе метода контрацепции и наблюдения женщины после оперативного вмешательства.

По классу болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ, представленному детским населением, экспертами добавлено 5,5 посещений на тысячу детей в связи с тем, что нарушения эндокринного обмена могут скрывать более серьёзные заболевания девочек и девушек, и требуют тщательного обследования, раннего диагностирования и лечения для сохранения репродуктивной функции.

Все посещения, добавленные экспертами, производились с учётом необходимых консультативных посещений на вышестоящих уровнях оказания медицинской помощи.

Анализ данных, полученных из МО ФОМС о посещениях жителей базовой территории произведенных в других районах Московской области, а также посещениях, жителей других территорий, произведенных в женской консультации города Ивантеевка показал, что число этих посещений приблизительно одинаково, что избавило от необходимости прибавлять или вычитать посещения из фактически полученных данных, выкопированных из первичной медицинской документации ЛПУ г. Ивантеевка.

Анализ соответствующих данных предоставленных МО ФОМС показал, что жителями изучаемой территории консультативных посещений производится чрезвычайно мало на всех вышестоящих уровнях, включая как второй уровень (ЛПУ Сергиев-Посад), так и третий (ЛПУ областного уровня МО, ЛПУ Федерального уровня). Из-за незначительного числа консультативных посещений их суммирование с фактическими данными не обусловило значительного повышения уровня обращений и посещений при уточнении нормативов объёмов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению, поэтому за эталон посещений на консультативном уровне признаны рекомендованные экспертами данные. Число посещений на дому также подвергалось экспертной оценке, и с её учетом было добавлено к полученному уточненному числу необходимых посещений в женской консультации.

Нуждаемость населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи составила 714,2 на 1000 всего населения: 189,3 на 1000 детского населения и 818,3 на 1000 взрослых (рисунок 6).

Определённая нуждаемость населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи является характерной для территории, на население которой она была рассчитана. Для сравнения определённой нуждаемости в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи с нормативом Федеральной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ФПГГ) и фактическим числом посещений к акушеру-гинекологу в РФ был произведён перерасчёт полученных данных на население РФ с учётом соотношения доли населения в каждой возрастной группе, характерной для РФ в 2009 г. (таблица 2).

Для оптимизации адаптации ФПГГ к территории представляет интерес разработка повозрастных нормативов объёмов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи, которые дадут возможность учитывать возрастной состав населения конкретной территории. Уточнённая повозрастная нуждаемость в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи составила: 0-14 лет — 86,4; 15-17 лет — 668,0; 18-29 лет 1309,8; 30-39 лет — 1021,3; 40-49 лет — 688,2; 50-59 лет — 673,9; 60 лет и старше — 368.

Таблица 2

Повозрастная нуждаемость населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи с учётом всех уровней её оказания, рассчитанная для населения РФ (на 1000 всего населения)										
Наименования классов, отдельных болезней	возраст							Дети	Взрослые	Всего
	0-14	15-17	18-29	30-39	40-49	50-59	60+			
XIV Болезни мочеполовой системы	40	246,5	428,1	275,7	203,8	140,3	95,9	83,7	238,3	209,6
Воспалительные болезни женских половых органов	23,8	92,4	201,5	148,1	107,1	101	37,2	38,4	121,9	106,4
Хронический сальпингит и оофорит	0	14,7	23,6	8,6	2,8	0	0	3,1	7,9	7
Подострый и хронический вагинит	1,6	44,1	142,6	104,7	89,2	94,4	34,1	10,6	94,5	78,9
Невоспалительные болезни женских половых органов	2,2	60,3	166,4	75,4	57,3	22,3	57,5	14,5	81,6	69,1
Эрозия и эктропион шейки матки	0	50	155,2	61,8	9,5	0	0	10,6	51,3	43,7
Нарушения менструальной функции	13,9	93,9	46,8	27,3	39,3	17,1	1,3	30,8	27,1	27,8
Бесплодие женское	0	0	13,5	24,9	0	0	0	0	7,7	6,3
II Новообразования	0	0	9,1	48,7	194,2	163,4	20,8	0	80,4	65,5
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3,2	28,4	0	0	0	0	0	8,5	0	1,6
заболеваниями	43,2	274,9	437,2	324,4	398	303,7	116,7	92,2	318,7	276,7
Беременность, завершённая родами	0	73,5	508,7	357,6	15,3	0	0	15,5	192,3	159,5
периодом	0	0	25,4	16,7	0,9	0	0	0	9,5	7,7
Беременность с абортивным исходом	0	0	53,1	26,3	0	0	0	0	17,8	14,5
ВСЕГО по поводу беременности	0	73,5	587,2	400,6	16,2	0	0	15,5	219,6	181,7
ВСЕГО профилактически	43,3	318,6	248,5	280,7	272,8	370,2	251,3	101,5	280,6	247,3
ВСЕГО	86,4	667	1273	1006	687,1	673,9	368	209,2	819,1	705,7

Таблица 3

Сравнение нормативного числа амбулаторных посещений врача акушера-гинеколога согласно ПГГ с фактическим числом посещений в 2009г. и уточнённой нуждаемостью (на 1000 населения соответствующего возраста)

	дети	взрослые	всего
Норматив ПГГ 2009г	5*	851,4*	665,2
Фактическая посещаемость, 2009 г.	187,9	740,7	639,2
Нуждаемость населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи	209,4	830,4	714,9

*В пересчёте на соответствующее население (в ПГГ все нормативы представлены в расчёте на всё население: для детей – 1,1; для взрослых – 664,1; всего — 665,2.

При этом доля детей — 22%, взрослых — 78% - данные на момент разработки норматива)

Несмотря на то, что фактическое число посещений детей к акушеру-гинекологу составило в 2009 г. 187,9 на 1000 детского населения, норматив ППГ остаётся на уровне 5. Нуждаемость детского населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи составила 209,4 на 1000 детского населения. Нуждаемость взрослого населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи составила 830,4 на 1000 взрослого населения, что ниже нормативного показателя, но выше фактического. Нуждаемость населения РФ в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи составила 714,9 на 1000 всего населения, что выше нормативного и фактического уровня (табл. 3).

Шестая глава «Уточнение норм времени, нагрузки и численности врачей для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи». В данной главе на основе фотохронометражных замеров определены затраты времени на прием и произведена поэлементная экспертиза временных затрат на приеме. На основе этого определены нормы времени и нагрузки. В последующем рассчитаны нормативы численности врачей акушеров-гинекологов.

На приеме взрослых в территориальной женской консультации проводился фотохронометраж с точным измерением временных затрат на каждый элемент работы и «простоя» от начала и до окончания рабочей смены.

Для разработки норм времени на приеме детей, как в территориальной поликлинике, так и на консультативном приёме вышестоящего уровня, а также на приёме взрослых вышестоящего уровня проводился хронометраж рабочего времени исключительно с целью определения средней длительности приёма одного пациента.

В связи с тем, что основная масса обращений женского населения за амбулаторной акушерско-гинекологической помощью приходится на женские консультации территориального уровня и обслуживание в основном взрослого населения, наибольшее внимание было направлено на детальное изучение работы врачей амбулаторной акушерско-гинекологической службы территориального уровня по оказанию помощи взрослому населению.

Одной из задач исследования явилось изучение структуры деятельности врача акушера-гинеколога на приёме по элементам работы. Так, затраты времени на выполнение основной деятельности составили 56,9%, тогда как выполнение необходимых дополнительных видов деятельности занимает 43,1% общего времени приёма пациента, из которых 39,5% представлено работой с документацией.

С применением анализа амбулаторных карт пациентов экспертами была проведена работа по оценке оказанной медицинской помощи и оптимизации временных затрат на приём с учётом поэлементной экспертизы отдельных видов деятельности на приёме взрослого населения в территориальной поликлинике.

Для более оптимального определения временных затрат на разные виды приёма взрослого населения акушера-гинеколога в территориальной

поликлинике, они условно были разделены на: лечебно – диагностический, профилактический и приём по поводу беременности. Каждый из выделенных видов приёма в свою очередь подразделялся на первичный и повторный.

Длительность первичного лечебно-диагностического приёма гинекологических больных составляет с учётом экспертных поправок 17,88 минут, повторного — 14,5 мин. В среднем длительность лечебно-диагностического приёма составляет 15,9 мин. Большая часть времени отведена на основную деятельность (67,1% первичного и 64,9% повторного приёма). При первичном посещении большую долю основной деятельности составляют сбор анамнеза и опрос — 19%, гинекологическое исследование и разъяснение диагностических мероприятий — по 16,6%. При повторном лечебно-диагностическом приёме гинекологических больных основная деятельность представлена по большей части разъяснениями лечения — 19,1%, лечебными и диагностическими процедурами — 17,2%, врачебными операциями — 11,7%.

Длительность первичного профилактического приёма составляет, с учётом экспертных поправок, 10,68 минут, повторного — 1,5 мин. Большая часть времени первичного профилактического приёма отведена на основную деятельность — 58,9%. При первичном посещении большую долю основной деятельности составляют сбор анамнеза и опрос — 13,7%, гинекологическое исследование — 17,9%, разъяснение диагностических мероприятий — 9,8% и забор материала для исследований — 8,2%. Повторный профилактический приём, как правило, представляет собой обращения за справкой или результатами лабораторных исследований. При повторном профилактическом приёме основная деятельность представлена по большей части работой с документацией — 50%.

Длительность первичного приёма по поводу беременности составляет с учётом экспертных поправок 22,89 минут, повторного — 12,98 мин. Длительность усреднённого приёма беременных - 13,5 мин. Большая часть времени отведена на основную деятельность (66% первичного и 56,2% повторного приёма). При первичном посещении большую долю основной деятельности составляют сбор анамнеза и опрос — 16%, разъяснение диагностических мероприятий — 17%, инструментальные исследования - 11,9% (в связи с обязательным проведением кольпоскопического исследования беременным, тестов, направленных на подтверждение беременности) и гинекологическое исследование — 8,9%. При повторном приёме беременных основная деятельность представлена по большей части разъяснениями лечебных и диагностических мероприятий — 22,7%, наружным акушерским исследованием — 14,4 и опросом — 13,8%.

Длительность усреднённого приёма с учётом прочей неотъемлемой деятельности составляет 15, 02 мин. Основная деятельность занимает 57,5% времени, в основном за счёт разъяснения диагностических мероприятий —

16,1% , сбора анамнеза и опроса — 12,9%, гинекологического исследования — 9% и диагностических и лечебных процедур — 7%.

Коэффициент использования рабочего времени должности на основную деятельность, определённый по данным диссертационного исследования полностью совпал с определённым ранее.

Как уже было сказано, хронометражные замеры проводились на приёме взрослых и детей, как на территориальном, так и на вышестоящем уровне (в НИИ федерального подчинения). В результате были получены данные о длительности и структуре приёмов взрослого населения и длительности приёмов детей на территориальном уровне, а также длительности приёмов тех же контингентов на консультативных приёмах вышестоящего уровня.

Данные о процентном соотношении каждого из видов приёма рассчитаны на основании изученной структуры посещений к врачу акушеру-гинекологу с учётом экспертных поправок (таблица 4).

Таблица 4

Нормы времени и структура посещений необходимых для оказания населению территории амбулаторной акушерско-гинекологической помощи

Виды посещений	взрослые		дети	
	95%		5%	
	мин	%	мин	%
Территориальный уровень оказания медицинской помощи				
Приём гинекологических больных	15,9	32,4	28,2	35,9
Приём беременных	13,5	21,6	16,8	5,5
Профилактическое	10,3	34	25,3	48,5
Посещения на дому	75	2	75	0,1
Вышестоящие уровни оказания медицинской помощи				
Консультативные	32,3	10	35,4	10

Итак, средняя длительность приёма взрослого населения составляет **16,3** мин., детского населения - **26,4** мин., всего населения - **16,8** мин.

Нормы нагрузки (обслуживания) в числе посещений на 1 час приема акушера-гинеколога составляют: Для взрослых - 3,4 посещения/час., для детей - 2,1 посещения/час., для всего населения - 3,3 посещения/час.

Годовой бюджет рабочего времени должности врача акушера-гинеколога амбулаторного приёма, с учетом данных всех нормативных документов по труду, в 2009 году составил **1255** часов

Плановая функция должности врача акушера-гинеколога составила: для взрослых - **4264,0** посещения/год; для детей - **2631,9** посещения/год; для всего населения - **4135,8** посещения/год.

В таблице 5 приведены данные о нормативах численности врачей акушеров-гинекологов амбулаторного звена расчётное - по данным проведённого исследования, фактическое и в соответствии с ранее вышедшими приказами.

Определить фактическое число штатных должностей врачей акушеров-гинекологов для обслуживания детского и взрослого населения по отдельности не представляется возможным т.к. эти данные отсутствуют в

учётно-отчётной документации, учитывается только общее число штатных должностей данных специалистов.

Таблица 5

**Число должностей акушеров-гинекологов
для обеспечения амбулаторной помощи населению территории**

источник	Число штатных должностей на 10 000 соответствующего населения		
	детских	взрослых	всего
Фактическое по РФ в 2009г.	х	х	1,55
приказом Министерства здравоохранения СССР от 29.12.1983г. №1495.	х	х	1,67
Приказ Минздрава РСФСР от 15.11.1991г. №186 «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РСФСР»	0,2*	х	х
Расчётное	0,8	1,95	1,73
Приказ МЗСР РФ от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»	1,25	2,5**	2,3**

**Определено расчётным путём по данным 1 должность на 2200 женщин

*Определено расчётным путём по данным 1 должность на 50 тысяч детского и подросткового населения

Фактическое число штатных должностей врачей акушеров-гинекологов амбулаторного приёма в 2009г. составило 1,55 на 10 000 населения, расчётное – 1,73. Согласно приказу МЗСР РФ №808н от 2009г. число должностей врачей акушеров-гинекологов для обслуживания населения должно составлять 2,3 на 10 000 населения, что в 1,5 раза выше существующего фактического показателя. Одномоментный переход к данному обеспечению штатами невозможен, в связи с этим, установленный нами норматив численности врачей акушеров-гинекологов амбулаторного звена следует рассматривать в качестве одного из этапов перехода к определённому в приказе.

В ЗАКЛЮЧЕНИИ обобщены результаты проведенных исследований по всем разделам.

ВЫВОДЫ

1. Динамика основных демографических показателей как в РФ, так и в ЦФО и МО отражает превышение смертности над рождаемостью. Уровень гинекологической заболеваемости населения в РФ, МО и ЦФО растет по большинству нозологических форм, увеличивается доля хронической патологии, требующей более длительного и интенсивного лечения. В последние годы снижается патология беременности и родов, а также перинатальная заболеваемость, младенческая и материнская смертность. Дальнейшее повышение репродуктивного потенциала нации зависит от своевременной диагностики и качества лечения акушерской и гинекологической патологии.

2. Заболеваемость воспалительными болезнями женских половых органов преимущественно хроническими, преобладает во всех возрастных группах женщин репродуктивного возраста, что требует первостепенного внимания к диагностике и лечению данной группы заболеваний. Особое внимание следует обратить на лечение эрозии и эктропиона шейки матки, особенно у

подростков (15-17 лет) и молодых женщин (18-29 лет), нарушений менструальной функции у детей (0-14 лет), подростков (15-17 лет) и женщин в возрасте 40 - 49 лет и новообразований в возрастных группах женщин 40-59 лет.

3. Нуждаемость в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи составляет для всего населения — 714,9, для детей — 209,4, для взрослых — 830,4 посещений на 1000 населения соответствующего возраста. Расчет дифференцированных нормативов объемов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи по возрастам, позволит оптимизировать адаптацию федерального норматива к территории с учетом возрастного состава её населения.

4. Фотохронометражные замеры временных затрат акушера-гинеколога на амбулаторном приеме взрослого и детского населения с учетом экспертной оценки показали, что средняя длительность приёма взрослых составляет 16,3, детей — 26,4, всего населения — 16,8 минут, а функция врачебной должности акушера-гинеколога равна - 4264,0, 2631,9 и 4135,8 посещений в год на 1000 соответствующего населения.

5. Проведенные расчеты с учетом нуждаемости населения, норм времени и нагрузки на врачебную должность показывают, что нормативы кадрового обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению для обслуживания взрослых составляют 1,95, детей — 0,8 и всего населения — 1,73 на 10 000 населения соответствующего возраста.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Определённую нуждаемость в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи, как для всего населения, так и для взрослых и детей следует рассматривать как уточнённые нормативы объёмов Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, с учётом уровня и структуры заболеваемости, возможности использования современных диагностических и лечебных технологий.

2. Дифференцированный подход к изучению нуждаемости населения в специализированной лечебно-профилактической помощи и к разработке её нормативов по дробным возрастным группам позволит руководителям здравоохранения регионов планировать более обоснованно и конкретно размещение медицинской сети и её мощность по каждому обслуживаемому территориальному участку с учетом числа и компактности входящих в его состав населенных пунктов, численности и особенностей расселения населения, объективно сложившихся данных обращаемости за медицинской помощью, интенсивных показателей и структуры заболеваемости и других факторов.

3. Уточнённые нормы времени, нагрузки и нормативы численности должностей врачей акушеров—гинекологов амбулаторного приёма, с учётом рассчитанной нуждаемости населения в амбулаторной акушерско-

гинекологической помощи, являются оптимальными для обеспечения адекватной диагностики и лечения гинекологических заболеваний и ведения беременности на современном этапе развития здравоохранения.

4. Порочный круг нехватки времени на общение с пациентом, анализ проведённых исследований, диагностический поиск и подбор оптимального метода лечения, недостаточное проведение лечебных и диагностических мероприятий на приёме должен быть прерван путём увеличения времени на приём. Длительность усреднённого приёма одного пациента акушером-гинекологом не должна в среднем быть менее 16,8 мин., для обслуживания детей — 26,4 мин., взрослых — 16,3 мин.

5. Рекомендуемая нагрузка врача акушера-гинеколога на амбулаторном приёме составляет для детей — 2,1 посещения/час, взрослых — 3,4 посещения/час, всего населения — 3,3 посещения/час.

6. Расчётное число врачебных должностей акушеров-гинекологов для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению составляет на 10 000 населения соответствующего возраста: для всего населения — 1,73 должности, для детей — 0,8 должности, для взрослых — 1,95 должности.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Бантьева М.Н. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2010. - №4. - С. 23-28.

2. Бантьева М.Н. Вопросы оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической службы / М.Н. Бантьева, Л.П. Суханова // Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения, 2011. - №3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/309/30/>

3. Бантьева М.Н. Дифференцированные нормативы объёмов медицинской помощи по программе государственных гарантий и их эквивалентные единицы, рассчитанные с учётом коэффициента транспортной доступности и плотности расселения населения / С.А. Леонов, В.И. Перхов, И.А. Титова, Э.Н. Матвеев, Ю.А. Мирсков, М.Н. Бантьева // Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения, 2011. - №4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/>

4. Бантьева М.Н. Решение Роспатента о выдаче патента на изобретение «Способ исследования и оценки локального иммунитета эндометрия» от 23.10.2009г. Заявка № 2008132411/14(040599) от 07.08.2008.

5. Бантьева М.Н. Особенности ведения беременности и родов при многоплодии / М.Н. Бантьева // Научные труды 4-ой международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке». - М.: РУДН, 2003. - С. 73-74.

6. Бантьева М.Н. Зависимость течения и исхода многоплодной беременности от срока гестации при постановке на учёт в женской консультации / М.Н. Бантьева // Научные труды 4-ой международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке». - М.: РУДН, 2003. - С. 74.

7. Бантьева М.Н. Прогностические критерии постнатального исхода в зависимости от типа плацентации и метода родоразрешения при беременности двойней / М.Н. Бантьева // Вестник Российского государственного медицинского университета. Материалы

конференции, посвящённой 40-летию медико-биологического факультета РГМУ. – М.: РГМУ, 2004, №3 (34). - С. 89.

8. Бантьева М.Н. Анализ заболеваемости населения с целью выявления приоритетного направления санитарного просвещения / М.Н. Бантьева, Д.А. Сомов // Вестник Российского государственного медицинского университета. Материалы конференции, посвящённой 40-летию медико-биологического факультета РГМУ. – М.: РГМУ, 2004, №3 (34). - С. 194.

9. Бантьева М.Н. Методические подходы к реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева // Учебно-методическое пособие. Модульная многоуровневая программа повышения квалификации по экономике здравоохранения. – М.: АГАР, 2008. - 287с.

10. Бантьева М.Н. Анализ характера и структуры деятельности врача акушер-гинеколога на амбулаторном приёме / М.Н. Бантьева // Сборник тезисов всероссийской научно-практической конференции «Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья». - М.: МЕДИ Экспо, 2009. - С. 24-26.

11. Бантьева М.Н. Структура затрат времени врача акушер-гинеколога на амбулаторном приёме / М.Н. Бантьева // Материалы 63-ей Итоговой научной конференции молодых учёных Ростовского государственного медицинского университета с международным участием, посвящённая 70-летию СНО (МНО). 29 апреля 2009г. - Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО Рост ГМУ Росздрава, 2009. - С. 51.

12. Бантьева М.Н. Основные тенденции заболеваемости подросткового населения в Российской Федерации в 2000-2007 годах / Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева, Л.В. Руголь // Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава «Межсекторальное партнёрство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения». - М.: ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, 2009. - С. 117-125.

13. Бантьева М.Н. Повозрастные показатели обращаемости и посещаемости врача акушер-гинеколога на амбулаторном приёме / М.Н. Бантьева // Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава «Межсекторальное партнёрство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения». - М.: ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, 2009. - С. 189-197.

14. Бантьева М.Н. Повозрастные показатели госпитализации на койки акушерско-гинекологического профиля / Бантьева М.Н. // Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава «Межсекторальное партнёрство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения. - М.: ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, 2009. - С. 197-204.

15. Бантьева М.Н. Руководство по анализу деятельности службы охраны материнства и детства Российской Федерации / С.А. Леонов, И.М. Сон, Л.П. Суханова, И.С. Цыбульская, Д.Ш. Вайсман, В.Г. Утка, Э.И. Погорелова, Э.М. Секриеру, Е.В. Огрызко, Н.М. Зайченко, М.Н. Бантьева и др. - М.: ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, 2009. - 213с.

16. Бантьева М.Н. Совершенствование нормативной базы Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи как условие успешного решения проблем здравоохранения / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева // Менеджер здравоохранения, 2010. - №1. - С. 9-19.

17. Бантьева М.Н. Региональные модели медицинского обеспечения населения / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева // Менеджер здравоохранения, 2010. - №12. - с. 8-13.