

На правах рукописи

МИНГАЛЁВА

Наталия Вячеславовна

**КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение

14.00.01 - Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2008

Работа выполнена на кафедрах общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины и кафедре акушерства и гинекологии Кубанского государственного медицинского университета

Научные консультанты: доктор медицинских наук, профессор

Б.А. Войцехович

доктор медицинских наук, профессор

О.К. Федорович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор

И. С. Цыбульская

доктор медицинских наук, профессор

О.Г. Фролова

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАМН

В.Н. Серов

Ведущая организация:

ГУ Национальный институт общественного здоровья РАМН

Защита состоится «_28_»_ноября___2008 года в _12.00_ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г.Москва, ул.Добролюбова, д.11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г.Москва, ул.Добролюбова, д.11.

Автореферат разослан «_____»_____2008 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.И. Сошников

Актуальность темы. На современном этапе развития в России происходят значительные экономические, политические и социальные преобразования, что отражается на здоровье населения (Стародубов В.И., Михайлова Ю.М. с соавт., 2003). В условиях неблагоприятной демографической ситуации, на фоне постоянного ухудшения здоровья женского населения, проблемы его охраны приобретают особую значимость (Стародубов В.И., 2006). Непосредственное ухудшение здоровья женщин, в том числе и репродуктивного, препятствует выполнению ими детородных функций (Шарапова Е.И., 1998). Реальная распространенность гинекологических заболеваний значительно выше статистических данных. Специальные исследования показывают, что 40-60% женщин в активном репродуктивном возрасте страдают гинекологическими заболеваниями, однако далеко не все обращаются к врачу (Фролова О.Г., Ильичева И.А., 2002). В РФ создана государственная система медицинской помощи женскому населению, обеспечивающая её доступность. Отличительной ее особенностью на протяжении длительного времени является активное выявление гинекологических заболеваний, диспансерное наблюдение пациенток и их последующее лечение в амбулаторных и стационарных условиях. В условиях реформирования отечественного здравоохранения значительно изменились методические, организационные и административные требования к оказанию гинекологической помощи на амбулаторном, диспансерном и стационарном этапах. К сожалению, до настоящего времени большинство исследований ограничивалось изучением отдельных аспектов организации и повышения эффективности оказания гинекологической помощи. Известно, что задачей здравоохранения является обеспечение медицинских составляющих демографических показателей (Радзинский В.Е., Духин А.О., 2004,). Решение этой задачи гинекологической службой возможно только с учетом результатов комплексного исследования факторов, определяющих репродуктивное здоровье женщин и внедрения современных организационных форм и методических подходов, учитывающих региональные особенности в условиях реформирования здравоохранения. Краснодарский край с его пятимиллионным населением является репрезентативной базой для изучения и совершенствования организации медицинской помощи женщинам.

Цель работы.

На основании медико-социального исследования разработать и внедрить комплекс научно-обоснованных мероприятий, направленных на оптимизацию гинекологической помощи женскому населению на региональном уровне.

Задачи исследования

1. Проанализировать демографическую ситуацию, динамику показателей и особенности современного воспроизводства населения в Краснодарском крае.
2. Исследовать современные тенденции гинекологической заболеваемости и дать характеристику её динамики.
3. Провести анализ объема и качества оказания амбулаторной и стационарной гинекологической помощи женскому населению края.
4. Разработать методику оценки объема и качества оказания гинекологической помощи на амбулаторном этапе и в стационаре, а также систему мер по оптимизации оказания помощи гинекологическим больным.
5. Разработать научно-обоснованную схему взаимодействия лечебно-профилактических учреждений в охране репродуктивного здоровья женского населения
6. Оценить результативность использования внедренного комплекса мер по совершенствованию гинекологической помощи.

Научная новизна.

- Впервые на основании анализа результатов комплексного медико-социального исследования дана оценка репродуктивного здоровья женщин субъекта Российской Федерации.
- Определены особенности репродуктивного поведения женщин и его мотивация, доказана зависимость репродуктивного поведения женщин от социальных и экономических факторов, дана комплексная оценка репродуктивных установок как основы демографического прогноза.
- Представлена комплексная оценка социальных, бытовых и поведенческих факторов, повышающих риск заболевания гинекологической патологией.
- Разработан научно-обоснованный комплекс мер по оптимизации гинекологической помощи, оценке объема и качества оказания помощи на амбулаторном этапе и в стационаре
- На основании анкетирования пациентов и врачей получена новая

информация о качестве оказания медицинской помощи женскому населению в условиях реформирования отечественного здравоохранения

- На основании анализа результатов организационного эксперимента разработаны рекомендации по совершенствованию системы медицинской помощи женщинам края, доказана необходимость мониторинга качества оказания гинекологической помощи.
- Разработан комплекс научно-обоснованных мероприятий организационного и медико-социального характера, направленных на улучшение здоровья женского населения.
- Определена необходимость выделения четырех уровней оказания гинекологической помощи на региональном уровне.

Научно- практическая значимость работы

- Получены новые сведения о медико-демографической и социальной значимости гинекологических заболеваний в современных условиях.
- Получены данные об объеме, структуре гинекологической патологии в Краснодарском крае и динамике её изменений, что позволяет повысить оперативность принятия организационных и управленческих решений.
- Разработан комплекс научно-обоснованных мероприятий по оптимизации гинекологической помощи женскому населению, снижению гинекологической заболеваемости и укреплению репродуктивного здоровья, включающий: усовершенствованную систему мониторинга гинекологического здоровья женщин и оказания гинекологической помощи; систему четырехуровневого оказания гинекологической помощи; систему анализа объема и качества гинекологической помощи с использованием «Паспорта акушерско-гинекологической службы городов и административных районов края». Все это позволило снизить гинекологическую заболеваемость, улучшить систему оценки качества медицинского обслуживания женщин, повысить качество жизни женского населения. Внедрение рекомендаций, основанных на результатах исследования в других субъектах Российской Федерации, позволит усовершенствовать организацию гинекологической помощи женскому населению, что приведет к снижению гинекологической заболеваемости повышению качества медицинской помощи женскому населению, улучшению качества жизни женщин.

- Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедр акушерства и гинекологии, общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины Краснодарского государственного медицинского университета.
- Результаты исследования внедрены в организацию оказания гинекологической помощи Краснодарского края и Чувашской республики.

Внедрения результатов исследования в практику. Практическая значимость исследования основана на возможности использования выводов и практических рекомендаций в работе с гинекологическими больными.

- Материалы работы использованы при разработке приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 марта 2006 года № 223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ»
- Результаты работы изложены в Информационном письме «Опыт анализа оказания гинекологической помощи в Краснодарском крае (проведенного с использованием Паспорта акушерско-гинекологической службы /города, района/ Краснодарского края)», рекомендованном Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития России для использования субъектами Российской Федерации)
- Внедрение «Паспорта акушерско-гинекологической службы (города, района) Краснодарского края)» с расширенным разделом гинекологической составляющей позволило проанализировать оказание гинекологической помощи в целом по краю, территориям и отдельным административным образованиям. В Краснодарском крае создана модель анализа и мониторинга амбулаторной и стационарной гинекологической помощи. Систематическое изучение гинекологической патологии, на основе единых методических подходов в отдельных территориях и в целом по краю свидетельствуют о том, что предлагаемый «инструмент» для анализа деятельности службы дает возможность получения сравнительной оценки, динамики показателей и позволяет оперативно принимать организационные и административные решения.
- Использование разработанных практических рекомендаций к «Паспорту» значительно повышает эффективность и оперативность квалифицированного анализа оказания гинекологической помощи по

единому установленному и принятому в крае алгоритму и повышает качество организации сбора достоверной информации.

- Материалы диссертации внедрены в практическую деятельность: Департамента здравоохранения Краснодарского края; Краевого организационно - методического отдела; Кубанского государственного медицинского университета и практическую деятельность акушеров-гинекологов Краснодарского края.
- Материалы настоящего исследования использованы при разработке информационных писем, методических и практических рекомендаций для врачей акушеров-гинекологов и организаторов здравоохранения.
- Для выработки единого алгоритма регистрации диспансерного наблюдения патологии шейки матки, предложена форма диспансерного учета на специализированном приеме и оформлено информационное письмо, которое утверждено в крае.
- На основании исследования обоснованы и предложены дополнительные критерии экспертной оценки работы гинекологического стационара и амбулаторной службы.
- Предложены дополненные, унифицированные формы медицинской документации, как для амбулаторной так и для стационарной помощи, оптимизирующие преемственность гинекологической службы (изложены в практических рекомендациях для врачей, утвержденных и используемых в крае).
- Данная программа используется для преподавания на кафедрах общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины, акушерства и гинекологии ФПК и ППС, кафедре акушерства, гинекологии и перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Кубанского государственного медицинского университета.

АКТЫ ВНЕДРЕНИЯ

1. Акт внедрения Департамента здравоохранения Краснодарского края – 2007 г
2. Два акта внедрения Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики -2006 год.
3. Два акта внедрения Кубанского государственного медицинского университета 2008г.

Апробация работы. Результаты работы по теме диссертации доложены на 15 (с 1999г по 2008г) краевых научно-практических конференциях в г.Краснодаре, на 3 (с 2002г по 2004г) краевых научно-практических конференциях в г. Анапа, на 6 (с 2003г по 2006г) Краевых советах по родовспоможению, на городской конференции в г.Краснодаре (2004г), 4 (2007г-2008г) Краевых семинарах Краснодарского края, Республиканской конференции акушеров-гинекологов республики Адыгея (2008г).

Публикации. По теме диссертации опубликовано **76** печатных работ, в том числе 23 методических издания и практических рекомендаций, 5 информационных писем, **монографии**, 10 публикаций в изданиях, включенных в «Перечень периодических изданий» утвержденных ВАК РФ.

Объем и структура работы. Основной текст диссертационной работы изложен на страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы (глава 1); главы материалы и методы исследования (гл.2); обоснования необходимости изучения репродуктивного здоровья (гл. 3); главы гинекологическая заболеваемость по обращаемости (гл. 4); изучения стационарной гинекологической помощи (гл. 5); изучения мнения пациенток и врачей о состоянии гинекологической помощи (гл. 6); характеристики «инструмента» проведенного исследования («Паспорта» службы) и обоснования четырехуровневой системы гинекологической помощи (гл.7); заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы (___источников, из них___зарубежных авторов), приложения. Диссертация иллюстрирована ___ рисунками, ___схемами и ___ таблицами.

Основные положения выносимые на защиту.

1. Особенности воспроизводства населения Краснодарского края.
2. Объем и структура оказания амбулаторной и стационарной гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения.
3. Современные особенности организации гинекологической помощи на амбулаторном этапе и в стационаре.
4. Обоснование организационных мероприятий по совершенствованию гинекологической помощи на амбулаторном и стационарном этапах на региональном уровне.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность темы, определяются цели и задачи, раскрывается научная новизна и практическая значимость работы, а также основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен критический обзор основной литературы по рассматриваемой проблеме. Данные литературы последних лет подтверждают, что уровень гинекологической заболеваемости остается высоким. Эти вопросы глубоко изучаются как организаторами здравоохранения, так и акушерами-гинекологами. Многие авторы придерживаются мнения, что возрастающая частота обнаружения гинекологических заболеваний связана с улучшением диагностики и не является следствием истинного роста заболеваемости (Баскаков В.П. с соавт.,1998; Brosens J.A.,1996; Vercellini P.,1996). С 1997г по 2005г в РФ заболеваемость сальпингитом и оофоритом выросла в 1,17 раз, эндометриозом в 1,89, расстройства менструации в 1,51 раз, нарушения менопаузы и другие нарушения в менопаузальном периоде в 3,3, женским бесплодием в 0,99 раз. В последние годы большинство исследователей считают весьма перспективным направлением проведение комплексного исследования репродуктивного здоровья. Для создания комплексной системы организации гинекологической помощи необходимо изучение различных сторон как амбулаторной так и стационарной составляющей, а также формирование единых подходов к оценке показателей работы службы. Этим вопросам и посвящено настоящее исследование.

Во второй главе представлены материалы и методы исследования проведенного в Краснодарском крае, одном из крупнейших регионов Юга России, уступающем по численности населения только Москве и Московской области. Современные тенденции основных демографических процессов в крае типичны для большинства территорий РФ и характеризуется преобладанием смертности над рождаемостью, отрицательным естественным приростом, постарением возрастной структуры населения и снижением истинной детородной активности. Отмеченное в последние годы повышение рождаемости в крае объясняется, наряду с другими факторами, вступлением в детородный возраст относительно многочисленной когорты женщин, родившихся в период повышенной рождаемости (1985-88гг), связанной с социально-экономическими факторами. В будущем следует ожидать снижения рождаемости и уменьшения естественного прироста населения. В связи с этим проблема сохранения репродуктивного здоровья в крае особенно актуальна.

Изучение гинекологической заболеваемости, ведения диспансерной группы гинекологических больных представляет собой сложную систему, основанную на комплексной оценке. Работа построена на принципах комплексного медико-социального исследования. Многообразие задач, стоящих перед исследованием, нашло свое выражение в выборе единиц наблюдения и объектов исследования, в разнообразии источников информации и методов ее обработки, в интерпретации полученных результатов и разработке рекомендаций по их практическому применению. В работе использованы: санитарно-статистический, социологический, экспертный и метод организационного эксперимента. Основой проведенной работы является многоступенчатый направленный отбор. В ходе исследования использовались официальные данные: Госкомстата Российской Федерации и Краснодарского края; медицинского информационно-аналитического центра (краевого бюро медицинской статистики) департамента здравоохранения Краснодарского края; управлений здравоохранения территорий и города Краснодара; справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, правовые акты органов здравоохранения.

Объектом исследования являлось женское население края (2732008 единиц наблюдения в год); женское население, получившее стационарное и оперативное лечение в гинекологических отделениях края за период с 1997 по 2006 год (1231997 пролеченных больных, 622654 операций); женское население, получившее стационарное лечение и оперативное лечение в гинекологических отделениях территориальных зон и групп сравнения с 2000 по 2005 год; женское население, получившее лечение в гинекологических отделениях по подчинению г. Краснодара с 2000 по 2005 год (177211 пролеченных больных, 124272 операций); женское население, получившее лечение в гинекологическом отделении краевой клинической больницы с 1991 по 2007 год (41149 пролеченных больных, 40010 операций); женское население, обратившееся на прием в женские консультации края с 1998 по 2006 год (47772306 посещений); женское население, обратившееся на прием в женские консультации Краснодара с 1998 по 2006 год (5432471 посещений). Кроме того, проведено изучение 49 «Паспортов акушерско-гинекологической службы территорий края» за пять лет. В ходе исследования проанализировано 2026 карт анализа, 955 анкет (пациенток женских консультаций, стационаров, врачей женских консультаций и врачей общеполиклинической сети.

Проанализирована первичная медицинская документация (всего 6836 первичных медицинских документов): первичная медицинская документация гинекологических больных, получивших оперативное лечение в гинекологическом отделении ККБ (1526) и случаев амбулаторного обращения в женскую консультацию г.Краснодара (500).

Для выполнения поставленных задач исследование проводилось в несколько этапов, представленных на схеме 1. Инструментом исследования явился составленный нами «Паспорт акушерско-гинекологической службы городов и административных районов Краснодарского края», применяемый в крае (49 паспортов территорий), включающий кроме других разделов развернутый гинекологический блок по амбулаторной и стационарной помощи. Специально разработаны методические рекомендации по его заполнению. Многие показатели для проведения исследования взяты именно из Паспортов. Также разработаны унифицированные дополненные формы медицинской документации для амбулаторного этапа и гинекологического стационара, утвержденные и применяемые в крае.

Организация первого этапа исследования. На первом этапе изучены современные тенденции демографических показателей, официальные данные, показатели акушерско-гинекологической службы в Краснодарском крае с наибольшим объемом динамики 15 лет. Изучены показатели общей и первичной заболеваемости в регионе. Для сбора статистических данных разработаны Карты анализа, Анкеты, включающие в себя сбор необходимой информации по различным аспектам здоровья женского населения, факторам, влияющим на репродуктивное здоровье женщины. Проанализирована динамика родов и аборт за указанный период времени; проведен комплексный сравнительный анализ здоровья населения края.

СТРУКТУРА ЭТАПОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (схема 1)

Задачи исследования	Объект исследования (объем выборки)	Методы отбора и виды наблюдения	Методы сбора первичной информации, источники	Методы обработки данных и их анализ
Первый этап исследования				
-Проанализировать демографическую ситуацию, динамику показателей и особенности современного воспроизводства населения в Краснодарском крае - Исследовать современные тенденции гинекологической заболеваемости и дать характеристику её динамики	Женское население Краснодарского края	Сплошное статистическое наблюдение на основе официальных данных о состоянии демографической ситуации с 1995г по 2005г и - здоровья женского населения края в 2000-2005гг	- Анализ официальных данных статистических отчетов Краснодарского края - Бюро медицинской статистики края - Статистические данные краевого организационно-методического отдела	Вычисление интенсивных показателей, структуры, обработка динамических рядов и показателей наглядности
Второй этап исследования				
Задачи исследования	Объект исследования (объем выборки)	Методы отбора и виды наблюдения	Методы сбора первичной информации и источники	Методы обработки данных и их анализ
Провести анализ объема и качества оказания стационарной гинекологической помощи женскому населению края	-Женское население края 2732008 в год -Женское население получившее лечение в гинекологических отделениях края с 1997года-1231997, операций -622654 -Женское население территориальных зон и групп сравнения получившее лечение в отделениях с 2000г по 2005 год -Женское население получившие лечение в гинекологических отделениях г.Краснодара -177211, операций - 12427	Сплошное статистическое наблюдение по официальным данным за период с 1997 года Статистические данные паспортов районов и края за период с 2000г по 2005г	-Статические материалы Края (форма 12, 14) за период с 1997 года -Статистические данные краевого организационно-методического отдела -Статистические данные Краснодарского городского организационно-методического отдела -Выкопировка и анализ данных из «Паспортов» за период 2000-2005гг	Вычисление статистических показателей Метод группировок
Третий этап исследования				
Задачи исследования	Объект исследования (объем выборки)	Методы отбора и виды наблюдения	Методы сбора первичной информации, источники	Методы обработки данных и их анализ
Провести анализ объема и качества оказания стационарной гинекологической помощи женскому населению края	-Гинекологические больные прошедшие лечение в гинекологическом отделении ККБ с 1991 года -41149, операций 40010 -Гинекологические больные, получившие оперативное лечение в гинекологическом отделении ККБ 1526 случай, (5836 мед. документов)	-Сплошное наблюдение по официальным данным за период за период с 1991 года -Выборочный направленный отбор за период 2003-2005год: -экстирпации-лапаротомии (908), экстирпации влагалищные (350сл),	Выкопировка и анализ данных, из карт стационара ККБ, карт выбывшей из стационара, амбулаторных карт поликлиники, направлений районов	Вычисление статистических показателей Корреляционный метод Вычисление интенсивных

		оперированные гнойные воспаления (107), послеродовые гнойно-септические (161) -Анкетирование оперированных пациенток (195)	- Анализ Карт анализа, - Разработанные анкеты	показателей Вычисление показателей структуры
Четвертый этап исследования				
Задачи исследования	Объект исследования (объем выборки)	Методы отбора и виды наблюдения	Методы сбора первичной информации, источники	Методы обработки данных и их анализ
Исследовать современные тенденции гинекологической заболеваемости и дать характеристику её динамики Провести анализ объема и качества оказания амбулаторной гинекологической помощи женскому населению края	-Женское население края обратившиеся в ЖК с 1998 года - 47772306 -Женское население Краснодара обратившиеся в ЖК с 1998года-5432471 Женское население обратившихся в ЖК территориальных зон, групп сравнения с 2000 года; - Женское население обратившиеся в ЖК №5 г.Краснодара - 500сл.(1000 мед. документов). -Анкетирование: врачей ЖК (132), врачей поликлиник (148),пациенток ЖК (480)	Анализ оказания помощи в ЖК Анкетирование Анализ результатов анкетирования	Анализ карт анализа Разработанные анкеты	Вычисление статистических показателей
Пятый этап исследования				
Задачи исследования	Объект исследования (объем выборки)	Методы отбора и виды наблюдения	Методы сбора первичной информации, источники	Методы обработки данных и их анализ
Разработать методику оценки объема и качества оказания гинекологической помощи на амбулаторном этапе и в стационаре, а также систему мер по оптимизации оказания помощи гинекологическим больным.			Анализ данных анкет, экспертных карт, сопоставление результатов Проведенных исследований	Метод сравнения всего комплекса данных
Шестой этап исследования				
Задачи исследования	Объект исследования (объем выборки)	Методы отбора и виды наблюдения	Методы сбора первичной информации, источники	Методы обработки данных и их анализ
Разработать усовершенствованную схему взаимодействия лечебно-профилактических учреждений в охране репродуктивного здоровья женского населения				Метод сравнения всего комплекса данных

Определены территориальные зоны и группы сравнения. Условием проведения всех этапов исследования как для амбулаторной так и для стационарной помощи явился выбор медицинских учреждений без учета частных и учреждений по территории. В ходе исследования разработаны методические подходы к составлению «Паспорта» службы, включая развернутый гинекологический блок по амбулаторной и стационарной помощи (общие сведения по ЛПУ, кадрам, структуре амбулаторной и стационарной патологии, объеме амбулаторной и стационарной помощи, ведению диспансерной группы, хирургической работе, послеоперационных осложнениях, осложнениях после аборт, сведения по обследованию на ИППП и другие разделы. Разработаны методические рекомендации по его заполнению.

На втором этапе проведен анализ объема и качества оказания стационарной гинекологической помощи женскому населению края. В исследование включены все малые и большие гинекологические операции. Для анализа использованы официальные краевые отчетные данные, данные «Паспортов акушерско-гинекологической службы городов, районов Краснодарского края», отчеты гинекологических отделений, Карты стационарного больного, Карты выбывшего из стационара и направления на госпитализацию. Данные заносились в сводные таблицы «Паспорта» для анализа по единому в крае алгоритму.

Учитывая наличие в крае межтерриториальных перинатальных центров (МПЦ), дифференцированно изучено оказание гинекологической помощи в отдельных территориях, территориальных зонах (шесть) и в трех группах сравнения (территории являющиеся центральными базами МПЦ и не являющиеся таковыми). Условиями выбора территорий групп сравнения явилось: отношение к различным зонам края; в каждую группу была введена территория прилегающая к морю (курортная зона). Проведено изучение гинекологической помощи, по шести территориальным зонам Краснодарского края (шесть физико-географических зон: Северной, Центральной, Западной, Южно-предгорной, Анапо-Таманской и Черноморской).

В состав Северной зоны вошли: Белоглинский, Ейский, Каневский, Крыловский, Кущевский, Ленинградский, Новопокровский, Павловский, Староминский, Тихорецкий и Щербиновский районы. В состав Центральной зоны - Брюховецкий, Выселковский, Гулькевичский, Динской, Кавказский,

Калининский, Кореновский, Курганинский, Новокубанский, Приморско-Ахтарский, Тбилисский, Тимашевский, Успенский, Усть-Лабинский, Армавир, Новокубанский, Курганинский и Краснодарский административный округ. В состав Западной зоны - Абинский, Красноармейский, Крымский, Северский и Славянский районы. Анапо-Таманская зона - Анапский, Темрюкский районы, Новороссийский административный округ. Причерноморская зона - Геленджикский, Туапсинский районы, Сочинский административный округ.

На третьем этапе изучена медико-социальная характеристика гинекологической помощи в краевом стационаре, дана характеристика её современным тенденциям. Изучены официальные данные с 1991г года. Объектом исследования явились пациентки, проходившие лечение на базе гинекологического отделения ККБ. В связи с тем, что анализировалась приоритетность методов оперативного лечения, произведен типологический, выборочный направленный отбор по методам оперативного лечения и нозологическим формам, учитывался и временной фактор: случаи экстирпации матки путем лапаротомии (3632 медицинских документа); случаи экстирпации матки влагалищным путем (1400 медицинских документов); случаи гнойных осложненных форм воспалительных гинекологических заболеваний, потребовавших хирургического лечения (321 медицинских документа); случаи послеродовых гнойно-септических осложнений (483 медицинских документа). Единицей наблюдения послужил каждый случай оперативного лечения (1526). Всего проанализировано 5836 первичных медицинских документов.

Организация и методы четвертого этапа исследования. Задача данного этапа состояла в исследовании современных тенденций гинекологической заболеваемости и характеристики её динамики, анализе объема и качества оказания амбулаторной гинекологической помощи женскому населению края. Изучена общая и первичная заболеваемость по обращаемости, проведено изучение по основным (чаще встречающимся) нозологиям (с учетом МКБ-Х). Проведен анализ диспансерной группы, выбраны чаще регистрируемые гинекологические заболевания. Анализировались показатели: зарегистрировано заболеваний по обращаемости, из них впервые; состояло на диспансерном учете на начало года; взято на учет в течение года; из них взято на учет впервые; оздоровлено, снято с выздоровлением и состоит на диспансерном учете на конец года. Все показатели рассчитывались по отдельным районам, в

целом по краю, г.Краснодару, по отдельным территориальным зонам и группам сравнения. Применение расширенного раздела амбулаторной составляющей в «Паспорте службы» предоставило возможность анализа по единому установленному в крае алгоритму по территориям, административным центрам, районам, территориальным зонам, группам сравнения, краевому центру и в целом по краю. Предоставлена возможность сравнения гинекологической помощи по территориям края между собой. Выбранный подход к изучению оказания амбулаторной помощи позволил проанализировать организацию диспансерного наблюдения в новых условиях – в условиях использования «Паспорта» службы, нового информационного пространства.

Отдельным этапом явилось проведение социологического исследования методом анкетного опроса (всего 955 анкет). Проведено анкетирование врачей акушеров-гинекологов консультаций, врачей поликлиник. Проведено медико - социологическое исследование пациенток консультации для изучения ряда проблем амбулаторного обслуживания женщин. Для суждения о количественной стороне распространенности заболеваний на амбулаторном этапе, клиничко-социальной стороны пациенток изучены обращения женщин в консультацию (500 случаев -1000 медицинских документов), изучена первичная медицинская документация.

Организация и методы пятого и шестого этапов исследования. На данном этапе разработана программа, критерии и методика оценки работы врача акушера-гинеколога на амбулаторном этапе и в гинекологическом стационаре. Представлен методический подход к проведению экспертизы работы врача, составлены методические рекомендации по экспертной оценке работы специалиста амбулаторного и стационарного звена, зав. женской консультацией. Примененный метод сравнения комплекса полученных данных лег в основу построения модели анализа оказания гинекологической помощи в крае; применен метод организационного эксперимента. Разработаны и внедрены унифицированные формы медицинской документации для амбулаторного этапа и гинекологического стационара.

Изучение материалов исследования показало, что на сегодняшний день необходим анализ гинекологической помощи как на амбулаторном этапе, так и в стационаре. Разработаны рекомендации по оптимизации оказания гинекологической помощи и выработана концепция четырехуровневой

помощи. Объем выборочной совокупности для изучения организации амбулаторной и стационарной гинекологической помощи, а также при изучении мнения врачей и пациенток определялся по общепринятой методике (Мерков А.М., Поляков 1970). Статистическая обработка проводилась общепринятыми методами с использованием стандартных и специально разработанных по техническому заданию компьютерным программам.

В третьей главе представлено медико-демографическое обоснование изучения репродуктивного здоровья женского населения. Представлена характеристика здоровья населения края и динамика репродуктивного здоровья в сравнении с РФ. Демографическая ситуация в Краснодарском крае направлена в сторону постарения трудоспособной части женского населения, происходит снижение численности в молодых возрастных группах. Снижение рождаемости в предыдущие годы произошло также за счет снижения истинно детородной активности, о чем свидетельствуют и параметры соотношения женского населения и числа беременностей. По официальным данным в среднем в 1997 году показатель составлял 49,83 беременности на 1000 женщин, к 2005 году он уменьшился до 38,52. С 2004 года в демографическом развитии Краснодарского края стали наблюдаться некоторые позитивные сдвиги. Продолжался рост числа родившихся и некоторое снижение смертности населения: рождаемость в 2005 году составила 10,3 (РФ 10,2), смертность 15,5 (РФ 16,1), естественный прирост -5,2 (РФ - 5,9), в 2006г -4,4 (РФ-4,8). Однако эти перемены не изменили в целом неблагоприятной ситуации. Суммарный коэффициент рождаемости населения края за 10 лет снизился с 1,411 до 1,331 в 2006г (на 5,67%), городского населения - с 1,31 до 1,25, сельского - с 1,53 до 1,43. Сокращение населения в крае имеет стабильный характер. Несмотря на то, что по сравнению с другими территориями демографическая ситуация на Кубани одна из самых благоприятных, в крае сложился резко суженный характер воспроизводства. В 2007г население края составило 5101081 человек, женщин - 2736512, из них детородного возраста - 1359979 (49,7%), городское население составило 736911 (доля в общей численности женщин 50,7%), сельское - 623068 (48,6%). В 2006 году впервые за несколько лет отмечено увеличение численности населения вследствие сокращения естественной убыли населения и миграционного прироста. Всего за 2006г миграционный прирост превысил естественную убыль на 4445 человек. С 1998 по 2005 год численность

женского населения увеличилась на 59,8 тыс. На детородный возраст к общему числу жителей края приходится 26,7% женщин (в среднем 53,7% горожанок и 46,3% в сельской местности). В 2000 году женское население преваляло над мужским на 333,7 тыс., в 2004г – на 360,7 тысяч; в 2007г на 1000 мужчин приходилось 1157 женщин. Аналогичное соотношение полов наблюдается в городской (53,7% против 46,3%) и сельской местности (53,2% и 46,8% соответственно). У женского населения рост численности происходит в возрастных группах 50-54 года и во всех последующих. Максимальное увеличение наблюдается в возрасте старше 69 лет (в 2,1 раза). Женское население края моложе трудоспособного возраста с 1991г уменьшилось на 6,86%, трудоспособного увеличилось на 4,26%, а старше трудоспособного также увеличилось на 6,8%. Средний возраст женщин в 2007 году составил 41,3 года (в 1998 году - 39,7 лет). Ожидаемая продолжительность жизни составила 74,74г, что на 1,49 больше чем в 1997году. Средний возраст матери при рождении ребенка составляет 26,4 лет, что на полгода больше, чем в 2002 году. Показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста в 2003 г. был равен 46,7, а в 2005 г. он снизился до 38,0. Показатель на 100 родившихся живыми и мертвыми равнялся соответственно 112,0 и 101,5. Анализ структуры абортов в крае показал, что наибольшую долю занимают искусственные легальные аборты (58,5% в 1995г и 52% в 2005г). В то же время, с 1995 по 2007г число абортов (без учета частных, ведомственных и других лечебных учреждений) уменьшилось на 47,29%, а число родов увеличилось на 13,37%. Общее число беременностей в 1997 году составляло 49,83 беременности на 1000 женщин, а в 2005 году - лишь 38,52.

В последние годы в РФ наблюдается тенденция к ухудшению здоровья женского населения, в том числе репродуктивного, по всем анализируемым показателям. Общая заболеваемость характеризуется тенденцией к росту как по ряду обобщенных показателей, так и по отдельным классам болезней. Общая заболеваемость с 1995 года возросла на 11,32%, а первичная - уменьшилась на 14,65%. Уровень общей (1140,41 на 1000) и первичной заболеваемости населения (57,47 на 1000) в последние годы стабилен, но весьма показательным является высокий уровень заболеваемости детского (1664,02 и 1205,95 на 1000) и подросткового (1312,78 и 740,26 соответственно) населения. Первичная заболеваемость подростков с 2000г возросла в 1,32 раза, детского – в 1,1 раза,

общая заболеваемость у подростков - в 1,31, детей - в 1,11 раз. При этом первичная заболеваемость детей в 1,6 раз больше, чем у подростков, а общая заболеваемость – в 1,26 раза и в 1,61 раза больше, чем у взрослых. Общая заболеваемость по нозологии «Болезни мочеполовой системы» по официальным данным снизилась в 1,12, первичная - в 1,15 раза (предположительно в связи с пересмотром положения о части заболеваний – «Инфекций передаваемых половым путем» и отнесения их к условно-патогенной флоре (микоплазменная, уреоплазменная инфекции и др.)).

В Краснодарском крае с 1995 по 2007 год показатель по классу заболеваний «Беременность, роды и послеродовый период» увеличился в 3,3 раза и составил в 2007 году 7423,3 на 100 тыс. женского населения фертильного возраста. Число случаев оперативного родоразрешения возросло с 1995 по 2007 гг. в 2,4 раза.

Таким образом, динамика показателей, характеризующих здоровье женского населения края в целом соответствует общероссийским закономерностям. Проблемы воспроизводства в крае тесно связаны с репродуктивной составляющей женского здоровья.

В четвертой главе проведен анализ объема и качества амбулаторной гинекологической помощи. В целом по краю с 1998 по 2006 год число посещений в женских консультациях уменьшились на 11,02%, в том числе с профилактической целью - на 14,94%. В районах этот показатель составил соответственно 10,89% и 26,54%. В 2006 году впервые наметилась тенденция повышения числа посещений (на 7,9%, в том числе в районах - на 13,5%). Показатель посещений консультаций в целом по краю составил в 2005-2006 годах 933,42 и 923,87 соответственно на 1000 женского населения. В сравнении с районами в краевом центре этот показатель был выше на 321,98 и 387,02 соответственно. Посещения с профилактической целью в краевом центре также на 174,16 и 254,12 выше, чем в районах. В г. Краснодаре в последние годы отмечена тенденция увеличения доли посещений с профилактической целью (с 34,9% в 1999 до 40,2% в 2006 году); общее число посещений за период с 1998 года уменьшилось на 19,35%, в том числе профилактических - на 7,14%. В 2006 году показатель посещаемости увеличился за год на 14,5%, в том числе с профилактической целью – на 14,52%.

В Краснодарском крае основные показатели гинекологической заболеваемости стабильно ниже среднероссийских. Однако в последние годы в крае отмечается рост гинекологической заболеваемости практически по всем нозологическим группам. Наиболее выраженным он был в группах «эндометриоз» - в 5,36 раза за период 1995-2007 гг. и «нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде» - в 3,96 раза. Рост заболеваемости другой гинекологической патологией ниже. Заслуживает внимания факт роста гинекологической заболеваемости как в краевом центре, так и в районах края. По-видимому, это свидетельствует как о реальности ухудшения репродуктивного здоровья в крае, так и об улучшении выявления и регистрации гинекологических заболеваний в районах края.

Анализ по группам сравнения показал, что заболеваемость по обращаемости в Причерноморских районах достаточно высока, что вполне объяснимо спецификой курортных территорий. Самый высокий показатель поступивших под диспансерное наблюдение в 2005 году выявлен в курортных зонах Туапсе (71,37) и Анапе (72,20), а так же Горячем ключе (53,16 на 1000 женского населения.). В Краснодаре заболеваемость по обращаемости выше, чем в районах края. За два года (2005-2006) впервые выявлено заболеваний на 1000 женского населения в краевом центре на 39,65 и на 11,71 больше, чем в районах. В 2006 году эта разница сократилась, что является положительной тенденцией.

Таким образом, за время проведения исследования в крае наметилась тенденция сокращения разницы показателей гинекологической заболеваемости по обращаемости между районами и краевым центром. По результатам исследования отмечено увеличение пациенток «взятых на учет», «оздоровленных» и «снятых с выздоровлением». Число пациенток «состоящих на учете» (включая группу по контрацепции) за анализируемые годы имеет также тенденцию к возрастанию. В крае заболеваемость по обращаемости с 2001г по 2006г возросла в 1,47 раза и составила в 2006 г 180,2 на 1000 женского населения.

В Краснодаре показатель выявленных заболеваний увеличился с 122,4 на 1000 женского населения в 2001 году до 180,2 в 2006 году; произошло также увеличение числа впервые выявленных заболеваний (в 1,53 раза), взятых на

диспансерный учет (в 1,65 раза), оздоровленных (в 1,65 раза), снятых с выздоровлением (в 1,54 раза) и состоящих на учете (в 1,1 раза).

В Краснодаре группы наблюдения по числу пациенток превосходят аналогичные группы в районах. Так в 1999 году «состояло на учете» в Краснодаре на 7,25, в 2005 году – на 4,48 на 1000 женщин больше.

Число женщин, взятых под диспансерное наблюдение по контрацепции в Краснодаре с 2001 года увеличилось - в 1,47 раз, состоящих на учете – в 1,09 раз. Таким образом, общее число женщин взятых под диспансерное наблюдение в Общей диспансерной группе (по заболеваниям и контрацепции) увеличилось с 2001 года на 66,97%, оздоровленных – на 64,36%, снятых с выздоровлением – на 50,48% и соответственно состоящих на диспансерном учете женщин- на 31,48%.

Имеются некоторые различия в распространенности отдельных нозологических групп среди контингентов диспансерного учета.

В г. Краснодаре показатель «взятых на учет» с доброкачественными новообразованиями достаточно стабилен (в 1999г- 3,48, в 2001г- 3,3, в 2006г - 4,03); «снятых с выздоровлением» от 2,02 до 2,44 на 1000 женского населения.

В 1999г в Краснодаре было взято на учет в 1,23 раза больше доброкачественных опухолей матки, чем в районах края, а в 2005 году - в 1,15 раз. В динамике разница между районами и Краснодаром показателя «состоящих на учете» также сокращается. Так, если в 1999г эта разница составляла 5,35 на 1000, то в 2005 году - уже 1,21. Анализ Д группы по нозологии «Расстройства менструации» в 2005 году уже не выявил выраженного отличия между районами и краевым центром, которая наблюдалась во все предшествующие годы. Отмечается существенная динамика в группе – «снято с выздоровлением» - с 1999г этот показатель увеличился в 2 раза. Увеличивается число взятых на учет по нозологии «Нарушения менопаузы и другие нарушения околоменопаузного периода». Так в 2004 году в Краснодаре в сравнении с районами «взято на учет» пациенток в 1,26 раза больше, а в 2005 году – в 0,27 раз; «состояло на учете» больше в 0,21раза и в 0,33 раза соответственно. Таким образом, в динамике отмечается уменьшение разницы в показателях между районами и краевым центром.

В то же время, обеспечение современным оборудованием и аппаратурой женской консультации Краснодара позволяет осуществлять диагностику

гинекологической патологии на более высоком уровне, нежели в большинстве специализированных учреждений в районах края.

В структуре Д группы по заболеваниям «состоящих на учете» в Краснодаре отмечается увеличение доли эндометриоза (с 2,6% до 4,4% в 2006г), нарушений в менопаузе (с 0,7 % до 2,5% в 2006г), бесплодия (с 0,8% до 10,6% в 2006 году).

Анализ «взятых на диспансерный учет» в женских консультациях г.Краснодара в 2007г показал, что 81,57% из них подлежали наблюдению по гинекологическим заболеваниям и 18,43% по контрацепции. Основная доля (43,79%) патологии приходится на невоспалительные заболевания, на воспалительные процессы матки и придатков - 8,39%, на доброкачественные опухоли - 5,49%. Среди «невоспалительной» патологии основное место занимает патология шейки матки (28,73%), женское бесплодие (14,69%) и расстройства менструации (14,06%). Достаточно большую долю в последние годы стал занимать бактериальный вагиноз (12,79%), эндометриоз (10,81%) и «нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде» - 7,39%. Среди расстройств менструации 60,51% приходится на нарушения менструального цикла репродуктивного периода, 18,19% на аменорею и олигоменорею и 18,16% на нарушения менструальной функции пременопаузального периода. На дисменорею приходится 3,16% среди нарушений связанных с менструацией. Анализ взятых на диспансерный учет с ИППП и другими (в том числе условно-патогенными инфекционными) процессами показал, что 24,43% из данной группы приходится на кандидоз, 7,29% на трихомоноз, 12,38% - на бактериальный вагиноз. Нуждается в переоценке и дальнейшем исследовании доля уреа- и микоплазменной инфекции. Результат анализа показал активное движение группе «снятых с учета» в связи с выздоровлением, которые составляют 93,69% по отношению к «взятым на диспансерный учет». Основную долю среди состоящих на Д учете (рис. 7.4) также занимают невоспалительные заболевания (49,1%), доброкачественные опухоли (22,6%) и инфекции (ИППП и другие) - 19,9%. Среди «невоспалительной» патологии среди «состоящих на учете» 39,3% приходится

на патологию шейки матки, 13,0% - на расстройства менструальной функции, 12,2% - на женское бесплодие и 7,7% - на нарушение менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде. В группе «патология шейки матки» основная доля (83,2%) приходится на эктопии, эктопии с хроническим экзоцервицитом и эктропион. Эндоцервициты занимают 7,2%, на цервикальную интраэпителиальную неоплазию приходится - 4,7%, на лейкоплакию - 3,6%.

В группе «расстройства менструации» основная доля (66,1%) также приходится на репродуктивный период. Более трети (37,7%) диспансерной группы «состоящих на учете» наблюдаются по контрацепции и более половины (62,3%) - по различным гинекологическим заболеваниям.

Результаты анализа показали активную динамику в последние годы движения контингентов в диспансерной группе.

Так, в Краснодаре число впервые зарегистрированных заболеваний с 1999г по 2006г увеличилось в 1,51 раза, зарегистрированных повторно – в 1,88 раза, а число взятых на диспансерный учет – в 1,49 раз. В общей группе диспансерного наблюдения, включая контрацепцию с 1999 по 2006 гг. число «взятых на учет» увеличилось на 100,82%, «состоящих на учете» - на 39,94%, «снятых с выздоровлением» - на 110,54%.

В последние годы несколько снизилось число амбулаторных малых операций и манипуляций, что, вероятно, связано с более дифференцированным подходом к лечению заболеваний, в частности патологии шейки матки. В 2001 году этот показатель составлял 16,39 на 1000 женского населения, а в 2006 году снизился до 14,44.

Таким образом, в последние годы наблюдается повышение числа пациенток «взятых» под диспансерное наблюдение и «состоящих на учете», что обусловлено как ухудшением репродуктивного здоровья женского населения, так и улучшением диагностических возможностей гинекологических учреждений и расширением групп заболеваний, подлежащих диспансерному учету.

В данной главе также проведен анализ случаев обращения пациенток в женскую консультацию (500 обращений). В 47,8% обратившиеся это были

служащие, в 13,6% - студентки, только в 4,8% - рабочие и в 1,2% - учащиеся. Обращает на себя внимание высокий процент (31%) официально неработающих женщин (в т.ч. домохозяйек). Доля домохозяйек достаточно высока во всех возрастных группах. Вероятно, это является объективным отражением социальных изменений, произошедших за последние годы.

Чуть более трети женщин, оперированных в ККБ (34%) имели высшее или незаконченное высшее образование, большая часть (61,3%) приходилась на среднее образование. Почти половина обратившихся в консультацию (48,8%) также имели среднее, менее трети (29,4%) - высшее образование. Число женщин, не состоящих в браке составляло только 26,2%. Основная доля (60,8%) состояла в зарегистрированном, либо гражданском браке (12,0%). Обращает на себя внимание большая доля (88,42%) замужних женщин в возрастной группе от 34 до 45 лет и 46 и более лет (94,67%) в сравнении с возрастом 21-33 года (49,3%). В настоящее время превалирует раннее начало половых контактов: в группе до 20 лет начало половых связей в 15-17 лет встречалось в 69,05%, в группе 21-33г- 40,49%, в возрастной группе 34-45 лет - в 28,42% и более 46 лет-только в 10,13%. Из анамнеза в амбулаторных картах установлено, основная часть женщин (49,2%) посещали консультацию весной, 23,0% - летом.

Обращает на себя внимание большое число аборт, половина из которых (49,6%) была искусственными, 4,8% - самоаборты, 16,2%-мини-аборты. Один искусственный аборт в анамнезе был у 19,8% пациенток, два -у 10,6%, три -у 6,8%, 4 и более - у 13,2% женщин.

Воспалительными заболеваниями страдали более половины (55,0%) женщин, вторым по частоте заболеванием в анамнезе явилась патология шейки матки и осложненная эктопия (28,8%). Неспецифические вагиниты перенесли 21,8% больных, миомы матки встречались в 11,6%, болезни яичников в 11,0%, расстройства менструации встречались в анамнезе у 9,4% пациенток. В среднем на 1 пациентку приходилось 1,95 заболеваний. В группе воспалительных процессов наибольший удельный вес (24,4%) приходился на воспалительные процессы матки и придатков, у 11,% имелись острые и хронические эндометриты и метроэндометриты. Воспалительная патология шейки матки зарегистрирована в анамнезе у 17,8% пациенток, причем во всех возрастных группах среди заболеваний внутренних половых органов чаще встречался

хронический метроэндометрит (9,1% в возрастной группе до 20 лет, 4,45% - в 21-33 года, 9,1% - в 34-45 лет и 14,8% - в 46 и более лет). Эндометрит встречался практически с одинаковой частотой в группе до 20 лет и в 34-45 лет (4,55% и 4,95%) в сравнении с возрастом 21-33 года - 1,37%.

На момент обращения пациентки в ЖК диагноз «Практически здорова» поставлен лишь 31,0% женщинам, на остальных приходилось в среднем 1,12 гинекологических диагнозов на пациентку. Во время приема чаще всего (26,2%) диагностированы эктопии и патология шейки матки. Среди заболеваний шейки матки основная доля приходилась на эндоцервицит (49,6%) и экзоцервицит (22,9%). Большую долю занимают эктопии цилиндрического эпителия без осложнений (12,21%). Среди воспалительных заболеваний гениталий хроническое заболевание матки выявлено у 12,17% обратившихся, острый метроэндометрит у 19,87%, а его обострение - в 6,41% случаев. Диагноз аденомиоза выставлен у 1,6% пациенток, преимущественно в возрастной группе 34-45 лет (1,2% от общего числа пациенток).

Заслуживает внимания также соматическая патология пациенток. По данным анализа амбулаторных карт чаще всего встречались заболевания ЖКТ- 9,6%, варикозное расширение вен-2,8% и пиелонефрит-2,6%. Гипертоническая болезнь встречалась у 1,6% пациенток, 1% женщин страдали сахарным диабетом.

В пятой главе представлен анализ организации стационарной гинекологической помощи. В Краснодарском крае применяется предложенная программа анализа объема и качества, показателей акушерско-гинекологической службы с использованием «Паспорта акушерско-гинекологической службы (города, района) Краснодарского края». При заполнении «Паспорта» используются разработанные нами практические рекомендации («Практические рекомендации по заполнению «Паспорта акушерско-гинекологической службы»). Данные Паспорта включают в себя 10 основных разделов, характеризующих все стороны оказания акушерско-гинекологической помощи в Крае, в том числе блок амбулаторной и стационарной гинекологической помощи. Ряд показателей сгруппированы, так как они отражают определенные направления гинекологической службы.

По результатам исследования установлено, что число пролеченных больных в стационарах края увеличилось за период с 1999 по 2007 год на

30,94%, а число оперированных больных - на 20,92%. Число операций возросло в 1,2 раза и составило в 2007 году 54,38% среди пролеченных больных (в отличие от 44,46% в 2000 году).

В стационарах края среди всех классов заболеваний основную долю в последние годы составляют заболевания, входящие в рубрику «Беременность с абортивным исходом», что в 2007 году составило 29,22% в районах, 30,48% в Краснодаре и 29,50% в среднем по краю. Большой удельный вес по-прежнему приходится на «осложнения связанные с беременностью», которые в 2007 году в районах находятся на втором месте (19,37%). В г. Краснодаре, как и в целом по краю, закрепились тенденции увеличения доли «невоспалительных заболеваний», которая в 2007 году составила 24,34%, а в целом по краю - 19,99%. Воспалительные заболевания имеют в структуре заболеваний достаточно стабильную долю с некоторой тенденцией к снижению (18,91% в районах, 17,05% в целом по краю, 10,56% в Краснодаре). Удельный вес доброкачественных опухолей в Краснодаре (14,06%) выше чем в целом по краю.

При анализе структуры гинекологических заболеваний по нозологиям установлено, что на различные по степени тяжести воспалительные заболевания среди гинекологической патологии в районах приходится 44,69%, а в целом по краю - 38,63%. Стабильно высоким оказался удельный вес больных с миомами матки (20,76% в районах, 23,3% в Краснодаре и 21,41% в целом по краю). Относительно высокий удельный вес гиперпластических процессов эндометрия - 7,3% в крае (в Краснодаре - 9,41%) и эндометриоза в краевом центре - 9,62%, по всей видимости говорит об улучшении диагностики данной патологии (в первую очередь - в стационарах Краснодара).

В гинекологическом отделении краевой клинической больницы на протяжении ряда лет наибольший удельный вес приходился на доброкачественные заболевания (максимум - 30,7% - в 2005 году). В последние два года в структуре основное место заняли «невоспалительные заболевания», которые составили 37,1%, а доброкачественные новообразования несколько меньшую долю - 28,27%. В 2003 г второе место в структуре занимали «воспалительные» процессы (19,1%) и почти такую же долю - «невоспалительные заболевания гениталий» (18,4%). Однако, с 2004 года, в связи с большей концентрацией тяжелых и сложных больных на краевом этапе

(4 уровень) лечения роль «невоспалительных заболеваний» в структуре значительно возросла до 37,1%, а удельный вес воспалительных процессов снизился до 10,27% (при практически стабильном числе таких больных). В 2005 году удельный вес воспалительной патологии составлял 9,4%.

В гинекологическом отделении краевого уровня с 1991 года число пролеченных больных увеличилось в 2,29 раза, оперированных больных - в 3,49. Хирургическая активность выросла на 32,2%, число операций возросло в 9,75 раз. Количество тотальных гистерэктомий с 1991 по 2007г возросло в 13,43 раз, в 5,5 - операций влагалищным доступом, в 7 - консервативных миомэктомий. Оборота койки возрос в 2,68 раза, работа койки - в 1,09 раз, а среднее пребывание на койке, несмотря на стабильно тяжелый контингент больных снизилось в 2,35 раз (составило 6,8 койко/дней). Структура заболеваний в отделении краевого уровня отличается от других ЛПУ: доброкачественные заболевания составляют 31,56% от всех больных, эндометриоз - 12,79%, опущения и выпадения половых органов - 9,49%, воспалительные заболевания - 8,26%, беременность с абортивным исходом - 6,51%, осложнения связанные с послеродовым периодом - 2,95%, эндокринные нарушения - 1,79%, злокачественные заболевания - 1,79%.

В структуре «невоспалительных заболеваний» в районах края преобладают «расстройства менструации» (42,0% в 2001году и 34,97% в 2005 году); в Краснодаре удельный вес этой патологии ниже и составляет 16,5% и 13,21% соответственно. Удельный вес «бесплодия» в районах в 5 раз ниже, чем в Краснодаре (1,45% и 4,48% в 2005г). Примерно девятая часть «невоспалительной» патологии (10,78%) в районах приходится на «нарушение менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде», «невоспалительные заболевания яичников, труб, связок» (10,63%) и «другие невоспалительные заболевания, за исключением шейки матки» (13,33%).

В Краснодаре первое место среди невоспалительной патологии занимает эндометриоз (2001г-27,87%, 2005г- 21,54%), что объясняется преимущественной концентрации этой патологии в отделениях высокотехнологического уровня.

Таким образом, структура заболеваний в гинекологических стационарах различна, что в большей степени обусловлено специализацией и уровнем оказания помощи. В стационаре краевого уровня превалирует патология,

связанная в основном невоспалительными процессами и доброкачественными новообразованиями. Проведенное исследование в группах сравнения не выявило четких территориальных закономерностей гинекологической патологии в стационаре, объеме оперативных вмешательств (кроме краевого центра). За исследуемый период произошло перераспределение удельного веса заболеваний по уровням оказания помощи. Существенной разницы в структуре между группами сравнения (по принадлежности к межтерриториальным перинатальным центрам) не выявлено. Во всех группах сравнения высок удельный вес воспалительных заболеваний и доброкачественных новообразований.

В крае остаётся стабильным показатель отношения числа всех оперативных вмешательств (включая выскабливания матки) к пролеченным больным (44,46% в 2000г. и 49,34 в 2005г.). Практически половина больных в стационаре подвергаются различному по степени сложности оперативному вмешательству.

В районах края отношение оперативных вмешательств к пролеченным больным меньше (в 2000 году показатель составил 56,53%, а в 2005 - 42,6%). Основную долю (60,74% в 1997г, 55,5% в 2005г) среди всех оперативных вмешательств в крае составляют выскабливания матки, что составило в 2005г 11,65 на 1000 женщин. Полостные операции составляли 24,63% в структуре всех оперативных вмешательств в лечебных учреждениях по подчинению (с 4,06 в 1997г до 3,18 в 2005г), в связи с более широким применением операций лапароскопическим доступом, пластические операции - 0,87% не превышали 0,44 на 1000 женского населения. При сопоставлении с 1997 года различных полостных оперативного вмешательства на 1000 женского населения края отмечен стабильный уровень показателей операций на придатках с небольшой тенденцией к уменьшению (1,78 – 1,2) в связи с все возрастающей возможностью оперировать с помощью эндоскопической техники. Наблюдается небольшой рост тотальных гистрэктомий (от 0,54 в 1997 году до 0,75 на 1000 в 2005), при этом снижается уровень субтотальных гистерэктомий (1,05 и 0,79 соответственно). В районах края основная доля оперативных вмешательств при лапаротомии принадлежит операциям на придатках (от 44,61% в 1997г. до 50,72% в 2005 г.). В г.Краснодаре удельный вес эндоскопических операций значительно выше. Выскабливания матки в краевом

центре занимают в структуре всех операций значительно меньшую долю, чем в территориях (в 2005г. - 41,2%) и все они проводятся под контролем гистероскопии. Тотальные гистерэктомии произведены в территориях в 19,9% (в Краснодаре – в 29,0%).

Анализ амбулаторных карт в ЖК показал, что различные операции произведены почти у четверти женщин (22,8%), выскабливание матки зарегистрировано в анамнезе у 6,4% пациенток. Причинами были: маточное кровотечение (31,25%) и полипы эндометрия (21,87%). Среди опрошенных в ЖК женщин 13,1% ранее были госпитализированы в стационары, у 16,9% пациенток производилось выскабливание матки. В анамнезе 45,8% опрошенных оперированных в ККБ больных отмечены выскабливания матки, у 29,2% произведена лапароскопии, 28,3% в прошлом получали лечение патологии шейки матки и др. Таким образом, по данным опроса среднее число выскабливаний матки на одну оперированную пациентку составило 1,96. В данной главе проанализированы случаи оперативного лечения в гинекологическом отделении краевого уровня, который показал существенный роль вопросов организации помощи, необходимости улучшения качества амбулаторного наблюдения и амбулаторной профилактики.

В шестой главе приведены результаты социологического опроса, в котором участвовали как пациентки консультаций и стационаров, так и врачи. Результаты опроса использованы для углубленного изучения качества помощи в гинекологических учреждениях с учетом современных условий, когда пациентки находятся в центре внимания и необходимо прислушиваться к их мнению.

Анкетирование проведено по специально разработанным анкетам. По ряду вопросов врачи и пациентки высказывали единодушие, по некоторым вопросам отмечено несогласие в ответах. Большая часть (68,82%) врачей поликлиник основным критерием роста заболеваемости женщин считали «Невнимание к своему здоровью».

В исследовании проанализирована оценка пациентками качества оказания амбулаторной гинекологической помощи. Полностью удовлетворяет качество услуг 41,1% опрошенных женщин. Частично довольны 43,1% и недовольны оказанием амбулаторной помощи только 3,8%. Это говорит о достаточно высоком авторитете врача акушера-гинеколога ЖК.

На вопрос «Как Вы оцениваете состояние репродуктивного здоровья женщин участка» 73,5% врачей ЖК оценили его на «удовлетворительно», 12,9% как «неудовлетворительное». «Хорошим» репродуктивное здоровье признали только 10,6% специалистов. Врачи терапевты поликлиник оказались более критичными. При оценке репродуктивного здоровья женщин врачи поликлиник определили его как «хорошее» только в 6,1%, в основном оценивают также на «удовлетворительно» - 62,8% и в 16,2% - на «неудовлетворительно». В неудовлетворительной оценке видны разногласия врачей ЖК, поликлиник и пациенток (в 2 раза меньше – 8%).

Основной сложностью при работе с больными в консультации 52,27% опрошенных врачей назвали ухудшение здоровья женского населения, 73,5% указали на некоторые сложности приобретения необходимых лекарственных препаратов, 31,1% - на увеличение числа сопутствующей соматической патологии. 49,24% отметили нерегулярное посещение пациентками ЖК и только 25,75% - увеличение числа осложненных гинекологических заболеваний. Для течения беременности наличие данного фактора риск представляется врачам более значимым. Абсолютное большинство женщин в стационаре полностью (37,1%) или частично (54,1%) удовлетворены уровнем организации амбулаторной помощи, в то время как 8,8% пациенток стационара считали, что не получили в женской консультации своевременной и квалифицированной помощи. В стационарах довольны качеством оказания медицинской помощи 48,9% пациенток, частично удовлетворены – 46,3%, недовольны оказанием помощи – 4,7% больных. Полностью довольны своей работой в консультации только 18,9% врачей акушеров-гинекологов, частично удовлетворены 67,4%, остаются недовольными своей работой 11,4% и затруднились с ответом на этот вопрос 2,27% врачей. На аналогичный вопрос только 14,2% врачей поликлиник отметили полное удовлетворение своей работой. «Частично удовлетворены» составило основную долю отвечавших (70,9%). По данным анкетирования врачей выявлена некоторая переоценка ими своего собственного здоровья, а также недостаточное внимательное отношение к собственному здоровью, как наблюдалось и у пациенток.

Анкетирование пациенток показало, что почти половина (49,1%) имели среднее и 28,1% женщин высшее образование. Треть обследованных - служащие, почти такое же количество (26,3%) официально не работали. В

анкетах поставлены вопросы для причин прекращения женщинами работы по специальности. Часть женщин не работает в связи с «низкой заработной платой» (24,4%), 21,1% - из-за отсутствия работы по специальности, 20,0% пациенток указывают на то, что занимаются воспитанием детей и Столько же женщин (20,0%) указали, что у них нет необходимости работать. Лишь 7,8% считали, что не могут работать из-за проблем здоровья. Таким образом, отказ от работы женщин в большинстве случаев связан с социальными причинами и гораздо реже – с проблемами здоровья.

Проведенный опрос оперированных больных показал, что профилактическая работа, проводимая в стационаре и амбулаторно в абсолютном большинстве случаев (97,4%) касается только заболевания, по поводу которого обратилась больная и значительно реже (15,9%) - профилактики ИППП. По данным исследования 43,9% опрошенные в ЖК женщины посещают врача акушера - гинеколога крайне нерегулярно и только в связи с болезнью. Меньшая доля (27,3%) ответили, что «стараятся посещать 1 раз в год», а 16,1% - два раза в год (в основном это пациентки, имеющие выраженную клинику гинекологического заболевания). Треть анкетированных врачей акушеров - гинекологов считают, что пациентки посещают ЖК нерегулярно и только по болезни, 27,27% - регулярно 1 раз в год, 15,9%-отмечают крайне нерегулярные посещения. Только в 14,39% врачи отметили посещения регулярные 2 раза в год, а 7,5% - частые посещения своих пациенток, т.к. они «обращаются и за советом».

Нами также проанализирована частота обращения к участковому врачу акушеру-гинекологу оперированных женщин. Только при возникновении необходимости обращались к своему врачу 61,9% больных, 2,6% предпочитали обращаться на частный прием врача, 14,4% - к своему постоянному врачу в одном из лечебных учреждений (не по месту своего проживания), а 19,1% женщин ответили, что все время обращаются к разным врачам. Регулярно 2 раза в год посещали врача акушера-гинеколога 24,7% больных, 1 раз в год - 15,9%. Основная масса больных (56,2%) приходили на прием к врачу только по болезни, нерегулярно и редко. К сожалению лишь малая доля больных (1,5%) обращались к врачу не только за медицинской помощью, но и за советом.

По мнению врачей поликлиник, 62,16% пациенток часто обращаются за помощью только для лечения возникшего заболевания, либо даже по этому

поводу обращаются редко -25,67%. Для профилактического осмотра пациентки не обращаются – ответили врачи в 17,56%, либо обращаются очень редко – 50,67%. Но если у пациентки появляются новые выраженные жалобы, то она часто (56,08%) сама обращается к участковому врачу. На аналогичный вопрос ответили «редко обращаются» 24,32% участковых специалистов.

По результатам анкетирования обращения в женскую консультацию были чаще всего связаны со следующими причинами: боли внизу живота и поясничной области (33,8%), выделения из половых путей (19,6%), нарушения менструального цикла и кровотечения (17,6%).

Состояние общесоматического здоровья также влияет на течение гинекологической патологии. На вопрос о наличии экстрагенитальной патологии 26,7% женщин указали на различные заболевания сердечно-сосудистой системы, 8,8% опрошенных – на имеющиеся заболевания органов дыхания, 26,1% страдали заболеваниями органов пищеварения, 19,4% - мочевыделительной системы, 12,3% нервной системы. Анкетирование оперированных женщин, которым в условиях стационара было проведено углубленное клиническое исследование, показало, что 56% из них отметили у себя наличие сердечно-сосудистых заболеваний, 10,8%-заболеваний органов дыхания, 66,6% - заболевания органов пищеварения, 21,6% - заболевания мочевыделительных органов, 47,6% - нервной системы. Половину (50%) женщин беспокоило нарушения сна, 47,4% - раздражительность, 37,6% отмечали у себя снижение трудоспособности, 62,9% - повышенную утомляемость. Треть женщин (34,0%) жаловались на плохое настроение, 23,7% отмечали плаксивость. Таким образом, результаты исследования показали наличие неблагоприятного соматического фона у значительного числа женщин, что, несомненно, не могло не повлиять на возникновение и течение гинекологической патологии. Вместе с тем, большинство женщин недостаточно внимательно относятся к своему здоровью, в том числе гинекологическому.

В седьмой главе описано использование новой методики сбора информации с помощью «Паспорта акушерско-гинекологической службы» территорий и представлена предлагаемая концепция построения четырехуровневой помощи в гинекологии.

Ограниченность специальных форм статистического учета определило необходимость изучения уровня, структуры и динамики гинекологической заболеваемости, оказания помощи гинекологическим больным и послужило основанием создания модели анализа амбулаторной и стационарной гинекологической помощи с использованием разработанного «Паспорта акушерско-гинекологической службы» с расширенным разделом гинекологической составляющей. До настоящего времени разделение уровней медицинской помощи осуществляется в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ №633 от 13 октября 2005 года. Проведенный нами анализ амбулаторной и стационарной гинекологической помощи женскому населению в Краснодарском крае, выявил необходимость определения в структуре гинекологической помощи региональных иерархических уровней учреждений здравоохранения (с целью оптимизации управления и адекватности гинекологической помощи). Анализ гинекологической помощи выявил необходимость четкого разграничения уровней гинекологической помощи с использованием на третьем уровне баз межтерриториальных перинатальных центров и ранжирования объема гинекологической помощи по уровням. На современном этапе развития гинекологической помощи целесообразно повысить её качество и объем на третьем уровне, для чего необходимо сконцентрировать современное оборудование для диагностики и лечения и усилить кадровый потенциал, что значительно оптимизирует оказание гинекологической помощи в территориях. Выявлена необходимость усилить роль амбулаторного звена третьего уровня с образованием базовых женских консультаций межтерриториальных перинатальных центров. По данным проведенных исследований, учитывая проведенный организационный эксперимент (с использования Паспортов службы), в крае отмечается снижение различия в отдельных показателях между краевым центром и районами, отмечается рост показателей диспансерного наблюдения по ряду гинекологических форм в районах края и увеличивается динамика в группах

диспансерного наблюдения по параметрам «Взято на учет» и «Снято с выздоровлением».

В заключении оценены взаимосвязи различных показателей, полученных из официальных источников, первичной медицинской документации, данных «Паспортов» акушерско-гинекологической службы территорий и социологического исследования. Оценена необходимость и важность изучения организации гинекологической помощи и оценки репродуктивного здоровья женского населения. Проведен комплексный медико-социологический анализ оказания гинекологической помощи на амбулаторном и стационарном этапах в медицинских учреждениях по подчинению в системе медицинского обслуживания данной категории больных Краснодарского края.

Изучение гинекологической помощи показало, что на сегодняшний день необходим анализ объема и качества помощи как на амбулаторном этапе, так и в стационаре. Необходимы мероприятия, которые включают мониторинг оказания объема гинекологической помощи и изучение ее качества, чтобы на основании анализа получить информацию, достаточную для принятия организационных и управленческих решений. В период с 1995 по 2007 год гинекологическая заболеваемость в крае возросла – по нозологии «Сальпингит и оофорит» – на 59,5%, «Эрозия и эктропион» -на 35,78%, «Расстройства менструации» – на 44,24%, «Женское бесплодие» на 36,69%. «Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде» возросли в 3,96 раза, «Эндометриоз» 5,36 раз. В то же время, в сравнении со средними данными по РФ, эти показатели стабильно более низкие. Проведенный анализ гинекологической заболеваемости по обращаемости, анализ диспансерного наблюдения за группой гинекологических больных выявил расширение групп диспансерного наблюдения и более активную динамику в движении контингентов в этих группах. Это создает мотивацию у врачей к более широкому охвату всех нуждающихся пациенток к оздоровлению. Применение расширенного раздела гинекологической стационарной и амбулаторной составляющей в «Паспорте акушерско-гинекологической службы» предоставило возможность анализа профилактической и лечебной помощи по единому установленному в крае алгоритму по отдельным территориям, административным центрам, районам, курортным зонам, краевому центру и в целом по краю. Предоставлена возможность сравнения оказания

гинекологической помощи по территориям края между собой для принятия в том числе и административных решений. Анализ по выделенным территориальным зонам не выявил закономерностей регистрации определенных нозологий патологии по территориальным зонам края и единой системы диспансерного ведения по заболеваниям в динамике по годам, из чего можно сделать вывод о первоочередной значимости организационных вопросов службы. Работа с диспансерной группой активнее ведется в Краевой центре и в Центральной зоне края, расположенной территориально ближе к Краевому центру, где доступность и качество консультативной, диагностической и лечебной помощи выше, чем в районах. Выделены особенности приморских (курортных) территорий края.

За исследуемый период произошло перераспределение объема и качества по уровням оказания помощи. В отделении краевого уровня за 15 лет произошло резкое увеличение числа пролеченных (в 2 раза) и оперированных больных (в 2,7 раза), хирургическая активность возросла на 30% при снижении показателя среднего пребывания больной на койке в 1,8 раза. Оборот койки возрос в 2,5 раза. В краевой гинекологии число больших операций возросло в 2,6 раза, тотальных гистерэктомий в 15,4 раза. Отмечается рост операций с использованием влагалищного доступа - в 14,6 раз.

Таким образом, в течение анализируемого периода произошли динамичные и неоднозначные изменения как отдельных показателей, характеризующих гинекологическое здоровье населения края, так и показателей, характеризующих объем и качество оказания амбулаторной и стационарной гинекологической помощи. Значительная роль в этих изменениях принадлежит проводимому в крае реформированию здравоохранения. Анализ гинекологической помощи выявил необходимость четкого разграничения уровней гинекологической помощи с более эффективным использованием на третьем уровне баз межтерриториальных перинатальных центров и четкое ранжирование по всем уровням объема гинекологической помощи. Принципиально новым является предложение использования на третьем уровне открытых в 2004г баз межтерриториальных перинатальных центров, которые могут в значительной мере улучшить качество обслуживания гинекологических больных курируемых территорий. При этом становится возможным наиболее эффективно использовать медицинское оборудование и кадровый потенциал,

обеспечить дифференциацию потоков больных и их направление в те учреждения, которые располагают достаточными возможностями для диагностики и лечения конкретного заболевания. По данным проведенных исследований показана возможность проведения анализа оказания гинекологической помощи (с использования «Паспортов» службы) и тем самым в крае снижается разница показателей между краевым центром и районами, отмечается рост показателей диспансерного наблюдения по группе «Оздоровленных» и «Снятых с выздоровлением».

Доказана необходимость создания положительной мотивации у женщин к проведению профилактических и оздоровительных мероприятий.

Таким образом, в крае разработан и внедрен комплекс научно-обоснованных мероприятий по оптимизации гинекологической помощи на уровне субъекта РФ включающий: усовершенствованную систему мониторинга гинекологического здоровья; систему анализа объема и качества гинекологической помощи; «Паспорт» службы с расширенным разделом гинекологической помощи и практическими рекомендациями к нему и предлагаемую схему – 4 уровней гинекологической помощи. Все это позволит снизить гинекологическую заболеваемость и повысить качество помощи.

Исследования представлены в виде публикаций, информационных писем, актов внедрения, пособий для врачей, утвержденных департаментом здравоохранения Краснодарского края. Информационное письмо Опыт анализа оказания гинекологической помощи в Краснодарском крае (проведенного с использованием «Паспорта» рекомендовано Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития развития России для использования субъектами Российской Федерации). Материалы использованы при разработке приказа Минздравсоцразвития России от 30 марта 2006 года № 223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации».

Скоординированные действия государственных, негосударственных, общественных структур и частных лиц, рост благосостояния общества и улучшение жизни широких масс населения, заинтересованность самих женщин в сохранении здоровья и реализации репродуктивной функции могут повлиять на улучшение демографической ситуации и создать условия для стабильного развития России.

ВЫВОДЫ

1. Демографическая ситуация в Краснодарском крае характеризуется преобладанием смертности (14,5 на 100 000 населения) над рождаемостью населения (11,3), отрицательным естественным приростом населения (в 2006г - 4,4, в РФ -4,8), постарением возрастной структуры населения и снижением истинной детородной активности (суммарный коэффициент рождаемости 1,331 в 2007 г.). Отмеченное в последние годы повышение рождаемости в крае объясняется вступлением в детородный возраст относительно многочисленной когорты женщин, родившихся в период повышенной рождаемости (1985-1988гг), связанной с социально-экономическими факторами. В будущем следует ожидать снижения рождаемости и уменьшения естественного прироста населения. В связи с этим проблема сохранения репродуктивного здоровья особенно актуальна.
2. Несмотря на увеличение показателей гинекологической заболеваемости в Краснодарском крае, её уровень ниже чем в РФ. С 1995 по 2007 год в крае число зарегистрированных заболеваний по нозологии «сальпингит и оофорит» увеличилось в 1,59 раз, «эндометриоз» в 5,36 раза, «бесплодие» в 1,37 раза, «эрозия и эктропион» в 1,37 раз, «расстройств менструации» в 1,44, «нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде» в 3,96 раз.
3. Несмотря на некоторое снижение числа посещений в женские консультации в последние 5 лет, благодаря внедрению комплекса организационно-методических мероприятий в крае произошло увеличение числа взятых на диспансерный учет (на 28,43%), состоящих на учете, оздоровленных и снятых с учета в связи с выздоровлением пациенток.
4. В гинекологических стационарах края за последние 10 лет отмечен рост числа пролеченных больных на 30,94%, число операций возросло на 20,92%. В структуре гинекологической патологии в стационарах края преобладают различной степени тяжести воспалительные (38,63%), невоспалительные заболевания (28,32%) и доброкачественные новообразования (24,7%).

5. В настоящее время преобладает низкая медицинская активность женщин (невнимание к своему здоровью отмечено 68,8% врачами), нерегулярное посещение врача (49,24%), недостаточная информированность о мерах профилактики гинекологической патологии (36,49%), возможностях современного здравоохранения и вредных последствиях аборт, что свидетельствует о необходимости значительной активизации санитарно-просветительской работы и диспансеризации женского населения.
6. В условиях реформирования системы здравоохранения возрастает значимость оперативного получения достоверной информации об основных показателях гинекологического здоровья и деятельности медицинских учреждений. Внедрение системы мониторинга данных показателей с помощью «Паспорта акушерско-гинекологической помощи» обеспечивает создание информационного пространства, достаточного для принятия как оперативных, так и стратегических управленческих и организационных решений.
7. Внедрение в региональную систему здравоохранения межтерриториальных перинатальных центров создало объективные предпосылки для изменения объема и содержания гинекологической помощи на различных уровнях. В сложившихся условиях целесообразно внедрение 4-х уровневой схемы оказания гинекологической помощи женскому населению в регионе.
8. Внедрение в организацию медицинской помощи системы мониторинга, системного анализа и оперативного контроля показателей репродуктивного здоровья и работы учреждений гинекологической службы позволили обеспечить повышение качества оказания гинекологической помощи в районах Краснодарского края и ее преимущество на различных уровнях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Внедрить в практическое здравоохранение предложенную концепцию сбора информации об объеме и качестве амбулаторной и стационарной гинекологической помощи по единому алгоритму для снижения частоты гинекологической патологии. Для повышения эффективности гинекологической помощи необходимо осуществлять полноценный

- анализ оказания амбулаторной и стационарной помощи, постоянный мониторинг объема и качества её оказания, чтобы на основании этого получить полную информацию об оказании гинекологической помощи и выработать мероприятия по улучшению репродуктивного здоровья
2. Анализ характера гинекологической помощи в Краснодарском крае выявил необходимость определения региональных иерархических уровней учреждений здравоохранения (с целью оптимизации управления и адекватности объема гинекологической помощи). В крае предложено оптимизировать систему оказания гинекологической помощи, за счет расширения возможностей гинекологических отделений и женских консультаций межтерриториальных перинатальных центров (четырёхуровневая система), что позволит обеспечить доступность и оказывать дифференцированную помощь на различных её уровнях.
 3. Для различных уровней оказания гинекологической помощи должны быть разработаны соответствующие условия, обеспечивающие определенный четко сформулированный объем гинекологической помощи: обязательное создание единых равнозначных условий, в зависимости от уровня гинекологической помощи и независимо от территориальной расположенности; унифицированность комплектов оборудования для проведения диагностики и лечения в зависимости от уровня помощи; четкое определение объема оказываемой гинекологической помощи на каждом уровне; стандартизация лабораторных исследований на всех уровнях гинекологической помощи; унифицированность выписок и вкладышей в истории болезни и амбулаторные карты.
 4. В настоящее время необходимо учитывать наличие частной гинекологической помощи женскому населению (прерывания беременности, консервативная и оперативная помощь при гинекологической патологии), в связи с чем для получения полноценного представления о деятельности гинекологической службы в целом, необходим анализ и контроль качества помощи не только государственных, но и частных структур.
 5. В процессе централизации акушерско-гинекологической помощи нельзя уменьшать её доступность с сохранением приоритетности амбулаторной

помощи. Следует акцентировать внимание на женских консультациях уровня межтерриториальных перинатальных центров, базы которых должны располагаться на территории и в составе многопрофильного лечебного учреждения для использования в полном объеме возможностей амбулаторной гинекологической помощи (ведение женщин групп высокого риска, амбулаторные операции, гистероскопии).

6. Необходимо изменить идеологию гинекологической помощи - влияние медработников должно быть направлено на профилактическую медицину (в настоящее время работает идеология диагностики и лечения), т.е. необходимо укрепление профилактической направленности гинекологической службы. Необходима активная санитарно-просветительская работа. Учитывая возможность акушера-гинеколога в психологическом контакте с семьей, следует большее внимание уделять социальным и психологическим аспектам в амбулаторной и гинекологической службе. С этой целью необходима планомерная работа с кадрами, включая подготовку по психологии и сексологии в гинекологии.
7. Необходимо использовать унифицированные формы медицинской документации как для амбулаторного, так и для стационарного этапа гинекологической службы.
8. В учебном процессе медицинских учебных учреждений необходимо больше внимания уделять вопросам профилактики гинекологической патологии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Ермошенко Б.Г., Галустян С.А., Мингалёва Н.В., Сикальчук О.И., Назаренко Е.И., Цветков В.В. ЭВМ в практике врача. Опыт применения, проблемы, формы внедрения. //Материалы юбилейной научной сессии». Краснодар, 1990. – С.53-55.
2. Мингалёва Н.В., Ермошенко Б.Г. Эффективность использования рабочего времени врача женской консультации при диспансеризации беременных. //Здравоохранение Российской Федерации.- 1991.- №7.- С. 28-29.
3. Мингалёва Н.В., Куцова В.В., Колесник С.Б., Арутюнова Е.В. Применение лапароскопии в диагностике синдрома тазовых болей //Сборник научных трудов 2 съезда акушеров-гинекологов Северного Кавказа, Ростов-Дон, 1998.- С.256.

4. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н., Пожидаев Э.А., Арутюнова Е.В. Опыт влагалищной экстирпации матки в практике гинекологического стационара //Сборник научных трудов 2 съезда акушеров-гинекологов Северного Кавказа, Ростов-Дон,1998.- С.258
5. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н., Пожидаев Э.А., Арутюнова Е.В. Комплексное лечение перитонита после кесарева сечения по материалам гинекологического отделения Краевой клинической больницы и санитарной авиации //Сборник научных трудов 2 съезда акушеров-гинекологов Северного Кавказа, Ростов-Дон, 1998. - С.259
6. Мингалёва Н.В. Методические рекомендации по написанию истории болезни: Методические рекомендации Краснодар, 1998. - 9с. (Утверждено департаментом по здравоохранению Краснодарского края)
7. Мингалёва Н.В. Анкетирование врачей женских консультаций: Информационное письмо, Краснодар.1998.- 6с.
8. Мингалёва Н.В. Методические рекомендации по заполнению рабочей тетради главного акушера-гинеколога (города, района): Методические рекомендации, Краснодар, 2000. - 49с. (утверждено Краснодарским краевым департаментом здравоохранения)
9. Мингалёва Н.В., Заболотняя В.И. Ведение беременных в женской консультации: Методические рекомендации, Краснодар, 2000 - 12с. (Утверждено департаментом по здравоохранению Краснодарского края)
10. Мингалёва Н.В., Заболотняя В.И., Войцехович Б.А. Показатели деятельности женской консультации и методика их расчета: Пособие для врачей Краснодар, 2000. - 37с. (утверждено департаментом по здравоохранению Краснодарского края)
11. Мингалёва Н.В. Организация работы женской консультации. Медицинская документация: Методические рекомендации, Краснодар, 2000г. - 41с. (утверждено департаментом здравоохранения края)
12. Мингалёва Н.В., Федорович О.К., Сергиенко В.И., Заболотняя В.И. Неотложная помощь беременным в женской консультации: Пособие для врачей, Краснодар, 2000. - 16с. (Утверждено департаментом здравоохранения края)
13. Мингалёва Н.В. Методические рекомендации по написанию истории родов: Методические рекомендации, Краснодар, 2000. 12 с. (Утверждено департаментом здравоохранения края)
14. Мингалёва Н.В. Карта углубленного анализа случая перинатальной смертности: Информационное письмо для врача-эксперта, Краснодар, 2000.- 15с. (Утверждено департаментом здравоохранения края)
15. Мингалёва Н.В., Арутюнова Е.В. Карта углубленного анализа случая материнской смертности: Информационное письмо для врача-эксперта, Краснодар, 2000.-15с.(Утверждено департаментом здравоохранения края)
16. Мингалёва Н.В., Матулевич С.А., Резникова Л.Б. Организация акушерско-гинекологической помощи беременным с целью профилактики врожденных пороков развития у детей: Пособие для

- врачей, Краснодар, 2000. - 11с. (Утверждено департаментом здравоохранения края)
17. Мингалёва Н.В. Карта углубленного анализа случая кесарева сечения Информационное письмо для врача-эксперта, Краснодар, 2000. - 11с. (Утверждено департаментом по здравоохранению Краснодарского края)
 18. Мингалёва Н.В., Федорович О.К., Хачатурова М.Д., Шевченко В.В. Ведение беременных с экстрагенитальной патологией в женской консультации: Пособие для врачей, Краснодар, 2001.- 46с. (утверждено департаментом здравоохранения края).
 19. Мингалёва Н.В. Рабочая тетрадь главного акушера- гинеколога: Пособие для врачей, Краснодар, 2001.- 42 с.
 20. Матулевич С.А., Мингалёва Н.В. Профилактика врожденных пороков развития у детей //Врач и аптека.- 2001.- №2.- С. 10-12.
 21. Григорова А.Н., Мингалёва Н.В, Арутюнова Е.В., Бондаренко Н.Н. Ахтем О.Ю. Профилактическое применение антибиотиков в гинекологическом стационаре //Сборник трудов первого Кубанского конгресса по гинекологии «Актуальные вопросы оперативной гинекологии и репродукции человека», Анапа, 2001. - С. 205.
 22. Григорова А.Н., Пожидаев Э.И., Мингалёва Н.В, Арутюнова Е.В., Арджанова С.В., Черноусова Т.В. Применение пластических операций при опущениях и выпадениях внутренних половых органов //Сборник трудов первого Кубанского конгресса по гинекологии «Актуальные вопросы оперативной гинекологии и репродукции человека», Анапа, 2001. - С. 303-304.
 23. Григорова А.Н., Пожидаев Э.И., Арджанова С.В., Мингалёва Н.В., Арутюнова Е.В., Мирошниченко Л.Б. Влагалищная экстирпация матки в практике гинекологического отделения //Сборник трудов первого Кубанского конгресса по гинекологии «Актуальные вопросы оперативной гинекологии и репродукции человека», Анапа, 2001.- С. 306-307
 24. Матулевич С.А., Мингалёва Н.В, Омельченко О.Н. Опыт организации работы по профилактике врожденной патологии у плода в Краснодарском крае //Материалы научно-практической конференции врачей акушеров-гинекологов Анапа, 2002. - С. 179-182.
 25. Мингалёва Н.В, Григорова А.Н., Арутюнова Е.В. Организация работы по ведению беременных с экстрагенитальной патологией в условиях краевой клинической больницы //Материалы научно-практической конференции врачей акушеров- гинекологов «Актуальные проблемы перинатологии», Анапа, 2002. -С.182-186.
 26. Мингалёва Н.В, Григорова А.Н., Арутюнова Е.В., Мирошниченко Л.Б., Ахтем О.Ю., Черноусова Т.В. Анализ послеродовых гнойно-септических осложнений по материалам гинекологического отделения Краевой клинической больницы //Материалы научно-практической конференции врачей акушеров- гинекологов «Актуальные проблемы перинатологии», Анапа, 2002. - С.186-189.

27. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н., Бондаренко Н.Н., Арджанова С.В. Комплексное лечение перитонита после кесарева сечения по материалам гинекологического отделения Краевой клинической больницы //Материалы научно-практической конференции врачей акушеров-гинекологов «Актуальные проблемы перинатологии», Анапа, 2002.- С.189-191.
28. Мингалёва Н.В., Воробьева И.Л. Роль женской консультации в профилактике перинатальных осложнений и сохранении репродуктивного здоровья //Материалы научно-практической конференции врачей акушеров-гинекологов «Актуальные проблемы перинатологии», Анапа, 2002.- С.246-248.
29. Арутюнова Е.В., Мингалёва Н.В. Анализ материнской смертности по Краснодарскому краю с 1992 по 2001 год //Сборник статей посвященный 10-летию кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМА, Краснодар, 2002, - С.16-19.
30. Мингалёва Н.В., Арутюнова Е.В., Григорова А.Н. Опыт организации работы по ведению беременных с экстрагенитальной патологией в условиях краевой клинической больницы // Сборник статей посвященный 10-летию кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМА, Краснодар, 2002, - С.9-15.
31. Мингалёва Н.В., Федорович О.К., Скопец В.В., Пенжоян Г.А., Швецова Е.В. Акушерские кровотечения: Пособие для врачей, Краснодар, 2002. – 100с.
32. Безуглова Н.Г. Мингалёва Н.В., Синдром поликистозных яичников у девушек и девушек-подростков //Успехи современного естествознания. Приложение №1. Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны здоровья матери и ребенка» (Свидетельство о регистрации ПИ № 77-11311), Москва-Краснодар-Анапа, 2003. - С. 335-338.
33. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н., Мирошниченко Л.Б., Галдина Т.В. Тактика консервативного ведения послеродовых метроэндометритов // Успехи современного естествознания. Приложение №1. Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны здоровья матери и ребенка» (Свидетельство о регистрации ПИ № 77-11311), Москва-Краснодар-Анапа, 2003. - С.339-341.
34. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н., Арутюнова Е.В., Арджанова С.В. Организация работы по ведению беременных с экстрагенитальной патологией в Краевой клинической больнице //Успехи современного естествознания. Приложение №1. Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны здоровья матери и ребенка» (Свидетельство о регистрации ПИ № 77-11311), Москва-Краснодар-Анапа, 2003. - С.345-349.
35. Матулевич С.А., Мингалёва Н.В., Омельченко О.Н. Опыт организации профилактики врожденной патологии у плода в Краснодарском крае

- //Материалы пленумов Российской ассоциации акушеров-гинекологов, проблемной комиссии «Физиология и патология беременности и родов», межведомственного научного совета по акушерству и гинекологии РАМН, МЗ РФ и научно-практической конференции акушеров-гинекологов Южного федерального округа. «Пренатальная диагностика и беременность высокого риска», Ростов-на-Дону, 2003.- С.255-257.
36. Чуприненко Л.М., Мингалёва Н.В., Славинский А.А. Миелопероксидаза в нейтрофилах крови при железодифицитной анемии: компьютерный анализ клеточного изображения //Клиническая лабораторная диагностика 2004г № 9 – Медицина ISSN 0869-2004.- С. 44-45.
37. Григорова А.Н., Мингалёва Н.В., Тарабанова О.В., Галдина Т.В. Хирургическое лечение простых и осложненных форм пролапса гениталий //Успехи современного естествознания. Приложение № 2. Материалы научно-практической конференции «Диагностические аспекты вопросах перинатологии» (Свидетельство о регистрации ПИ №77-11311), Москва-Краснодар-Анапа, 2004.- С.238-241.
38. Григорова А.Н., Мингалёва Н.В., Галдина Т.В., Тарабанова О.В. Тактика хирургического лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний //Успехи современного естествознания. Приложение № 2. Материалы научно-практической конференции «Диагностические аспекты вопросах перинатологии» (Свидетельство о регистрации ПИ №77-11311), Москва-Краснодар-Анапа, 2004.- С.243-248.
39. Мингалёва Н.В., Федорович О.К., Бороденко Е.Ю. Структура аборт в Краснодарском крае //Успехи современного естествознания. Приложение № 2. Материалы научно-практической конференции «Диагностические аспекты вопросах перинатологии» (Свидетельство о регистрации ПИ №77-11311), Москва-Краснодар-Анапа, 2004.- С.276-282
40. Мингалёва Н.В., Федорович О.К., Григорова А.Н., Мирошниченко Л.Б., Арутюнова Е.В. Прерывания беременности по медицинским показаниям //Успехи современного естествознания. Приложение № 2. Материалы научно-практической конференции «Диагностические аспекты вопросах перинатологии» (Свидетельство о регистрации ПИ №77-11311), Москва-Краснодар-Анапа, 2004. - С.282-287
41. Чуприненко Л.М., Мингалёва Н.В., Славинский А.А. Активность миелопероксидазы в нейтрофилах крови у больных железодифицитной анемией //Сборник трудов юбилейной научной конференции КГМУ и сессии центра РАМН, посвященной 70-летию КГМУ, Том 1, Курск, 2005. -С. 149-150.
42. Мингалёва Н.В., Мирошниченко Л.Б., Кравцова Н.А. Прерывания беременности по медицинским показаниям //Материалы VII Российского Форума «Мать и дитя», Москва, 2005.- С.154-155.
43. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н., Галдина Т.В., Арутюнова Е.В. Анализ ведения послеродовых гнойно-септических осложнений по материалам гинекологического отделения краевой клинической больницы

- //Материалы VII Российского Форума «Мать и дитя», Москва, 2005. С.154.
44. Мингалёва Н.В., Федорович О.К. Экспертная оценка организации работы гинекологического отделения: Пособие для эксперта, Краснодар, 2005. -31с.
45. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н. Протоколы малых и больших гинекологических операций: Пособие для врачей, Краснодар, 2005. -55с.
46. Мингалёвой Н.В., Федорович О.К., Бороденко Е.Ю., Григорова А.Н. Медицинская документация гинекологического отделения. Схемы оформления истории болезни в гинекологическом отделении. Дополнения и вкладыши к утвержденным формам медицинской документации: Практические рекомендации, Краснодар, 2005. - 72с.
47. Мингалёва Н.В., Федорович О.К., Бороденко Е.Ю. К вопросу об изучении структуры аборт в Краснодарском крае // Кубанский научный медицинский вестник. - 2006.- № 1-2 (82-83).- С.62-65.
48. Мингалёва Н.В. Опыт анализа оказания гинекологической помощи в Краснодарском крае (проведенного с использованием Паспорта акушерско-гинекологической службы /города, района/ Краснодарского края: Информационное письмо, Краснодар, 2006. - 45с. (утверждено Краснодарским краевым департаментом здравоохранения и рекомендовано департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства для использования субъектами Российской Федерации)
49. Мингалёва Н.В., Мирошниченко Л.Б. Анализ заболеваемости беременных с патологией почек, госпитализированных в стационар //Кубанский научный медицинский вестник. - 2006.- № 1-2 (82-83).-С. 56-61.
50. Мингалёва Н.В. Оценка мнения пациенток женской консультации о состоянии здоровья и организации амбулаторной помощи //Кубанский научный медицинский вестник.- 2006.- № 3-4 (84-85).- С.83-86.
51. Мингалёва Н.В. «Паспорт акушерско-гинекологической службы (города, района) Краснодарского края, Краснодар, 2006.-63с.
52. Мингалёва Н.В. Практические рекомендации по заполнению «Паспорта акушерско-гинекологической службы: Практические рекомендации. Издание второе переработанное, Краснодар, 2006. - 83с.
53. Мингалёва Н.В., Колесникова Л.А. Анализ работы женской консультации. Медицинская документация: Практические рекомендации, Краснодар, 2006. - 64с.
54. Мингалёва Н.В., Колесникова Л.А. Воробьева И.Л. Анализ работы женской консультации. Методика расчета показателей: Практические рекомендации, Краснодар, 2006. - 54с.
55. Мингалёва Н.В. Экспертная оценка работы врача акушера-гинеколога женской консультации. Экспертная оценка работы заведующего женской консультации: Пособие для эксперта, Краснодар, 2006. - 65с.

56. Мингалёва Н.В. Медицинская документация в женской консультации: Пособие для врачей, Краснодар, 2008. -123с. (утверждены департаментом здравоохранения Краснодарского края).
57. Мингалёва Н.В. Анализ использования оперативных методов лечения в гинекологических отделениях края //Кубанский научный медицинский вестник. -2007.- № 1-2 (94-95).- С.104-109.
58. Мингалёва Н.В. Медико-социальные аспекты гинекологической заболеваемости» //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2007.- № 4.-С.21-24.
59. Мингалёва Н.В. Гинекологическая заболеваемость и амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2007.- № 5.-С.12-15.
60. Мингалёва Н.В., Мирошниченко Л.Б Изучение патологии шейки матки у оперированных больных //Тезисы докладов Российской научно-практической конференции «Патология шейки матки и генитальные инфекции – от теории к практике», Москва, 2007. – С.56
61. Мингалёва Н.В., Топорова Л.А. Патология шейки матки у пациенток обратившихся в женскую консультацию //Тезисы докладов Российской научно-практической конференции «Патология шейки матки и генитальные инфекции – от теории к практике, Москва, 2007.- С.55.
62. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н., Мирошниченко Л.Б. Применение консервативной миомэктомии в гинекологическом отделении четвертого уровня //Материалы трудов «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», Москва, 2007.- С.187-188
63. Мингалёва Н.В., Григорова А.Н., Галдина Т.В. Тотальные гистерэктомии в практике гинекологического отделения краевого уровня //Материалы трудов «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, Москва, 2007.- С.44- 45.
64. Мингалёва Н.В., Галдина Т.В., Григорова А.Н. Опыт анализа послеродовых гнойно-септических заболеваний в гинекологическом отделении краевого уровня //Материалы первого международного семинара «Инфекция в акушерстве и перинатологии», Москва, 2007. – С. 103-104.
65. Мингалёва Н.В. Изучение частоты воспалительных заболеваний гениталей //Материалы первого международного семинара «Инфекция в акушерстве и перинатологии», Москва, 2007. –С.102-103.
66. Мингалёва Н.В., Галдина Т.В., Григорова А.Н. Опыт изучения комплексного лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний //Вводные лекции и тезисы докладов 2-ой Российской конференции «Иммунология репродукции: теоретические и клинические аспекты»,Черноморское побережье, Сочи, 2007. – С.148.
67. Мингалёва Н.В., Галдина Т.В., Григорова А.Н. Оптимизация комплексного лечения папилломовирусной инфекции шейки матки.

- Вводные лекции и тезисы докладов 2-ой Российской конференции «Иммунология репродукции: теоретические и клинические аспекты», Черноморское побережье, Сочи, 2007, -С. 148-149.
68. Мингалёва Н.В. Подходы к диагностике и ведению патологии шейки матки. Оформление протоколов кольпоскопии: Информационное письмо, Краснодар, 2008г. - 48с. (утверждено департаментом здравоохранения Краснодарского края)
69. Мингалёва Н.В. Организация диспансерного учета на приеме по патологии шейки матки //Материалы международной научно-практической конференции «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее», Москва, 2008. – С. 92-93.
70. Мингалёва Н.В. Изучение частоты патологии шейки матки в Краснодарском крае //Материалы международной научно-практической конференции «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее, Москва, 2008. – С. 94-95.
71. Мингалёва Н.В., Топорова Л.А., Зуева Т.П., Маслюк А.Е. Изучение гинекологической патологии на приеме в женской консультации //Материалы 2-го регионального научного форума «Мать и дитя», Сочи, 2008. – С. 179-180.
72. Федорович О.К., Мингалёва Н.В., Галдина Т.В., Григорова А.Н Анализ послеродовых гнойно-септических заболеваний в гинекологическом отделении краевого уровня //Материалы 2-го регионального научного форума «Мать и дитя», Сочи, 2008. – С.260-261.
73. Мингалёва Н.В. Опыт изучения клинической и социально – гигиенической характеристики оперированных пациенток //Проблемы управления здравоохранением.- 2008.- № 1.- С. 39-45.
74. Медицинская документация гинекологического отделения: Пособие для врачей, Краснодар, 2008. – 104с. (утверждены департаментом здравоохранения Краснодарского края)
75. Мингалёва Н.В. Опыт изучения клинической и социально – гигиенической характеристики оперированных пациенток //Проблемы управления здравоохранением.- 2008.- № 1.- С. 39-45.
76. Мингалёва Н.В. Гинекологическая заболеваемость в современных условиях //Вестник Волгоградского Государственного медицинского университета 2008.- № 3.-С.72-74.