

Игорь Наумов

**Воспалительные заболевания
женских половых органов**

**Современные перинатальные технологии
в укреплении репродуктивного здоровья
пациенток**

LAP LAMBERT Academic Publishing

Impressum/Imprint (nur für Deutschland/only for Germany)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publication in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- Oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen Oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten waren und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Coverbild: www.ingimage.com

Verlag: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG
Dudweiler Landstr. 99, 66123 Saarbrücken, Deutschland
Telefon +49 681 3720-310, Telefax+49 681 3720-3109
Email: info@lap-publishing.com

Herstellung in Deutschland:
Schaltungsdienst Lange o.H.G., Berlin
Books on Demand GmbH, Norderstedt
Reha GmbH, Saarbrücken
Amazon Distribution GmbH, Leipzig
ISBN: 978-3-8433-0754-3

Только для России и стран СНГ

Библиографическая информация, изданная Немецкой Национальной Библиотекой. Немецкая Национальная Библиотека включает данную публикацию в Немецкий Книжный Каталог; с подробными библиографическими данными можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://dnb.d-nb.de>.

Любые названия марок и брендов, упомянутые в этой книге, принадлежат торговой марке, бренду или запатентованы и являются брендами соответствующих правообладателей. Использование названий брендов, названий товаров, торговых марок, описаний товаров, общих имён, и т.д. даже без точного упоминания в этой работе не является основанием того, что данные названия можно считать незарегистрированными под каким-либо брендом и не защищены законом о брендах и их можно использовать всем без ограничений.

Изображение на обложке предоставлено: www.ingimage.com

Издатель: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG
Dudweiler Landstr. 99, 66123 Saarbrücken, Germany
Телефон +49 681 3720-310, Факс +49 681 3720-3109
Email: info@lap-publishing.com

Напечатано в России
ISBN: 978-3-8433-0754-3

АВТОРСКОЕ ПРАВО ©2010 принадлежат автору и LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG и лицензиарам
Все права защищены. Saarbrücken 2010

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ОГЛАВЛЕНИЕ	3
ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	7
ВВЕДЕНИЕ	9
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ	7
ГЛАВА 1 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И РОЛЬ В ЕГО УКРЕПЛЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	16
1.1 Репродуктивное здоровье женщин.....	16
1.2 Медико-социальная значимость воспалительных заболеваний женских половых органов.....	22
1.3 Современные перинатальные технологии в укреплении репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов.....	37
ГЛАВА 2 ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОВ, ОБОРУДОВАНИЯ	56
2.1 Методология исследования.....	56
2.2 Этапы исследования.....	57
2.3 Статистические методы анализа.....	65
ГЛАВА 3 КАДРЫ, ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1954-1994 ГОДЫ	69
3.1 Штатная численность, укомплектованность и квалификация медицинских кадров акушерско-гинекологической службы, осуществлявших выявление и санацию воспалительных заболеваний	

половых органов.....	69
3.2 Сеть лечебно-профилактических организаций и их возможности по оказанию медицинской помощи пациенткам с воспалительными заболеваниями половых органов.....	73
3.3 Организация выявления воспалительных заболеваний женских половых органов.....	80
3.4 Организация диспансеризации воспалительных заболеваний женских половых органов.....	87
3.5 Организация стационарной помощи женщинам с воспалительными заболеваниями половых органов.....	92
ГЛАВА 4 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В 1984-1994 ГОДЫ.....	98
4.1 Репродуктивное здоровье девушек-подростков (15-17 лет) с воспалительными заболеваниями половых органов.....	98
4.2 Репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста (18-49 лет) с воспалительными заболеваниями половых органов.....	106
4.3 Роль воспалительных заболеваний половых органов в формировании неблагоприятного исхода беременности и родов.....	124
ГЛАВА 5 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	131
5.1 Сексуальное и репродуктивное поведение пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов.....	131
5.2 Влияние медико-социальных факторов на репродуктивное поведение пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов..	135
ГЛАВА 6 МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	

ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	157
6.1 Общие принципы формирования медико-организационной модели укрепления репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов	157
6.2 Современные принципы управления, реализованные в медико-организационной модели	163
6.3 Управление ресурсами	168
6.4 Организация разноразовного оказания медицинской помощи	178
6.5 Организация профилактических осмотров, формирование групп «риска» по развитию воспалительных заболеваний половых органов и Стандартов обследования пациенток на прегравидарном этапе модели	188
6.6 Разработка методов выявления воспалительных заболеваний женских половых органов на прегравидарном этапе	196
6.7 Формирование клинко-организационных групп пациентов с хроническими сальпингитами для определения порядка оказания плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях ...	200
6.8 Внедрение стационарозамещающих видов медицинской помощи	202
6.9 Формирование и диспансеризация группы «резерва родов»	207
6.10 Организация медицинского обеспечения пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов в период беременности	211
6.11 Организация медицинской помощи новорожденным	222
6.12 Реабилитация пациенток после неблагоприятного исхода беременности и родов	223
6.13 Применение информационных технологий	224
ГЛАВА 7 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ	

ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....	232
7.1 Методология оценки медико-социальной эффективности модели	232
7.2 Материнские, перинатальные и репродуктивные потери	234
7.3 Ресурсное обеспечение и разноуровневое оказание медицинской помощи..	239
7.4 Прегравидарное оздоровление	244
7.5 Медицинская помощь при беременности и родах	252
7.6 Клинико-экономическая эффективность медицинской помощи по улучшению состояния здоровья пациенток в послеродовом периоде.....	259
7.7 Социальная удовлетворенность пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов оказанной медицинской помощью	262
7.8 Итоговая комплексная оценка экономической эффективности медико-организационной модели укрепления репродуктивного здоровья пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов.....	266
ВЫВОДЫ.....	273
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	275
ПРИЛОЖЕНИЕ А	335
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	345
ПРИЛОЖЕНИЕ В	373
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	382

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АБТ - антибактериальная терапия
АГС - акушерско-гинекологическая служба
БВ - бактериальный вагиноз
ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза
ВЗЖПО - воспалительные заболевания женских половых органов
ВК - вагинальный кандидоз
ВМС – внутриматочное контрацептивное средство
ВПР - врожденные пороки развития
ВУИ - внутриутробная инфекция
ГК - гормональная контрацепция
ГОКПЦ - Гродненский областной клинический перинатальный центр
ГРР - группа «резерва родов»
ДС - дневной стационар
ЖК - женская консультация
ЖРС - женская репродуктивная система
ЗОЖ - здоровый образ жизни
ИППП - инфекции, передающиеся половым путем
МЗ РБ - Министерство здравоохранения Республики Беларусь
МКБ-Х - международная классификация болезней Х пересмотра
НБ - невынашивание беременности
НИВЗ - неспецифические инфекционные воспалительные заболевания
НИР - научно-исследовательская работа
ОМГК - отделение медико-генетического консультирования
ОЗ – организация здравоохранения
ПлС - планирование семьи
ПМП - первичная медицинская помощь
ПС - перинатальная смертность
ПЦ - перинатальный центр
РЗ - репродуктивное здоровье

РМЦ - регуляция менструального цикла

УЗИ - ультразвуковое исследование

УЗО - управление здравоохранения

ФАП - фельдшерско-акушерский пункт

ХРС - хронический сальпингит

ЦРБ - центральная районная больница

ЭГП - экстрагенитальная патология

Репозиторий ГРГМУ

ВВЕДЕНИЕ

В стратегии развития страны, определенной Программой социально-экономического развития Республики Беларусь на 2006–2010 гг., принятой III Всебелорусским народным собранием, определены такие долгосрочные приоритеты как «обеспечение охраны материнства и детства, повышение рождаемости и снижение смертности, укрепление семьи и ее престижа в обществе» [3].

Защита материнства и детства, охрана здоровья матери и ребенка в стране осуществляются в соответствии с ежегодными Посланиями Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко к Национальному Собранию и белорусскому народу, в которых определены соответствующие социальные и медицинские подходы.

В современных социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья (далее – РЗ) женского населения остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь важным аспектом национальной безопасности [148].

Факторы, влияющие на развитие патологии женской репродуктивной системы (далее – ЖРС), укладываются в общую концепцию обусловленности общественного здоровья: внешняя среда, образ и условия жизни, медико-биологические факторы, состояние здравоохранения.

Интенсивная динамика жизни постиндустриального общества, ускорение общественно-экономических перемен в Республике Беларусь усиливают влияние социального фактора на состояние РЗ женщин. На это особо обращено внимание в Национальной программе демографической безопасности на 2007-2010 гг. [2], которая реализуется в стране.

В этой связи медико-социальные аспекты ЖРЗ приобретают стратегическое значение, а новая методологическая база формирования и охраны РЗ женщин становится насущной научно-практической проблемой обеспечения здоровья нации [151, 158, 270]. При этом на современном этапе

развития здравоохранения созданию базы данных, в частности, в системе сигнальных, промежуточных и конечных результатов в области оценки потенциала РЗ, отводится важнейшее значение [104, 206, 339, 343, 345]. Эти данные служат основой для внедрения в деятельность организаций здравоохранения (далее – ОЗ) новых технологий для оптимизации управленческого процесса, основанного на использовании международных стандартов.

Опыт предыдущих исследований в данной области свидетельствует, что РЗ женщин закладывается с первых дней жизни, формируется в условиях социально-медицинской среды и детерминирует репродуктивный потенциал общества [11, 14, 136, 162, 253, 265], так как при воздействии неблагоприятных медико-социальных факторов развивается акушерско-гинекологическая патология в форме нарушений специфических функций женского организма, осложнений течения беременности и родов, здоровья новорожденных [12, 19, 81, 237].

Лидирующее положение в структуре развившейся гинекологической патологии занимают воспалительные заболевания женских половых органов (далее – ВЗЖПО). Пациентки с этой патологией составляют 60-65% амбулаторных и около 30% стационарных гинекологических больных [63, 108, 112, 267, 297, 310, 324, 377, 456, 470, 526, 534, 566], причем, в последние годы в нашей стране, как и во всем мире, регистрируется постоянный рост заболеваемости [12, 46, 126, 162, 171, 222, 293, 334, 440, 450, 456, 583].

Серьезную тревогу вызывает значительное «омоложение» ВЗЖПО: из общего числа больных 70% - моложе 25 лет, 75% пациенток - нерожавшие [20, 47, 160]. Наибольшие темпы роста заболеваемости зарегистрированы среди женщин в возрасте 20-24 лет – в 1,4 раза, и 25-29 лет – в 1,8 раз [112, 272, 311].

ВЗЖПО являются наиболее частой причиной нарушения РЗ женщин, создавая тем самым основные медицинские, социальные и экономические проблемы во всем мире [9, 20, 26, 29, 54, 139, 175, 289, 321, 352, 376, 385, 448, 530, 541, 554]. Последствия перенесенного сальпингоофорита достаточно

серьезны: 24-30% женщин отмечают тазовый болевой синдром в течение 6 месяцев и более после лечения, 43% - имеют эпизоды обострения воспалительного процесса, у 1-5% следствием является эктопическая беременность, от 10 до 40% - останутся бесплодными [11, 27, 33, 47, 169, 311, 319]. У пациенток с ВЗЖПО в 6 раз чаще, чем у здоровых, выявляется эндометриоз, у них в 8 раз чаще, чем в основной популяции, удаляется матка [112, 160, 216, 219, 321]. При гнойном поражении придатков матки возникает реальная угроза не только здоровью, но и жизни больной [14, 99]. Значительно влияние ВЗЖПО и на перинатальные исходы – уровни материнской, младенческой и перинатальной смертности (далее – ПС), частоту заболеваемости новорожденных [9, 17, 35, 54, 82, 84, 116, 196, 232, 236, 251, 255, 280, 306, 310, 328, 340, 344, 353, 410, 417, 482, 507, 562, 570, 593, 599]. Поэтому предупреждение и лечение ВЗЖПО является важнейшей проблемой охраны здоровья женщин, состояние здоровья пациенток с этой патологией в полной мере определяет потенциал и репродуктивные возможности общества, а вопросы изучения и решения таких важных аспектов, как восстановление репродуктивной функции, формирование и обеспечение условий их репродуктивного поведения, являются актуальными.

Отдавая должное заслугам ученых, внесших значительный вклад в изучение ВЗЖПО [22, 27, 33, 125, 128, 147, 158, 170, 175, 177, 219, 221, 263, 285, 330, 357], следует, однако, отметить, что существует широкий спектр ещё не решенных проблем.

Так, до настоящего времени в Республике Беларусь отсутствуют мониторинговые исследования ВЗЖПО, не изученной остается динамика заболеваемости во временной исторической ретроспективе, что не позволяет создать полномасштабную картину состояния репродуктивной функции пациенток на субпопуляционном уровне и сформировать единые подходы к решению проблемы охраны РЗ с учетом высокой распространенности инфекционно-воспалительной патологии половых органов.

Не решен ряд проблем стратегического и организационного характера, в том числе и вопросы формирования здорового образа жизни (далее – ЗОЖ), которые не рассматриваются как условие и результат успешной социализации личности, не изучена система мотивации и ценностной ориентации, информированности молодых женщин о факторах «риска», особенности их здоровьесберегающего и репродуктивного поведения, что не позволяет осуществлять мероприятия корригирующего характера.

Недостаточно оценена степень влияния социального фона на уровень и структуру гинекологической и экстрагенитальной патологии у женщин с ВЗЖПО, неполно изучены особенности формирования и состояния их РЗ, отсутствуют мониторинговые исследования и соответствующие аналитические оценки для разработки экспертных подходов и методов по его сохранению и укреплению на основе региональной научной концепции, которая бы учитывала многофакторность неблагоприятных воздействий на ЖРС в различные возрастные периоды ее становления и реализации.

Не рассмотрены на современной доказательной базе в исторической ретроспективе различные аспекты медицинской помощи пациенткам с учетом совершенствования перинатальных технологий, сети, кадрового потенциала и нормативной базы АГС на основе активного взаимодействия с органами исполнительной власти, что не позволило до настоящего времени сформировать соответствующую медико-организационную модель, оценить ее медицинскую, экономическую и социальную эффективность и комплексно решить задачу по укреплению РЗ женщин с ВЗЖПО.

Это, несмотря на постоянное совершенствование перинатальных технологий, определяет необходимость проведения новых комплексных исследований для научного обоснования и разработки системных стандартизированных организационных и медицинских мероприятий по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО с охватом всех этапов медицинского наблюдения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами (проектами), темами

Работа выполнялась в рамках следующих научно-исследовательских работ (далее – НИР) и государственных научно-технических программ:

1. НИР научно-исследовательского института охраны материнства и детства и управления здравоохранения (далее – УЗО) Гродненского облисполкома «Разработать комплекс организационно-методических и медицинских мероприятий по стабилизации основных показателей службы охраны материнства и детства Гродненской области», 2000-2002 гг. (№ гос. регистрации 20002670 от 11.07.2000 г. в Государственном реестре НИОКТР) – в качестве члена научно-творческого коллектива.

2. Государственная научно-техническая программа «Регуляция и патогенез», 2002-2005 гг.; НИР учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» «Изучение этиопатогенеза наиболее распространенных и вновь возникающих заболеваний человека и разработка на их основе новых медицинских технологий»; раздел: «Комплексная оценка здоровья матери и ребенка, изучение патогенетических механизмов развития патологических процессов, разработка способов профилактики и реабилитации» (№ гос. регистрации 20021621 от 23.05.2002 г. в Государственном реестре НИОКТР) - в качестве ответственного исполнителя по теме «Изучение иммунологической реактивности женского организма».

3. НИР государственного научного учреждения «Институт биохимии» Национальной академии наук «Исследование фактического питания и витаминзависимых факторов риска ишемической болезни сердца и врожденных пороков развития плода в западном регионе Беларуси», 2003-2005 гг. (№ гос. регистрации 20032046 от 15.03.2003 г. в Государственном реестре НИОКТР) – в качестве исполнителя работ по забору образцов крови и мочи и

анкетированию беременных с гипотрофией и ВПР у плодов по договору с БРФФИ №БОЗМС-065 от 01.07.2004 г.

4. НИР учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» «Укрепление репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов в рамках системы перинатальных технологий», 2009-2013 гг. (№ гос. регистрации 20090036 от 12.01.2009 г. в Государственном реестре НИОКТР) - в качестве ответственного исполнителя.

Цель исследования: разработать в рамках системы перинатальных технологий комплексную медико-организационную модель по укреплению репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов.

Задачи исследования:

1. Изучить на субпопуляционном уровне распространенность ВЗЖПО и выявить влияние основных медико-социальных факторов на состояние РЗ данного контингента пациенток.

2. Оценить в исторической ретроспективе возможности оказания медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО с учетом кадрового и материально-технического потенциала и организационно-методической базы акушерско-гинекологической службы.

3. Определить степень влияния ВЗЖПО на функционировании ЖРС и дать медико-социальную характеристику данного контингента пациенток как фактора «риска» возникновения осложнений течения беременности и родов, формирования уровня репродуктивных и перинатальных потерь.

4. Осуществить медико-социологический анализ уровней и структуры показателей РЗ и выявить особенности репродуктивного и здоровьесберегающего поведения пациенток с ВЗЖПО.

5. Провести анализ объемов и качества амбулаторной и стационарной акушерско-гинекологической помощи пациенткам с ВЗЖПО.

6. Сформировать и научно обосновать медико-организационную модель преемственности и взаимодействия территориальных и специализированных служб по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО.

7. Оценить социально-экономическую и клиническую эффективность медико-организационных форм деятельности в рамках системы разработанных и внедренных перинатальных технологий в охране РЗ женщин с ВЗЖПО.

Объект исследования: состояние РЗ пациенток с ВЗЖПО.

Предмет исследования: перинатальные технологии по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО.

ГЛАВА 1
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН
С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
И РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ЕГО УКРЕПЛЕНИИ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Репродуктивное здоровье женщин

Интенсивная динамика жизни постиндустриального общества, ускорение общественно-экономических преобразований усиливают влияние социального фактора на состояние здоровья женщин [7, 78, 271, 567], которое является надежным индикатором, характеризующим уровень развития гражданских институтов в стране [17, 258]. С уровнем здоровья женщин напрямую связано воспроизводство населения, физическое и психическое здоровье будущих поколений [162, 253, 265]. При этом особое значение имеет состояние РЗ женщин [11, 14, 136].

Бурдули Г.М. и Фролова О.Г. (1997) определяют РЗ «как отсутствие заболеваний репродуктивной системы или нарушений репродуктивной функции, возможности осуществления процессов репродукции при полном физическом, психическом и социальном благополучии» [55].

РЗ означает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и они имеют возможности для воспроизводства и свободу принятия решения в отношении его целесообразности, времени и частоты [187]. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным и приемлемым методам регулирования деторождения по их выбору, который не противоречит закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые бы позволили женщинам благополучно пройти через

этап беременности и родов и предоставили супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца [252].

Таким образом, РЗ является важнейшей частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека [518].

На Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 г. 180 государств (в том числе и Республика Беларусь) признали, что всеобщий доступ к информации и услугам в области охраны РЗ должен стать целью, которую необходимо достичь к 2015 году [548].

В условиях интенсивной динамики жизни постиндустриального общества, ускорения общественно-экономических перемен в Республике Беларусь, усиливающих влияние социального фактора на состояние женского РЗ, для достижения этой цели важным является изучение медико-демографических факторов [51, 114, 148]. На это особо обращено внимание в Национальной программе демографической безопасности на 2007-2010 гг. [2]. В этой связи медико-социальные аспекты РЗ женщин приобретают стратегическое значение, а результаты проводимых научных исследований в данной области призваны объяснить основные закономерности и механизм воздействия различных причин на уровни заболеваемости, смертности и процессы воспроизводства, соотношение и взаимосвязь их между собой и, в конечном итоге, выявить имеющиеся резервы по укреплению РЗ [151, 158, 270]. Причем, эти исследования должны носить конкретный характер, в частности, отражать региональную специфику [47, 70, 79, 129, 216, 224].

Существует значительное количество публикаций, свидетельствующих о существенном ухудшении женского РЗ в связи с изменившимися с 1990-х гг. социально-экономическими условиями, негативным влиянием экологических и прочих средовых факторов [12, 19, 81, 237]. Так, в странах Содружества независимых государств за последнее десятилетие удельный вес здоровых женщин репродуктивного возраста уменьшился на 40% [130, 274], а в Южном федеральном округе Российской Федерации доля практически здоровых женщин репродуктивного возраста уменьшилась до 15-18% [237].

Исследователи указывают, что в современных условиях у женщин детородного возраста наблюдаются активно протекающие процессы хронизации как гинекологической, так и экстрагенитальной патологии (далее – ЭГП), с охватом все более молодых возрастов [27, 31, 39, 53, 162]. При этом отмечается рост заболеваемости ВЗЖПО и эндокринными заболеваниями, а также новообразованиями ЖРС [98, 155, 231].

Многие авторы прогрессирующее ухудшение здоровья женщин репродуктивного возраста объясняют социальными причинами [4, 149, 288]. На это указывают в официальных докладах и эксперты Всемирной организации здравоохранения [111, 245, 408, 603, 604].

Иными наиболее значимыми факторами, влияющими на ухудшение РЗ, являются: недостаточный уровень санитарной культуры населения [4, 269]; раннее начало половой жизни [43, 97, 349]; случайные половые связи [46, 53, 56, 69]; рост числа инфекций, передающихся половым путем (далее – ИППП) и вредных привычек [10, 146, 160, 313, 354]; увеличение частоты генитальных заболеваний и ЭГП [13, 28, 57, 81, 93, 126, 153, 263, 304, 348]; снижение иммунной и неспецифической резистентности организма [38, 88, 113, 227]; низкий уровень подготовки женщин к осуществлению репродуктивной функции [45, 125, 171, 190]; отсутствие должного учета влияния вредных факторов внешней среды на плод и новорожденного и возможностей своевременного их устранения [61, 204, 221, 230, 347]; недостаточно высокий уровень специализированной помощи женщинам в процессе выполнения репродуктивной функции [77, 92, 212, 238, 316, 341].

В настоящее время накоплен значительный материал, свидетельствующий о нарушении репродуктивной функции в различных популяциях женщин фертильного возраста, подвергающихся совокупности деформирующих воздействий.

В интересах проводимого исследования остановимся на результатах некоторых из научных работ.

Установлено, что одним из важнейших факторов, определяющих состояние РЗ женщин, является уровень гинекологической заболеваемости [115]. Исследования ее структуры, основных тенденций изменений служат основой для оценки состояния РЗ женщин [33, 46, 128, 162, 222]. Исследования гинекологической заболеваемости важны также для определения максимального объема материальных и кадровых ресурсов в осуществлении необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и обеспечения их эффективности при различных патологических состояниях [178, 218, 299, 337].

Исследованиями Прилепской В.Н. (2000); Кажинной М.В. (2002); Локшина В.Н. и Заславского Д.В. (2006); David E. (1983); Robertson J.A., Honore L.H., Stemke G.W. (1986); Cassell G.H. et al. (1993); Lu G.C. et al. (2001); Hogan R.J. et al. (2004), Anagrius C., Lore B., Jensen J.S. (2005) показано, что частота выявления основных видов гинекологической патологии увеличивается, а ее структура зависит от территориального фактора и организации оказания гинекологической помощи в регионе [145, 191, 263, 372, 409, 420, 513, 557, 593]. Эти обстоятельства обуславливают необходимость комплексного изучения гинекологической заболеваемости на региональном уровне. При этом особая роль влияния социального фактора на формирование женской патологии требует перенесения исследования в междисциплинарную медико-социальную плоскость [331].

В результате анализа публикаций по теме исследования нам не удалось обнаружить работ, специально посвященных анализу медико-социального статуса гинекологических больных. Отдельные исследования посвящены условиям учебы молодых женщин [151, 286], труда женщин [149], поведению женщин репродуктивного возраста во время беременности [313], проблемам контрацепции [43, 44], ПЛС [109, 138, 179]. Однако практически неизученными остаются аспекты репродуктивного поведения пациенток с ВЗЖПО, определяемыми условиями жизни, степенью удовлетворения потребностей в достижении отдельных ценностей, а также соответствующей системой мотивации.

Более изучены возрастные показатели гинекологической заболеваемости. Так, у девочек 9-15 лет частота выявленной гинекологической патологии

достигает 11%. В структуре заболеваний на первом месте – нарушения менструальной функции (72%); на втором – воспалительные заболевания (15,0%); на третьем - нарушения полового созревания (7%) [46, 132, 171]. До 40% девушек имеют те или иные отклонения в состоянии РЗ в пубертатном периоде, которые сначала носят функциональный характер, а в последующем, без проведения соответствующей коррекции, приобретают устойчивые формы поражения [97, 162, 197, 221, 429]. У 50-64% девушек имеются нарушения репродуктивной функции, требующие выявления и лечения [17, 37, 517]. Частота гинекологической заболеваемости у женщин молодого возраста достигает 50% [161, 334, 425].

Установлено также, что в последнее десятилетие двадцатого века у девушек-подростков наблюдалось значительно более выраженное ухудшение состояния здоровья (на 8%) по сравнению с юношами (на 2%). У девушек в возрасте 15-17 лет показатель заболеваемости в 1,5 раза выше, чем у юношей данной возрастной группы. Заболеваниями мочеполовой системы страдают до 18% девушек, у юношей этот показатель не превышает 3% [98, 110, 153, 281].

Чаще выявляется у девушек и ЭГП [57, 93, 164, 283, 193, 290, 291]. Однако, как свидетельствуют исследования Богдановой Е.А. (2000), девушки в 2 раза реже направляются на консультации и лечение к специалистам. Автор объясняет это тем, что юноши допризывного возраста подвергаются более тщательному обследованию, чем девушки-подростки [46], что свидетельствует о недооценке пубертатного возраста как наиболее социально значимого периода в жизни женщины, в котором формируются поведение, навыки и привычки, связанные со здоровьем [45, 48, 276, 301, 303, 313].

Как указывают исследователи, высокий уровень гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости в подростковом возрасте во многом обусловлен произошедшими изменениями в социально-экономических отношениях в обществе, переоценкой нравственных устоев общества, либерализацией сексуальной морали [207, 220, 314]. Это повлекло за собой значительные изменения сексуального и репродуктивного поведения женского

населения, в том числе девушек-подростков. Реальностью стали ранняя сексуальная активность, аборт у несовершеннолетних, омоложение контингента женщин коммерческого секса, рост заболеваемости урогенитальными инфекциями, прогрессивное распространение ИППП и ВИЧ-инфекции среди подростков и молодежи [71, 107, 141, 169, 440, 462, 489, 510, 560, 581].

Однако, как указывают Альбицкий В.Ю. (1997), Кира Е.Ф. (1999), Баранов А.А. и соавт. (2005), негативная тенденция к ухудшению РЗ девушек-подростков и молодых женщин объясняется не только вышеуказанными факторами, но и пренебрежительным отношением к собственному здоровью [17, 158, 274]. Это в усложнившихся социальных условиях последних десятилетий на фоне высоких темпов депопуляции, насаждения средствами массовой информации «рискованного» стиля жизни, увеличения числа алкоголь- и наркозависимых лиц, роста числа правонарушений создает для подрастающих поколений особо неблагоприятный фон для осознанного участия в жизни общества и здоровьесбережении [1, 7, 110, 137, 192, 209, 247, 302].

Поэтому, с точки зрения государственных интересов, здоровье подрастающего поколения, как стратегический фундамент для дальнейших коренных преобразований в стране, должно являться фокусом в содружественной деятельности соответствующих органов и структур, так как именно медико-социальный статус молодежи в будущем определит качество трудового и экономического потенциала страны [3, 94, 114, 228].

Кроме того, без решения вопроса укрепления РЗ здоровья молодых женщин невозможно решить и другую, но тесно взаимосвязанную с предыдущей, актуальнейшую для страны проблему – демографическую [2, 24, 36, 48, 78, 105, 117, 148, 218, 317].

Как свидетельствует анализ литературы, субъективный поведенческий фактор, то есть здоровьесберегающее поведение, под которым понимают систему действий, направленных на формирование и сохранение здоровья, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни, оказывает значительное влияние на формирование и сохранение РЗ молодежи [7, 36, 275, 313]. Однако вне

зоны внимания исследователей все еще остается ряд проблем стратегического и организационного характера, например, вопросы формирования ЗОЖ, которые не рассматриваются как условие и как результат успешной социализации личности. В результате проведенных исследований не изучена система мотивации и ценностной ориентации, информированности девушек-подростков и молодых женщин о факторах «риска» [45, 48, 101, 138, 312]. Кроме того, до настоящего времени отсутствуют сравнительные исследования состояния здоровья и самосохранительного поведения женщин молодого репродуктивного возраста с ВЗЖПО.

1.2 Медико-социальная значимость воспалительных заболеваний половых органов

Как свидетельствует анализ литературы, ВЗЖПО продолжают занимать лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной нарушения РЗ женщин, создавая тем самым основные медицинские, социальные и экономические проблемы во всем мире [9, 20, 22, 26, 29, 54, 103, 139, 175, 289, 321, 352, 362, 376, 385, 412, 448, 530, 541, 554].

ВЗЖПО оказывают существенное влияние на здоровье миллионов женщин детородного возраста: ежегодно 1-2% женщин, живущих половой жизнью, заболевают вагинитами, сальпингоофоритами, эндометритами и параметритами различной этиологии; пациентки, страдающие данной патологией, составляют 60-65% амбулаторных и около 30% стационарных гинекологических больных [63, 108, 112, 142, 267, 297, 310, 324, 357, 377, 456, 470, 526, 534, 566]. Однако до настоящего времени в Республике Беларусь отсутствуют мониторинговые исследования ВЗЖПО, не изученной остается динамика заболеваемости во временной исторической ретроспективе.

Весьма вариабельны также представления о факторах «риска» развития ВЗЖПО [10, 23, 42, 50, 65, 67, 121, 165, 176, 214, 261, 323, 351, 381, 403, 416, 433, 489, 500, 507, 546, 591]. Исследователями показано, что медико-социальные аспекты, такие как семейный статус, стресс, возраст больных, в определенной

мере являются индикаторами полового поведения женщины, что, безусловно, оказывает влияние на «риск» возникновения воспалительных заболеваний гениталий [11, 56, 87, 102, 135, 196, 219, 235, 293, 319, 367, 391, 421, 453, 520, 550]. Специфика ВЗЖПО определяется взаимодействием и таких факторов, как эффективность защитных механизмов макроорганизма (клеточный и гуморальный иммунитет, система комплемента, клетки крови – нейтрофилы, макрофаги, лимфоциты, система неспецифических факторов) и вирулентность микроорганизмов и их количество [40, 59, 60, 95, 147, 154, 200, 201, 202, 213, 250, 262, 268, 315, 318, 333, 365, 378, 423, 442, 451, 479, 503, 521, 544, 571].

Несмотря на большое количество научных работ, посвященных ВЗЖПО [13, 25, 28, 30, 35, 47, 58, 62, 106, 112, 128, 141, 157, 160, 167, 170, 174, 177, 183, 223, 248, 264, 272, 287, 311, 326, 359, 382, 393, 480, 535, 551, 583], в настоящее время в мире все еще отсутствует единая классификация ВЗЖПО, а в Международной классификации болезней X пересмотра (далее – МКБ-X) раздел по ВЗЖПО представлен недостаточно последовательно [210].

При изучении особенностей статистического учета ВЗЖПО приходится учитывать, что ряд заболеваний не входят в МКБ-X, что значительно затрудняет их регистрацию, например, бактериальный вагиноз (далее – БВ) и неспецифические инфекционные воспалительные заболевания (далее – НИВЗ), смешанные формы заболеваний. В XIV классе «Болезни мочеполовой системы», где учитываются заболевания ЖРС, нет данных и о вульвовагинальном кандидозе (далее – ВК), который отнесен к заболеваниям первого класса «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни», и имеет шифр В 37.3+.

Значительные затруднения возникают и при шифровке и регистрации микоплазменной инфекции. В МКБ-X сведения о ней отражены только в рубрике «Другие бактериальные инфекции» (А 30 – А 49), которая относится к первому классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (А 00 – В 99) под шифром А 49.3. – инфекция, вызванная микоплазмой, неуточненная.

Ureaplasma urealyticum, *Mycoplasma hominis* относятся к условно-патогенной микрофлоре [480, 519, 558], кроме того, повышение их численности

ассоциируется с БВ. В этой связи возникают сложности как в постановке диагноза, так и в его шифровке.

В связи с этим, особенностями статистического учета ВЗЖПО является регистрация лишь их части в официальной статистической форме.

Данные особенности регистрации ВЗЖПО приводят к тому, что врач, установивший диагноз, вынужден проводить его под шифром, который лишь приближенно отражает суть заболевания. Отсутствие четкого регламента регистрации ВЗЖПО не только значительно затрудняет оценку их распространенности, но и не дает возможности осуществлять анализ причин возникновения, а значит, и планировать мероприятия по нейтрализации популяционных факторов «риска».

Кроме вышеуказанных, не решены и многие другие аспекты ВЗЖПО, а полученные результаты довольно противоречивы.

В настоящее время в отечественной классификации принято деление всех ВЗЖПО у женщин на 2 группы. Первую из них составляют заболевания, не связанные с родами [42, 112, 128, 170, 263, 311, 357], вторую - послеродовые инфекции [53, 89, 100, 310, 321]. В каждой из указанных групп выделяют подгруппы и отдельные нозологические формы [33, 61, 163, 184, 285, 307, 332, 370, 435, 515, 559]. Однако и у акушерских, и у гинекологических больных вследствие микробной инвазии поражаются одни и те же органы и ткани (влагалище, матка, маточные трубы и др.). Следовательно, развиваются соответствующие заболевания: вагинит, эндометрит, сальпингит, перитонит и т.д., с разницей только в пути проникновения инфекционного агента в орган-мишень.

Инфекционный характер впервые наступивших воспалительных изменений гениталий не вызывает сомнений [10, 49, 156, 215, 217, 280, 292, 300, 330, 364, 384, 419, 434, 439, 511, 537, 568]. В последующем у большинства больных хроническими процессами микробный фактор уже не играет существенной роли в возникновении обострений [38, 75, 108, 200, 397, 474, 486, 523, 561]. На стерильность содержимого маточной трубы при хроническом сальпингите (далее – ХРС) и полости матки при хроническом эндометрите указывают многие

исследователи [13, 47, 106, 108, 202, 287, 454, 572]. Под влиянием неспецифических факторов развивается картина, воспроизводящая в большей или меньшей степени первоначальный патологический процесс [42, 156, 201, 371, 493].

В настоящее время 65-80% женщин из числа гинекологических больных, обращающихся в женскую консультацию (далее – ЖК) с различными видами вульвовагинитов, цервицитов, уретритов, имеют смешанную бактериально-грибково-трихомонадную инфекцию [20, 169, 354, 405, 426, 458, 547, 596].

В последнее десятилетие среди женщин многих стран мира зарегистрирован рост инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища, специфической и неспецифической этиологии, которые прочно занимают первое место в структуре акушерско-гинекологических заболеваний [30, 63, 145, 427, 444, 466, 484, 506].

По данным Всемирной организации здравоохранения, по частоте среди ИППП первое место занимает трихомониаз, которым ежегодно в мире заболевают 170 млн. человек [10, 106, 136, 146, 183, 402, 481, 314, 380, 564]. Растет частота встречаемости хламидиоза [33, 88, 263, 330, 404, 414, 424, 449, 468, 501, 524]. Каждая третья женщина в мире когда-либо имела, по меньшей мере, один эпизод грибковой инфекции, частота ВК составляет 18-29% и постоянно увеличивается [61, 63, 327, 399, 401, 452, 508, 529, 596].

Доказана полимикробная этиология большинства ВЗЖПО. *Neisseria gonorrhea* выявляется в 11% случаев в сочетании с другими бактериями. *Chlamydia trachomatis* является моноагентом только у 20% больных. У 68% пациенток определяются два или более возбудителя. Доля генитальных микоплазм (*Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealiticum*) составляет 30%, энтеробактерий – 3-25% [10, 13, 22, 65, 72, 121, 142, 289, 298, 374, 418, 473, 487, 528, 570, 576, 589].

Этиологическим фактором ВЗЖПО в 80% случаев являются анаэробы, в основном в виде микстинфекций: бактероиды – в 57-78%, пептококки и пептострептококки в сочетании с грам-отрицательными аэробами (*Escherichia coli*) и энтерококками – в 33-69%, и клостридиями – в 5%. Анаэробам

принадлежит доминирующая роль в развитии тубоовариальных абсцессов, сальпингита, пельвиоперитонита, эндометрита, параметрита, тазовых инфильтратов и абсцессов бартолиновых желез. Возрастает роль патогенных стафилококков, резистентных к действию широко применяемых антибиотиков. Наряду со стафилококковой инфекцией возросло значение условно-патогенных микроорганизмов [20, 29, 58, 65, 106, 121, 147, 157, 213, 312, 396, 488, 580].

Социально-экономический кризис 1990-х гг. также привел к ряду негативных последствий для РЗ женщин при ИППП [11, 71, 81, 141, 158, 216, 275, 316]. Имеющийся уровень заболеваемости остается далеким от оптимального, наблюдается его рост среди девушек-подростков [110, 138, 246, 247, 298, 322]. Поэтому данные инфекции отнесены к группе тех социально значимых болезней, борьба с которыми требует принятия стратегических решений и мер на государственном уровне [2, 308].

Медико-социальная значимость ИППП обусловлена не только их широким распространением, но и тем, что вспышки данных инфекций носят периодический характер [10, 160, 318]. Они имеют тяжелые последствия для пациенток, негативно влияют на сексуальную функцию, значительно увеличивают «риск» передачи ВИЧ-инфекции, наносят значительный экономический ущерб государству [79, 127, 149, 237, 316].

Снижение активного выявления больных ИППП указывает на позднюю обращаемость пациенток, недостаточную выявляемость инфицированных и позволяют предполагать значительное превышение реальной их распространенности в структуре вагинитов и сальпингитов над официально зарегистрированной [13, 29, 50, 65, 247, 431]. Недостаточна также изученность региональных особенностей заболеваемости вагинитами и сальпингитами специфической этиологии, медико-социальные и клинические особенности пациенток с ИППП.

До настоящего времени вопрос о путях передачи ВК остается предметом широкой дискуссии.

Известно, что в 30-40% случаев ВК передача инфекции происходит половым путем [62]. Однако только у 5-25% половых партнеров женщин с ВК выявляют носительство грибов [61, 106, 158]. При этом титр колонизации кожи головки полового члена чаще всего низкий и недостаточен для инфицирования влагалища [63, 264]. Известно также, что кандидоз мочеполовой системы у женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин [178, 263]. Следует отметить и то, что многие женщины, страдающие рецидивирующим ВК, не живут половой жизнью. Кроме того, против роли половой передачи ВК свидетельствует низкая эффективность лечения половых партнеров в профилактике рецидивов заболевания [5, 248]. Имеются данные о том, что при рецидивирующем ВК резервуаром грибов и источником реинфекции влагалища служит желудочно-кишечный тракт. При нахождении грибов во влагалище они очень часто обнаруживаются и в фекалиях, при этом у большинства больных вагинальные и кишечные штаммы идентичны [106, 121, 440].

Согласно другой точке зрения, ведущее значение в развитии ВК имеет активация эндогенной грибковой инфекции вследствие нарушения защитной роли нормальной микрофлоры влагалища [23, 113, 437, 460].

Следует подчеркнуть, что ВК часто проявляется при местном или системном применении антибиотиков [5, 264, 272, 323, 358]. Так, по данным разных авторов, антибиотикотерапия (далее – АБТ) ИППП сопровождается возникновением ВК или кандидоносительства у 18-40% пациенток. По-видимому, снижение титра лактобацилл или нарушение видового их соотношения с потерей перекисепродуцирующих свойств способствует либо первичному проникновению грибов во влагалище, либо их интенсивному размножению, если они уже имелись в небольшом количестве [22, 60, 106, 154].

Не вызывает сомнения значение нарушений местного иммунного статуса в патогенезе ВК, но конкретные проявления этого процесса еще плохо изучены [13, 23, 30, 158, 476]. Нет ясного представления о роли секреторных антител. Что касается клеточных механизмов иммунного ответа, то в настоящее время можно полагать, что развитие острого ВК является следствием временного дефекта

локального Т-лимфоцитарного ответа. Это позволяет грибам активно размножаться и способствует их инвазии в эпителий влагалища [31, 38, 217, 366, 495, 540].

Серьезное внимание уделяется исследователями БВ [40, 49, 370, 582]. Установлена полимикробная природа этого заболевания при ведущей роли облигатно анаэробных бактерий, ранее считавшихся абсолютно безобидными [65, 160, 380, 393]. С патогенетических позиций БВ характеризуется глубоким нарушением микроэкологии влагалища: в кольпобиоте пациенток выявлено более 20 видов условно-патогенных микроорганизмов, в том числе в 88% наблюдений - анаэробы, в 61% – облигатные анаэробы (бактероиды, эубактерии, пептострептококки), у 7% – факультативные анаэробы при минимальной репрезентативности лактофлоры [29, 415, 504]. Отмечено также значительное распространение грам-отрицательной флоры (кишечная палочка, энтерококк) [460, 512].

В последние годы введено название «воспалительные заболевания органов малого таза» (далее – ВЗОМТ) [112]. Причем, одни авторы к этим заболеваниям относят только воспалительные процессы яичников, труб, тазовой брюшины [25, 47, 128, 170], другие же присоединяют и воспаление тела матки [42, 44, 196]. Во ВЗОМТ не включены воспалительные заболевания шейки матки, хотя она расположена также в малом тазу [198, 263, 285].

Восходящий путь инфекции является преобладающим в генезе возникновения ВЗОМТ [128, 146, 423, 439]. Особенно это свойственно неспецифическим микробам - стафилококкам, стрептококкам [147, 368, 369]. Воспалительный процесс может развиваться и в результате активизации нормальной эндогенной флоры влагалища, например, при ослаблении защитных сил организма или местного иммунитета, изменений эндокринной системы вследствие внешнего воздействия - роды, аборт, внутриматочные контрацептивные средства (далее - ВМС) [22, 40, 42, 44, 139, 165, 170, 175, 267, 310, 318, 327, 536]. Не исключена также возможность распространения инфекции лимфогенным и гематогенным путями [287]. Воспалительный процесс в

придатках матки может возникнуть вследствие первичного инфицирования брюшины при холецистите, панкреатите, пиелонефрите [97].

В возникновении ВЗОМТ основная роль принадлежит болезнетворным организмам, степень вирулентности которых служит одним из решающих факторов, оказывающих влияние на распространение процесса [59, 67, 71, 202, 406, 428, 532, 541]. По некоторым данным, хламидийные сальпингиты составляют до 40% всех случаев заболеваний [559, 581].

Учитывая тропизм *Chlamydia trachomatis* к цилиндрическому эпителию, первичным очагом поражения у женщин, как правило, является слизистая оболочка шейки матки, в которой возбудители могут сохраняться в течение нескольких месяцев и даже лет, вызывая различные патологические изменения [33, 139, 223, 289, 366, 404]. Частота поражения шейки матки, по данным разных авторов, составляет от 49 до 93% [263, 285, 298, 324].

Объектом интенсивных дискуссий в возникновении ВЗОМТ является этиологическая роль уреаплазм и микоплазм [103, 108, 158, 211, 361, 383, 413, 585, 590, 592]. Эти микроорганизмы являются так называемыми мембранотропными агентами, они паразитируют на мембранах эпителиальных клеток, незначительная часть популяции может присутствовать внутриклеточно [10, 417, 522]. Микоплазмы присутствуют во влагалищной микрофлоре практически у всех женщин, однако подавляющее число видов являются сапрофитами и их выделение еще не свидетельствует об участии в воспалительном процессе [230, 264, 323, 381, 430, 440, 480, 496, 550]. Только два вида (*Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*) рассматриваются как возможные этиологические агенты, но даже для них этиологическая роль признается при исключении всех других причин воспаления [375, 382, 410, 432, 545, 562].

При наличии хронических ВЗЖПО у 70% пациентов отмечены хламидийная и уреаплазменная инфекции, а в случае бесплодного брака в половых путях супругов практически всегда можно обнаружить хламидии и уреаплазмы [13, 33, 142, 414, 510, 524]. Хламидии нередко встречаются в ассоциации с другими возбудителями половых инфекций, которые в значительной

мере ухудшают течение заболевания, существенно облегчают передачу ВИЧ-инфекции и становятся кофактором прогрессирования болезни [72, 88, 108, 136, 354, 468]. Сочетание хламидий с гонококком отмечается у 34% пациенток, с уреаплазмозом – у 19%, с трихомонадами – у 31%, с гарднереллами – у 10%, с кандидозом – у 9% больных [141, 158, 175, 183]. Три различные инфекции одновременно диагностируются у 11% пациенток, 4-5 инфекций – у 6% женщин с ВЗОМТ [10, 22, 27, 50, 67, 107, 146, 158, 165, 289, 393, 399, 409].

По-прежнему актуальна проблема хронического урогенитального трихомониаза, так как часто он представляет собой смешанный протозойно-бактериальный процесс [108, 183, 533]. Трихомонады способны поглощать, но не обязательно переваривать практически всех известных возбудителей ИППП, вызывая тем самым их интратрихомонадную персистенцию и вертикальный транспорт, что создает трудности при лечении [5, 115, 157, 577]. До 72% случаев заражения трихомониазом происходит от больного человека, чаще при внебрачных половых связях [179, 219]. Женщины, имеющие случайные половые связи, страдают трихомониазом в 3,5 раза чаще, чем имеющие одного полового партнера [215, 264, 300, 313].

В структуре гинекологической заболеваемости особое место занимает гнойное поражение маточных труб и яичников, на долю которых приходится от 4 до 10% [112, 115, 261, 272]. Патологический процесс при этом протекает с осложнениями и выраженными полиорганными изменениями [262, 311, 326]. За последние годы во всем мире зафиксирован рост числа ВЗОМТ - на 13%, и на 25% - у женщин, использующих ВМС, причем в 3 раза увеличилась частота тубоовариальных образований воспалительной этиологии [44]. Начавшееся заболевание в большинстве случаев прогрессирует, требуя все большего числа лекарственных средств для лечения [128, 297, 441, 454, 467]. Это наносит ощутимый экономический ущерб персонально пациентке и государству в целом.

Большое внимание в литературе уделяется проблемам заболеваемости ВЗЖПО молодых женщин [12, 46, 126, 151, 162, 171, 222, 275, 293, 314, 334, 440, 450, 456, 583]. Из общего числа пациенток 70% составляют женщины моложе 25

лет, 75% - нерожавшие [20, 47, 160]. При этом наибольшие темпы роста заболеваемости ВЗОМТ отмечены у женщин в возрасте 20-24 лет – в 1,4 раза, и 25-29 лет – в 1,8 раза [108, 112, 272, 311]. В ряде исследований указывается, что увеличение заболеваемости ВЗЖПО является следствием возрастающей миграции населения, урбанизации, изменения полового поведения молодежи [10, 24, 37, 56, 137, 221, 302]. Однако многие авторы придерживаются мнения, что возрастающая частота обнаружения ВЗОМТ определяется только улучшением диагностики [141, 146, 289, 470, 520].

В настоящее время среди девушек-подростков и молодых женщин с ВЗЖПО регистрируются высокие уровни ЭГП, низкий уровень знаний по вопросам физиологии, увеличение числа ранних сексуальных дебютов, промискуитет, низкая сексуальная культура, ослабление брачно-семейных отношений [12, 45, 85, 86, 94, 105, 138, 155, 207, 303, 313]. Следует, однако, отметить, что медико-социологических исследований, посвященных ВЗЖПО, среди данного контингента пациенток в стране практически нет. Поэтому изучение проблем формирования РЗ девушек-подростков имеет несомненную научную актуальность и практическую значимость. Требуется дальнейшей разработки и проблема создания эффективной системы охраны РЗ подрастающего поколения с использованием новых перинатальных технологий, увеличением объема наблюдений, углубленным изучением отдельных медико-социальных вопросов с учетом региональных особенностей демографической ситуации и медико-биологических параметров здоровья населения конкретной территории.

Значение проблемы ВЗЖПО определяется не только высокой частотой этой патологии, но и сравнительно частым возникновением на фоне воспалительного процесса различных форм нарушений менструальной и генеративной функций, вовлечением в цепь патологических реакций эндокринной, нервной, иммунной и других систем организма [20, 54, 97, 122, 136, 169, 195, 198, 219, 233, 242, 293, 312, 353, 538]. Воспалительные заболевания придатков матки могут являться одной из основных причин нарушения репродуктивной функции и снижения трудоспособности женщин [41, 112, 128, 178, 230, 357, 364, 454]. Так, у 65-78%

пациенток ВЗОМТ протекает тяжело, женщины теряют трудоспособность и зачастую остаются бесплодными [108, 115, 218, 501]. В странах Западной Европы и США ежегодная частота сальпингита у женщин в возрасте от 15 до 39 лет составляет 10-13 на 1000 женщин; среди пациенток 75% составляют женщины моложе 25 лет, из них 75% - нерожавшие [559, 581]. Хронические ВЗОМТ, по данным авторов США, чрезвычайно финансово обременительны. Это касается, в основном, их осложнений (бесплодие, эктопическая беременность и хроническая тазовая боль). Средняя стоимость лечения 1 пациента с хроническими ВЗОМТ в США составляет 2150\$, при этом у женщин с хронической тазовой болью - 6350\$, с эктопической беременностью - 6840\$, бесплодием - 1270\$ [597]. Кроме того, несмотря на достижения современной медицины, сохраняется летальность при данной патологии [14, 99].

Последствия перенесенного сальпингоофорита достаточно серьезны: 24-30% женщин отмечают тазовый болевой синдром в течение 6 месяцев и более после лечения, 43% - имеют эпизоды обострения воспалительного процесса, у 1-5% следствием является эктопическая беременность, от 10% до 40% останутся бесплодными [11, 27, 33, 47, 169, 311, 319]. У пациенток с ВЗОМТ в 6 раз чаще, чем у здоровых, наблюдается эндометриоз, их в 6 раз чаще оперируют по поводу внематочной беременности и им в 8 раз чаще, чем в основной популяции, удаляется матка [112, 160, 216, 219, 321].

Диагностика и лечение гнойных ВЗОМТ напрямую связаны с внедрением в клиническую медицину современных инструментальных и лабораторных методов исследования, позволяющих оценить тяжесть течения воспалительного процесса (или степень воспалительной реакции). С помощью современных методов диагностики в дальнейшем вырабатывается и адекватная тактика лечения [63, 107, 108, 109, 157, 184, 264, 285, 331]. Однако применяемые в настоящее время диагностические методики технически сложны, дают приблизительную оценку тяжести воспалительного процесса, не содержат четких критериев для формирования клинико-организационных групп пациентов для их направления на лечение в различные типы ОЗ.

Следует также отметить, что внедрение современных инвазивных диагностических и лечебных методов, к сожалению, способствовало росту ВЗЖПО, возбудителями которых являются условно-патогенные микроорганизмы [108, 121]. При этом воспалительные процессы, вызванные эндогенной флорой, как правило, характеризуются стертой клинической симптоматикой и торпидным течением с частыми обострениями [22, 40, 106].

Каждое десятилетие вносит свои изменения в этиологические и клинические аспекты данной проблемы. Высокая частота ВЗЖПО непосредственно связана с повышением устойчивости патогенной микрофлоры к АБТ и снижением эффективности действия последних [5, 49, 72, 358]. Поэтому важная роль в настоящее время придается рациональной АБТ. Лечебный эффект АБТ зависит не только от высокой активности применяемого препарата и чувствительности к нему микроорганизма, но и от длительности сохранения его терапевтической концентрации в очаге воспаления [157, 184, 359]. К сожалению, традиционные способы введения антибиотиков не создают достаточно высоких и длительно действующих концентраций в маточных трубах и в яичниках, особенно при гнойных процессах [112, 232, 272, 525].

Несмотря на широкое применение АБТ, иммуномодуляторов, физиотерапевтических методов, ВЗЖПО в современных условиях нередко приобретают затяжное течение, переходят в хронические формы и чаще других гинекологических заболеваний вызывают временную, а иногда и стойкую утрату трудоспособности [41, 115, 170, 364]. Все это свидетельствует об актуальности проблемы организации диагностики и терапии ВЗЖПО, и о необходимости дальнейшей разработки более достоверных, информативных и объективных критериев, позволяющих выявить патологические изменения на самых ранних стадиях воспалительного процесса.

В последнее время в распространении ВЗЖПО, по мнению ряда исследователей, все более негативную роль играют социальные и поведенческие факторы, снижающие иммунную защиту от инфекции и предрасполагающие к ее распространению [38, 81, 87, 164, 312]. К социальным факторам относятся

хронические стрессовые ситуации, низкий уровень жизни (недостаточное и нерациональное питание), хронический алкоголизм, наркомания [95, 102, 135, 293, 303]. Поведенческие факторы включают в себя ранние сексуальные дебюты, высокую частоту половых контактов, большое число половых партнеров, нетрадиционные формы половых контактов (орогенитальный, анальный), половые отношения во время менструации и т.д. [190, 207, 317] Однако роль социальных и поведенческих факторов трактуется разными авторами неоднозначно [7, 53, 179, 220, 269, 276, 313] и требует дополнительного изучения.

Недостаточно освещены в литературе и такие важные аспекты, как формирование и обеспечение условий репродуктивного поведения женщин с ВЗЖПО. При этом ряд авторов отмечают, что одним из социально-значимых факторов, определяющих РЗ, являются беспорядочные сексуальные связи, ослабление семейно-брачных отношений, отсутствие позитивных установок на сохранение здоровья, слабую репродуктивную культуру [219, 222, 235].

В то же время установлено, что ВЗЖПО играют особо важную роль в процессе репродукции.

Следствием наличия ВЗЖПО в анамнезе пациенток или во время беременности является развитие осложнений гестации - самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, врожденные пороки развития (далее – ВПР), преждевременные роды, гестоз, аномалии прикрепления и предлежания плаценты, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, внутриутробное инфицирование (далее – ВУИ), и родов - несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода, аномалии отделения последа, гипотония матки, кровотечения и др. [9, 17, 35, 54, 82, 84, 116, 196, 232, 236, 251, 255, 280, 306, 310, 328, 340, 344, 353, 410, 417, 482, 507, 562, 570, 593, 599]. Это в значительной мере определяется тем, что беременность является классической «моделью» физиологической иммуносупрессии, а сочетание с ней ВЗЖПО (даже легкая или даже бессимптомная инфекция у пациентки) может привести к тяжелым поражениям плода и новорожденного, вплоть до его гибели [27, 139].

В 1971 году Всемирная организация здравоохранения выделила TORCH-комплекс как группу вирусных и бактериальных инфекций, вызывающих стойкие структурные изменения в организме матери и плода. При изучении структуры инфекционных поражений при анализе случаев ПС установлено, что наиболее часто встречаются микоплазмоз (12%), герпес (10%), хламидиоз (8%), острые респираторные вирусные инфекции (8%), цитомегаловирусная инфекция (6%), грибы рода кандида (2-3%), гепатит В и листериоз (1-2%) [4, 14, 20, 156, 163, 194, 244, 381, 411, 413, 485, 530, 575].

Конкретный характер поражения плода TORCH-инфекциями зависит от вида возбудителя, его численности и вирулентности (не существует параллелизма между вирулентностью и поражением), характера инфекционного процесса (также не существует прямой зависимости между тяжестью процесса и характером инфекционного процесса), пути проникновения от беременной к плоду [587].

Наиболее частым путем распространения инфекционного агента является восходящий, характерный для ИППП [141, 496]. Кроме того, встречаются случаи трансплацентарного инфицирования, а также нисходящего и трансмурального пути передачи инфекции от матери к плоду [482].

Сам процесс ВУИ может происходить антенатально и интранатально [20]. Инфекционные эмбриопатии возникают с 3 по 12 неделю (нарушение закладки органов и систем вызывает тератогенный и эмбриотоксический эффект) [244]. Инфекционные фетопатии возникают с 16 недель беременности и могут вызываться до момента наступления родов [116, 196, 233, 448, 484]. Поздний фетальный период инфицирования наблюдается с 6 месяцев, при этом могут развиваться энцефалит, гепатит, пневмония, интерстициальный нефрит [340]. Под влиянием вирусов в позднем фетальном периоде появляются функциональные нарушения: признаки незрелости, дисэмбриогенетические стигмы, снижение адаптационных возможностей плода, отставание в умственном и физическом развитии [82, 177, 236]. Степень возможных нарушений зависит как от

способности плода к иммунному ответу, так и от защитных резервов организма матери [230, 255].

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений у беременных с наличием ВЗЖПО является привычное невынашивание беременности (далее – НБ) [231]. Однако, учитывая возрастающий с увеличением числа неудач «риск» потери желанной беременности, большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания, в настоящее время приходят к выводу, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычного НБ с последующим обязательным обследованием и комплексом мер по подготовке к беременности [234].

Исследования последних лет показали, что у женщин с привычным НБ бактериально-вирусная колонизация эндометрия встречается достоверно чаще, чем у женщин с нормальным акушерским анамнезом. Так, при неблагоприятном исходе беременности диагноз «хронический эндометрит» гистологически верифицирован у 73% больных, в 87% случаев наблюдается персистенция условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии [139, 445, 459]. Смешанная вирусная инфекция (вирус простого герпеса, Коксаки А, Коксаки В, энтеровирусы 68-71, цитомегаловирус) сочетается с персистенцией 2-3 и более анаэробных и аэробных бактерий [255, 391, 403]. Персистенция микроорганизмов характеризуется привлечением в очаг хронического воспаления мононуклеарных фагоцитов, естественных киллеров, Т-хелперов, синтезирующих различные цитокины [75, 200, 201, 451, 464, 488]. По-видимому, подобное состояние эндометрия препятствует созданию локальной иммуносупрессии в преимплантационный период, необходимой для формирования защитного барьера и предотвращения отторжения наполовину чужеродного плода [421, 450].

Пациентки с привычным НБ, в свою очередь, представляют собой группу «риска» по развитию фетоплацентарной недостаточности, гипотрофии плода и его хронической внутриутробной гипоксии [4, 20, 71, 82, 195]. Фетоплацентарная недостаточность определяется как причина задержки внутриутробного развития

плода, внутриутробной гипотрофии и гипоксии, и, в конечном итоге, возможности его антенатальной гибели [14, 54].

Практически в 80% случаев беременность у пациенток с ВЗЖПО сопровождаются различные виды патологии: анемия, хронический пиелонефрит, болезни системы кровообращения, гестоз [84, 141]. За последнее десятилетие число родов, осложненных указанными заболеваниями, возросло в 2-3 раза [230]. По данным Дуды И.В. и Дуды В.И. (1997), ЭГП или гинекологическая патология регистрируются у каждой второй беременной [116].

ЭГП, в свою очередь, оказывает неблагоприятное влияние как на течение беременности у пациенток с ВЗЖПО (увеличение уровня гестозов, НБ) и родов (высокая доля оперативного родоразрешения), так и на здоровье новорожденных детей [17, 26, 68, 233, 236, 255, 283, 291]. Следует отметить, что у значительной доли женщин ЭГП выявляется впервые только во время гестации. Герасимович Г.И. (2002) объясняет это как повышенной нагрузкой на органы и системы беременных, так и недостатками в существующей диспансеризации девушек и подготовке их к материнству [83]. При этом врачи акушеры-гинекологи ЖК располагают сведениями о характере ЭГП беременных не более чем у 15% из них [17, 37, 114, 321]. Достаточно информированы они только в 30% случаев, что, несомненно, затрудняет определение правильной тактики диспансерного наблюдения и ведения родов [70, 224, 288]. Все это способствует росту заболеваемости беременных и новорожденных и оказывает негативное влияние на уровень перинатальных потерь, которые являются интегрированными для оценки общественного развития [55, 64].

1.3 Современные перинатальные технологии в улучшении репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов

С государственных позиций сохранение и укрепление РЗ женщин как своеобразного индикатора перинатальных потерь является важнейшей и

неотложной задачей и практической медицины, и органов управления здравоохранением, в том числе и на региональном уровне [1, 2, 3, 148, 252, 256].

Харкевич О.Н. (2001) задачу сохранения и укрепления РЗ предлагает рассматривать, придерживаясь следующих принципов: постоянный мониторинг и научная оценка демографической ситуации; улучшение основных показателей деятельности службы родовспоможения, возрастание их роли в демографической политике страны; выявление причин ухудшения РЗ женщин и поиск путей его коррекции [329].

По мнению исследователей, одним из наиболее перспективных и эффективных направлений в здравоохранении является система мониторинга РЗ пациенток с ВЗЖПО, в задачи которого входит комплексная оценка его социального, биологического и психологического компонентов [7, 36, 76, 90, 117, 124, 219, 222, 226]. Аргументация в пользу комплексного многофакторного изучения РЗ основывается на последних достижениях системных исследований в биологии и медицине [64, 99, 111, 185, 192, 276], поскольку механизмы интеграции, системообразования и функционального единства различных репродуктивных процессов изучены недостаточно. При этом при обосновании новых подходов к наблюдению за РЗ целесообразно учитывать региональную специфику проблемы [7, 129, 180, 188, 237, 266, 312, 325, 342, 354].

В последние годы большинство исследователей считают весьма перспективным направлением проведение комплексного исследования РЗ пациенток с ВЗЖПО с применением медицинских, организационных и информационных технологий [8, 15, 16, 34, 80, 91, 123, 144, 152, 172, 173, 239, 240, 241, 249, 257, 260, 277, 296, 328, 336]. При этом отмечается, что для создания комплексной системы организации акушерско-гинекологической помощи необходимо изучение различных сторон как амбулаторной, так и стационарной составляющей, а также формирование единых подходов к анализу и оценке показателей работы АГС [309, 336]. Ключевым инструментом, позволяющим сформировать базис такой системы, являются информационные технологии,

разработка которых отнесена Всемирной организацией здравоохранения к одному из приоритетных направлений [96, 118, 124, 143, 225].

По мнению Дуданова И.П., Романова Ф.А., Гусева А.В. (2005), информационным технологиям присущи высокая степень расчленённости процесса на стадии, его системная полнота (целостность), регулярность и однозначность фаз. Это позволяет применять средние величины при характеристике процессов, и, следовательно, осуществлять их стандартизацию и унификацию [118]. В результате появляется возможность учета, планирования, диспетчеризации информационных процессов для мониторинга состояния РЗ [104, 206, 339, 343, 345]. Поэтому формальное представление системы знаний об оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО может служить основой для оптимизации принятия оперативных и долговременных решений [133, 273]. Так, США на государственном уровне поставили целью формирование единой национальной базы данных (Uniform National Data Set), в которую должны войти сведения о заболеваемости и смертности, факторах «риска» (профессиональных, окружающей среды, поведенческих) и статистика, характеризующая местные службы здоровья [379].

Яковлев А.П. и соавт. (2000) считают, что современный этап применения информационных технологий в АГС должен характеризоваться переходом к комплексному использованию программных продуктов для решения, в конечном итоге, социально-экономических задач, которые можно свести к проблеме раннего выявления пациенток с «риском» или ранними патологическими проявлениями ВЗЖПО (то есть к профилактике хронических форм заболеваний), профилактике и раннему выявлению осложнений беременности инфекционно-воспалительного генеза, уменьшению перинатальных потерь при минимизации неоправданных расходов путем оптимизации наблюдения, обследования, диагностики, лечения и последующего оперативного анализа всех этапов оказания помощи [8].

Одновременно появляются новые возможности для оценки уровня индивидуального и популяционного здоровья пациенток с ВЗЖПО и его

прогнозирования с учетом влияния наследственного предрасположения, социально-экономических и экологических факторов [81, 93, 105].

Кроме того, наличие разноуровневой системы оказания акушерско-гинекологической помощи привело к неизбежному выводу о необходимости автоматизации процессов информационного обмена как внутри этих ОЗ, так и между ними [142, 206, 225]. На фоне такой тенденции все большее внимание исследователями уделяется комплексным медицинским информационным системам, отличающимся от прочих, главным образом, тем, что они нацелены на максимально полную автоматизацию ОЗ едиными программными средствами [8, 208], обеспечивают единую информационную среду, в которой врачи, средний медицинский персонал и руководители при постановке диагноза, выборе курса лечения, наблюдении за пациентами с ВЗЖПО, выполнении лечебно-диагностических назначений, статистической обработке результатов деятельности тесно взаимодействуют в едином технологическом процессе [16, 96]. Однако в современных условиях профилактические программы в области охраны материнства и детства все еще достаточно редко основаны на адекватной их особенностям методологии, что, с учетом значимости и управляемости воздействующих факторов и причин, не позволяет рационально применять медико-организационные технологии мониторинга состояния РЗ пациенток с ВЗЖПО [104, 279, 339].

Таким образом, создание новой методологической базы формирования и охраны РЗ женщин на основе комплексной информатизации становится одной из насущных научно-практических проблем обеспечения здоровья нации [127, 151, 221]. При этом на современном этапе развития общественного здравоохранения созданию базы данных, в частности, в системе сигнальных, промежуточных и конечных результатов в области оценки потенциала РЗ, должно придаваться важнейшее значение [224]. Эти данные должны служить основой для внедрения в деятельность ОЗ новых организационных и информационных технологий для оптимизации управленческого процесса, основанного на использовании международных стандартов и опыта предыдущих исследований, который

свидетельствует, что РЗ женщин закладывается с первых дней жизни, формируется в условиях социально-медицинской среды и детерминирует репродуктивный потенциал общества [155, 216, 278, 293].

На новой методологической базе должна основываться и научная оценка основных показателей деятельности службы родовспоможения по улучшению РЗ женщин.

Основными направлениями оценки качества медицинской помощи акушерско-гинекологической помощи, рассматриваемыми в литературе, являются *структура, процесс и исходы* [18, 203].

В *структуру оценки качества медицинской помощи* исследователями включаются материальные ресурсы (бюджетное финансирование и внебюджетные средства, материалы и оборудование и т.д.), персонал (численность, профессиональная пригодность, квалификация и т.д.) и организационные характеристики деятельности [6, 15, 32, 266]. Однако в современных исследованиях структуре оценки качества (за исключением вопросов финансирования здравоохранения) не уделяется значительного внимания, отсутствуют работы, в которых на современной доказательной базе в исторической ретроспективе были бы изучены различные аспекты медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО, направленные на улучшение их РЗ, с учетом совершенствования кадрового потенциала и нормативной базы АГС.

Процесс оценки качества подразумевает характеристики предоставляемой медицинской помощи, в том числе ее обоснованность, адекватность объема, компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий персонала и преемственность [11, 21, 99, 277, 342].

В этой связи следует отметить, что еще в 1998 г. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения приняло концепцию «Здоровье для всех в XXI веке», которая была дополнена инициативой «Безопасное материнство» [356]. В ней сформулированы современные принципы перинатальной помощи, направленные на обеспечение благополучного течения беременности и родов, которые, включают также диспансеризацию и

оздоровление населения в подростковом возрасте, перед вступлением в брак и созданием семьи. Достойное место отведено в концепции созданию эффективной гинекологической службы детского и подросткового возраста; оценке роли биологических и социальных факторов для профилактики нарушений психического здоровья у детей и подростков и разработке психогигиенических мер по их первичной профилактике; ориентации акушерско-гинекологической помощи и всех общемедицинских служб на перинатальную охрану плода; совершенствование законодательных актов по формированию РЗ и безопасного материнства на всех этапах. Однако в изданном 22.06.1998 г. приказе МЗ РБ №212 «О мерах по укреплению РЗ» эти положения еще не нашли своего закрепления.

Как свидетельствует анализ литературы, в последнее десятилетие в улучшении РЗ пациенток с ВЗЖПО и снижении перинатальных и репродуктивных потерь акцент сделан на широком внедрении медицинских и организационных перинатальных технологий. Среди них наиболее важными являются: методы выявления заболеваний и факторов «риска»; методы профилактики, диагностики и лечения; методы организации медицинской помощи; стратегия управления здравоохранением; работа вспомогательных служб; научно-методическая информация, используемая в практической работе; планы и стратегии развития здравоохранения [1].

Перспективными технологиями в АГС также являются разработка протоколов обследования и лечения заболеваний [18]; совершенствование структуры протоколов с целью выработки наиболее оптимальных алгоритмов, содержащих технологическую последовательность в соответствии с идеологией доказательной медицины [15, 73, 240]; детализация технологических схем обследования и лечения, вплоть до создания специализированных клинико-организационных руководств по опыту здравоохранения стран Содружества независимых государств, Австралии, Канады [34, 74, 107, 109, 119, 184, 218, 236, 295, 360].

По мнению исследователей, медицинские стандарты диагностики, лечения и качества медицинской помощи призваны обеспечить необходимый уровень

медицинской помощи населению, регламентировать работу стационарного и поликлинического звена АГС [163]. Соответствие стандарту означает разрешение ОЗ проводить диагностическую и лечебную работу с конкретной нозологической единицей. При этом каждый этап оказания такой помощи состоит из перечня диагностических процедур минимального уровня, обеспечивающего постановку диагноза при данном заболевании в классических случаях, и максимального (достаточного) уровня, позволяющего проводить дифференциальную диагностику, определять степень тяжести заболевания, дифференцировать выбор тактики лечения [212].

Ряд исследований последовательно направлен на достижение главной цели стандартизации, определенной Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь: создание информационно-технологической базы, обеспечивающей, с одной стороны, условия для организации доступной, гарантированной финансовыми ресурсами государства помощи пациенткам с ВЗЖПО, с другой – позволяющей на основании клинико-экономического анализа, с учетом достижений доказательной медицины, более рационально использовать ресурсы отрасли [219, 239, 253].

В этой связи исследователи отмечают, что повышение качества помощи пациенткам с ВЗЖПО при эффективном снижении перинатальных потерь может быть достигнуто не только за счет совершенствования собственно медицинских технологий, но и технологий управления, а также процессами их осуществления [66, 68, 70, 79, 91, 117, 123]. При этом, по оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения, в условиях структурной перестройки перинатальной помощи управленческие технологии приобретают все более важное значение в современном родовспоможении [78, 99], что позволяет повысить роль мероприятий, направленных на более рациональное и эффективное использование выделяемых финансовых средств на внедрение новых ресурсосберегающих и эффективных организационных форм оказания медицинской помощи и технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации [129, 152]. Очевидно также, что практическая разработка и

реализация мер по сохранению и укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО должны основываться на региональной научной концепции [337, 341]. Эта концепция, безусловно, должна учитывать многофакторность неблагоприятных воздействий на ЖРС в разные возрастные периоды ее становления и реализации: девочки, девушки, женщины [53, 221].

В связи с тем, что пубертатный возраст является наиболее социально значимым периодом в жизни женщины, в котором формируются поведение, навыки и привычки, связанные со здоровьем [45, 222], по мнению исследователей, комплекс мероприятий по развитию и совершенствованию АГС должен включать такие обязательные разделы деятельности, как улучшение качества РЗ подростков [7, 24, 78, 103, 122, 171]. Однако в современных профилактических программах все еще имеет место недооценка значения мероприятий по нравственно-половому воспитанию подростков, содействию их безопасному и ответственному сексуальному поведению с обеспечением подходящей возрасту и состоянию контрацепцией, которые должны осуществляться в рамках специализированных приемов по подростковой гинекологии в ЖК [21, 45, 205, 229, 316].

Как свидетельствуют данные социологических исследований, 25% женщин не обсуждали вопросов планирования семьи (далее – ПлС) ни с кем и никогда, хотя испытывали необходимость в этом [226]. Это свидетельствует о том, что в современных условиях врачами акушерами-гинекологами все еще не придается достаточного значения прегравидарной подготовке для укрепления РЗ. При этом исследователи отмечают, что для физиологичности протекания беременности существенное значение имеют общее состояние пациентки, ее психологический настрой, «желанность» данной беременности. Это связано с тем, что на каждом этапе жизни женщина по-разному оценивает значимость сексуальных отношений, различны также методы предохранения от нежеланной беременности в зависимости от состояния здоровья, социального благополучия семьи [7, 114, 120, 134, 207, 270, 313]. В связи с этим Кухнинова Л.Н., Улюмджиева В.А. (2006) считают, что наибольшего эффекта будет достигать работа с данным

контингентом, проводимая в кабинетах ПлС, сеть которых, однако, неразвита [179].

По мнению ряда авторов, ПлС и диспансеризация женщин группы «резерва родов» (далее – ГРР) должны быть направлены на решение двух основных задач: избежать нежеланной беременности и иметь только желанных и здоровых детей. При этом первая задача должна решаться, во-первых, путем сексуального воспитания и просвещения, во-вторых, внедрением современных форм и методов контрацепции [43, 78, 229, 317, 319].

Как свидетельствуют работы Харкевич О.Н. (2001), Арестовой И.М., Занько С.Н., Русакевича П.С. (2003), женщины с ВЗЖПО при подготовке к материнству требуют повышенного внимания [28, 328]. Поэтому важна догестационная подготовка и деконтаминация после соответствующей санации [9, 15, 114, 136, 23, 244, 252, 312, 338]. При этом некоторые исследователи отмечают, что важным является также своевременное лечение ЭГП у женщин с ВЗЖПО, что позволит избежать перинатальных потерь не только от ВУИ, но также и от ВПР [282, 284, 344, 373, 387, 395, 482, 505, 573, 586, 594].

Исходя из вышеизложенного, очевидно, что все большую значимость приобретает донозологическая диагностика путем «диспансеризации» населения. Диспансеризация практически здоровых женщин (1-2 раза в год) имеет своей целью обеспечить сохранение здоровья, формирование ЗОЖ в каждой возрастной группе, устранение факторов «риска», укрепление защитных сил организма с целью предупреждения акушерско-гинекологической патологии [63, 70, 144, 171, 247, 309]. При этом исследователи указывают, что принятие управленческих решений в этом направлении должно быть основано на обеспечении преемственности и реализации единых подходов в организации лечебно-профилактической помощи пациенткам репродуктивного возраста с ВЗЖПО, которые должны быть ориентированы на анализ и оценку истинной заболеваемости [34, 191, 291, 393, 398, 508, 598]. Это также обусловлено и тем, что женщинам репродуктивного возраста, кроме выявления и лечения заболеваний половых органов, нужна достоверная информация о репродуктивной функции в

той форме, которая соответствует их запросам [286, 572]. Так, по сведениям Николаевой Е.И. и Тахиян А.А. (1998), отсутствие интеграции терапевтической службы и АГС в обеспечении достоверной и своевременной информации о состоянии соматического здоровья молодых женщин увеличивает частоту отклонений в родах до 64% [235]. Кроме того, предоставляемая медицинскими работниками пациенткам информация о репродуктивной функции должна включать в себя аспекты психологической, социальной, медицинской, экономической, юридической и образовательной помощи [158, 216, 326, 605].

Следует отметить, что к вопросу разработки мер и стратегий профилактики неблагоприятных воздействий на ЖРС необходимо подходить с позиций оценки одномоментного воздействия множества факторов [294, 329, 558]. Соотношение между этими факторами может проявляться как в виде синергизма или антагонизма, так и в других качественно новых, неизученных в настоящее время эффектах [323]. Вследствие этого изменяются качество и частота ВЗЖПО [107, 158, 175, 300, 351, 363, 415, 464, 485, 539, 549, 577]. Изменяется также и чувствительность и восприимчивость как самой ЖРС, иных органов и систем, так и всего организма (в первую очередь, его неспецифическая и иммунологическая реактивность) к вредным воздействиям природного и техногенного происхождения [5, 331, 524, 596]. Это выдвигает в число важных задач проведение мероприятий по профилактике состояний, ухудшающих РЗ, по ранней диагностике и прогнозированию возможного неблагоприятного воздействия медико-социальных факторов на организм, а также являются дополнительным свидетельством важности интеграции деятельности различных служб для сохранения здоровья женщины и ее потомства, объединенных в единую технологическую цепочку [7, 15, 68, 99, 140, 144, 239].

В литературе указывается, что важным фактором, влияющим на перинатальные исходы, является оказание амбулаторной акушерской помощи женщинам с ВЗЖПО во время беременности и в послеродовом периоде [309].

Сравнительный анализ серии рандомизированных исследований антенатальной помощи за период 1992-2001 гг. (при достаточной частоте

дородовых посещений) показал, что в большинстве из них было отмечено снижение уровня ПС, улучшение исходов родов у женщин, получавших помощь. Установлена зависимость между частотой дородовых посещений, сроком первого визита к врачу и исходами беременности [149]. Однако, по данным демографического исследования и обзора состояния здоровья, осуществленного ЮНИСЕФ, в 1990-2001 гг. в 104 странах мира среднее число женщин, находившихся под антенатальным наблюдением, составило только 72% (без учета количества посещений). При этом неуклонно сокращается число физиологически нормальных родов, то есть все меньше женщин могут родить здорового ребенка без активного врачебного вмешательства и применения современных перинатальных технологий [32].

Предметом научных дискуссий в настоящее время являются и методики формирования групп «риска» среди беременных. Балльная система оценки не оправдала себя: отмечается, что и в группах с низкой степенью перинатального «риска» неблагоприятные перинатальные исходы встречаются довольно часто [14]. Считается, что, по крайней мере, 15% беременных в ante- или интранатальный период имеют серьезные осложнения даже при хорошем здоровье и полноценном дородовом обслуживании [224].

По мнению Кулакова В.И. и Овсянниковой Т.В. (1997), в условиях значительного ухудшения РЗ диспансеризация беременных женщин требует энергичных усилий не только врача акушера-гинеколога, но и врачей других специальностей [178]. Как указывают в своих исследованиях Харкевич О.Н. и соавт. (2001), при диспансерном наблюдении беременных с патологией сердечно-сосудистой системы должна быть создана неразрывная цепочка, включающая врачей акушера-гинеколога, педиатра, терапевта, кардиолога, окулиста, невропатолога, ЛОР-врача, психотерапевта, а при необходимости - кардиохирурга и других специалистов [329]. Исследователи указывают, что диспансерному наблюдению беременных при наличии ЭГП будет способствовать развитие стационарозамещающих технологий, в первую очередь дневных стационаров

(далее – ЖК), количество которых, однако, все еще не может считаться достаточным [7, 68, 149, 171, 179, 224, 238, 299, 336].

В настоящее время в связи с ростом числа и частоты акушерско-гинекологической патологии и ЭГП у женщин репродуктивного возраста с ВЗЖПО особую актуальность приобретает проблема оказания специализированной помощи [144].

Ряд исследователей отмечают, что специализированная акушерская помощь должна оказываться беременным с болезнями системы кровообращения и эндокринной патологией, при угрозе НБ, гестозах, с признаками фетоплацентарной недостаточности, при развитии воспалительных осложнений родов и послеродового периода, при возникновении иммуноконфликтных ситуаций, при выявлении врожденной патологии у плода [4, 39, 57, 73, 82, 83, 84, 99, 116, 240, 280, 328, 348]. Основными состояниями, при которых необходима специализированная гинекологическая помощь, являются бесплодие, эндокринная патология, детская и подростковая гинекология, патология шейки матки и онкогинекология [14, 97, 108, 115, 161, 162, 171, 263, 285].

Одинцова В.В. и Алексеенко С.А. (2008) считают, что наиболее перспективными для предоставления специализированной перинатальной помощи являются ЖК типа «Брак и семья», специализированные кабинеты в ЖК (по профилактике НБ, гинекологической эндокринологии и др.); специализированные отделения патологии беременных [237].

Предложения, направленные на дальнейшее развитие организационных мероприятий, совершенствование специализированной перинатальной помощи, в частности, этапность и последовательность оказания экстренной помощи в родовспомогательных стационарах, дифференцированное ведение беременных групп «высокого» и «низкого» риска в соответствии с разноуровневой системой перинатального ухода сформулированы в исследованиях Кагировой Г.В. (1997), Часнойтё Р.А. и Лисковича В.А. (2000) [144, 342].

Как свидетельствует анализ литературы, многие экономически развитые страны пошли по пути создания трех принципиально разных по объему и качеству

уровней медицинского сервиса с акцентом на уровень первичной медицинской помощи (далее – ПМП) [386, 390, 392, 394, 436, 443, 446, 475, 492, 499, 509, 531, 563, 578, 584, 595]. Организация трех уровней перинатальной службы и модернизация технической оснащенности в Японии, США и странах Западной Европы позволили в несколько раз снизить репродуктивные потери, заболеваемость и смертность новорожденных и детей раннего возраста, повысить доступность медицинской помощи и удовлетворенность пациентов ее качеством [229, 498, 516, 542, 555, 556, 579, 588, 598, 601].

В США концепция регионализации перинатальной помощи впервые сформулирована в 1976 г. Были также предложены критерии для выделения трех уровней сложности помощи матерям и новорожденным и рекомендовано направление женщин группы высокого «риска» в ОЗ того уровня, которые располагают адекватными возможностями для оказания им должной помощи. Основой данной концепции является положение о том, что штаты и доступные технологии на каждом уровне должны соответствовать потребностям пациентов этого уровня и обеспечивать оптимальный исход лечения [457, 461, 471, 494, 505].

Вместе с тем, опыт западных стран показал, что концентрация женщин группы высокого «риска» в родовспомогательных ОЗ третьего уровня все-таки не позволяет исключить рождения тяжелобольных детей, случаи НБ и ПС в физиологических родильных домах у пациенток с ВЗЖПО [411, 445, 478, 497, 553, 587, 599].

Поэтому в экономически развитых странах практически параллельно с процессами создания родовспомогательных учреждений третьего уровня шла разработка системы госпитализации и переводов беременных и новорожденных. В настоящее время система организована таким образом, что в каждом крупном регионе имеются объединенные в единую сеть ОЗ всех трех уровней, которые решают не только задачу лечения больных, находящихся в данных организациях, но и задачу перераспределения пациентов, чтобы наиболее тяжелые из них поступали в учреждения третьего уровня, а выздоравливающие перемещались в ОЗ более низкого уровня. Такая система гарантирует как доступность

высококвалифицированной помощи, так и отсутствие «простая» хорошо оснащенных реанимационных коек для новорожденных или госпитализации на них непрофильных пациентов [389, 422].

В нашей стране концепция перинатальных центров (далее – ПЦ) сформулирована еще в 1988 г. в виде приказа Министерства здравоохранения СССР «О создании ПЦ», в котором была изложена их структура и роль, не получившая, однако, широкого развития до начала XXI века. В условиях существовавшей системы акушерской и неонатальной помощи основой работы ПЦ считалась концентрация в нем беременных высокого «риска» и, соответственно, помощь только детям, родившимся в условиях данного типа ОЗ. К сожалению, данная концепция в ряде регионов страны остается доминирующей и сегодня.

Таким образом, научные достижения в области перинатологии позволили в последнее десятилетие создать новые формы организации перинатальной помощи, внедрить усовершенствованные перинатальные технологии и широкий спектр фармакологических средств. Это привело к распространению среди врачей-специалистов мнения о том, что сам процесс оказания медицинской помощи является наиболее прямым и ценным средством оценки качества: качественно – значит, действия выполнены правильно и в нужное время [15]. Существенное ограничение при оценке процесса состоит, однако, в том, что сведения об оптимальном процессе медицинской помощи или о значении отклонений от принятых методик лечения еще недостаточно изучены. Даже результаты исследований, проведенных на достаточно высоком уровне, часто неопределенны, противоречивы или применимы у очень ограниченной части пациентов с ВЗЖПО [4, 39, 99].

Так, например, дискутируется вопрос о целесообразности широкого использования дорогостоящих скрининговых тестов для выявления ИППП. Но их же стремительное распространение без соответствующей оценки специфичности приводит в ряде случаев к сомнительным результатам с последующей цепью

ненужных вмешательств и к увеличению материальных затрат [40, 67, 121, 433, 438, 447, 455, 459, 463, 472, 527, 571, 574, 575].

В этой связи в период проводимых экономических и социальных реформ особую значимость приобретает оценка деятельности АГС по оказанию медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО и контроль ее качества на основе четко определенных критериев.

В настоящее время *оценка исхода*, как показателя качества медицинской помощи, в противоположность оценке структуры и процесса особенно привлекает к себе внимание исследователей, поскольку отражает основную задачу медицинского обслуживания - оказать медицинскую помощь пациенту [9, 55, 355, 601]. Фактически, исходы включают в себя влияние структуры и процесса на качество, даже если ключевые аспекты этих двух последних областей еще не уточнены и не оценены. Кроме того, исходы в целом более понятны и представляют важность для реципиентов медицинских услуг, которые, не имея существенной подготовки в области медицины, часто с трудом понимают или оценивают большинство аспектов структуры и процесса [350]. В этой связи важное значение имеет социальная удовлетворенность пациентов доступностью и качеством предоставленных медицинских услуг в ОЗ [346]. Однако до настоящего времени исследования по вопросам оценки степени социальной удовлетворенности пациенток с ВЗЖПО качеством медицинской помощи в нашей стране не проводились.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (1992), оценка технологий в здравоохранении приобретает все большее значение в современном мире, так как достижения медицинской науки приводят к появлению более современных и, зачастую, более дорогостоящих оборудования и медикаментов [111, 490]. Ограниченность ресурсов обязывает врачей и руководителей здравоохранения обеспечить качество медицинской помощи в рамках имеющихся бюджетных средств. Для обеспечения возможности принятия правильных управленческих решений необходима наиболее достоверная информация о клинико-экономической эффективности и результативности

применения технологий в здравоохранении [144, 150, 159, 166, 168, 185, 186, 320, 502]. Однако до настоящего времени, исследования их клинико-экономической эффективности в оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО практически отсутствуют.

В связи с этим особое значение в оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО отводится системе экспертизы ее качества [77, 129, 149]. Экспертная оценка позволяет делать аргументированные выводы о наличии дефектов в ее оказании на разных этапах и различными звеньями АГС [238, 265]. Однако анализ проблемы качества лечебно-диагностической акушерско-гинекологической помощи пациенткам с ВЗЖПО свидетельствует, что до настоящего времени отсутствуют общепринятые стандартные подходы к ее решению на уровне ОЗ. Наряду с этим, также отсутствуют единые подходы к экспертной оценке и анализу качества медицинской помощи территориальных ОЗ [15, 55, 64, 234].

Значительно более широко в литературе освещены такие аспекты, как перинатальная заболеваемость, а также показатели репродуктивных и перинатальных потерь, являющиеся результатом оказанной помощи пациенткам с ВЗЖПО на прегравидарном этапе, во время беременности и родов, а также в послеродовом периоде [194, 254, 255, 407].

Медико-социальная значимость перинатальных и репродуктивных потерь обусловлена значительным их уровнем в результате высокой пораженности женщин фертильного возраста ВЗЖПО; значительным числом аборт, остающихся основным способом регулирования деторождения среди данного контингента пациенток. Причем, остается высоким удельный вес абортов у первобеременных, в том числе у девушек-подростков и женщин активного репродуктивного возраста; стабильно высока пораженность новорожденных ВУИ [64, 130, 232, 465]. Все это свидетельствует о необходимости анализа перинатальных и репродуктивных потерь, а также причин и факторов «риска», определяющих их уровень в современных условиях, выделения приоритетных

направлений по их снижению, повышения эффективности профилактических мер [602].

Оценка качества медицинской помощи в перинатальном периоде возможна путем классифицирования всех случаев перинатальных потерь [55]. При этом задачей любой из предложенных классификаций ПС является поиск ее причин и, соответственно, возможностей предупреждения [64, 469, 483, 491, 514, 601].

В литературе наиболее известной является Aberdeen-классификация ПС (1954 г.), которая рассматривает каждый случай перинатальных потерь в соответствии с факторами, инициировавшими цепь событий, приведших к летальному исходу [388]. Почти также широко применяется классификация, предложенная J. Wigglesworth (1980), предусматривающая разделение всех случаев ПС на группы, позволяющие четко определить необходимые клинические вмешательства для ее предупреждения [600]. Шведский регистр всех случаев перинатальных потерь (NICE) был предложен для проведения масштабных эпидемиологических исследований [602]. Целью использования Балтийской классификации ПС, предложенной в 1995 г., является определение потенциально предотвратимых случаев перинатальных потерь путем совершенствования оказания помощи на разных этапах: антенатальном, интранатальном и неонатальном [400].

Однако, несмотря на достаточно большое количество классификаций причин ПС, ни одна из них не может считаться комплексной, так как не охватывает прегравидарный этап оказания акушерско-гинекологической помощи и не учитывает анамнестические и социально-демографические факторы, оказывающие существенное влияние на исход беременности и родов у пациенток с ВЗЖПО [338], что делает проблему создания новой методики комплексного анализа ПС, исключающую недостатки существующих, весьма актуальной. Создание усовершенствованной методики могло бы также позволить отечественному здравоохранению приблизиться к статистическому эталону Всемирной организации здравоохранения, согласно которому информация о новорожденном должна сопровождаться детальным перинатальным анализом.

Кроме того, детальный анализ перинатальных и репродуктивных потерь, систематизация их компонентов позволили бы не только оценить состояние РЗ женщин, но и предложить пути по совершенствованию медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО.

Таким образом, проведенный нами анализ литературы свидетельствует о том, что укрепление РЗ пациенток с ВЗЖПО является крупной медико-социальной проблемой, решение которой в полной мере определяет потенциал и репродуктивные возможности общества.

Однако до настоящего времени в Республике Беларусь отсутствуют мониторинговые исследования ВЗЖПО, не изученной остается динамика заболеваемости во временной исторической ретроспективе, что не позволяет создать полномасштабную картину состояния репродуктивной функции пациенток с ВЗЖПО на субпопуляционном уровне и сформировать единые подходы к решению проблемы охраны РЗ женского населения с учетом высокой распространенности инфекционно-воспалительной патологии половых органов.

Вне зоны внимания исследователей остается ряд проблем стратегического и организационного характера, в том числе и вопросы формирования ЗОЖ, которые не рассматриваются ни как условие, ни как результат успешной социализации личности. Не изучена система мотивации, ценностной ориентации и информированности девушек-подростков и молодых женщин о факторах «риска» ВЗЖПО, не проведены исследования особенностей их здоровьесберегающего и репродуктивного поведения, что не позволяет в полной мере осуществлять мероприятия корригирующего характера.

Недостаточно изученными остаются вопросы степени влияния социального фона на уровень и структуру гинекологической и экстрагенитальной патологии у данного контингента женщин, неполно изучены особенности формирования и состояния их РЗ, отсутствуют мониторинговые исследования и соответствующие аналитические оценки для разработки экспертных подходов и методов по его сохранению и улучшению на основе региональной научной концепции, которая

бы учитывала многофакторность неблагоприятных воздействий на ЖРС в разные возрастные периоды ее становления и реализации.

Отсутствуют работы, в которых на современной доказательной базе в исторической ретроспективе были бы изучены различные аспекты медицинской помощи пациенткам с учетом совершенствования перинатальных технологий, сети, кадрового потенциала и нормативной базы АГС на основе активного взаимодействия с органами исполнительной власти, что не позволило до настоящего времени сформировать соответствующую медико-организационную модель, оценить ее медицинскую, экономическую и социальную эффективность, и комплексно решить задачу по укреплению РЗ женщин с ВЗЖПО.

Это, несмотря на постоянное совершенствование перинатальных технологий, повышение качества медицинской помощи женскому населению, возрастание значимости существующего медицинского контроля оздоровления пациенток с ВЗЖПО, требует проведения новых комплексных исследований для научного обоснования и разработки системных унифицированных и стандартизированных организационных и медицинских мероприятий для укрепления РЗ данного контингента с охватом всех этапов медицинского наблюдения.

ГЛАВА 2

ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОВ И ОБОРУДОВАНИЯ

2.1 Методология исследования

Автор опирается на общеметодологический подход к анализу медико-социальных факторов здоровья и болезни, разработанный в социологии медицины академиком Российской академии медицинских наук А.В. Решетниковым [277].

Исследование проведено в Гродненской области, расположенной в северо-западном регионе Республики Беларусь. Тенденции основных медико-социальных процессов в области на протяжении исторической ретроспективы типичны для большинства административных территорий страны. Современное состояние медико-демографических процессов в регионе характеризуются преобладанием смертности над рождаемостью, отрицательным естественным приростом, старением возрастной структуры населения и снижением истинной детородной активности.

Основой проведенной работы является многоступенчатый направленный отбор.

В ходе исследования использовались официальные данные Госкомстата Республики Беларусь и областного статистического управления; МЗ РБ; УЗО Гродненского облисполкома; организационно-методического отдела Гродненской областной клинической больницы; организационно-методического отделения Гродненского областного клинического перинатального центра (далее – ГОКПЦ); ОЗ Гродненской области; правовые акты органов здравоохранения.

В работе использованы системный подход, применялись следующие методы: санитарно-статистический, экономико-математический, экспертных оценок, социологический, исторический, организационного эксперимента,

моделирования и прогнозирования. Применялась выкопировка данных из первичной медицинской документации. Репрезентативность выборки достигнута случайностью отбора и большим её объемом.

В процессе исследования изучено женское население Гродненской области в 1954-2008 гг. (614320 единиц наблюдения в год), в том числе, получившее медицинскую помощь в условиях гинекологических (14532948 пролеченных, 48522 операции) и акушерских стационаров (420178 беременных и родильниц); в амбулаторных условиях - ЖК (491872832 посещения), в том числе ДС ЖК (6288 пролеченных). Проанализирована первичная медицинская документация пациенток с ВЗЖПО (всего 6836 документов), получивших медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

2.2 Этапы исследования

На первом этапе для изучения медико-социальной значимости ВЗЖПО и выявления влияния основных медико-социальных факторов на состояние РЗ пациенток ретроспективно изучены показатели деятельности АГС на административных территориях области в 1954-1994 гг.: показатели амбулаторной и стационарной помощи (общие сведения по кадрам, ОЗ, структуре амбулаторной и стационарной патологии, заболеваемости ВЗЖПО, объеме амбулаторной и стационарной помощи пациенткам, ведению диспансерной группы, хирургической активности, осложнениях после аборт, сведения по обследованию на ИППП и другие разделы). Проанализированы показатели общей и первичной заболеваемости ВЗЖПО в регионе, динамика родов и абортов за указанный период времени, проведен комплексный сравнительный анализ состояния РЗ данного контингента пациенток. Для этого использованы данные Анкет по результатам деятельности ОЗ АГС, утвержденных УЗО Гродненского облисполкома.

На втором этапе для разработки медико-организационной модели укрепления РЗ пациенток с ВЗЖПО проведен анализ объема и качества оказания им медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях в

1994-1998 гг. Уровень, структура и тенденции ЭГП и гинекологической заболеваемости, осложнения беременности и родов в динамике изучены по формам государственной статистической отчетности. Проведено клинико-лабораторное обследование и выкопировка (1000 женщин) из медицинских карт амбулаторного больного – ф. 025/у, статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов - ф. 025-2/у, индивидуальных карт беременной и родильницы - ф. 111/у, медицинских карт стационарного больного – ф. 003/у, медицинских карт прерывания беременности – ф. 003-1/у, историй родов – ф. 096/у, историй развития новорожденного - ф. 097/у). Данные заносились в сводные таблицы для анализа по единому алгоритму.

На третьем этапе для разработки организационных мероприятий по повышению качества медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО в рамках региональной системы перинатальных технологий изучена медико-социальная характеристика акушерско-гинекологической помощи в ОЗ с применением компьютерной программы «Статистика стационара» и разработанных компьютерных программ: «Анализ деятельности родового отделения» и «Анализ деятельности педиатрических отделений».

Отчеты программ были сформированы в сравнении с данными предыдущего периода в разрезе: количества родов из районов области, срока беременности, основных нозологических форм акушерской патологии и ЭГП (преждевременные роды, гестозы, артериальная гипертензия, инфекции мочеполовых путей, другие болезни мочеполовой системы, сахарный диабет, дисфункции щитовидной железы, нарушения жирового обмена, инфекционные и паразитарные болезни, анемии, болезни системы кровообращения), способа родовозбуждения, способа родоразрешения, наличия осложнений родового акта – родового травматизма, маточного кровотечения, аномалий родовой деятельности, состояния родившихся новорожденных, веса новорожденных, заболеваний новорожденного, характера оказанной медицинской помощи, что позволило в полном объеме оценить ее качество пациенткам с ВЗЖПО.

Изучены официальные данные за 1999-2008 гг. Объектом исследования явились пациентки с ВЗЖПО, получавшие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях. Изучена общая и первичная заболеваемость по обращаемости, проведено изучение по основным нозологиям (с учетом МКБ-Х). Проведен анализ диспансерной группы по следующим показателям: 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 административным территориям. Произведен типологический, выборочный направленный отбор по методам консервативного и оперативного лечения пациенток с ВЗЖПО, проанализировано течение беременности, случаев оперативного родоразрешения и эффективности проводимой профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений. Единицей наблюдения послужил каждый случай наблюдения.

Исследования, по результатам которых получены патент на изобретение «Способ определения типа системной реакции организма человека» [патент №8760, приоритет от 24.07.2003 г.], патент на полезную модель «Камера для создания кожно-вакуумных пузырей» [патент №1431, приоритет от 15.09.2003 г.], и обоснованы Критерии формирования клинико-организационных групп пациентов с ХРС для определения порядка оказания плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях [Инструкция по применению – приложение А], проведены с использованием общеклинических методов исследования, методов световой микроскопии, биохимического, цитологического и иммунологического методов. Были применены и специальные акушерско-гинекологические методы исследования.

Алгоритм выполнения пробы для определения типа системной реакции организма следующий:

1. Участки кожи плеча или предплечья пациентки с ВЗЖПО обрабатывали 70%-м спиртом этиловым для отделения эпидермиса от дермы.

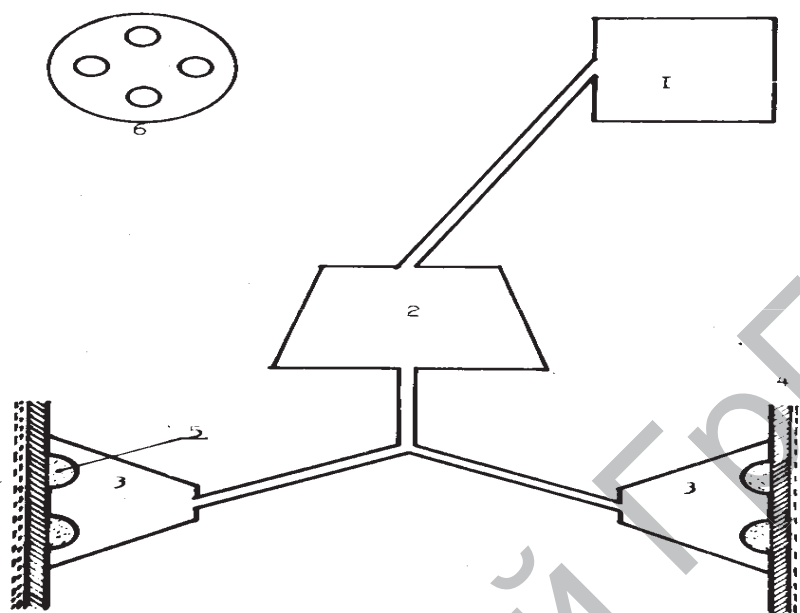
2. На обработанные участки кожи обеих рук устанавливали Камеры для создания кожно-вакуумных пузырей, представлявшую собой лабораторные изделия из стекла, и состоявшую из съемных оснований в виде плоских цилиндров диаметром 30 мм, высотой 2-3 мм с четырьмя отверстиями, диаметром до 5,5 мм. Полый конусовидный корпус камер имеет основание до 34 мм, который на расстоянии 30 мм от основания жестко соединяется с переходником (полый цилиндр диаметром до 5 мм и высотой до 15 мм). Размеры корпусов камер и оснований сконструированы таким образом, что нижний край корпуса выступает над нижней плоскостью основания на 0,5-1 мм. Съемное основание камер позволяет производить обработку антисептиками всех поверхностей самого основания и корпуса.

3. С помощью медицинского аспиратора в камерах создавали отрицательное давление ($- 0,6 \text{ кг/см}^2$), которое поддерживалось в течение 30-35 мин. до формирования 4 пузырей на каждом предплечье (плече) (рисунок 2.1).

4. С целью сохранения пузырей не поврежденными в течение 24 ч. на данный участок кожи помещали стерильный марлевый тампон, который фиксировали медицинским лейкопластырем.

5. Через 6 и 24 ч. из пузырей забирали жидкость для подсчета количества лейкоцитов в единице объема и проведения дальнейших исследований. Для этого пузыри вскрывали с помощью пинцета с остро заточенными браншами, надрывая их у основания, и с помощью микропипетки забирали всю жидкость. Первую часть жидкости использовали для подсчета количества лейкоцитов в камере Горяева и проведения биохимических исследований. Вторую часть помещали на предметное стекло, высушивали, фиксировали метанолом и окрашивали по Романовскому. После окраски определяли относительное содержание различных форм лейкоцитов. Третью часть жидкости из микропипетки погружалась в стерильную пробирку с антикоагулянтом (гепарин - 20 ЕД/мл) и использовалась для проведения иммунологических

исследований. Мононуклеарную взвесь получали на одноступенчатом градиенте фиколл-верографина плотностью $1,077 \text{ г/см}^3$.



- 1 - источник отрицательного давления; 2 - буферная емкость; 3 – вакуумные камеры;
4 - кожно-вакуумные пузыри; 5 - основание кожно-вакуумных пузырей;
6 - съемное основание камеры.

Рисунок 2.1 – Система для формирования кожно-вакуумных пузырей

6. Для оценки субпопуляций лимфоцитов использовали концентрированные диагностикумы - фиксированные частицы, покрытые моноклональными антителами против CD3 (Т-лимфоциты), CD4 (Т-хелперы), CD8 (Т-супрессоры), CD19 (В-лимфоциты), CD16 (натуральные киллеры), CD25 (рецептор к интерлейкину-2) антигенов с двукратным разведением раствором Хенкса. В круглодонные лунки иммунологических планшет или микропробирки вносили по 25 мкл CD-диагностикума и лимфовзвеси. Инкубировали 25 мин при 37°C . После центрифугирования при 1000 об/мин (3 мин) оставляли на 1 час при 4°C в холодильнике. Надосадочную жидкость сливали, к осадку добавляли 25 мкл 0,12%-го раствора глутарового альдегида. Мазки фиксировали 70%-м спиртом этиловым и окрашивали по Романовскому.

Определение концентрации иммуноглобулинов проводили методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Для дальнейших расчетов использовались стандартные математические методы.

В процессе третьего этапа также разработаны практические рекомендации по оказанию медицинской помощи беременным с кольпитами и дисбиозами различной этиологии. Определены критерии формирования клинико-организационных групп пациентов, подлежащих проведению профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений после оперативного родоразрешения.

Дана характеристика современным тенденциям и установлена значимость ВЗЖПО как фактора «риска» возникновения осложнений течения беременности и родов, формирования уровня репродуктивных и перинатальных потерь, структура и уровни которых (1000 женщин) изучены по формам государственной статистической отчетности при выкопировке из медицинских карт прерывания беременности – ф. 003-1/у, историй родов – ф. 096/у, историй развития новорожденного - ф. 097/у), обработке разработанных анкет по анализу случаев Пс и МлС.

Организация и методы четвертого этапа исследования. Проведено социологическое исследование пациенток с ВЗЖПО методом анкетного опроса (всего 1000 анкет) по специально составленной программе, охватывающей 100 индивидуальных медико-социальных характеристик. Анкета была утверждена этическим комитетом Гродненского государственного медицинского университета.

Объем необходимого числа наблюдений был рассчитан по следующей формуле:

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2} \quad (2.1)$$

где: n – необходимое число наблюдений; t – доверительный коэффициент, равный 2; p – показатель заболеваемости в %; $q = 100-p$; Δ = допустимая ошибка показателя.

По данным С.Н. Лапача (2000), объем необходимой выборки для комплексного социально-гигиенического исследования, который обеспечивает надежность и достоверность результатов исследования, должен составлять не менее 800 единиц наблюдения с вероятностью безошибочного прогноза (от $p=0,95$ до $p=0,99$) [181].

Изучены основные параметры самосохранительного поведения: отношение к здоровью (его самооценка, место здоровья в системе жизненных ценностей, забота о здоровье, уровень медицинской информированности), медицинская активность, отношение к физической культуре и спорту, привычки, сопряженные с «риском» для здоровья, репродуктивное поведение. На всех этапах исследования проводилась проверка и логический контроль собранной информации. Дана социально-гигиеническая характеристика и состояние здоровья обследуемого контингента. Изучено репродуктивное поведение, репродуктивные навыки и медико-санитарная грамотность в вопросах ПлС.

При проведении медико-социологического исследования пациенток, получавших медицинскую помощь в ГОКПЦ (1000 анкет), дополнительно изучены ряд проблем амбулаторного обслуживания и организации оказания стационарного лечения в ОЗ области, степень удовлетворенности женщин его качеством.

Организация и методы пятого и шестого этапов исследования. На данных этапах изучен процесс организации и управления службами охраны РЗ пациенток с ВЗЖПО с учетом наличия в области трехуровневой системы ПЦ. При этом дифференцированно оценены показатели качества акушерско-гинекологической помощи на административных территориях на основе разработанной Методики определения ранговых показателей деятельности АГС. Разработаны новые информационные механизмы анализа деятельности

ОЗ. На основе выкопировки из медицинских карт амбулаторного больного – ф. 025/у, статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов - ф. 025-2/у, индивидуальных карт беременной и родильницы - ф. 111/у, медицинских карт стационарного больного – ф. 003/у, медицинских карт прерывания беременности – ф. 003-1/у, историй родов – ф. 096/у, историй развития новорожденного - ф. 097/у) разработана и внедрена Методика анализа ПС [инструкция по применению], с применением которой комплексно изучены параметры качества медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО на всех этапах ее оказания.

В процессе проведения организационного эксперимента последовательно использовалась методология экспертной оценки РЗ пациенток с ВЗЖПО и организации деятельности АГС, разработки и реализации концепции реорганизации службы (на основе данных, полученных на первых этапах исследования). Составляющими экспертной оценки являлись показатели ресурсного обеспечения АГС (материально-техническая база и кадровый состав), а также организация и деятельность ОЗ акушерско-гинекологического профиля, их взаимодействие, преемственность и этапность обслуживания пациенток с ВЗЖПО, объем и качество медицинских услуг, а также экономическая эффективность оказания лечебно-профилактической помощи данному контингенту женщин.

В соответствии с целью исследования, для экспертной оценки, наряду с данными статистических форм, определяющих показатели РЗ пациенток с ВЗЖПО и деятельность ОЗ акушерско-гинекологического профиля, были использованы документы, характеризующие их медико-социальную эффективность: ежегодные отчеты о выполнении Президентской программы «Дети Беларуси», Национальной программы демографической безопасности, Комплексной областной программы по сохранению и укреплению РЗ женщин и детей на 2002-2005 гг. и Областной отраслевой комплексной программы по планированию беременности и профилактике НБ.

По результатам комплексного анализа определена медицинская, социальная и экономическая эффективность мероприятий по оказанию медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО в рамках региональной системы перинатальных технологий и сформирована медико-организационная модель преемственности и взаимодействия территориальных и специализированных служб по укреплению их РЗ.

2.3 Статистические методы анализа

Обработку данных, полученных в результате исследования, проводили с применением методов вариационной статистики [189]. Определялись: средняя арифметическая величина (M), ошибка средней арифметической (m) и стандартное отклонение (δ). Визуализация распределения параметров в группах проводилась с помощью частотных гистограмм, круговых диаграмм, линейных графиков. Оценка разности между генеральными долями (частотами), осуществлялась с помощью параметрического t -критерия Стьюдента. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Нормальность распределения данных проверяли путем построения гистограмм, вычисления коэффициентов эксцесса и асимметричности выборки. В ряде случаев для этой цели использовали тесты Колмогорова-Смирнова и Шапиро–Уилка.

С помощью критерия Стьюдента изучена степень достоверности результатов. Связь между медико-социальными характеристиками пациенток с ВЗЖПО и результирующими показателями оценивалась с помощью коэффициента корреляции.

Для выявления наиболее значимых факторов заболеваемости пациенток с ВЗЖПО и нарушений репродуктивной функции, проведено их ранжирование на основе результатов множественной корреляции: по каждому показателю рассчитывались коэффициенты эластичности, β - и Δ - коэффициенты, позволяющие проводить сравнительный анализ каждого показателя при изменении результирующего фактора. Практиковали также ранжирование

факторов «риска» по каждому из коэффициентов и вычисли средний ранг, принятый в качестве конечного результата.

Для выявления закономерности изменения изучаемого признака, прогнозирования (экстраполирования) полученных данных на последующие годы применялась группировка однородных величин, характеризующих изменение явления во времени. Уровень ряда исследовательской выборки был выражен абсолютными числами. Выраженность изменений определяли по коэффициенту корреляции (R^2) между временем и изучаемым явлением: а) выраженная тенденция - 0,7-1,0; б) неустойчивая тенденция - 0,3-0,69; в) отсутствие тенденции - 0-0,29 [259].

Иммунологические показатели оценивались с помощью средних геометрических величин, определяемых по формуле:

$$\Sigma \lg X \quad (2.3)$$

$$X \text{ геометрическая} = \text{anti lg } \frac{\quad}{n}$$

где: n – число наблюдений.

При анализе полученных данных решались такие задачи, как описание изучаемых параметров в группах, оценка значимости различия количественных и качественных показателей в группах, прогнозирование значений динамического ряда.

В ходе исследования применялись также следующие процедуры и методы статистического анализа.

Оценка значимости различий количественных показателей в независимых выборках осуществлялась по U-критерию Манна-Уитни (Mann-Whitney U Test). Для уточнения полученных корреляций проведен анализ H -критерия Краскала-Уоллиса, обладающего наибольшей чувствительностью к неслучайным различиям по встречаемым признакам.

Для описания динамических рядов показателей с шагом в 10 лет при проведении первого этапа исследования использованы основные стандартные характеристики: уровень, прирост, темп роста, а также темп прироста.

В ходе анализа временного ряда заболеваемости ВЗЖПО оценивались: систематическое изменение показателя (тренд) с помощью регрессионного анализа.

Процедуры анализа и моделирования временных рядов заболеваемости ВЗЖПО выполнены методом, разработанным Боксом и Дженкинсом (1976), основанным на авторегрессии и расчете интегрированного скользящего среднего (ARIMA). Коэффициенты модели временного ряда получены при выполнении процедуры ARIMA методом нелинейных наименьших квадратов Макварта, путем последовательных приближений к оптимальному решению, при котором коэффициенты модели имеют требуемые точность и надежность.

Для построения краткосрочного прогноза роста (убыли) заболеваемости ВЗЖПО на 2009-2011 гг. нами была использована модель экспоненциального сглаживания. В качестве основной модели ряда рассматривается его представление в виде полинома невысокой степени, коэффициенты которого медленно меняются со временем:

$$y(t) = \alpha x(t) + (1 - \alpha)y(t-1) \quad (2.4),$$

где α - параметр сглаживания. Начальное значение для экспоненциального тренда:

$$s(0) = x(2)/x(1); y(0) = x(1)/\sqrt{s(0)} \quad (2.5),$$

для линейного тренда:

$$s(0) = (x(n) - x(1))/(n - 1); y(0) = x(1) - s(0)/2 \quad (2.6).$$

Кластерный анализ использовали для распределения множества объектов исследования на оптимальное количество классов (кластеров) на основании математического критерия качества. Такая группировка, основанная на принципе подобия, является математической моделью классификации. Для кластерного анализа применили метод средней связи Кинга. При этом

использовали меру корреляционного сходства — метрику Минковского. В качестве меры близости использовалось расстояние Евклида. Для построения дерева решений использовалась программа Deductor и алгоритм C4.5 [335].

Для составления математической модели выбора варианта лечения хламидиоза использовался дискриминантный анализ, позволяющий получить уравнение, описывающее границу между кластерами [335].

Дополнительно эффективность внедрения перинатальных технологий и эффективности прегравидарной подготовки была изучена по исходам родов с построением математических классификационных моделей на основе выделенных главных компонент. Для снижения размерности изучаемого пространства признаков и выявления скрытых взаимосвязей между переменными применялся факторный анализ. Для каждой беременной вычислялись собственные значения сформированных факторов. Оценку проводили по лямбде Уилкса (λ) [335].

Проверка гипотезы о происхождении групп, сформированных по качественному признаку, из одной и той же группы пациенток проводилась на основе построения таблиц сопряжённости наблюдаемых и ожидаемых частот.

Для оценки значимости различия качественных показателей применялся критерий Пирсона χ^2 (Pearson Chi-square), при его неустойчивости использовался двусторонний точный тест Фишера (Fisher exact test); проводился анализ временных (динамических) рядов [182].

Исследовательскую базу сформировали в электронном виде, статистические расчеты и диаграммы выполнили с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, STATISTICA 6.0 [52, 199].

ГЛАВА 3

КАДРЫ, ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1954-1994 ГОДЫ

3.1 Штатная численность, укомплектованность и квалификация кадров акушерско-гинекологической службы, осуществлявших выявление и санацию воспалительных заболеваний половых органов

Для обеспечения доступности медицинской помощи, своевременного выявления и санации ВЗЖПО в 1950-х гг. приоритетным направлением деятельности органов управления здравоохранением области было решение задачи укомплектования врачебных должностей АГС (рисунок 3.1).

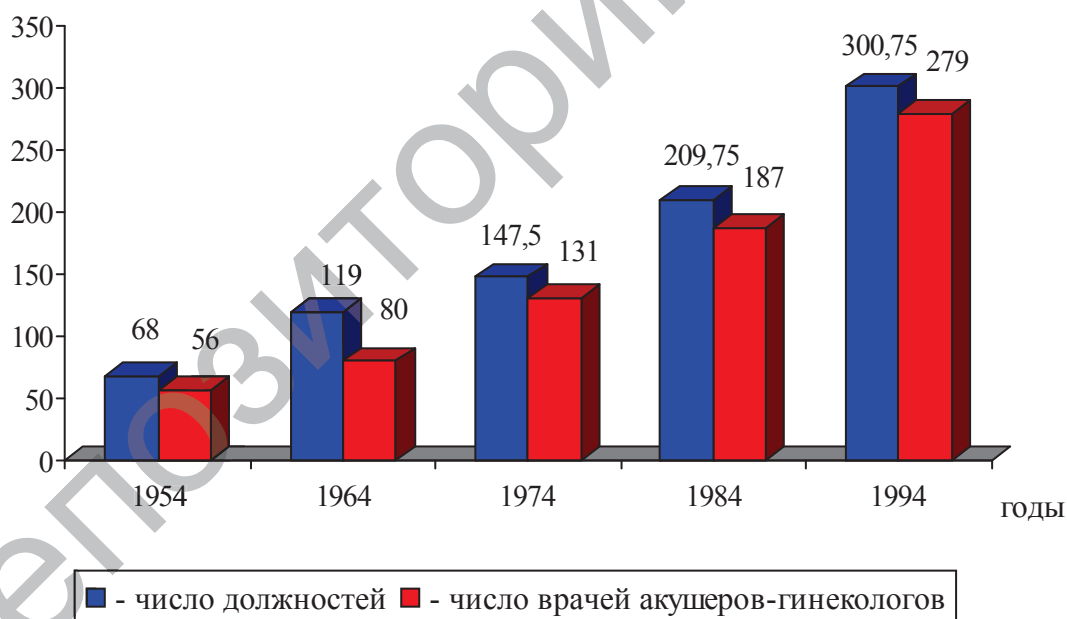


Рисунок 3.1 – Динамика количества врачебных должностей и физических лиц врачей акушеров-гинекологов в 1954-1994 гг.

При исследовании динамического ряда показателя должностей врачей акушеров-гинекологов в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что он увеличился до 300,75 ($p < 0,05$), но не достиг нормативного.

В 1954 г. в области работали 56 врачей, укомплектованность составила только 82,4%. В 1954-1964 гг. их количество увеличилось до 80 ($p<0,05$), однако было значительно меньшим относительно существовавших потребностей ОЗ [$r=0,8962$], особенно в сельской местности ($r=0,9437$) где существовала существенная текучесть кадров. Так, в 1964 г. из общего количества врачей в сельских ОЗ только 7,5%, неуккомплектованными были 43 должности, причем, по 1 специалисту работали в трех ЦРБ, в семи городских и в девяти горпоселковых больницах.

При исследовании динамического ряда показателя количества врачей в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что его уровень увеличился до 279 ($p<0,05$). Однако на 01.01.1995 г. укомплектованность составила только 92,8%, а коэффициент совместительства - 1,2.

На 01.01.1955 г. 89,3% врачей имели квалификационные категории (все – вторую) (рисунок 3.2).

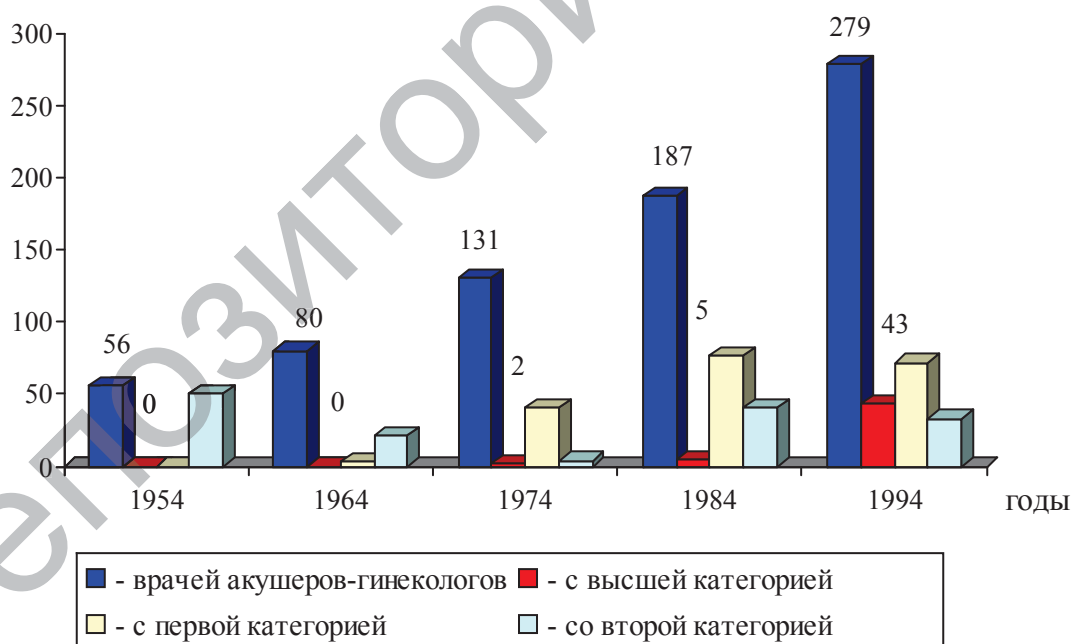


**Рисунок 3.2 – Динамика повышения квалификации врачами
в 1954-1994 гг.**

При исследовании динамического ряда данного показателя зарегистрировано его поступательное уменьшение в 1954-1964 гг. (темп убыли составил -52%), что

привело к сокращению категорированных специалистов до 24, а их доля в структуре врачебного персонала АГС составила лишь 30,0%. Не имели категорий врачи в восьми ЦРБ.

Для изменения сложившейся ситуации на квалификационные категории были дополнительно аттестованы 24 врача, использовались возможности курсовых и иных видов повышения квалификации и специализации кадров (21 врач), 70 врачей повысили квалификацию на прерывистых курсах на базе Гродненского роддома.

Однако, несмотря на увеличение количества категорированных специалистов, их доля в структуре врачебного персонала АГС оставалась низкой и на 01.01.1995 г. составила только 53,0%, что оказывало негативное влияние на качество диспансеризации ВЗЖПО ($r=0,8349$).

В начале 1970-х гг. была введена высшая квалификационная категория для врачей акушеров-гинекологов. При изучении динамики показателя с шагом в 10 лет установлено, что в 1974-1994 гг. его уровень увеличился до 43 человек ($p<0,05$). Однако в 1994 г. такие специалисты работали только в г. Гродно и четырех ЦРБ, их доля была низкой (15,4%) и только в одном районе составила 50%, что не позволяло обеспечить доступность высококвалифицированной помощи населению ($r=0,7293$).

Нами установлено, что на 01.01.1955 г. в области не было врачей акушеров-гинекологов с первой квалификационной категорией. При исследовании динамического ряда показателя в 1964-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что он увеличился до 72 человек ($p<0,05$). Однако в 1994 г. таких специалистов не было в пяти ЦРБ, их доля от общего количества врачей была низкой (25,8%). Это определяло дефекты в выявлении и санации ВЗЖПО ($r=0,6479$).

В 1954-1994 гг. достоверно не изменилось количество врачей со второй квалификационной категорией, их доля в ОЗ на 01.01.1995 г. составила только 11,8%, причем, в шести ЦРБ таких специалистов не было.

Основой кадрового потенциала АГС, участвовавшего в оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО в 1950-е гг., являлись акушерки.

На 01.01.1955 г. в штатах ОЗ области имелось 467 должностей акушерок (рисунок 3.3).

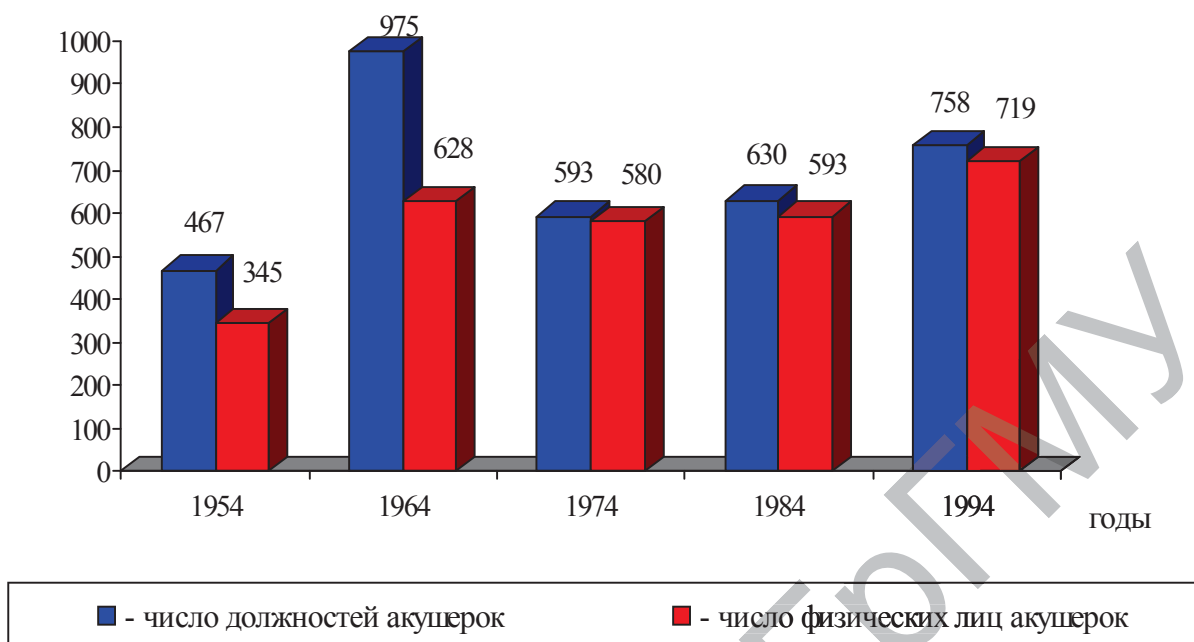


Рисунок 3.3 - Динамика должностей и физических лиц акушерок в 1954-1994 гг.

При исследовании динамического ряда показателя количества должностей акушерок в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что он увеличился до 758 ($p < 0,05$), но так и не достиг нормативного.

В 1954 г. в области работали 345 акушерок, укомплектованность составила только 73,9%, что оказало отрицательное влияние на доступность медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО, проживавшим в сельских поселениях ($r = 0,7932$).

В связи со значительным расширением штатов на 01.01.1965 г. неуккомплектованными оказались 257 должностей. С увеличением количества акушерок в 1994 г. до 719 кадровый дефицит уменьшился, но все еще сохранялся. Коэффициент совместительства составил 1,1.

На 01.01.1955 г. среди акушерок доля категорированных специалистов составляла только 64,1% (рисунок 3.4).

При исследовании динамического ряда данного показателя в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что его уровень, несмотря на значительное увеличение числа среднего медицинского персонала в АГС, уменьшился до 45,5% ($p < 0,05$). Это

стало причиной ухудшения качества оказания акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях в сельской местности ($r=0,8426$).

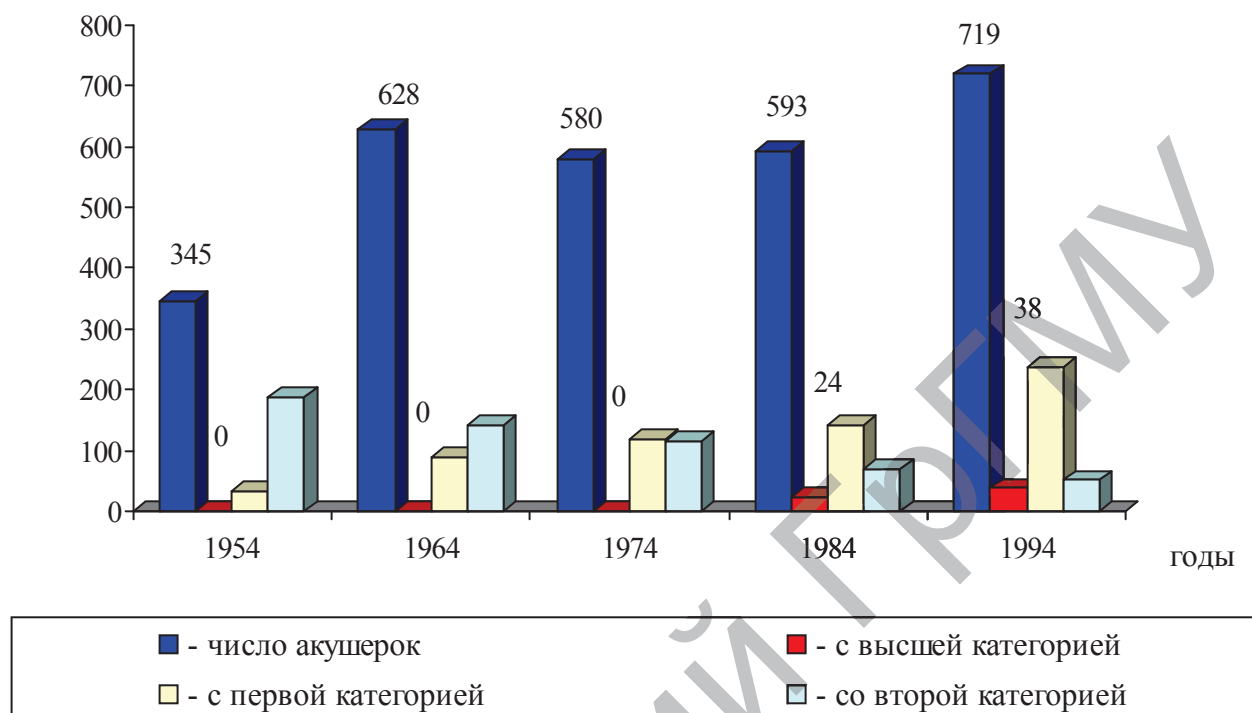


Рисунок 3.4 - Динамика повышения квалификации акушерок в 1954-1994 гг.

В начале 1980-х гг. была введена высшая квалификационная категория для акушерок. При изучении динамики показателя в 1984-1994 гг. установлено, что он увеличился ($p<0,05$). Однако доля специалистов среднего звена с высшей категорией от их общего количества в ЛПО в 1954-1994 гг. была низкой, и только в г. Гродно в 1994 г. достигла 21,6% при областном показателе – 5,3%. В 1994 г. акушерки с высшей квалификационной категорией работали в четырех ЦРБ, что не позволяло обеспечить надлежащий уровень выявления и санации ВЗЖПО ($r=0,8725$).

При исследовании динамического ряда показателя количества акушерок с первой категорией в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что он увеличился - до 238 ($p<0,05$). Таким образом, их доля в период 1954-1994 гг. возросла с 9,6% до 33,1% ($p<0,05$), однако лишь в трех ЦРБ показатель достиг либо превысил 50%, что

не позволяло в полном объеме обеспечить помощь пациенткам с ВЗЖПО, проживавшим в сельской местности ($r=0,7816$).

При исследовании динамического ряда показателя количества акушерок со второй категорией в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что он уменьшился до 51 ($p<0,05$). Доля этих специалистов в ОЗ в период 1954-1994 гг. также уменьшилась - с 54,5% до 7,1% ($p<0,05$). На 01.01.1995 г. в девяти ЦРБ не было акушерок со второй квалификационной категорией. Это негативно влияло на качество помощи пациенткам с ВЗЖПО в амбулаторных условиях ($r=0,6561$).

Удалось установить, что на протяжении 40 лет показатели обеспеченности врачами увеличились более чем в 4 раза: с 0,5 до 2,3 ($p<0,05$), акушерками - с 3,1 до 5,9 ($p<0,05$) (таблица 3.1), однако не достигли нормативных, что уменьшало доступность медицинской помощи для пациенток с ВЗЖПО.

Таблица 3.1 - Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами и акушерками населения Гродненской области в 1954-1994 гг.

Показатели	Годы				
	1954	1964	1974	1984	1994
Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами	0,5	0,7	1,2	1,6	2,3
Обеспеченность акушерками	3,1	5,7	5,1	5,1	5,9

3.2 Сеть организаций здравоохранения и их возможности по оказанию медицинской помощи пациенткам с воспалительными заболеваниями половых органов

Послевоенное восстановление сети профильных ОЗ в регионе было завершено к середине 1950-х гг. При этом, однако, не удалось избежать существенных недостатков. Так, в 1954-1964 гг. только 42,4% ЖК были размещены в пригодных для работы помещениях, в ОЗ часто отсутствовали необходимые медикаменты (глюкоза, анальгин, хлористый кальций, бромистый натрий) и перевязочные средства (бинты, вата). При постоянном увеличении государственных ассигнований на здравоохранение (1960 г. – 134,4, 1970 г. – 293,4, 1980 г. – 498,2,

1990 г. – 1075,8 млн. руб. при устойчивом курсе) существовал остаточный принцип финансирования, средства выделялись из расчета на одну койку (посещение), применялся административный характер утверждения и расходования смет. К тому же, средства, особенно на капитальное строительство ОЗ АГС, полностью не использовались: например, в 1954 г. были освоены только 13,5% выделенных финансовых ресурсов (1956 г. – 93%, 1966 г. – 72%, 1986 г. – 93%, 1988 г. – до 40%), а некоторые объекты здравоохранения превратились в «долгострой».

В 1954-1994 гг. выявление ВЗЖПО осуществлялось в ОЗ различного профиля, структура которых, однако, на протяжении 40 лет существенно не изменилась: это - ЖК и гинекологические стационары, смотровые кабинеты поликлиник и предприятий, СВА (с начала 1970-х гг.) и ФАПы (таблица 3.2).

Таблица 3.2 - ОЗ, осуществлявшие выявление ВЗЖПО в 1954-1994 гг.

ОЗ	Годы				
	1954	1964	1974	1984	1994
ЖК (женско-детские консультации)	27	33	33	27	25
Смотровые кабинеты поликлиник	24	33	35	33	33
СВА	-	-	24	31	38
ФАПы	196	273	358	432	393
Гинекологические стационары	18	18	20	20	19

Акушерская помощь в стационарных условиях пациенткам с ВЗЖПО в 1950-1960-е гг. оказывалась преимущественно в колхозных и городских роддомах (отделениях), а с 1963 г. - в роддомах (отделениях), развернутых в ЦРБ (приказ Министерства здравоохранения СССР от 31.07.1963 г. №395), позднее - также в акушерско-гинекологических отделениях больниц (приказ Министерства здравоохранения СССР от 23.10.1978 г. №1000).

Нормативной базой для функционирования колхозных и городских роддомов в 1950-1960-е гг. являлся Сборник распоряжений, положений и инструкций по работе акушерско-гинекологических учреждений (1947), в который, среди прочих документов, были включены Инструкция для акушерки колхозного роддома,

утвержденная Наркомздравом СССР от 02.12.1937 г., и Инструктивный материал для работы роддомов (отделений), утвержденный 08.05.1938 г., которые, однако, не учитывали изменений в оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО.

До середины 1960-х гг. при наблюдении за беременными врачам акушерам-гинекологам приходилось руководствоваться Инструкцией о мероприятиях по борьбе с токсико-септическими заболеваниями новорожденных, утвержденной 13.07.1951 г. Министерством здравоохранения СССР, в которой отмечалось, что «особое внимание нужно обращать на заболевания, перенесенные матерью в последние дни и недели перед родами – инфекционные катары верхних дыхательных путей (ангина, грипп), кишечные инфекции, гонорею, пиодермии, воспалительные заболевания половых органов. Поэтому ... необходимо проводить детальный опрос, измерение температуры, тщательный осмотр и при необходимости бактериологические исследования (мазки из зева, флора кишечника)». Таким образом, в этот период необязательным являлось взятие у беременных мазков на влагалищную флору.

Новое «Положение о родильном доме и ЖК» вступило в силу только во второй половине 1970-х гг. (приказ Министерства здравоохранения СССР от 12.09.1977 г. №830), в котором персоналу АГС были вменены в обязанности «разработка и проведение оздоровительных мероприятий, направленных на снижение и ликвидацию наиболее распространенных гинекологических заболеваний», однако без акцентирования на ВЗЖПО. И только с изданием приказа Министерства здравоохранения СССР от 08.04.1980 г. №360 «Об утверждении положений о медицинских работниках родильных домов и ЖК (отделений)» была начата работа по целенаправленному выявлению и санации ВЗЖПО у беременных и родильниц.

Основными ОЗ амбулаторного типа, в которых оказывалась врачебная помощь пациенткам с ВЗЖПО, являлись ЖК, входившие с 1949 г. в состав роддомов или поликлиник (приказ Министерства здравоохранения СССР №870). В 1950-е гг. деятельность персонала ЖК регламентировалась Инструкцией о работе женско-детской и женской консультации, утвержденной Наркомздравом СССР

23.08.1937 г.: врачи акушеры-гинекологи работали в 2 смены, выявление ВЗЖПО осуществляли по обращаемости.

Новые задачи деятельности ЖК были определены Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 14.01.1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР», а также приказами Министерства здравоохранения СССР от 20.07.1960 г. №321 и Министерства здравоохранения БССР от 25.11.1960 г. №205. Так, в ЖК был введен скользящий график и бригадный метод работы. Однако в этих документах не были определены принципы медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО: выявление патологии, по-прежнему, основывалось на обращении, при этом основным методом диагностики вагинитов являлся кольпоцитологический (взятие мазков на влагалищную флору проводилось только при наличии жалоб или клинических проявлений заболевания), а ВЗОМТ – пальпаторный; не существовало единых подходов и критериев к порядку проведения лечения и реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях, а методы терапии соответствовали уровню развития акушерства и гинекологии в этот период. Кроме того, доступность врачебной помощи оставалась ограниченной – в связи с кадровым дефицитом очереди на прием составляли серьезную проблему ЖК.

В 1960-80-е гг. развитие технологий медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО было организовано в соответствии с директивными решениями органов исполнительной власти и руководящих органов здравоохранения (в частности, приказом Министерства здравоохранения БССР от 15.11.1963 г. №112 «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья детей»; постановлением Совета Министров БССР от 23.03.1965 г. №131 «О дополнительных мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья детей», приказами Министерства здравоохранения СССР от 25.05.1970 г. «О мерах по дальнейшему улучшению акушерско-гинекологической помощи в стране» и от 10.11.1975 г. «Об охране здоровья женщин»): внедрены методы выявления степени обтурации маточных труб и рентгенологического выявления трубно-перитонеального бесплодия воспалительного генеза, начато применение гидротубаций для его лечения.

Совершенствование организационных технологий выразилось также в утверждении в декабре 1969 г. Верховным Советом СССР «Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», статья 38 которых закрепила гарантии охраны здоровья матери и ребенка.

Однако в рассматриваемый период развитие технологий оказания медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО в амбулаторных условиях происходило при сокращении числа ЖК в сельской местности: к 1994 г. их число уменьшилось до 25. При этом нормативный уровень обеспеченности амбулаторными ОЗ акушерско-гинекологического профиля в регионе не выполнялся, не превышая на протяжении 40 лет 85%. Это оказало негативное влияние на выявление и санацию ВЗЖПО ($r=0,7316$).

Выявление ВЗЖПО осуществлялось также в смотровых кабинетах поликлиник, количество которых в 1954-1964 гг. увеличилось на 37,5% и на 01.01.1965 г. составило 33. Однако только в поликлиниках областного центра и двух ЦРБ смотровые кабинеты функционировали в 1,5-2 смены, что ограничивало доступность медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО ($r=0,6469$).

В сельской местности выявление и санация ВЗЖПО осуществлялась акушерками ФАПов, деятельность которых в 1950-х гг. регламентировалась Положением о сельском фельдшерском и фельдшерско-акушерском пункте, утвержденным 29.06.1939 г. Наркомздравом СССР.

Несмотря на внедрение принципов этапности и декларированные в начале 1960-х гг. приоритеты по первоочередному развитию медицинской помощи на селе (решения VII сессии Верховного Совета БССР от 26-27.06.1962 г.), в ее обеспечении пациенткам с ВЗЖПО имелись серьезные трудности.

Так, при исследовании динамического ряда показателя количества ФАПов с шагом в 10 лет в 1954-1994 гг. установлено, что он увеличился - до 432 ($p<0,05$), но так и не достиг нормативного. В 1984 г. в сравнении с 1974 г. на 21,0% уменьшилось количество участковых больниц (приказы Министерства здравоохранения СССР от 07.09.1982 г. №900 и Министерства здравоохранения БССР от 16.02.1983 г. №36 «О мерах по дальнейшему улучшению медико-санитарного обеспечения и охраны

здоровья сельского населения»). При этом количество сельских врачебных амбулаторий не изменилось, а число посещений на одну жительницу сельских поселений оставалось в 2,4 раза меньше, чем в городе. Как установлено в процессе исследования, не только ФАПы, но и сельские врачебные амбулатории были недостаточно укомплектованы акушерками, что значительно затрудняло охват сельского населения профилактическими осмотрами ($r=0,7532$) и не способствовало росту выявляемости ВЗЖПО ($r=0,6328$).

Совершенствование процесса этапности нашло отражение в приказе Министерства здравоохранения СССР от 27.10.1982 г. №1059 «О дальнейшем улучшении организации акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности», который определил 5 ее этапов: I этап - ФАП, II этап - участковая больница, III этап - ЦРБ, IV этап: амбулаторно-поликлиническая помощь - ЖК городского роддома, отделения больницы, медико-санитарные части, стационарная помощь – городские и областные роддома или акушерско-гинекологические отделения областных и городских больниц, V этап – специализированные акушерско-гинекологические учреждения, научно-исследовательские институты и базы кафедр акушерства и гинекологии медицинских институтов. При этом уже на первом этапе предусматривалось «взятие мазков из влагалища, шейки матки и уретры на наличие трихомонад, грибов, гонококков». Однако ни увеличение количества ФАПов, ни регламентация действий акушеров по выявлению ВЗЖПО не привели к существенному повышению доступности акушерско-гинекологической помощи сельскому населению и росту активного выявления воспалительной патологии в связи с серьезными кадровыми проблемами, рассмотренными выше, и недостаточной технической оснащенностью ОЗ ($r=0,7231$).

В 1954-1994 гг. в области реализовался принцип преимущественного медицинского обслуживания работающих. При этом определенную роль в активном выявлении ВЗЖПО сыграли поликлиники и смотровые кабинеты промышленных предприятий, первые из которых были созданы в 1958 г. В решениях состоявшегося в 1965 г. в Минске межреспубликанского совещания была подчеркнута важность

данной проблемы. Однако к середине 1990-х гг. в регионе имелись только 2 поликлиники закрытого типа, выявление и санация ВЗЖПО в которых осуществлялись врачами акушерами-гинекологами, и 24 смотровых кабинета на предприятиях, в которых прием вели акушерки. Несмотря на то, что профилактическая направленность цеховой службы регламентировалась приказами Министерства здравоохранения СССР от 30.05.1969 г. №400 и от 19.06.1984 г. №700 «Об организации профилактических медицинских осмотров», выявляемость ВЗЖПО в этих ОЗ была почти в 10 раз более низкой, чем в ЖК, а диспансеризация данной патологии практически не осуществлялась в связи с недостаточным ведомственным контролем.

3.3 Организация выявления воспалительных заболеваний женских половых органов

На 01.01.1955 г. количество женского населения в Гродненской области, подлежащее профилактическим осмотрам, составило 430800 человек, и на протяжении 40 лет достоверно не изменилось (рисунок 3.5).

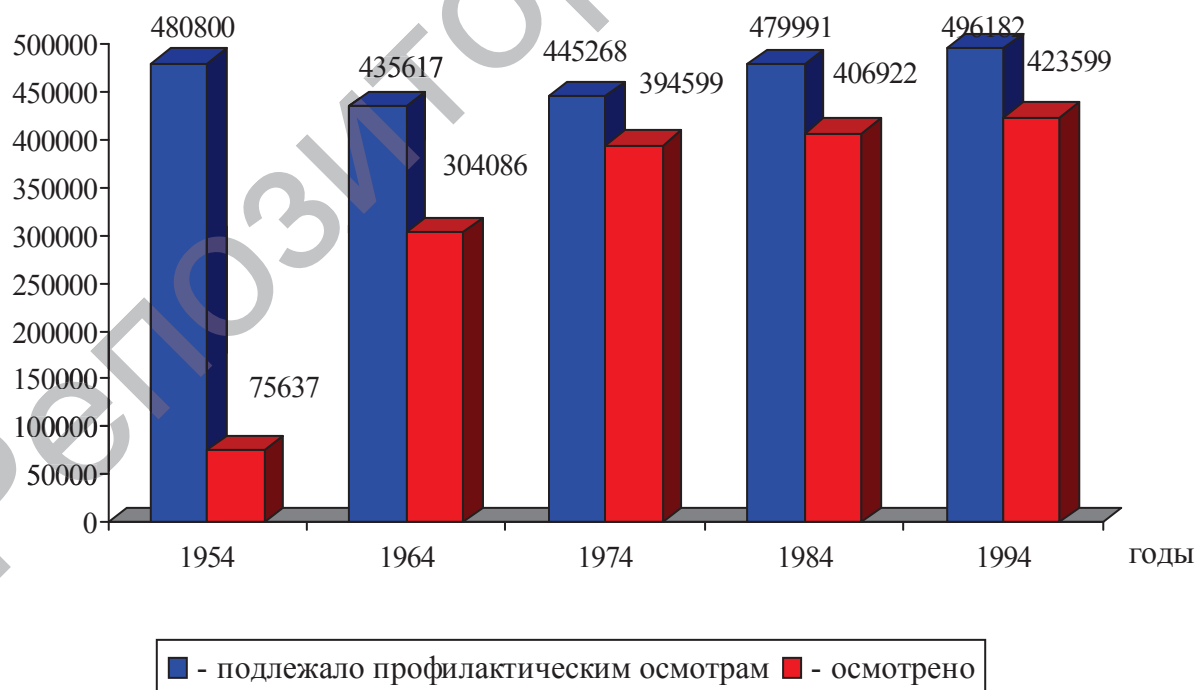


Рисунок 3.5 - Динамика охвата гинекологическими осмотрами в 1954-1994 гг.

В 1954-1994 гг. выявление ВЗЖПО осуществлялось врачами и акушерками преимущественно при проведении профилактических осмотров. Однако только в 1970-1980-х гг. данный процесс был регламентирован (Положение об акушерке ФАПа, утвержденное приказом Министерства здравоохранения СССР от 27.07.1973 г. №566, Положение о заведующем ЖК, Положение о враче акушере-гинекологе ЖК и Положение об акушерке, утвержденные приказом Министерства здравоохранения СССР от 08.04.1980 г. №360), что позволило организовать работу по активному выявлению воспалительных заболеваний.

В 1954-1994 гг. доля женщин, охваченных профилактическими осмотрами, увеличилась в 6,8 раза: с 12,5% до 85,4% ($p < 0,05$). Существенный рост показателя был зарегистрирован только в 1954-1964 гг., когда количество населения, охваченного профосмотрами, увеличилось с 75637 до 304086 человек ($p < 0,05$). Однако даже в 1984-1994 гг. в пяти ЦРБ этот показатель не превышал 70%.

Низким был также охват гинекологическими осмотрами девочек-подростков. Так, в 1984-1994 гг. только $58,45 \pm 2,49\%$ из них проходили гинекологические профилактические осмотры, которые, однако, в шести ЦРБ вообще не были организованы.

В 1954-1994 гг. врачебный осмотр осуществлялся практически исключительно в условиях ЖК и гинекологических стационаров (доля осмотров на дому не превышала 0,7%). В них при существовавшем дефиците врачебных кадров профилактические осмотры производились, преимущественно, акушерками: так, в 1954 г. доля таких осмотров составила 97,1% (рисунок 3.6).

В 1964-1994 гг. в связи с повышением доступности врачебной помощи ($r=0,7632$) и нарастающими процессами урбанизации ($r=0,8321$) доля осмотренных акушерками неуклонно сокращалась. Однако только после 1974 г. доля осмотренных врачами превысила 50% и составила 78,8% в 1994 г.

При исследовании динамического ряда показателя посещений врачей ЖК в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что он увеличился более чем в 12 раз: с 48332 до 604120 ($p < 0,05$).

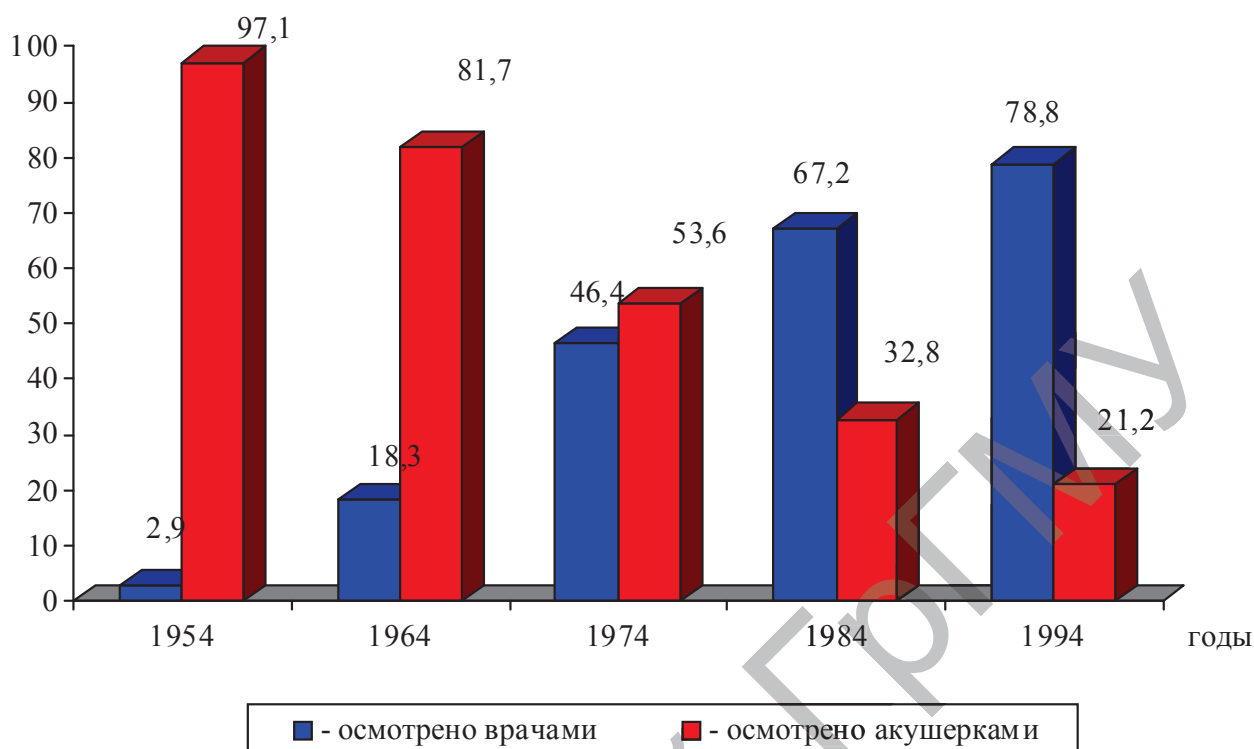


Рисунок 3.6 – Доля осмотренных женщин врачами и акушерками в 1954-1994 гг.

В 1954-1994 гг. зарегистрировано увеличение количества первичных посещений к врачам ЖК во всех районах области ($p < 0,05$). Изучение причин первичного обращения показало, что $51,52 \pm 4,67\%$ пациенток с впервые выявленными ВЗЖПО посетили медицинских работников по поводу уже имевшихся у них прочих гинекологических заболеваний.

В этот период увеличение количества посещений к врачам ЖК по поводу ВЗЖПО зарегистрировано во всех административных территориях ($p < 0,05$). Однако количество первичных посещений врачей ЖК по поводу ВЗЖПО увеличилось значительно больше, чем общее количество первичных посещений - в 19,3 раза: с 23683 - в 1954 г. до 456431 - в 1994 г. ($p < 0,05$) (рисунок 3.7).

Так, если в 1954 г. доля первичных обращений по поводу ВЗЖПО составляла $49,03 \pm 3,26\%$, то в 1994 г. – уже $59,04 \pm 3,41\%$ ($p < 0,05$).

Изменилось и доленое соотношение посещений к врачам ЖК городскими и сельскими жительницами по поводу ВЗЖПО. Так, если в 1954 г. доля посещений

последними даже несколько превышала их долю в структуре населения и составляла 87,3%, то в 1994 г. она уменьшилась до 26,6%.

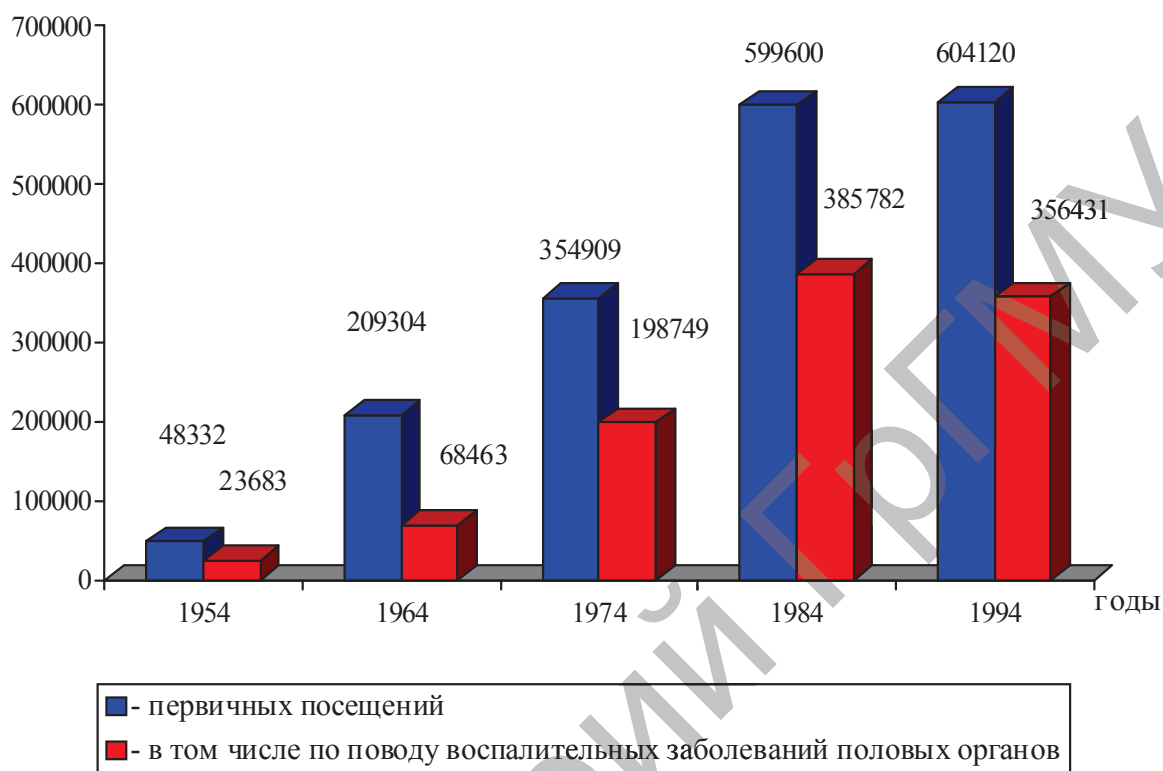


Рисунок 3.7 - Динамика посещений ЖК в 1954-1994 гг.

Частота обращаемости по поводу ВЗЖПО в 1954-1994 гг. достоверно не изменилась и составила $47,34 \pm 3,76\%$ от всех причин, в том числе воспалительные процессы придатков матки составили $35,62 \pm 3,26\%$ (рисунок 3.8).

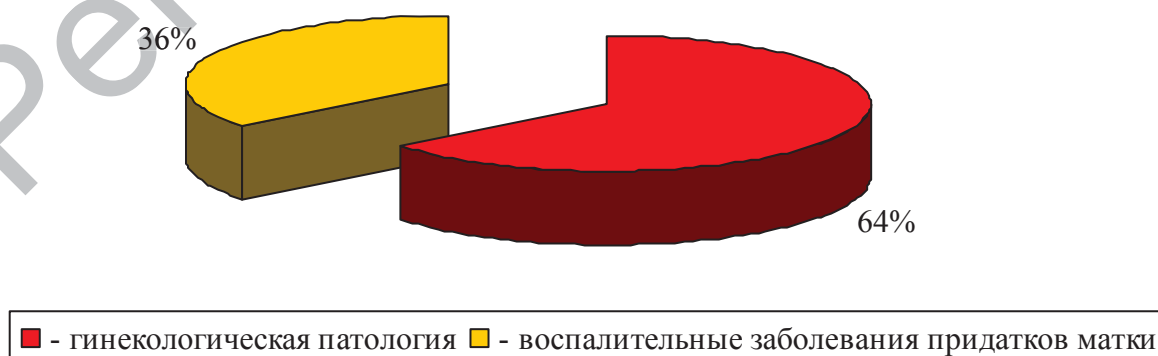


Рисунок 3.8 - Причины обращаемости по поводу гинекологической патологии в ЖК в 1954-1994 гг.

С увеличением охвата женского населения профилактическими осмотрами ($r=0,8736$), повышением уровня квалификации медицинского персонала ($r=0,8258$) количество случаев впервые выявленной гинекологической патологии за 40 лет достоверно увеличилось и достигло 26768; уровень выявляемости в областном центре был в 2 раза выше, чем в ЦРБ ($p<0,05$) (рисунок 3.9).

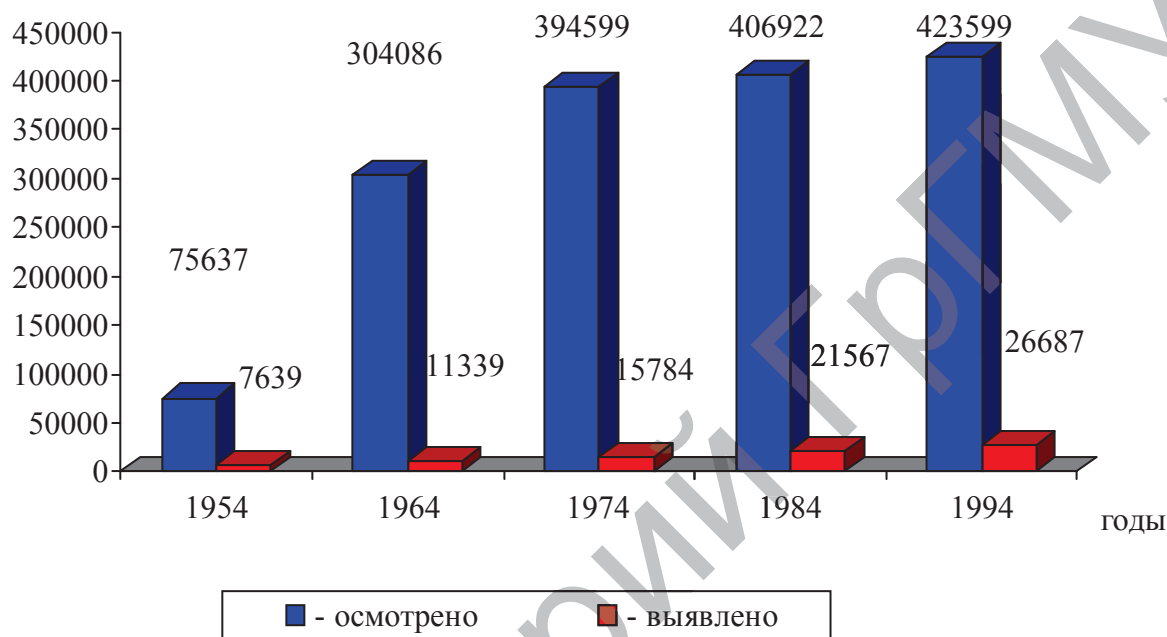


Рисунок 3.9 - Количество впервые выявленных гинекологических заболеваний при профилактических осмотрах населения в 1954-1994 гг.

При исследовании динамического ряда числа выявленных гинекологических заболеваний в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что показатель увеличился ($p<0,05$).

В 1954 г. доля ВЗЖПО в общем количестве впервые выявленных заболеваний при гинекологических осмотрах составила $10,1 \pm 1,35\%$. Высокий показатель был обусловлен низким санитарно-гигиеническим уровнем населения ($r=-0,7957$), проживавшим преимущественно в сельских поселениях, и недостаточной квалификацией медицинского персонала, осуществлявшего выявление патологии в первое послевоенное десятилетие ($r=-0,8527$).

Отсутствие единых классификационных критериев и существенные недостатки регистрации ВЗЖПО особенно четко проявились в 1954 г., когда из 14898 ВЗЖПО были официально зарегистрированы только 34,4%.

При исследовании динамического ряда числа выявленных гинекологических заболеваний в 1964-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что показатель увеличился ($p < 0,05$). Удалось установить, что динамика прироста числа впервые выявленных ВЗЖПО была все же менее выраженной, чем впервые выявленных гинекологических заболеваний (рисунок 3.10).

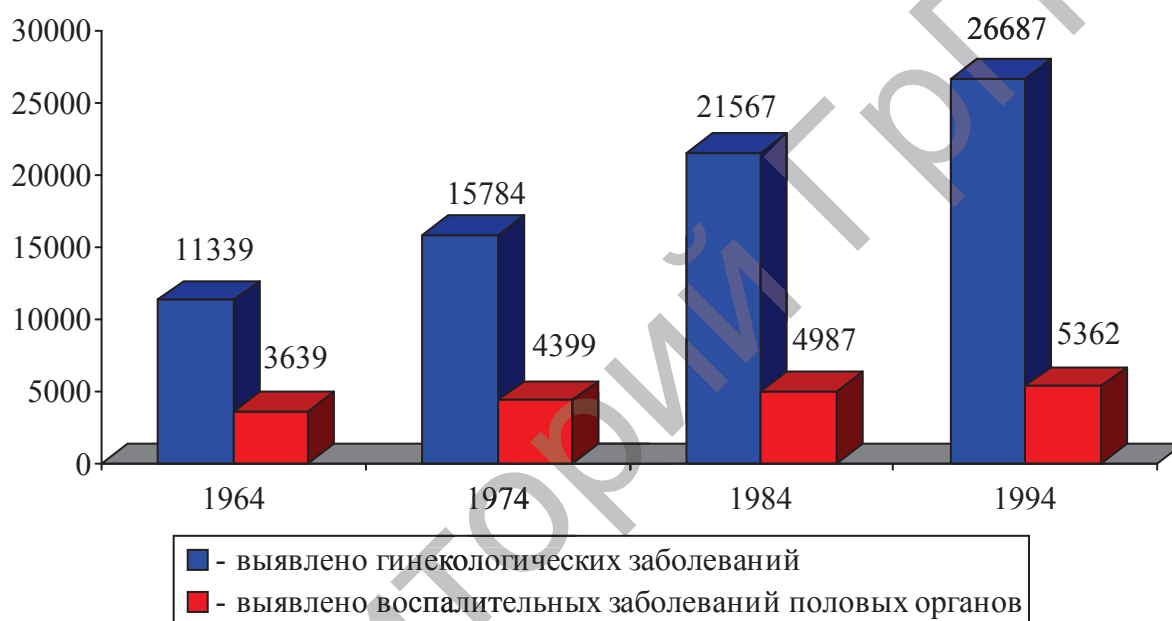


Рисунок 3.10 - Количество впервые выявленных ВЗЖПО в 1954-1994 гг.

Уровень первичной заболеваемости по результатам профилактических осмотров был выше в 3 раза, чем по обращаемости, и составлял $5,37 \pm 0,79\%$. Ниже среднеобластного уровня показатель был в четырех ЦРБ ($p < 0,05$), что являлось следствием недостаточной квалификации персонала, осуществлявшего выявление патологии при профилактических осмотрах ($r = 0,7592$), и отсутствия единых методических подходов к регистрации заболеваний ($r = 0,6982$).

Анализ по группам сравнения показал, что заболеваемость по обращаемости в пяти ЦРБ была выше среднеобластного показателя. В г. Гродно заболеваемость по обращаемости была выше, чем в районах. Так., в областном центре показатель увеличился с 162,4 на 100000 женского населения в 1984 г. до 220,2 в 1994 г. За 10

лет в г. Гродно было впервые выявлено на 39,6% заболеваний больше, чем в районах области.

В структуре выявленных ВЗЖПО на протяжении 1954-1964 гг. доля острых процессов была незначительной ($5,67 \pm 1,79\%$) в связи с низкой технической оснащённостью ОЗ ($r=0,8167$), недостаточной квалификацией персонала ($r=0,7829$), а также отсутствием единых подходов к регистрации заболеваний ($r=0,7714$). Как острые, регистрировались преимущественно гнойные сальпингиты, и такие пациентки направлялись на госпитализацию.

Начиная с середины 1960-х гг., доля острых ВЗЖПО стала увеличиваться, составив на 01.01.1975 г. уже $27,43 \pm 3,37\%$, а на 01.01.1995 г. - $56,8 \pm 4,12\%$, что связано с улучшением лабораторной диагностики - было начато исследование влагалищных мазков ($r=0,8467$), и повышением квалификации персонала ($r=0,8231$). В 1954-1994 гг. в структуре ВЗЖПО зарегистрировано увеличение доли вульвовагинитов, которые, с учетом урбанизации общества ($r=0,7682$) и проведения нерациональной АБТ – самолечение ($r=0,6948$), к 1994 г. заняли первое место и составили $68,48 \pm 4,25\%$ (рисунок 3.11).

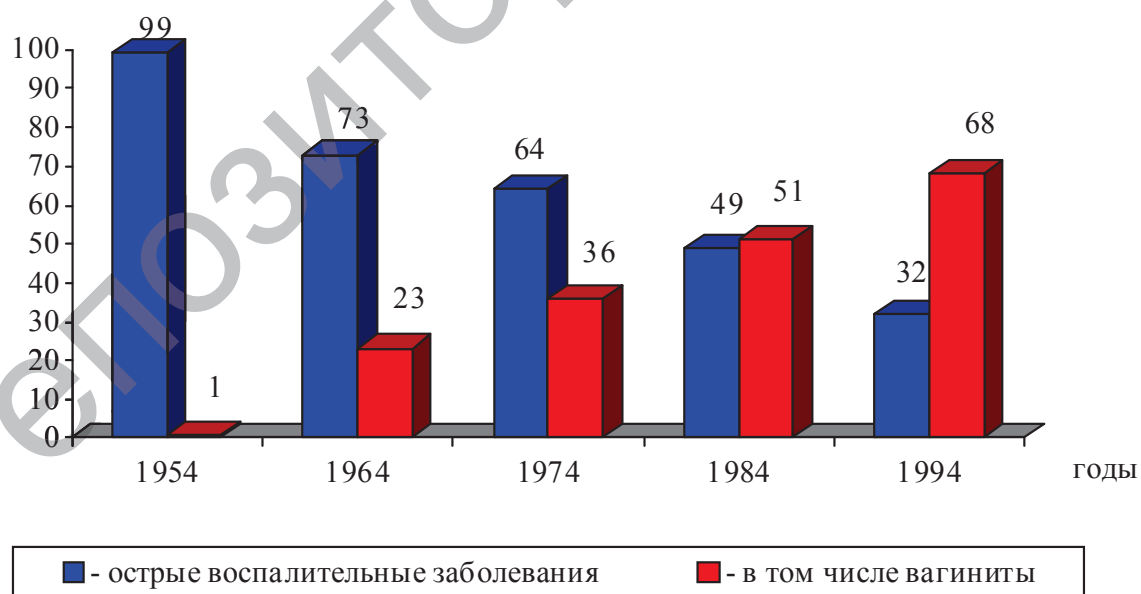


Рисунок 3.11 - Структура острых ВЗЖПО в 1954-1994 гг. (в %)

В 1954-1994 гг. уровень первичной заболеваемости ВЗЖПО увеличился на 85,6%, преимущественно за счет увеличения заболеваемости вульвовагинитами ($r=0,7951$).

В 1954-1994 гг. в структуре вульвовагинитов преобладали НИВЗ ($53,28 \pm 4,58\%$). Наиболее частыми специфическими вульвовагинитами были кандидозные, причем, распространенность ВК увеличилась с $7,23 \pm 1,62\%$ в 1954 г. до $41,23 \pm 3,37\%$ в 1994 г. ($p < 0,05$). Доля гонореи и трихомониаза составила лишь $5,49 \pm 1,31\%$. По результатам изучения медицинской документации мы можем утверждать, что были распространены микстовые формы НИВЗ, однако, в связи с отсутствием единых требований к их шифровке и учету, анализ более конкретных форм заболеваемости некорректен.

Уровень общей заболеваемости ВЗЖПО в 1954-1994 гг. увеличился в 1,2 раза, но в структуре показателя доля сальпингитов и оофоритов, а также воспалительных заболеваний шейки матки была более значительной, чем в структуре первичной заболеваемости, и составила $32,47 \pm 4,72\%$. Динамика уровня общей заболеваемости в целом повторяла динамику первичной заболеваемости.

3.4 Организация диспансеризации женщин с воспалительными заболеваниями половых органов

На протяжении 1950-60-х гг. в соответствии с Инструкцией о работе женско-детской и женской консультаций, утвержденной Наркомздравом СССР от 23.08.1937 г., диспансерному наблюдению подлежали только беременные женщины, а диспансеризация гинекологических больных осуществлялась без четко определенных критериев. Тем не менее, в рассматриваемый период не удалось достичь нормативного 90%-го взятия на диспансерный учет женщин в сроке до 12 недель беременности (1954 г. – 43,2%, 1964 г. – 51,8%, 1974 г. – 74,8%, 1984 г. – 83%), и только в 1960-х гг. было начато их обследование на токсоплазмоз и выявление сифилиса с применением реакции Вассермана. Медицинские технологии лечения пациенток также были ограничены и включали проведение АБТ (часто - без

верификации возбудителя), местное применение антисептиков, биостимуляторов, витаминотерапию.

Дальнейшее становление системы диспансеризации пациенток с ВЗЖПО осуществлялось в соответствии с Программой КПСС, принятой XX съездом (1961), Постановлениями ЦК КПСС от 14.01.1960 г. - «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения», от 05.07.1968 г. - «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» и от 22.09.1977 г. - «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения». В контексте союзных документов были приняты и соответствующие постановления на республиканском уровне (а именно: от 12.03.1960 г., 04.10.1968 г., 30.12.1977 г.). Необходимо также отметить обсуждение и принятие 8-й сессией Верховного Совета VII созыва (3-4.06.1970 года) Закона БССР о здравоохранении, состоявшего из 9 разделов и 75 статей и юридически закрепившего систему организации медицинской помощи населению. Следует, однако, констатировать их нереалистический и декларативный характер (например, в Программе КПСС утверждалось, что к 1980 г. будет достигнута всеобщая диспансеризация населения).

В соответствии с действовавшей нормативной базой к началу 1970-х гг. в ЖК были разукрупнены акушерско-гинекологические участки, установлено штатное расписание (введены должности терапевтов, стоматологов, что позволило организовать выявление и санацию ЭГП у беременных). В 1980-е гг. в соответствии с Инструктивно-методическими указаниями по организации работы ЖК, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР от 22.04.1981 г. №430, была начата работа по формированию групп диспансерного наблюдения, в том числе пациенток с ВЗЖПО. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 08.04.1980 г. №360 «Об утверждении положений о медицинских работниках родильных домов и ЖК (отделений)» начато создание специализированных приемов по патологии шейки матки. Кроме того, с 1983 г. в области поэтапно стала вводиться всеобщая диспансеризация населения. Так, уже в 1984 г. в экспериментальном и небольшом по численности Свислочском районе

наблюдением было охвачено 98% населения. В ходе этой работы были сформированы территориальные советы по всеобщей диспансеризации (1984), предложен медицинский паспорт (1984), организованы отделения профилактики.

Согласно «Временному положению о порядке проведения ежегодной диспансеризации всего населения», утвержденному приказом Министерства здравоохранения СССР от 31.07.1985 г. №1026, определялись ее этапность и постепенность в отношении здоровых, а также объем и кратность медицинского наблюдения и оздоровления больных. В республиканских директивных документах планировалось на первом этапе к 1991 г. охватить диспансеризацией 80% населения, в первую очередь, пациентов с хроническими заболеваниями, детей и подростков, учащуюся молодежь и беременных женщин. На втором этапе (к 1995 г.) предполагалось охватить диспансеризацией все население.

Однако в принятых и действовавших на протяжении 40 лет нормативных документах отсутствовали единые организационные подходы к выявлению и диспансеризации ВЗЖПО, диспансерные группы не охватывали НИВЗ, ВК и ИППП, значительное большинство пациенток с ВЗЖПО лечились амбулаторно – $93,12 \pm 2,68\%$ (при этом листки временной нетрудоспособности не выдавались, а ее анализ по отчетной форме №16 не учитывал этиологический фактор заболеваемости), не проводилось систематическое прегравидарное оздоровление женщин, практически отсутствовало взаимодействие АГС со смежными службами по выявлению и санации ЭГП.

Имевшиеся недостатки в организации медицинской помощи не позволили в 1964-1974 гг. охватить диспансерным наблюдением даже 50% пациенток с ВЗЖПО, к 1984 г. охват диспансеризацией лишь несколько превысил 80%. Однако стремление достичь количественных показателей не всегда обеспечивало должный уровень эффективности диспансеризации ВЗЖПО (1974 г. – 26,4%, 1984 г. – 23,2%).

Установлено, что и в 1984-1994 гг. охват гинекологических больных диспансерным наблюдением все еще оставался недостаточным - $77,77 \pm 7,77\%$, причем доля пациенток, охваченных диспансеризацией, уменьшилась с $81,84 \pm 2,36\%$ - в 1984 г. до $63,91 \pm 2,46\%$ - в 1994 г. ($p < 0,05$).

Анализ взятых на диспансерный учет с ИППП и другими (в том числе условно-патогенными инфекционными) процессами показал, что $24,43 \pm 3,75\%$ из данной группы приходилось на ВК, $7,29 \pm 1,37\%$ - на трихомоноз, $12,38 \pm 2,25\%$ - на БВ. Более половины состоявших под диспансерным наблюдением составили пациентки с уреа- и микоплазменной инфекцией. Выявлено активное движение в группе «снятых с учета» в связи с выздоровлением, которые составили $93,69 \pm 2,34\%$ по отношению к «взятым на диспансерный учет».

Вторую по величине группу составили пациентки с патологическими процессами шейки матки – $22,34 \pm 4,26\%$, диспансеризация которых должна была осуществляться в семи специализированных кабинетах ЖК, которые, однако, в связи с недостаточной укомплектованностью врачебными кадрами в большинстве районов не функционировали.

В группе патологических процессов шейки матки основная доля ($83,24 \pm 2,64\%$) приходилась на эктопии, эктопии с хроническим цервицитом и эктропион. Цервициты занимали $7,23 \pm 1,18\%$, на цервикальную интраэпителиальную неоплазию приходилось $4,7 \pm 1,13\%$, на лейкоплакию – $3,6 \pm 0,94\%$.

Установлено, что $13,12 \pm 3,24\%$ пациенток были взяты под диспансерное наблюдение с воспалительными заболеваниями придатков матки, при этом пик заболеваемости приходился на возрастную группу от 21 до 25 лет.

Характерно, что, если в 1974-1984 гг. у женщин, взятых под диспансерное наблюдение, преобладали острые формы сальпингоофоритов ($56,28 \pm 4,32\%$), то в 1984-1994 гг. их доля уменьшилась до $38,24 \pm 3,58\%$, и преобладающей формой являлось обострение ХРС. Помимо этого, значительно увеличилось число пациенток, заболевание у которых имело тяжелое течение: $12,64 \pm 3,57\%$ - в 1974-1984 гг. и $19,38 \pm 3,14\%$ - в 1984-1994 гг. ($p < 0,05$). Зарегистрировано также и увеличение у пациенток деструктивных форм ХРС: с $7,11 \pm 1,68\%$ - в 1974-1984 гг. до $14,38 \pm 2,51\%$ - в 1984-1994 гг. ($p < 0,05$), а наиболее часто они наблюдались в возрастной группе 36-40 лет ($r = 0,7459$).

3.5 Организация стационарной помощи женщинам с воспалительными заболеваниями половых органов

В 1954-1994 гг. регистрировался рост коечного фонда для оказания стационарной помощи пациенткам с ВЗЖПО (рисунок 3.13). При исследовании динамического ряда показателя развернутых гинекологических коек в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что на 01.01.1995 г. он достиг 563 ($p<0,05$).

Увеличение количества коек позволило значительно повысить обеспеченность ими населения области: с 2,7 - в 1954 г. до 6,1 – в 1994 г. ($p<0,05$), которая, однако, не достигла нормативной.

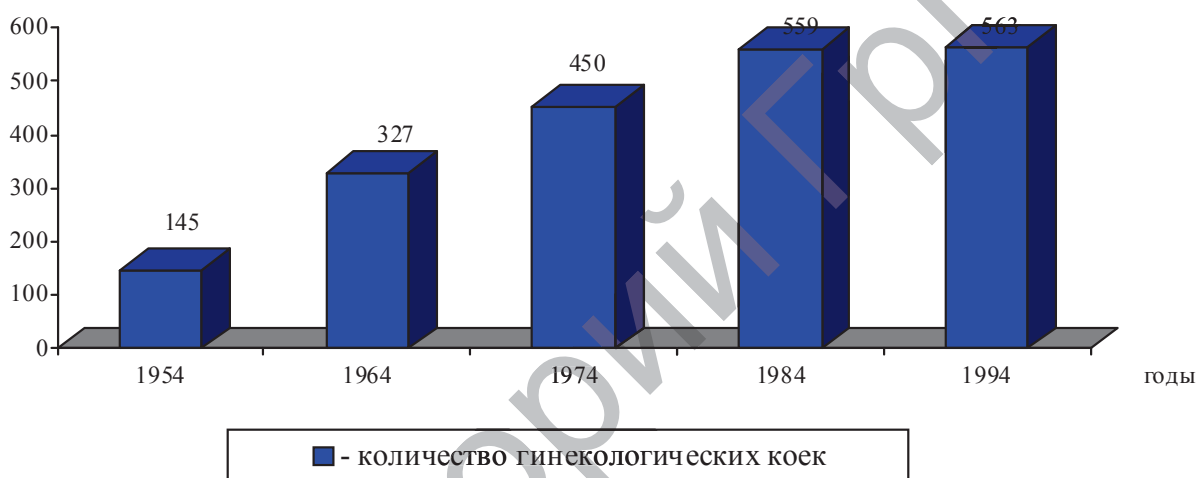


Рисунок 3.13 – Динамика количества гинекологических коек в 1954-1994 гг.

В г. Гродно среди госпитализированных пациенток доля жительниц сельских поселений в разные годы на протяжении всего рассматриваемого периода не превышала 8%, в ЦРБ области их удельный вес не был выше 30% - в зависимости от типа населения в районе: от 16,5% - в Лидской ЦРБ в 1954 г. до 30,4% - в Сморгонской ЦРБ в 1994 г., что дополнительно свидетельствует об ограниченной доступности стационарной помощи данному контингенту женщин в сельской местности.

В 1954-1964 гг. значительное большинство пациенток поступали в гинекологические стационары для дообследования ($87,25\pm 5,31\%$) и последующего консервативного лечения, что было обусловлено низкой технической оснащенностью ЖК и ФАПов ($r=0,8672$), в том числе и лабораторной базы

($r=0,7897$), а также недостаточным уровнем квалификации персонала амбулаторных ОЗ ($r=0,7681$).

Так, при изучении структуры пациенток, пролеченных в 1983 г. в гинекологическом отделении Гродненского роддома ($n=377$), установлено, что доля госпитализированных для дообследования уменьшилась, но все еще была весьма значительной и составила 70,94%, что свидетельствовало о недостаточной преемственности при обследовании и лечении больных, что являлось, как было указано в приказе Министерства здравоохранения СССР от 23.09.1981 г. №1000, «одним из главных недостатков в работе поликлиник». Кроме того, для планового оперативного лечения поступили 8,21% больных, 21,85% женщин поступили для консервативного лечения.

По направлению врачей ЖК поступили 95,59% пациенток, госпитализация по направлению врачей скорой медицинской помощи и самостоятельно составила, соответственно, 3,73% и 0,68%.

Доля пациенток с ВЗЖПО составила 28,15% (рисунок 3.14).

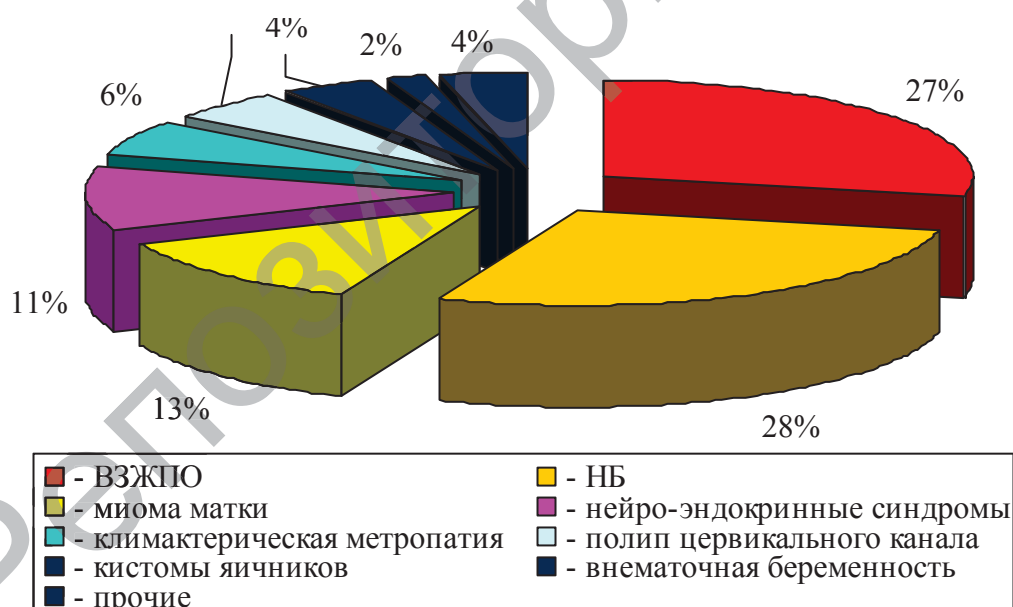


Рисунок 3.14 – Структура госпитализированных пациентов в гинекологическое отделение Гродненского роддома в 1983 г.

В нозологической структуре госпитализированных пациенток с ВЗЖПО значительно преобладали пациентки с обострением ХРС и хронического

эндометрита - $61,82 \pm 2,03\%$. Существенной была также доля острых сальпингитов, составившая $28,14 \pm 0,97\%$. Удельный вес гнойных процессов придатков матки составил $6,13 \pm 0,57\%$. Доля бартолинитов не превышала 4% (рисунок 3.15).

Установлено, что в 1954-1994 гг. в гинекологических стационарах средняя занятость койки несколько уменьшилась - с 352 до 327,2 дня, оборот койки достоверно не изменился и составил 33,2 в 1994 г. Уровень госпитализации, несмотря на значительное увеличение коечного фонда, увеличился с 17,2 на 100 жителей в 1954 г. до 24,7 в 1994 г.

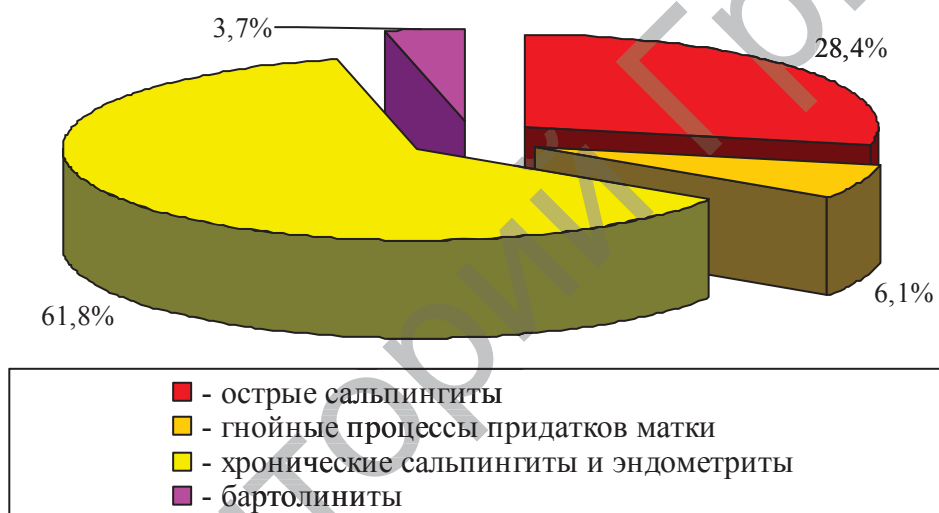


Рисунок 3.15 – Нозологическая структура пациенток с ВЗЖПО

В рассматриваемый период средняя длительность госпитализации пациенток с ВЗОМТ уменьшилась с $28,67 \pm 3,34$ дня до $21,17 \pm 1,36$ дня ($p < 0,05$). Уменьшилась также средняя длительность случая с временной утратой трудоспособности: с $27,64 \pm 2,67$ до $19,38 \pm 1,27$ дня ($p < 0,05$). Средняя длительность госпитализации и средняя длительность случая с временной нетрудоспособностью пациенток с бартолинитами не изменилась. В 1954-1994 гг. доля поступивших для оперативного лечения составила $12,75 \pm 3,32\%$, причем, подавляющее количество экстренных лапаротомий были выполнено у пациенток с ограниченными гнойно-воспалительными формами ХРС или с гнойным перитонитом и сепсисом после генерализации процесса – $82,61 \pm 3,73\%$.

В 1954 г. были выполнены 5802 гинекологические операции, из них – 4642 аборта. Из 207 лапаротомий значительное большинство составили аднекс- и тубэктомии, также были выполнены 9 экстирпаций и 56 надвлагалищных ампутаций матки. Средняя длительность госпитализации и средняя длительность случая с временной утратой трудоспособности после экстирпации матки составляли более месяца ($33,01 \pm 3,46$ дня и $32,92 \pm 3,16$ дня, соответственно), а после надвлагалищной ампутации матки превышали 3 недели ($21,63 \pm 2,18$ дня и $22,74 \pm 2,31$ дня, соответственно). Средняя длительность госпитализации и средняя длительность случая временной нетрудоспособности после операций на придатках матки также была значительной и составляла $15,82 \pm 1,79$ дня и $16,81 \pm 1,56$ дня, соответственно.

При исследовании динамического ряда показателя выполненных лапаротомий в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что он увеличился и достиг 829 ($p < 0,05$). Увеличение показателя было обусловлено низкой укомплектованностью врачебными кадрами амбулаторного звена АГС ($r = -0,8261$), недостаточной квалификацией врачебного ($r = -0,7842$) и среднего ($r = -0,7721$) медицинского персонала, низкой санитарной культурой населения, особенно в сельских поселениях (среди пациенток преобладали рабочие низкой квалификации и колхозницы с низким образовательным цензом, $r = -0,6945$), и, как следствие, высокой частоты гнойно-воспалительных осложнений ВЗОМТ ($r = 0,8362$).

Показатель выполненных в экстренном порядке лапаротомий в 1954-1984 гг. увеличился и на 01.01.1985 г. составил 540 операций ($p < 0,05$), в 1984-1994 гг. зарегистрировано некоторое уменьшение показателя.

При исследовании динамического ряда показателя выполненных операций на придатках матки в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет установлено, что он также увеличился ($p < 0,05$). Следует отметить, что доля оперированных по поводу гнойно-воспалительных процессов придатков матки в 1954-1994 гг. уменьшилась: с $74,32 \pm 4,52\%$ в 1964 г. до $5,32 \pm 1,62\%$ в 1994 г. ($p < 0,05$). На протяжении 40 лет также уменьшилась средняя длительность госпитализации после операций на придатках матки: с $15,82 \pm 1,34$ дня в 1954 г. до $11,52 \pm 1,23$ дня в 1994 г. ($p < 0,05$).

В 1954-1994 гг. в области 11 пациенток с ВЗЖПО оформили первичный выход на инвалидность после оперативного лечения (экстирпация матки с придатками) по поводу гнойно-воспалительных форм ХРС. Кроме того, ежегодно регистрировались 1-3 случая смертности пациенток с гнойными формами ХРС после развития у них разлитого перитонита или сепсиса в связи с поздним обращением в ОЗ.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено следующее.

1. В 1954-1994 гг. наблюдалось поступательное развитие сети ОЗ АГС, совершенствование организационных технологий, регламентирующих их деятельность, включая этапность оказания медицинской помощи, увеличение показателя обеспеченности врачами - более чем в 4 раза: с 0,5 до 2,3 ($p < 0,05$), и акушерками - с 3,1 до 5,9 ($p < 0,05$), гинекологическими койками – с 2,7 до 6,1 ($p < 0,05$). Однако необходимо констатировать, что в этот период все же не удалось обеспечить решение задачи по улучшению РЗ пациенток с ВЗЖПО в связи с невыполнением в регионе нормативов обеспеченности амбулаторно-поликлиническими организациями уровня ПМП и гинекологическими койками, штатными должностями и персоналом, а также в связи с недостаточно высокой квалификацией персонала и недостаточной технической оснащенностью ОЗ.

2. Доля женщин, охваченных профилактическими гинекологическими осмотрами, увеличилась в 6,8 раза и достигла 85,4% при постоянном увеличении количества выявленных ВЗЖПО.

3. Уровень первичной заболеваемости ВЗЖПО в 1954-1994 гг. увеличился на 85,6%, преимущественно за счет увеличения заболеваемости вульвовагинитами; уровень общей заболеваемости увеличился в 1,2 раза, но в структуре показателя доля сальпингитов и оофоритов, а также воспалительных заболеваний шейки матки была более значительной, чем в структуре первичной заболеваемости, и составила $32,47 \pm 4,72\%$.

4. К 1994 г. более половины обращений женщин по поводу ВЗЖПО составили острые процессы, преимущественно вульвовагиниты неспецифической этиологии, что было связано с улучшением лабораторной диагностики ($r=0,8467$), повышением квалификации персонала ($r=0,8231$), процессами урбанизации ($r=0,7682$), нерациональной АБТ ($r=0,6948$).

5. Базовой ОЗ, осуществлявшей выявление и диспансеризацию ВЗЖПО, являлась ЖК, однако только к концу рассматриваемого периода была регламентирована ее деятельность; низкая техническая оснащенность ЖК ($r=0,8672$) и недостаточно высокий уровень квалификации персонала ($r=0,7681$) являлись причинами поступления в гинекологические стационары значительного количества пациенток с ВЗЖПО для дообследования ($87,25\pm 5,31\%$) и последующего консервативного лечения.

6. На протяжении 40 лет в области отсутствовали единые организационные подходы к выявлению, регистрации и диспансеризации ВЗЖПО, диспансерные группы не охватывали пациенток с НИВЗ, ВК и ИППП.

7. Нерациональная АБТ и низкая санитарная культура населения, особенно в сельских поселениях ($r=-0,6945$), определили причины высокого уровня гнойно-воспалительных форм ВЗОТМ ($r=0,8362$) и значительного увеличения лапаротомных операций на придатках матки, что сопровождалось удалением половых органов с последующим ограничением или невозможностью выполнения репродуктивной функции.

ГЛАВА 4

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В 1984-1994 ГОДЫ

4.1 Репродуктивное здоровье девушек-подростков (15-17 лет) с воспалительными заболеваниями половых органов

В 1984-1994 гг. у девочек-подростков доля ВЗЖПО в структуре выявленных гинекологических заболеваний составила $22,46 \pm 3,23\%$ - второе рейтинговое место (рисунок 4.1).

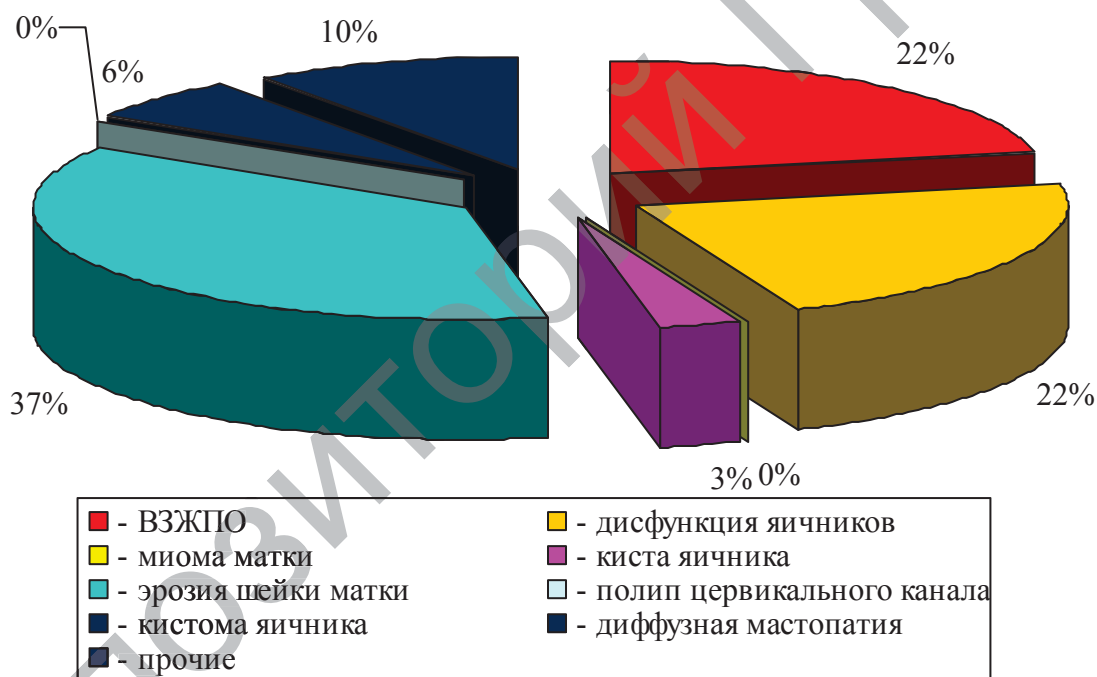


**Рисунок 4.1 – Структура выявленной гинекологической патологии
у подростков в 1984-1994 гг.**

За десятилетие показатель первичной заболеваемости ВЗЖПО увеличился на 32,7% и составил 3,8 на 1000 населения в 1994 г.

При изучении нозологической структуры впервые выявленных ВЗЖПО установлено, что доля вульвовагинитов различной этиологии составила $63,38 \pm 3,43\%$, второе рейтинговое место занимали воспалительные заболевания

придатков матки - $27,74 \pm 2,83\%$. Доля бартолинитов составила $4,82 \pm 0,92\%$. Удельный вес прочих воспалительных заболеваний не превышал 4% (рисунок 4.2).

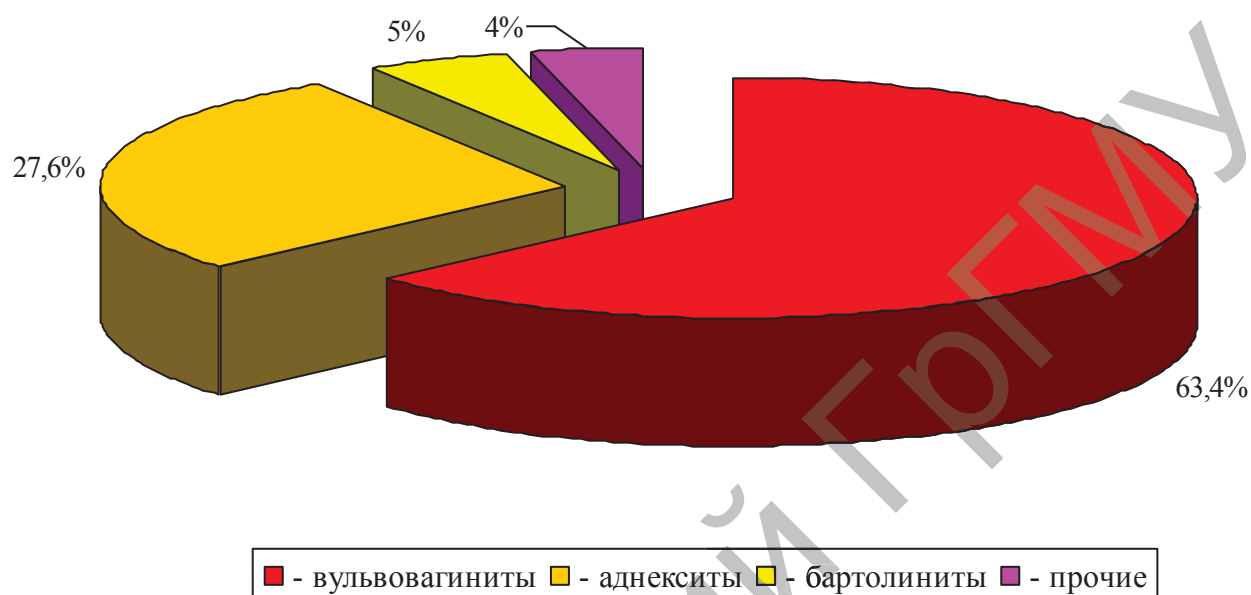


Рисунок 4.2 – Нозологическая структура выявленной гинекологической патологии у подростков в 1984-1994 гг.

За десятилетие количество впервые выявленных случаев воспалительных заболеваний придатков матки увеличилось в 1,7 раза ($p < 0,05$), а вульвовагинитов различной этиологии – в 1,8 раза ($p < 0,05$).

В 1984-1994 гг. показатель общей заболеваемости девушек-подростков ВЗЖПО увеличился на 34,2% и составил 4,6 на 1000 населения в 1994 г.

В нозологической структуре общей заболеваемости ВЗЖПО также преобладали вульвовагиниты различной этиологии ($52,67 \pm 3,12\%$). Однако значительно увеличилась доля воспалительных заболеваний придатков матки - $39,36 \pm 3,31\%$ - за счет увеличения хронических форм патологии, что значительно превышало аналогичный показатель в группе женщин 18-49 лет ($p < 0,05$), и являлось следствием недостатков в организации и проведении диспансеризации на уровне ПМП ($r = 0,7274$). Доля бартолинитов составила $4,41 \pm 0,73\%$. Удельный вес прочих воспалительных заболеваний не превышал 4%.

При изучении этиологической структуры ВЗЖПО удалось установить, что преобладали НИВЗ - $62,14 \pm 4,26\%$ (рисунок 4.3). Однако у каждой третьей девушки с вульвовагинитами заболевание имело специфическую этиологию.

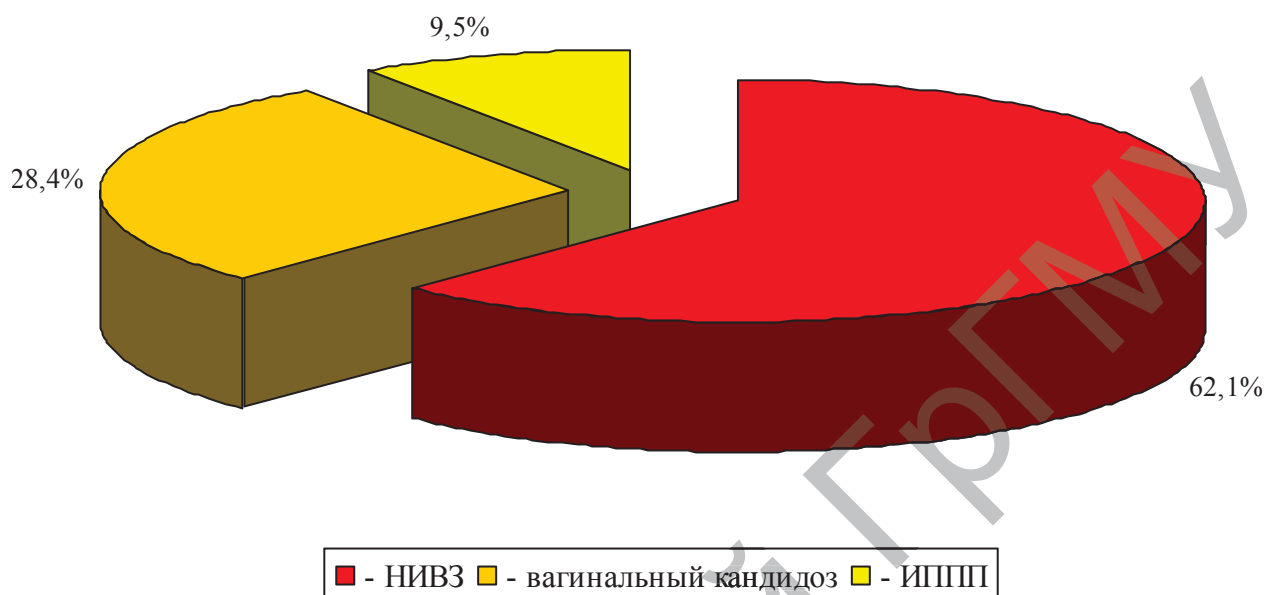


Рисунок 4.3 – Этиологическая структура вульвовагинитов у девушек-подростков в 1984-1994 гг.

Наиболее частыми среди специфических были кандидозные вульвовагиниты, доля которых в структуре воспалительных заболеваний вульвы и влагалища составила $28,36 \pm 3,27\%$, что с учетом возрастной перестройки эндокринной и иммунной систем подростков, по нашему мнению, может рассматриваться как «вторичная» патология. Особенно, если учесть, что у значительного числа девушек с ВК имелись сопутствующие заболевания системы пищеварения.

Доля ИППП в структуре вульвовагинитов у девушек-подростков составила $9,12 \pm 0,63\%$.

Первое место в структуре ИППП занимал трихомониаз – $56,46 \pm 3,49\%$ (рисунок 4.4).

Это, несомненно, было следствием социально-экономического неблагополучия начала 1990-х годов ($r=0,8379$), приведшего к бесконтрольным половым связям у данного контингента женщин ($r=0,8194$).

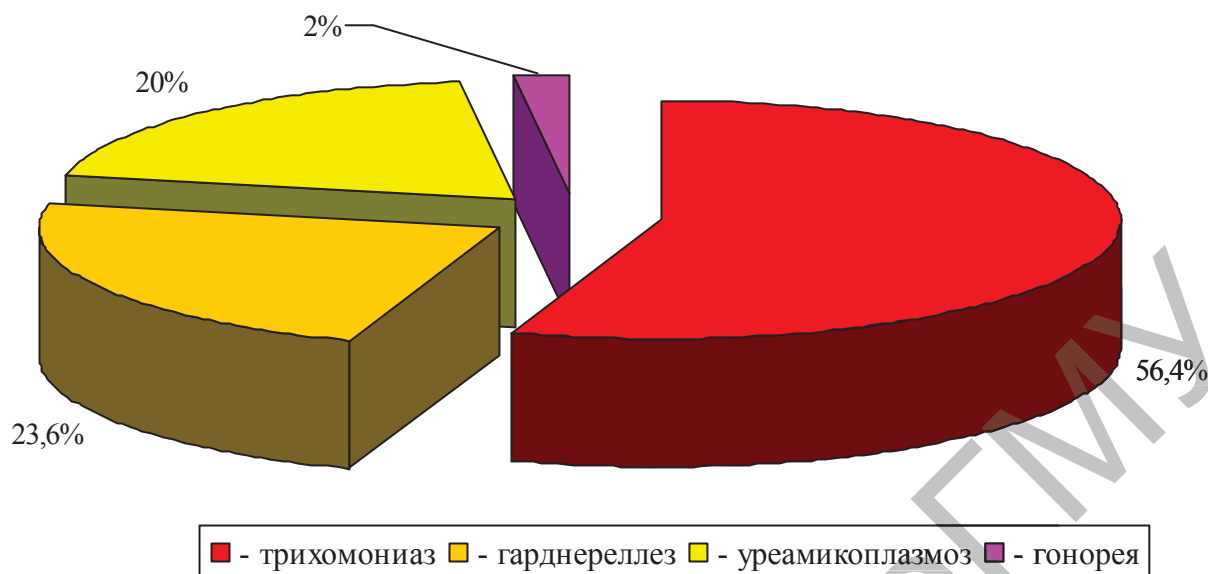


Рисунок 4.4 – Структура выявленных ИППП у девушек-подростков в 1984-1994 гг.

Второе рейтинговое место в структуре заболеваемости ИППП занимал гарднереллез (в 1984-1994 гг. регистрировался как ИППП) - $23,56 \pm 4,28\%$. Доля микоплазмоза и уреамикоплазмоза составила несколько более 20% - соответственно, $12,12 \pm 1,87\%$ и $8,97 \pm 0,89\%$. Ежегодно регистрировались единичные случаи гонореи.

Была зарегистрирована выраженная тенденция увеличения общей заболеваемости ИППП подростков: с $0,72 \pm 0,41\%$ - в 1984 г. до $1,59 \pm 0,12\%$ - в 1994 г. При этом среди ИППП значительно преобладал трихомониаз – $76,81 \pm 2,72\%$, доля иных ИППП не превышала 5%.

Достаточно высокий уровень общей заболеваемости ИППП, в первую очередь, трихомониазом, был следствием недостаточного охвата диспансерным наблюдением ($r = -0,8167$), и составил только $53,52 \pm 3,47\%$ от подлежащих наблюдению, в связи с отсутствием в эти годы единых стандартизированных подходов. В большинстве районов области диспансеризация не была организован. Ее эффективность составила только $50,34 \pm 5,38\%$. Кроме того, практически отсутствовала преемственность в оказании медицинской помощи данному мобильному контингенту пациенток: при перемене места жительства по окончании базовой или средней школы при поступлении в профессиональные училища, колледжи, университеты медицинская

документация из одной ОЗ в другую не передавалась и дальнейшее диспансерное наблюдение не осуществлялось ($r=0,7351$).

Установлено, что только $10,05 \pm 1,42\%$ девушек-подростков были взяты под диспансерное наблюдение с воспалительными заболеваниями придатков матки: преобладающей формой являлось обострение ХРС. Их госпитализация осуществлялась без четко определенных стандартизированных клинических показаний, на гинекологические койки, развернутые в различных ОЗ области. Ежегодно госпитализировались 10-15 пациенток, среди которых почти у 10% был диагностирован пельвиоперитонит, что значительно ухудшало прогноз генеративной функции ($r=0,6692$).

Раннее начало половой жизни, кроме увеличения первичной и общей заболеваемости ИППП, имело следствием также высокую заболеваемость эрозиями шейки матки ($r=0,8142$), занимавшими в структуре *выявленной гинекологической патологии* первое рейтинговое место - $37,12 \pm 2,19\%$. Кроме того, ранние половые контакты являлись причиной ежегодного выявления врачами ЖК *50-70 незапланированных беременностей* и *увеличения числа аборт*ов как основного метода регулирования рождаемости ($r=0,8073$). Причем, только $76,46 \pm 2,36\%$ всех аборт

ов были выполнены методом вакуум-аспирации, остальные (в сроке более 5-6 недель беременности) - травматичным методом кюретажа. Из произведенных аборт

ов $88,88 \pm 1,24\%$ составили прерывания первой беременности, что являлось крайне неблагоприятным для состояния РЗ и последующей реализации репродуктивной функции ($r=0,8724$). Проблема заключалась также в том, что современные ГК оказались недоступными для большинства девушек-подростков из-за их высокой стоимости ($r=0,7439$).

Удалось установить, что непосредственные послеабортные осложнения были зарегистрированы у $3,12 \pm 0,29\%$ пациенток, в основном в виде кровотечений. Из осложнений аборт

а необходимо особо выделить ВЗОМТ, зарегистрированные у $1,23 \pm 0,24\%$ подростков. Через 1 год после искусственного аборт

а количество женщин с нарушениями ЖРС увеличилось еще почти в 2 раза.

Характерно, что частота выявляемости ИППП у девушек- подростков, принявших решение о прерывании беременности, была выше, чем у женщин более старшего фертильного возраста ($p<0,05$). Чаше у них регистрировались и воспалительные заболевания придатков матки ($p<0,05$).

Увеличение заболеваемости ВЗЖПО пациенток сопровождалось различными формами нарушений менструальной функции ($r=0,8276$), доля которых в структуре выявленной гинекологической патологии за десятилетие удвоилась и составила $22,23\pm 1,58\%$ (третье рейтинговое место).

Первичная заболеваемость подростков нарушениями менструального цикла за десятилетие увеличилась на 36,4% и составила 3,9 на 1000 населения. Общая заболеваемость составила 4,5 на 1000 населения.

Частота и рост заболеваемости нарушениями менструальной функции у девушек-подростков были значительно более высокими, чем у пациенток более старшего репродуктивного возраста (18-49 лет) (рисунок 4.5.).



Рисунок 4.5 – Динамика заболеваемости нарушениями менструальной функции в 1984-1994 гг. (на 1000 женщин фертильного возраста)

Первичная и общая заболеваемость нарушениями менструального цикла имели следующую структуру: первое рейтинговое место занимал нерегулярный характер менструаций ($38,51\pm 3,14\%$), второе - альгодисменорея ($30,82\pm 2,46\%$),

причем, доля последней за десятилетие увеличилась почти в 2 раза ($p<0,05$). Третье рейтинговое место среди нарушений менструальной функции занимали ювенильные маточные кровотечения, доля которых за десятилетие увеличилась и в 1994 г. составила $12,26\pm 2,18\%$ ($p<0,05$) (рисунок 4.6).

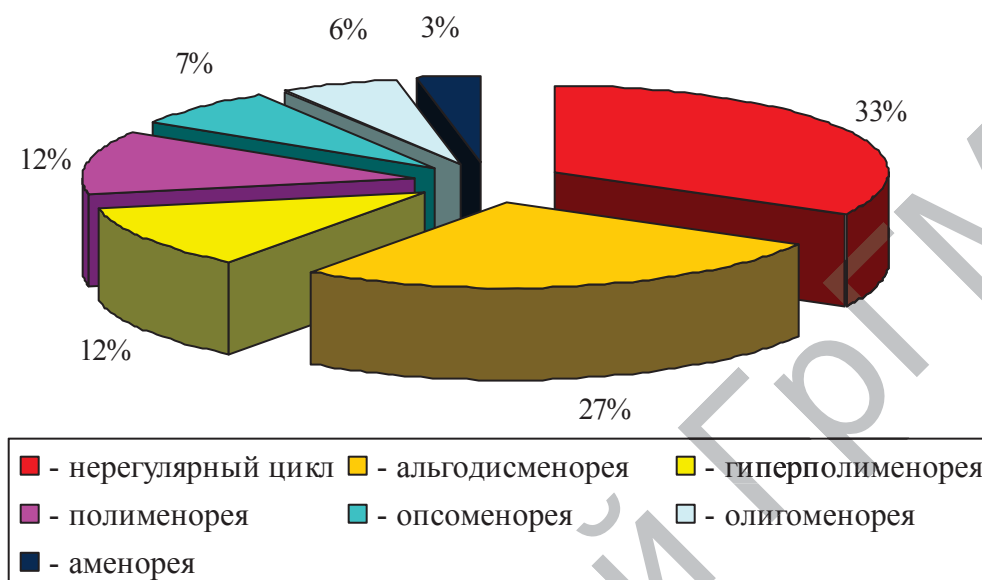


Рисунок 4.6 – Структура нарушений менструального цикла у девушек-подростков в 1984-1994 гг.

Изучение и анализ динамики заболеваемости позволили выявить взаимосвязь между прогрессирующим ухудшением РЗ пациенток, проявившимся нарушениями менструальной функции, и увеличением экстрагенитальной заболеваемости.

Так, врачами подростковой службы ежегодно выявлялись более 17000 экстрагенитальных заболеваний при 90%-м уровне охвата профилактическими осмотрами.

Основными группами впервые выявленных экстрагенитальных заболеваний явились: болезни органов дыхания – $24,26\pm 3,18\%$, заболевания системы пищеварения – $9,96\pm 1,35\%$ (преимущественно гастриты и дуодениты - $72,45\pm 2,86\%$), заболевания крови - $9,76\pm 2,19\%$ (преимущественно анемии - $84,63\pm 3,51\%$). Заболевания эндокринной системы были выявлены у $8,68\pm 2,64\%$ девушек-подростков: в их структуре дисфункции щитовидной железы занимали $95,34\pm 1,18\%$. Пятое рейтинговое место в структуре выявленной ЭГП занимали болезни мочеполовой

системы – $6,18 \pm 0,59\%$, в их структуре доля острого и хронического пиелонефрита составила $45,84 \pm 4,28\%$. Заболевания ЛОР-органов были выявлены у $4,27 \pm 0,82\%$ подростков, преимущественно хронический тонзиллит – $70,15 \pm 1,69\%$ (рисунок 4.7).

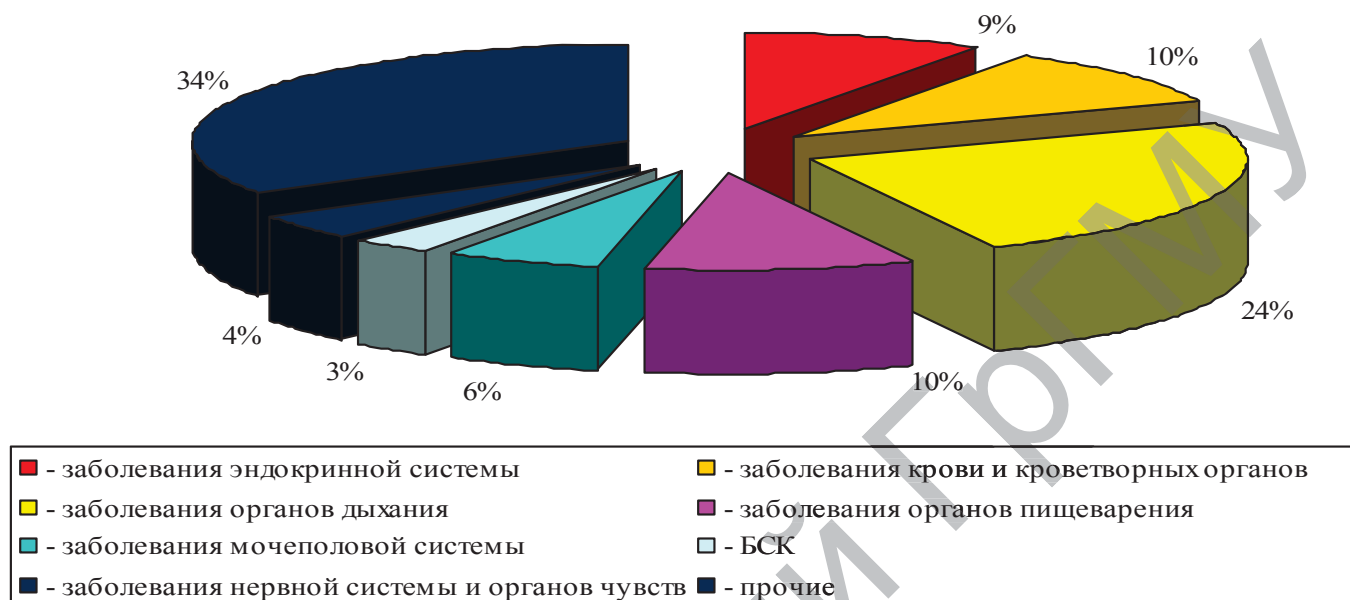


Рисунок 4.7 – Структура выявленной экстрагенитальной патологии у девушек-подростков в 1984-1994 гг.

Наиболее существенным было увеличение выявления заболеваний мочеполовой системы, число которых увеличилось на $53,83 \pm 6,26\%$ ($p < 0,05$), и анемий: их количество увеличилось в 2 раза ($p < 0,05$).

Показатель общей заболеваемости ЭГП пациенток возрос: с $67,82 \pm 3,14\%$ в 1984 г. до $85,65 \pm 4,26\%$ в 1994 г. ($p < 0,05$). Основные группы заболеваний: болезни органов дыхания – $18,63 \pm 5,47\%$, заболевания крови – $13,65 \pm 2,89\%$ и заболевания системы пищеварения – $11,58 \pm 1,83\%$. Заболеваниями эндокринной системы страдали $9,21 \pm 3,75\%$ подростков, болезнями системы кровообращения – $4,91 \pm 2,24\%$ пациенток, болезнями мочеполовой системы – $4,68 \pm 1,34\%$ девушек. Заболевания нервной системы и органов чувств были зарегистрированы у $4,38 \pm 0,59\%$ подростков.

Однако, несмотря на достаточно высокий уровень общей заболеваемости, только $74,64 \pm 2,46\%$ от подлежащих были охвачены диспансерным наблюдением.

Была выявлена устойчивая прямая корреляционная связь между уровнем первичной заболеваемости нарушениями менструального цикла и уровнями первичной заболеваемости девушек-подростков дисфункциями щитовидной железы ($r=0,7538$), анемиями ($r=0,7421$), пиелонефритами ($r=0,7038$) и хроническими тонзиллитами ($r=0,6528$).

4.2 Репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста (18-49 лет) с воспалительными заболеваниями половых органов

В 1984-1994 гг. доля ВЗЖПО в структуре первичной гинекологической заболеваемости среди женщин в возрасте 18-49 лет увеличилась почти на 25% (преимущественно за счет увеличения заболеваемости вульвовагинитами ($r=0,8376$) и достигла $41,62 \pm 6,66\%$ - первое рейтинговое место (рисунок 4.8).

В структуре общей гинекологической заболеваемости доля ВЗЖПО также увеличилась и составила $34,51 \pm 4,73\%$ - первое рейтинговое место.

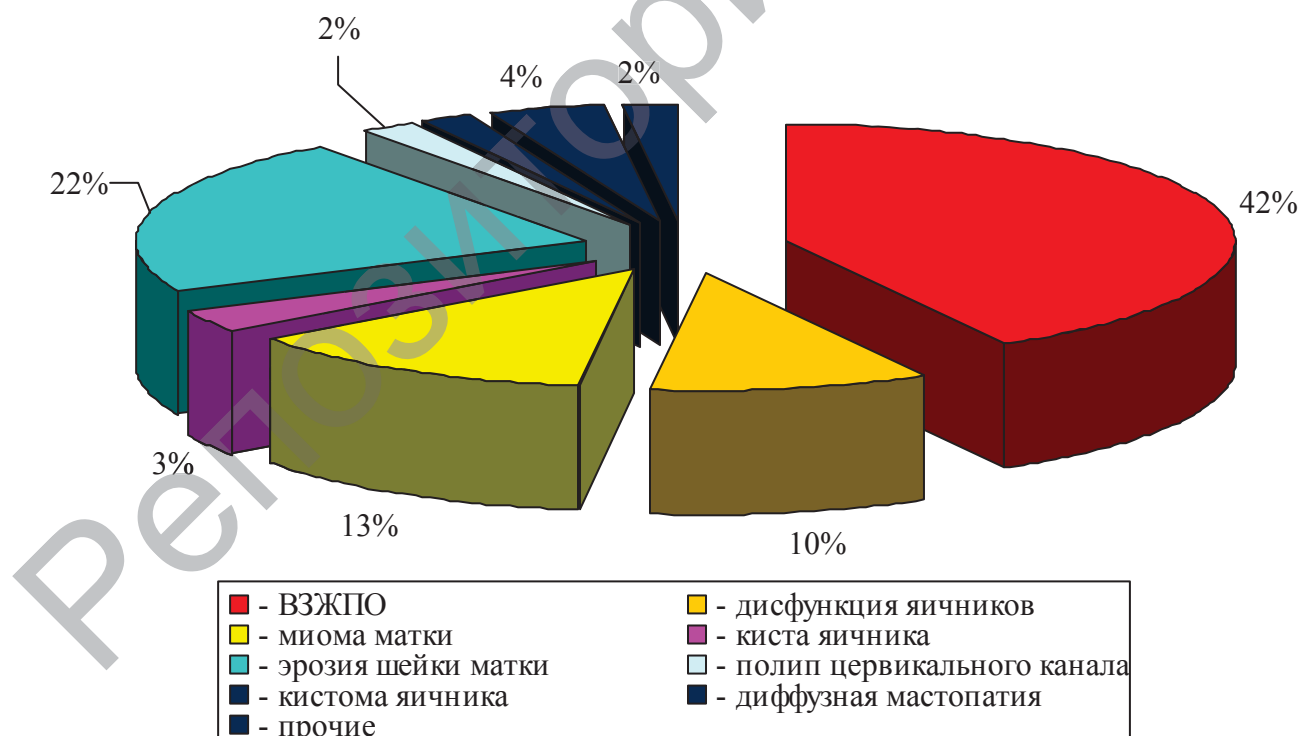


Рисунок 4.8 – Структура выявленной гинекологической патологии у женщин фертильного возраста (18-49 лет) в 1984-1994 гг.

Нозологическая структура первичной и общей заболеваемости ВЗЖПО идентична.

В нозологической структуре впервые выявленных ВЗЖПО доля вульвовагинитов составила $68,48 \pm 4,25\%$. На долю сальпингитов приходилось $20,42 \pm 1,24\%$. Удельный вес цервицитов составлял $7,29 \pm 1,37\%$. Доля бартолинитов не превышала 4% (рисунок 4.9).

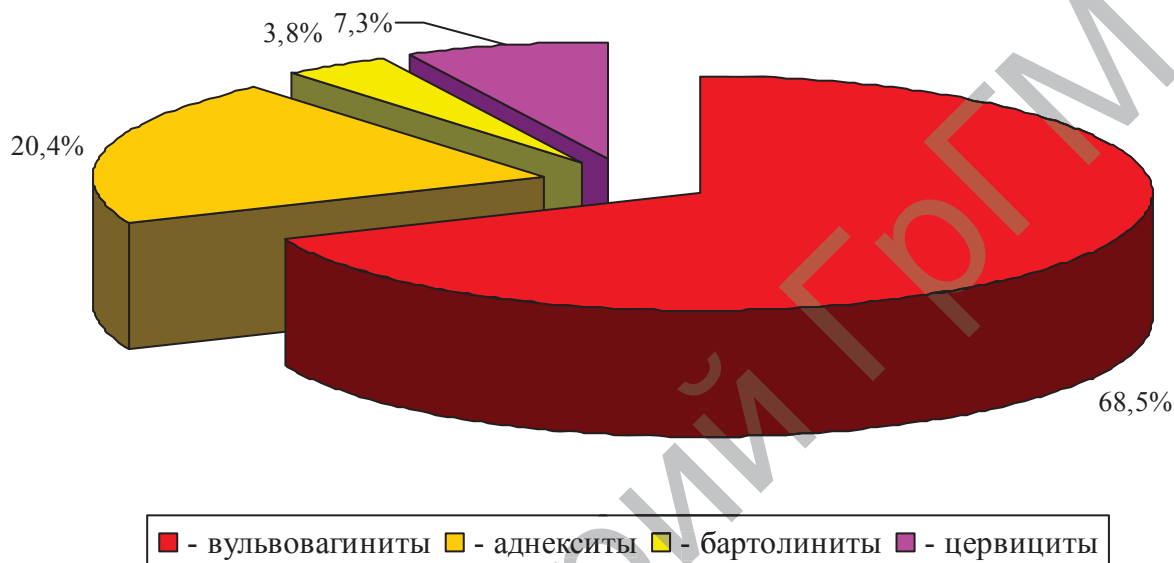


Рисунок 4.9 – Нозологическая структура выявленных ВЗЖПО у женщин фертильного возраста (18-49 лет) в 1984-1994 гг.

В 1984-1994 гг. в этиологической структуре вульвовагинитов наиболее часто регистрировался ВК, доля которого составила $42,27 \pm 2,56\%$. Доля ИППП составила $35,42 \pm 3,71\%$. Третье рейтинговое место занимали НИВЗ - $23,37 \pm 3,68\%$ (рисунок 4.10).

При изучении медико-социальных характеристик пациенток с ВК ($n=120$) установлено, что им были присущи ранний возраст сексуального дебюта ($r=0,9252$), наличие более трех половых партнеров ($r=0,8153$) и (или) одновременно нескольких половых партнеров ($r=0,7394$), отягощенность соматического анамнеза ($r=0,7225$), наличие негативных производственно-экологических факторов ($r=0,7174$), самостоятельная АБТ ($r=0,7043$), особенности питания ($r=0,6954$), выявление эктопий шейки матки ($r=0,6874$).

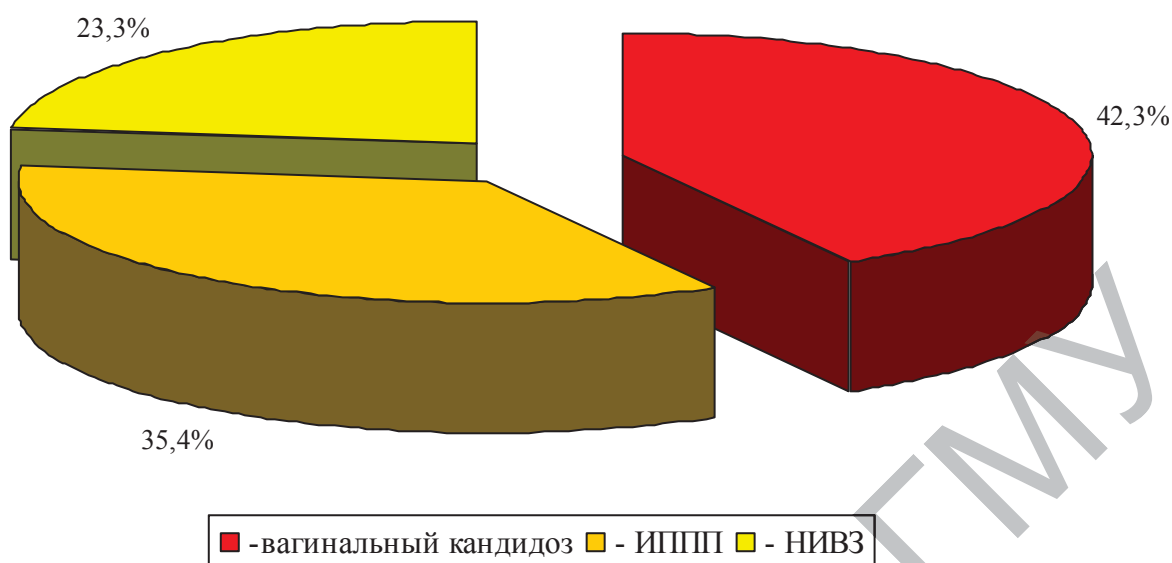


Рисунок 4.10 – Этиологическая структура вульвовагинитов у женщин фертильного возраста (18-49 лет) в 1984-1994 гг.

Бессимптомное течение ВК было зарегистрировано у $22,54 \pm 2,62\%$ пациенток. При этом их влияние на РЗ женщин оказалось не менее значимым, чем при наличии жалоб, так как они в течение длительного времени оставались невыявленными и, следовательно, без лечения: в первый год с жалобами в ЖК обратились $64,70 \pm 1,34\%$ пациенток, от двух до трех лет - $32,35 \pm 1,13\%$.

Однако при применении разработанного нами «Способа определения типа системной реакции организма человека» у пациенток до начала терапии был выявлен выраженный иммунологический дисбаланс: в сравнении со здоровыми женщинами через 6 ч. после нанесения вакуумной микротравмы у них наблюдалось достоверное уменьшение относительного содержания в единице объема Т-лимфоцитов (CD3) ($p < 0,05$). На срок 24 ч. изменения клеточного звена иммунитета были еще более выражены и характеризовались увеличением на $34,12 \pm 1,14\%$ относительного содержания Т-лимфоцитов (CD3), на $36,37 \pm 2,42\%$ - Т-хелперов (CD8), на $37,69 \pm 1,73\%$ - В-лимфоцитов (CD19). Через 1 неделю после однократного приема флуконазола в суточной дозе 150 мг у 95% пациенток после клинического и микологического излечения показатели иммунологической реактивности не нормализовались ни по одному из параметров. Проведенные исследования через 1 месяц после излечения

позволили установить, что если на срок 6 ч. после нанесения вакуумной микротравмы у 90% пациенток показатели клеточного звена иммунитета нормализовались, то на срок 24 ч. в пузырной жидкости относительное содержание Т-лимфоцитов (CD3) было увеличено на $27,81 \pm 2,16\%$, Т-хелперов (CD8) - на $32,26 \pm 2,35\%$, В-лимфоцитов (CD19) - на $36,56 \pm 3,03\%$. То есть, в организме пациенток в течение длительного срока сохранялись признаки иммунологического дисбаланса, вызванные действием инфекционного агента.

В процессе исследований установлено, что в структуре выявленных ИППП первое рейтинговое место занимал трихомониаз – $53,34 \pm 2,37\%$.

Второе рейтинговое место занимал гарднереллез (в 1984-1994 гг. регистрировался как ИППП, в настоящее время трактуется как дисбиоз влагалища) - $23,17 \pm 3,18\%$.

Доля мико- и уреамикоплазмоза в структуре ИППП составила $20,36 \pm 3,18\%$: $12,26 \pm 2,07\%$ и $8,13 \pm 0,56\%$, соответственно (рисунок 4.11).

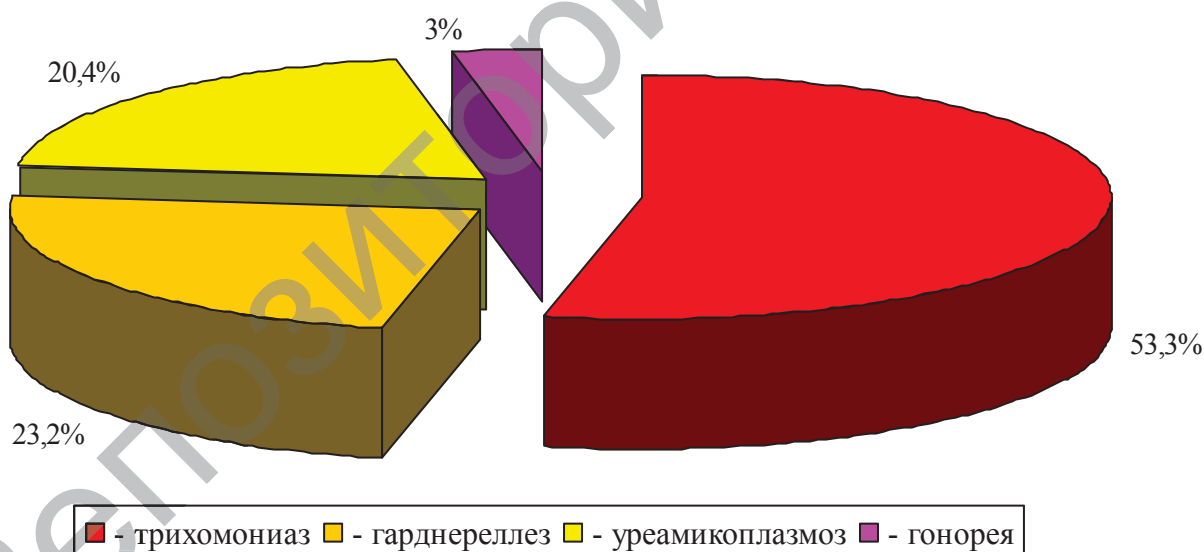


Рисунок 4.11 – Структура выявленных ИППП у женщин фертильного возраста (18-49 лет) в 1984-1994 гг.

Следует отметить, что значимость уреа- и микоплазменной инфекций, как первичного этиологического фактора, при вагинитах и прочих поражениях ЖРС до настоящего времени остается неоднозначной и дискуссионной [115, 136, 309]. Анализ

ситуации осложняется тем, что в МКБ-Х уреа- и микоплазмы исключены из группы ИППП.

Кроме того, в 1984-1994 гг. официальная регистрация велась не во всех районах области, а на базе областного кожно-венерологического диспансера велся учет лишь по смешанной нозологической форме «уреамикоплазмоз». Тем не менее, нам удалось выявить увеличение показателя первичной заболеваемости вагинальными уреа- и микоплазмами в области: с 54,3 – в 1984 г. до 199,3 – в 1994 г. на 100 тыс. населения (рисунок 4.12).

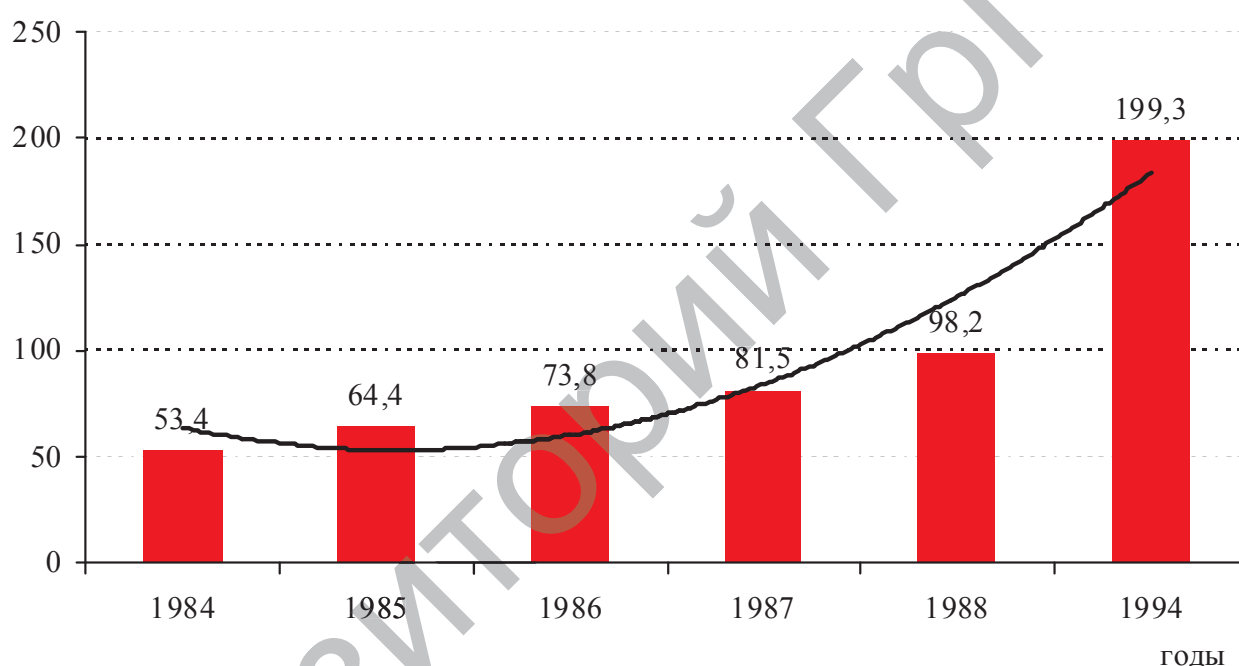


Рисунок 4.12 – Динамика заболеваемости уреа - и микоплазмами в 1984-1994 гг. (на 100 тыс. населения)

При изучении медико-социальных факторов, определяющих увеличение уровня заболеваемости уреа- и микоплазмами ($n=100$), установлена значимость раннего возраста сексуального дебюта (ранее 18 лет) для возникновения специфических вульвовагинитов ($r=-0,7472$) (рисунок 4.13).

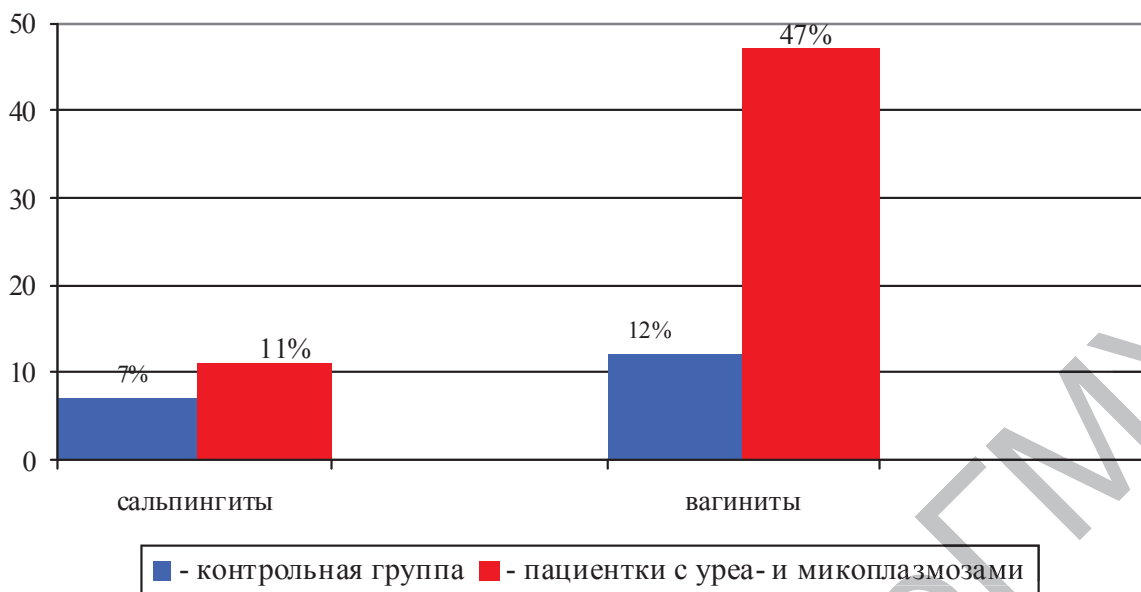


Рисунок 4.13 – Ранние сексуальные дебюты как фактор «риска» заболеваемости вагинитами уреа- и микоплазменной этиологии

Установлена также значимость наличия трех и более половых партнеров как факторов «риска» заболеваемости вагинитами уреа- и микоплазменной этиологии ($r=0,7235$) (рисунок 4.14).

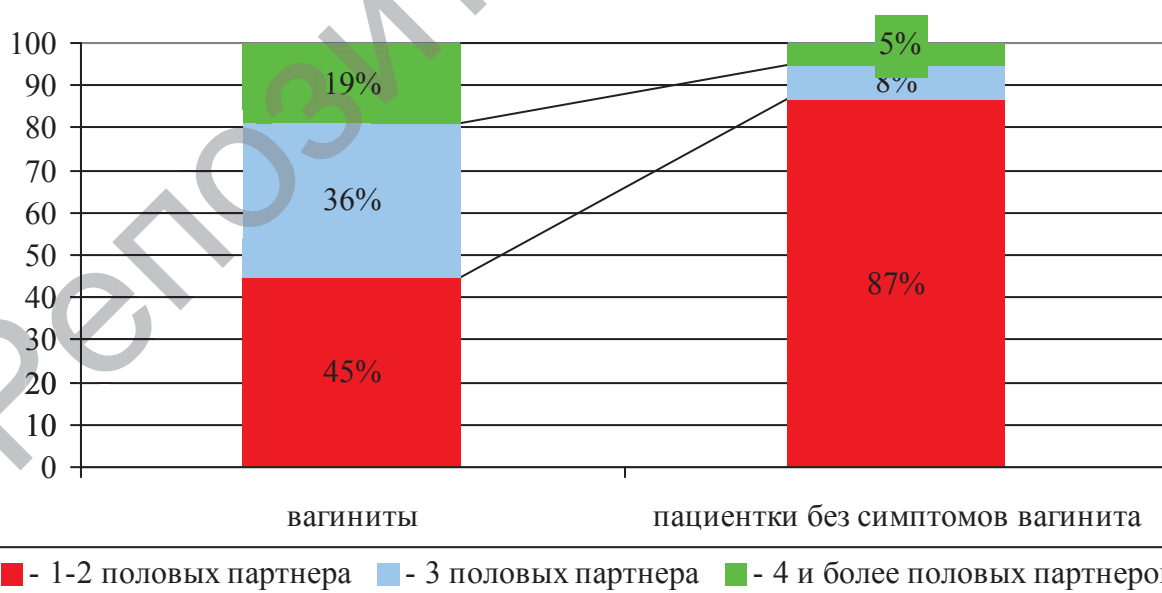


Рисунок 4.14 – Количество половых партнеров у пациенток с вагинитами уреа- и микоплазмозной этиологии

Наиболее поражаемой возрастной группой оказались пациентки в возрасте 18-19 лет ($r=0,6458$), которые реже использовали барьерные методы контрацепции (рисунок 4.15).

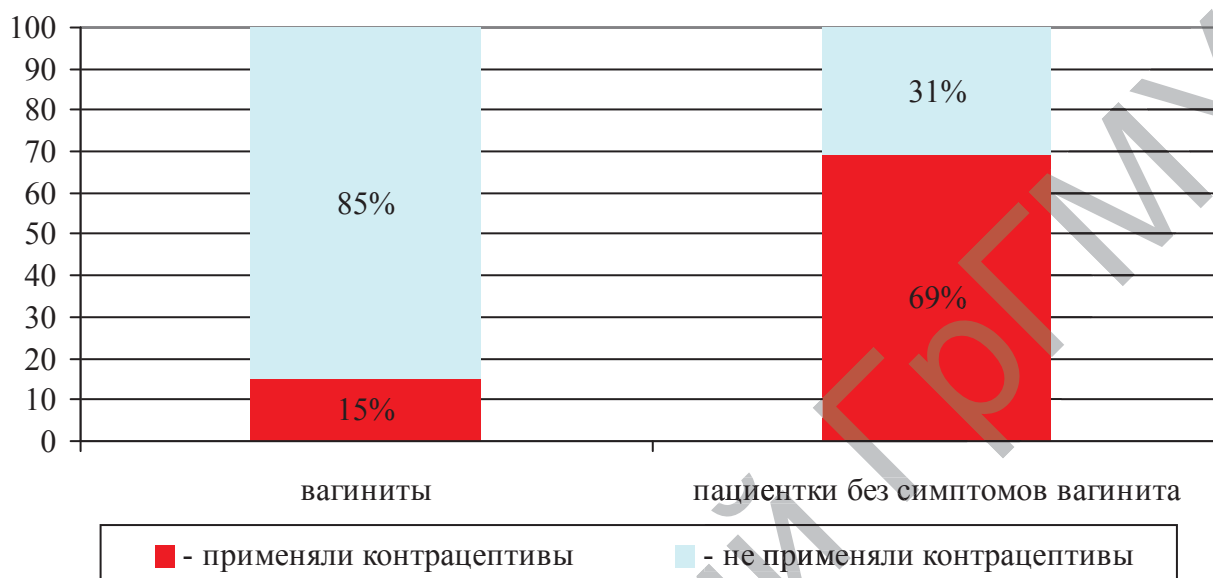


Рисунок 4.15 – Применение барьерных методов контрацепции пациентками с вагинитами уреа- и микоплазмозной этиологии

При изучении этиологической структуры ВЗЖПО у пациенток, состоявших под диспансерным наблюдением в ЖК в 1984-1994 гг., установлено, что доля хламидиоза составила $10,96 \pm 1,43\%$. Показатель первичной заболеваемости хламидиозом увеличился с 2,9 в 1984 г. до 235,6 на 100 тыс. населения в 1994 г., что было связано с внедрением новых методов диагностики ($r=0,7648$) и улучшением регистрации ($r=0,7256$). Преобладающей топической формой поражения при хламидиозе являлось обострение ХРС (74,0%).

При изучении состояния ЖРС и медико-социальных характеристик пациенток с ХРС ($n=250$), получавших лечение на амбулаторном этапе, установлено, что пик заболеваемости приходился на возрастную группу от 21 до 25 лет (средний возраст - $28,0 \pm 5,86$ г., длина тела - $1,64 \pm 0,07$ м, масса тела - $60,08 \pm 1,17$ кг). Значимый фактор наличия заболевания - воспитание женщин в неполных семьях ($r=0,6458$).

Образовательный ценз пациенток был невысоким. 40,0% из них составляли женщины со средним и неполным средним образованием (рисунок 4.16). 16,0% обследованных временно не работали или не имели определенной занятости, 6,0% - выполняли работу, не соответствующую полученному образованию. 10,0% - были заняты на сезонной работе. Соответственно, материально обеспеченными считали себя 36,0% женщин.

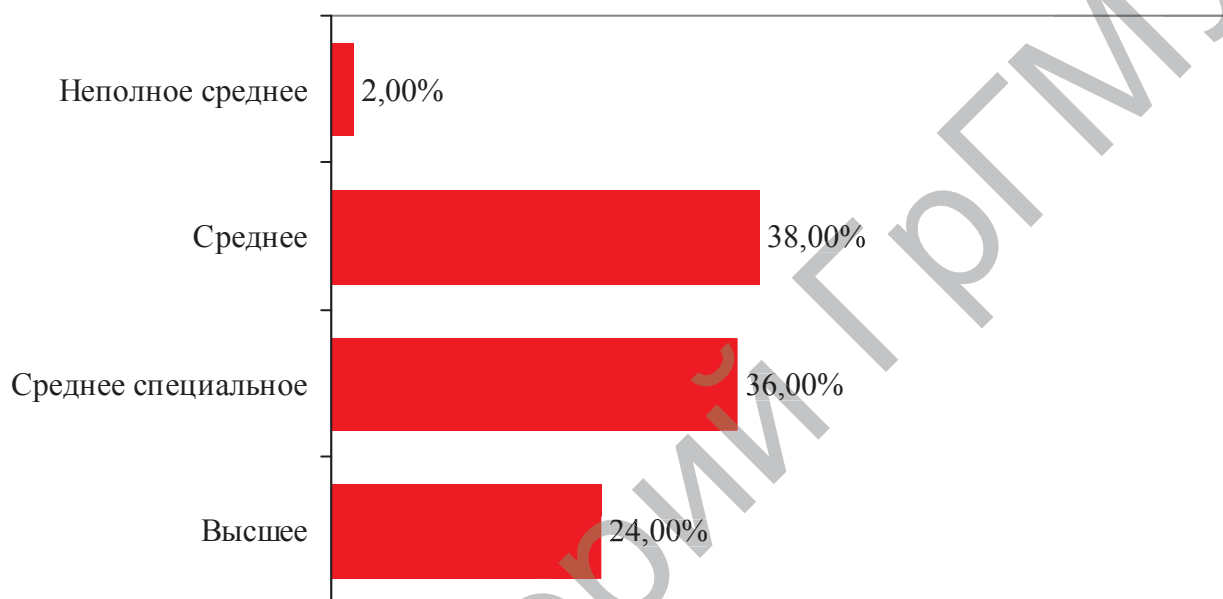


Рисунок 4.16 – Особенности образовательного ценза пациенток с хроническими сальпингитами

При оценке физического развития пациенток по шкале Ferriman и Gallwey гирсутое число составило $12,68 \pm 0,43$, гормональное число - $8,82 \pm 0,34$. У большинства обследованных выявлена IV и V степени развития молочных желез по схеме Таннера – соответственно, 40,0% и 36,0%. Возраст наступления менархе составлял $12,69 \pm 0,46$ г.

Для пациенток характерны гормональные нарушения в виде гиперэстрогении в фолликулиновую или лютеиновую фазу, что связано с гиперреакцией яичников в ответ на возбуждение гипоталамо-гипофизарного звена эндокринной регуляции под воздействием инфектов ($r=0,6872$) (таблица 4.1).

Таблица 4.1 - Концентрация гормонов в сыворотке крови пациенток с ХРС в динамике менструального цикла

Название гормона	Фолликулиновая фаза (M±m)	Лютеиновая фаза (M±m)
Фолликулостимулирующий гормон (мМЕ/мл)	11,73±1,23	6,98±1,79
Лютеинизирующий гормон (мМЕ/мл)	3,29±1,53	4,68±1,57
Пролактин (нг/мл)	30,23±3,69	
Эстрадиол (нмоль/л)	0,66±0,06	0,99±0,09
Прогестерон (нмоль/л)	6,26±2,67	36,12±4,73

Наличие гипоэстрогении свидетельствовало об угнетении функции яичников у 6-8% обследованных в зависимости от фазы менструального цикла (рисунок 4.17).

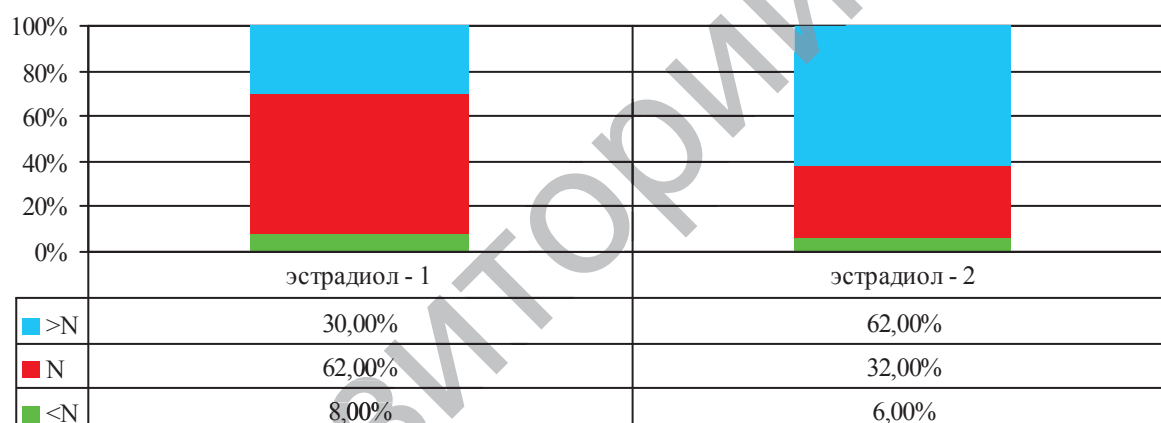


Рисунок 4.17 – Долевое соотношение пациенток с ХРС в зависимости от содержания эстрадиола в сыворотке крови

Гормональные нарушения имели следствием нарушения менструального цикла у пациенток ($r=0,8237$). Характер нарушений не имел принципиальных отличий от таковых у девушек-подростков. Преобладали нерегулярный характер менструаций ($33,12\pm1,48\%$) и альгодисменорея ($26,92\pm3,56\%$) (рисунок 4.18).

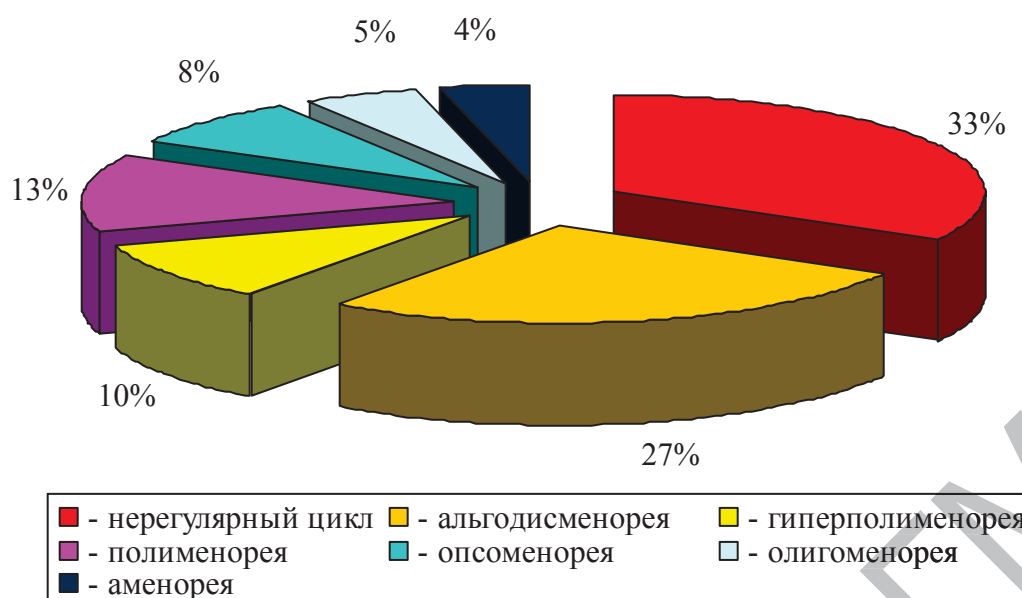


Рисунок 4.18 - Структура нарушений менструальной функции у пациенток с ХРС

Доля пациенток со сниженной концентрацией лютеинизирующего гормона в крови в фолликулиновую фазу составила 8,0%, в лютеиновую фазу - 10,0%. В лютеиновую фазу повышение содержания в крови лютеинизирующего гормона зарегистрировано у 8,0% женщин, что свидетельствует о дисфункциональном состоянии гипоталамо-гипофизарной системы. Удельный вес пациенток с повышенным содержанием в крови фолликулостимулирующего гормона в фолликулиновую фазу составил 32,0%, в лютеиновую фазу - 50,0%. Повышение концентрации пролактина в крови зарегистрировано у 17,5% обследованных, что, по-видимому, было связано с нарушениями у них синтеза и обмена дофамина. Снижение концентрации пролактина в крови выявлено у 5% пациенток.

Ранние сексуальные дебюты ($16,27 \pm 4,75$ г.) и частая смена половых партнеров - более 50% пациенток не состояли в браке или проживали в «гражданском» браке (рисунок 4.19), половые контакты с тремя и более партнерами (36,0% женщин) являлись выраженными факторами «риска» возникновения ХРС: $r=0,7631$ и $r=0,7631$, соответственно.

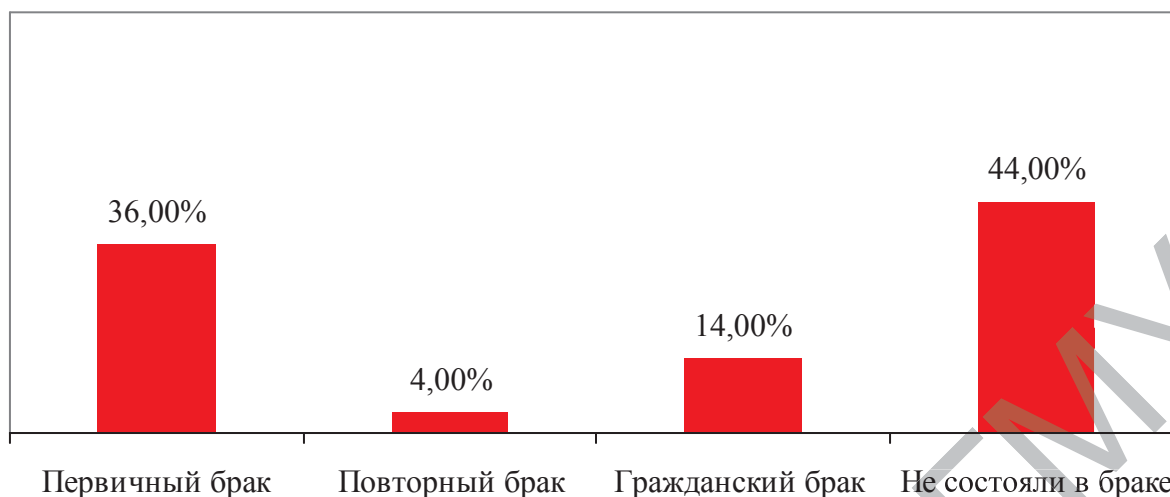


Рисунок 4.19 – Особенности семейного анамнеза пациенток с ХРС

Зарегистрирован достаточно высокий уровень охвата пациенток ВМС (12% женщин, в том числе использовавших данный вид контрацепции при обострениях ХРС; средняя длительность применения ВМС составила $6,1 \pm 0,3$ г.) и ГК (22,0% женщин). Однако только 16,0% обследованных обратились к врачам ЖК для получения консультации по выбору метода контрацепции самостоятельно, еще 26,0% пациенток были охвачены контрацепцией активно, а большинство женщин или использовали недостаточно эффективные (30,0% - барьерные) методы, или их не применяли (18,0%). Следствием этого являлась высокая частота аборт и регуляций менструального цикла (далее – РМЦ): по 3 - на каждую пациентку ($r=0,7631$).

Изучение причин первичного обращения в ЖК позволило установить, что аборт являлись одним из ведущих медико-социальных факторов «риска» возникновения ВЗЖПО.

Так, 10,0% пациенток с ХРС обратились впервые в ЖК за получением направления на прерывание беременности. Выявлена устойчивая прямая корреляционная связь между уровнем абортов и уровнем впервые выявленных послеабортных метроэндометритов у пациенток ($r=0,8342$), а также между уровнем абортов и уровнем впервые выявленных ВЗЖПО у пациенток при обращении в ЖК ($r=-0,8264$).

Следует подчеркнуть, что в рассматриваемый период в области, как и в целом по Республике Беларусь, регистрировалась высокая распространенность аборт – в 1984 г. показатель на 1000 женщин фертильного возраста составил 66,2, в 1994 г. - 55,6 (рисунок 4.20).

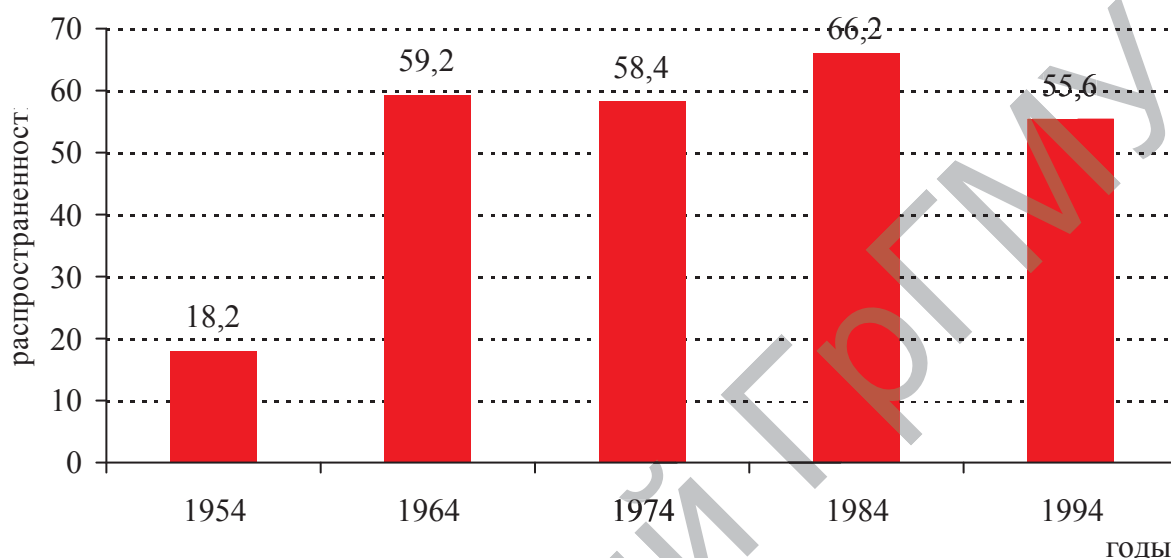


**Рисунок 4.20 – Распространенность абортов в Гродненской области
(на 1000 женщин фертильного возраста)**

Несмотря на рост использования РМЦ для прерывания беременности в ранние сроки (если в 1984 г. в области было произведено 3533 РМЦ, то в 1994 г. - уже 9660 ($p < 0,05$): темп роста составил 273,4% с темпом прироста 173,4%.) основным методом производства абортов у пациенток с ХРС оставалось выскабливание полости матки (выраженный фактор «риска» развития эндометрита ($r = 0,8498$). При этом выписка из стационара после аборта осуществлялась на вторые-третьи сутки, профилактическое лечение не назначалось, не рекомендовались контрольные осмотры врачами акушерами-гинекологами, что являлось одной из причин высокой частоты – $68,12 \pm 3,74\%$ - возникновения ВЗЖПО после прерывания беременности ($r = 0,7928$).

Гинекологический анамнез у большинства пациенток был отягощен ВЗЖПО, манипуляциями и оперативными вмешательствами на половых органах. Так, вульвовагинитами уже до начала половой жизни страдали 4,0% женщин. Диатермокоагуляции шейки матки были выполнены у 22,0% женщин,

криодеструкции – у 6,0% пациенток. 10,0% женщин перенесли операции на органах малого таза. Травмы промежности или шейки матки в родах были у 8,0% женщин. При обострениях ХРС длительно самостоятельно проводили АБТ 8,0% пациенток.

Гинекологическая патология у пациенток носила полиорганный характер. Высокий удельный вес ИППП имел следствием наличие у них патологических процессов шейки матки ($r=0,8628$), доля которых в структуре выявленной гинекологической патологии составила 26,0%, в том числе: эрозии шейки матки – 22,0%, полипы цервикального канала – 2,0%, дисплазии – 2,0%.

На 1 женщину приходилось более 1,2 экстрагенитальных заболеваний. Наиболее часто регистрировались хронический тонзиллит – 26,0%, эутиреоидный зоб – 14,0%, анемию – 12,0%, хронический пиелонефрит – 12,0%, хронический цистит – у 10,0%, хронический колит – 4,0%.

При изучении иммунологической резистентности у пациенток с ХРС с применением разработанного нами «Способа определения типа системной реакции организма человека» у всех обследованных был выявлен так называемый гиперэргический тип иммунограммы, для которого характерна устойчивая динамика нарастания моноцитарной эмиграции в пузырную жидкость в течение суток с перекрестом между 6 и 12 ч. исследования. Так, на срок 6 ч. наблюдения у пациенток с ХРС в сравнении со здоровыми женщинами наблюдалось уменьшение на $24,4 \pm 2,76\%$ относительного содержания Т-лимфоцитов (CD3), на $28,3 \pm 1,92\%$ - Т-супрессоров (CD8) на $30,4 \pm 2,15\%$ - В-лимфоцитов (CD19) ($p < 0,05$). На срок 24 ч. изменения клеточного звена иммунитета были еще более выраженными и характеризовались увеличением на $24,1 \pm 2,37\%$ относительного содержания Т-лимфоцитов (CD3), на $44,1 \pm 2,65\%$ - Т-хелперов (CD4), в 2,9 раза – Т-супрессоров (CD8), в 1,9 раза - В-лимфоцитов (CD19), снижением иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) до $0,80 \pm 0,028$ ($p < 0,05$).

Установлено, что в рассматриваемое десятилетие госпитализация пациенток с ХРС по-прежнему осуществлялась без четко определенных показаний, и они составляли основной контингент среди больных с ВЗОМТ в гинекологических стационарах.

Для уточнения характера нарушений РЗ у данного контингента женщин были изучены медико-социальные характеристики пациенток с ХРС (средний возраст составил $25,2 \pm 1,05$ г.), пролеченных в гинекологическом отделении Гродненского роддома ($n=377$).

Исследованиями подтверждены полученные ранее данные, что характерными особенностями полового анамнеза пациенток являлись ранние сексуальные дебюты, частая смена половых партнеров у женщин, не состоявших в браке (рисунок 4.21).

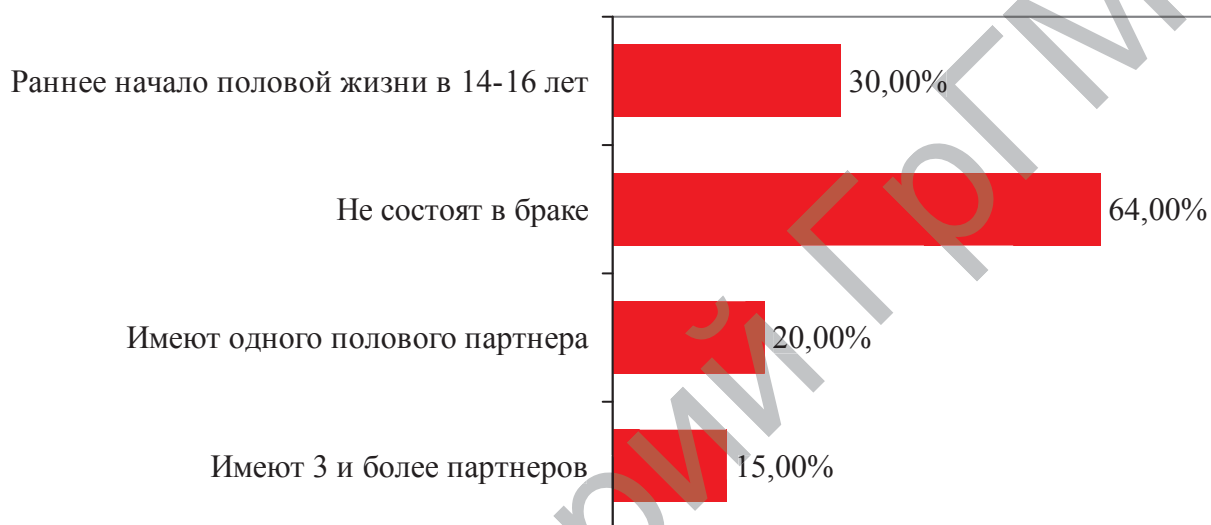


Рисунок 4.21 - Особенности полового анамнеза пациенток с ХРС

Регулярно посещали врача-гинеколога ЖК только 74,27% пациенток и только при наличии жалоб обращались к врачу 25,73% женщин.

Среди пациенток 33,95% имели неполное среднее и среднее образование; 42,17% - специальное среднее; 23,60% - неоконченное высшее и высшее. Установлена взаимосвязь наличия у пациенток ХРС и низкого образовательного уровня ($r=0,8048$), ранних половых дебютов ($r=0,7964$), добрачных зачатий ($r=0,7658$) и искусственных абортов ($r=0,7243$).

Почти 25% пациенток работали в промышленности (преимущественно - низко квалифицированные рабочие), более 20% были или инженерно-техническими работниками (ИТР), или работали в сфере обслуживания (20,1%). Почти 18% пациенток работали в отраслях социальной сферы. Доля работниц прочих сфер деятельности не превышала 5% (рисунок 4.22).

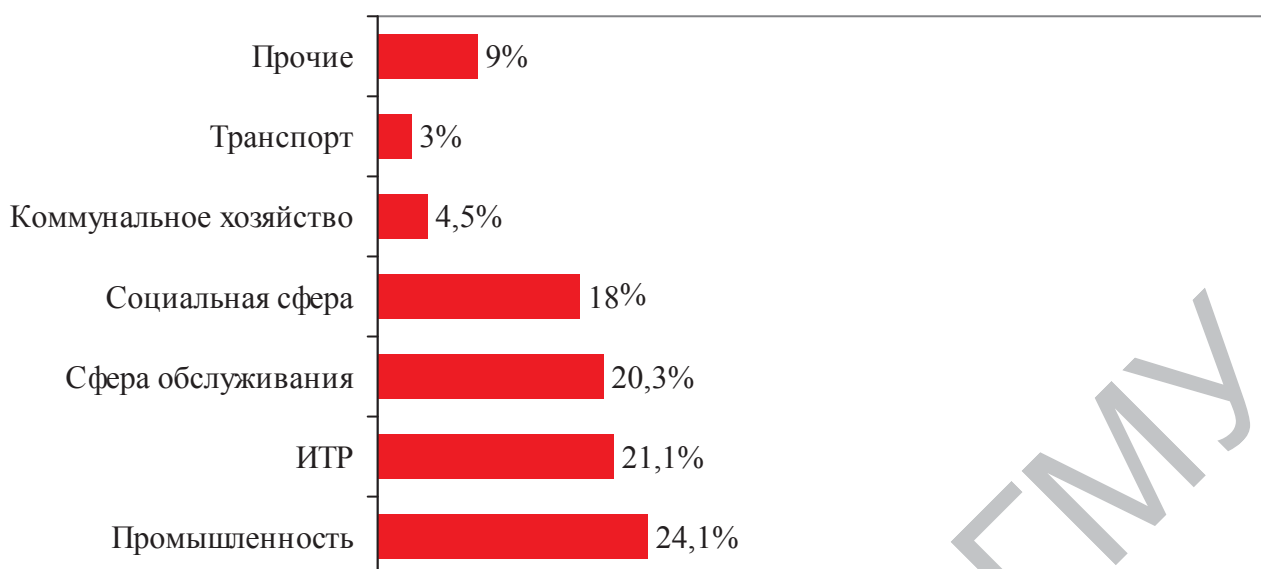


Рисунок 4.22 - Социально-профессиональная принадлежность женщин с ХРС

Длительность заболевания у всех пациенток составила от 1 г. до 12 лет. Большинство женщин болели от 5 до 10 лет (44,03%), от 3 до 5 лет - 37,13%, у 10,34% обследованных длительность заболевания составила более 10 лет. У 87,79% пациенток обострения заболевания были зарегистрированы два и более раза в год.

Более поздний возраст вступления в брак лиц с высшим образованием не снижал вероятности возникновения ХРС ($r=0,7964$) вследствие гинекологических заболеваний ($r=0,68943$), осложнений аборт ($r=0,6732$) и в силу возрастных изменений ($r=0,6428$).

В среднем на 1 пациентку приходилось 2,2 перенесенных гинекологических заболевания. Причем, у 90,71% из них выявлены различные нарушения менструальной функции, проявившиеся в виде альгодисменореи (57,02%), метроррагии (17,24%), меноррагии (14,05%), аменореи (2,65%). Нарушения менструальной функции возникали в среднем через $3,61 \pm 0,71$ г. после перенесенного острого ВЗЖПО. Нами была выявлена прямая выраженная корреляционная связь нарушений менструальной функции у пациенток и наличия ВЗЖПО ($r=0,8658$).

Различные нарушения в ЖРС были выявлены у 74,27% пациенток (самопроизвольные аборты – 12,73%, НБ - 11,67%, эктопическая беременность – 6,89%, преждевременные роды – 4,50%). Данные нарушения были выявлены через $2,14 \pm 1,71$ г. после перенесенного острого ВЗЖПО и явились его следствием

($r=0,7828$). Частота обтурационных поражений маточных труб у пациенток составила 29,97%. Нами подтверждена значимость хронических ВЗОМТ для возникновения бесплодия ($r=0,6733$).

У 45,35% пациенток в анамнезе были одни и более родов. Однако 51,19% пациенток не планировали беременность (рисунок 4.23).

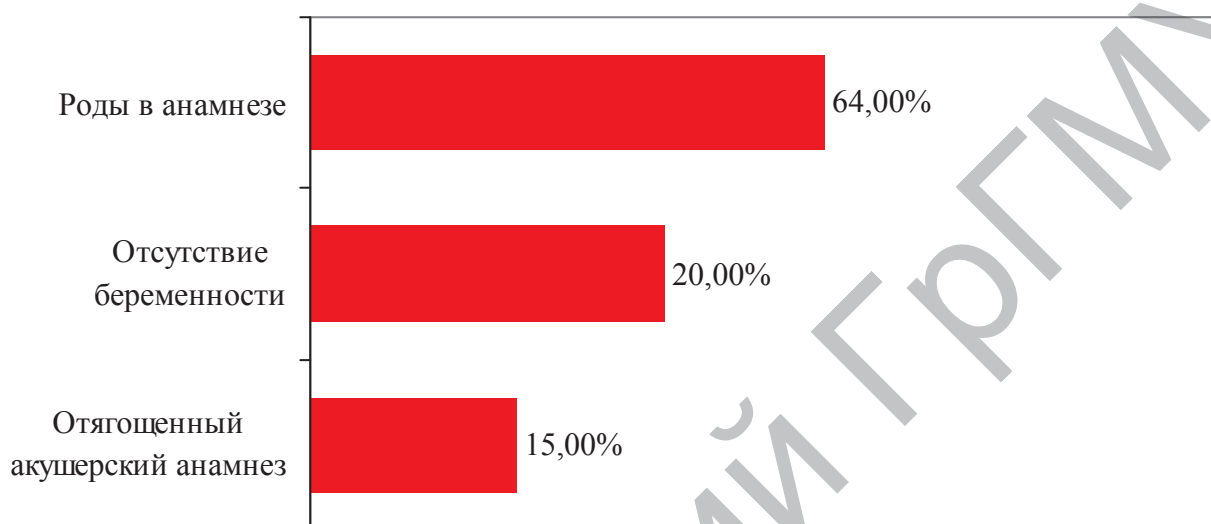


Рисунок 4.23 - Характеристика генеративной функции пациенток с ХРС

Среди изученных факторов, которые предшествовали или могли способствовать развитию последнего обострения заболевания, наиболее значимой оказались предшествовавшая менструация ($r=0,7658$) и смена полового партнера ($r=0,7243$).

У 89,38% пациенток до начала лечения были зарегистрированы влагалищные мазки с III и IV степенью чистоты, и только в 10,61% - мазки с I и II степенью чистоты. Это свидетельствует о выраженных нарушениях барьерной функции влагалища, связанных с длительной и нерациональной АБТ при лечении частых обострений ХРС ($r=0,7243$), осложнениями после родов или аборт ($r=0,7058$), отказом от применения средств контрацепции ($r=0,7058$), особенно барьерных ($r=0,6733$), наличием большого количества половых партнеров ($r=0,6293$).

При обследовании у 39,52% пациенток был обнаружен ВК, что являлось показателем дисбиотического состояния влагалища; у 10,34% - трихомониаз, что свидетельствовало о снижении эффективности барьерной функции слизистой

влагалища и цервикального канала и способствовало восходящему инфицированию верхних отделов половых органов ($r=0,8614$).

Частота случаев беременности среди пациенток составила 14,0, а случаев ее абортного исхода – 10,0 на 100 женщин, что оказывало выраженное негативное влияние на состояние РЗ ($r=0,8691$).

Установлено, что 37,14% пациенток не применяли средств контрацепции (это явилось основной причиной искусственных абортов ($r=0,8931$), 31,29% женщин длительно (5 и более лет) использовали ВМС, 10,34% пациенток применяли ГК, более чем для 20% пациенток основным методом контрацепции было прерванное половое сношение, спринцевание и их сочетание. Причинами абортов также явились семейные конфликты ($r=0,7969$), незарегистрированный брак ($r=0,7517$), материальные затруднения ($r=0,7736$), неудовлетворительные жилищные условия ($r=0,7286$), занятость на работе или учебе ($r=0,6943$), состояние здоровья ($r=0,6782$).

Значительная часть пациенток страдали ЭГП, на каждую из них приходилось 1,2 экстрагенитальных заболевания (рисунок 4.24).

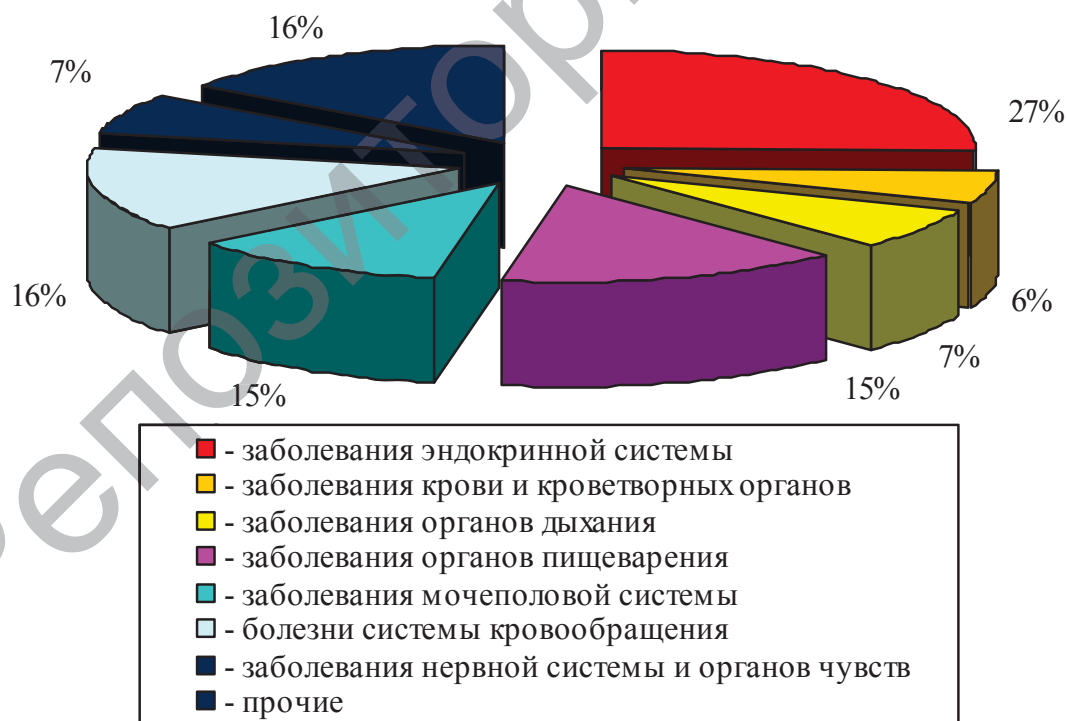


Рисунок 4.24 – Структура экстрагенитальной патологии у пациенток с ХРС

Основными группами заболеваний являлись: заболевания эндокринной системы - $27,12 \pm 2,85\%$, болезни системы кровообращения - $16,19 \pm 3,41\%$, заболевания нервной системы и органов чувств - $15,89 \pm 3,59\%$. Несколько реже регистрировались болезни мочеполовой системы – $15,41 \pm 2,34\%$ и заболевания системы пищеварения – $15,28 \pm 2,83\%$.

Следует отметить, что в целом среди пациенток с ВЗЖПО уровень впервые выявленной ЭГП в 1984 г. составил 1165‰ с тенденцией увеличения в течение десятилетия до 1452‰ - в 1994 г. (рисунок 4.25).

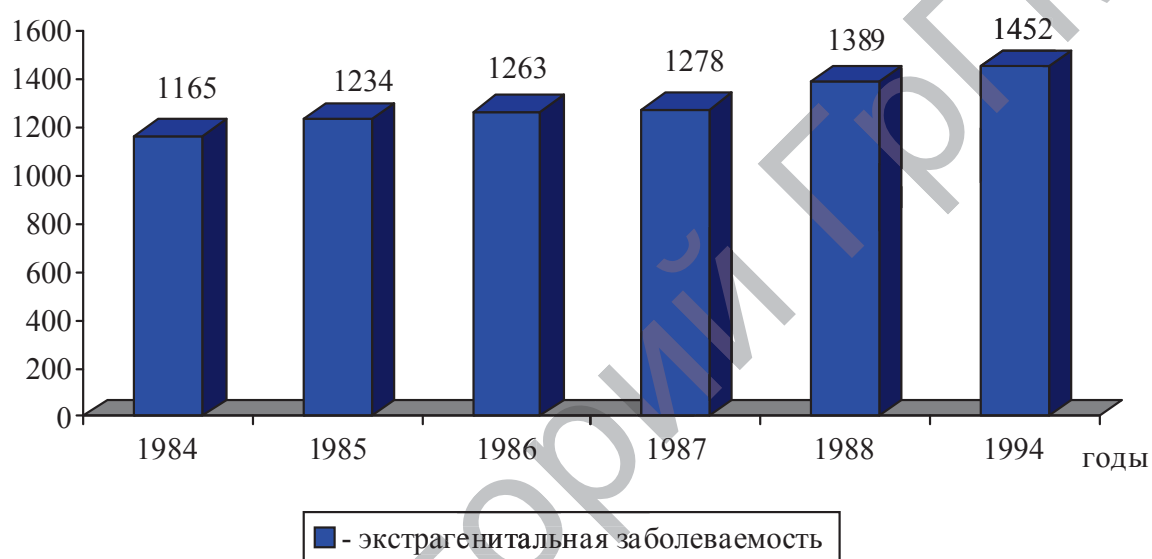


Рисунок 4.25 - Динамика впервые выявленной экстрагенитальной заболеваемости у пациенток с ВЗЖПО в 1984-1994 годы (‰)

Так, в 1994 г. по сравнению с 1984 г. зарегистрирован достоверный рост заболеваемости болезнями системы кровообращения - в 2,4 раза, болезнями нервной системы - в 2,0 раза, болезнями системы пищеварения - в 1,8 раза.

За десятилетие достоверно увеличилась доля пациенток, отнесённых к часто болеющим (в 1,4 раза), а также увеличились показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности: число дней временной нетрудоспособности на 100 пациенток (на 128,2 дня или 10,5%) и средняя продолжительность одного случая (на 1,4 дня).

Проведенный корреляционный анализ позволил связать рост экстрагенитальной заболеваемости с недостаточным материальным положением ($r=0,7832$), низким уровнем первичных медико-санитарных знаний ($r=0,7649$), нерациональным и неполноценным питанием ($r=0,6793$).

Однако, несмотря на высокий уровень ЭГП у пациенток с ВЗЖПО, в рассматриваемый период не проводились мероприятия по ее прегравидарной санации, а информация о выявленной и диспансеризируемой патологии не передавалась врачами-терапевтами поликлиник в ЖК.

4.3 Роль воспалительных заболеваний половых органов в формировании неблагоприятного исхода беременности и родов

Изучение первичной обращаемости в ЖК по поводу ВЗЖПО в 1984-1994 гг. позволило выявить чрезвычайно неблагоприятное их влияние на ЖРС: синдром хронической тазовой боли зарегистрирован у $22,46 \pm 4,16\%$ впервые обратившихся, бесплодие - у $38,63 \pm 4,29\%$, эктопическая беременность – $1,82 \pm 0,79\%$ пациенток, что обусловило значительные медицинские, социальные и экономические проблемы.

У беременных из-за низкой технической оснащенности ОЗ спектр выявленных ВЗЖПО был достаточно «узким» ($r=0,7973$). Наиболее частым ВЗЖПО являлся ВК, его доля составила $45,67 \pm 5,19\%$, причем, первый эпизод заболевания у $32,69 \pm 4,68\%$ женщин выявлен именно во время беременности. Наибольшая частота поражения ВК зарегистрирована в третьем триместре беременности ($69,23 \pm 5,26\%$) и у первородящих ($57,49 \pm 6,38\%$). Вторыми по частоте встречаемости были НИВЗ – $43,12 \pm 3,71\%$. третьи рейтинговое место занимали вагиниты уреа- и микоплазмозменной этиологии - $6,12 \pm 0,32\%$. Доля специфических заболеваний (гонорея и трихомониаз) и гарднереллеза не превышала 2% (рисунок 4.26).

Первичный уровень заболеваемости угрозой прерывания беременности определялся высокой частотой инфицированности нижних половых путей у беременных. Регистрировалось постоянное увеличение количества самопроизвольных выкидышей ($r=0,8728$).

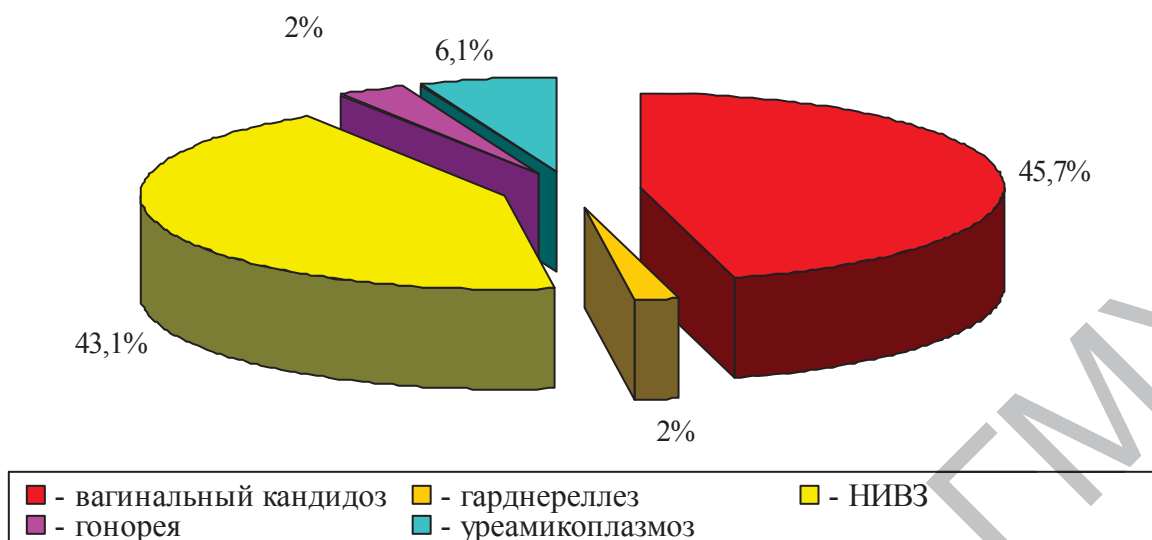


Рисунок 4.26 – Этиологическая структура вагинитов у беременных в 1984-1994 гг.

Выявлена выраженная прямая корреляционная связь между уровнем впервые выявленных ВЗЖПО и частотой преждевременных родов ($r=0,7269$), доля которых в структуре родов в 1984 г. достигла максимального значения и составила $4,31 \pm 0,37\%$.

Доля пациенток с ВЗЖПО в структуре состоявших под диспансерным наблюдением во внебеременном состоянии в кабинетах по профилактике НБ только незначительно увеличилась: с $38,4\%$ - в 1984 г. до $41,8\%$ - в 1994 г. ($p < 0,05$), а доля беременных, получавших противовоспалительное лечение, даже несколько уменьшилась: с $62,9\%$ - в 1984 г. до $59,5\%$ - в 1994 г. (таблица 4.2).

В 1984-1994 гг. почти 30% пациенток поступали в гинекологические стационары по поводу самопроизвольного прерывания беременности или угрозы прерывания в сроки до 28 недель. В связи с этим были изучены медико-социальные характеристики и роль ВЗЖПО как фактора НБ среди пациенток, находившихся в активном репродуктивном возрасте (средний возраст составил $27,52 \pm 1,43$ г.) и находившихся на стационарном лечении по поводу самопроизвольного выкидыша (первая подгруппа - $n=78$) и угрозы преждевременных родов (вторая подгруппа - $n=296$) в гинекологическом отделении Гродненского роддома.

Таблица 4.2 – Диспансеризация в специализированных кабинетах по профилактике НБ в Гродненской области в 1974-1994 гг.

Показатели	Годы			
	1984		1994	
	Абс	%	Абс	%
Взято на учет вне беременности, в том числе по причинам:	529	100	543	100
- гормональная недостаточность	188	35,5	149	27,4
- истмико-цервикальная недостаточность	48	9,1	52	9,6
- пороки матки и синехии	4	0,8	3	0,6
- гипоплазия матки	10	1,9	19	3,5
- ЭГП	51	9,6	58	10,7
- резус-конфликт	25	4,7	35	6,4
- ВЗЖПО	203	38,4	227	41,8
Прошли лечение до наступления беременности	199	100	234	100
Сохраняли беременность в стационаре с привычным НБ	1165	100	1387	100
Находились на диспансерном учете беременными	124	100	356	100
Прошли лечение всего, в том числе:	1165	100	1567	100
- гормональное	425	36,5	589	37,6
- хирургическое	7	0,6	46	2,9
- противовоспалительное	733	62,9	932	59,5

Установлено, что анамнез был отягощен у 29,94% и 11,49% женщин обеих подгрупп ($p<0,05$), в том числе в виде новообразований половых органов и гиперпластических процессов молочных желез - 37,43% и 8,55% пациенток, соответственно ($p<0,05$), и эндокринопатий – 42,51% и 5,3% ($p<0,05$). Выявлены прямые выраженные корреляционные связи между неблагоприятным исходом беременности и наличием у пациенток гормонально зависимых заболеваний половых органов ($r=0,7984$), а также наличием дисфункций щитовидной железы ($r=0,76390$).

Нарушения менструальной функции зарегистрированы у 53,2% пациенток, что явилось значимым фактором НБ ($r=0,7496$). Более половины женщин (57,48%) с

самопроизвольным выкидышем страдали олигоменореей, 22,45% - дисменореей, 9,89% - полименореей.

Выявлены прямые выраженные корреляционные связи между неблагоприятным исходом беременности и наличием в анамнезе пациенток преждевременных родов [$r=0,8936$], самопроизвольных выкидышей [$r=0,8672$], искусственных абортов ($r=0,8724$) и бесплодия ($r=0,8215$).

В структуре гинекологической патологии была высокой доля ВЗЖПО: 47,59% у женщин с самопроизвольным выкидышем, и 14,17% - у пациенток с угрозой прерывания беременности. У женщин с самопроизвольным выкидышем преобладали НИВЗ – 22,45%, воспалительные заболевания шейки матки – 12,56%, сочетанные заболевания – 27,54%. У 32,62% пациенток с самопроизвольным выкидышем и 8,02% беременных с угрозой прерывания имелись указания на наличие трихомониаза и ВК. В процессе исследований выявлена выраженная прямая корреляционная связь между наличием ВЗЖПО и неблагоприятным исходом беременности ($r=0,7198$), а также между наличием ВЗЖПО и угрозой преждевременных родов [$r=0,7359$], что подтвердило высокую медико-социальную значимость ВЗЖПО как фактора «риска» НБ.

Среди основных причин ПС в Гродненской области, которые были изучены нами в период 1991-1995 гг. (в связи с переходом на новую систему регистрации), сохранялась классическая триада: недоношенность, ВПР, гипоксически-травматические энцефалопатии. При этом показатель ПС был высоким и составлял $9,9 \pm 0,4\%$ (мертворождаемость - $5,8 \pm 0,3\% \pm 0,4\%$, ранняя неонатальная смертность - $4,1 \pm 0,3\%$).

Установлено, что ВЗЖПО имели особое значение и в генезе возникновения ВПР у плодов. Выявлена выраженная прямая корреляционная связь между уровнем впервые выявленных воспалительных заболеваний и наличием ВПР у плодов ($r=0,7721$). Показатель выявляемости ВПР в 1984-1994 гг. увеличился и достиг 313 случаев ($p<0,05$). Это привело к тому, что в 1994 г. ВПР в структуре заболеваемости новорожденных заняли второе рейтинговое место - $19,1 \pm 1,1\%$.

При изучении причин ПС от ВПР установлено, что в структуре врожденных аномалий доля пороков нервной трубки превышала 50%: максимум показателя был достигнут к 1998 г. (рисунок 4.27).

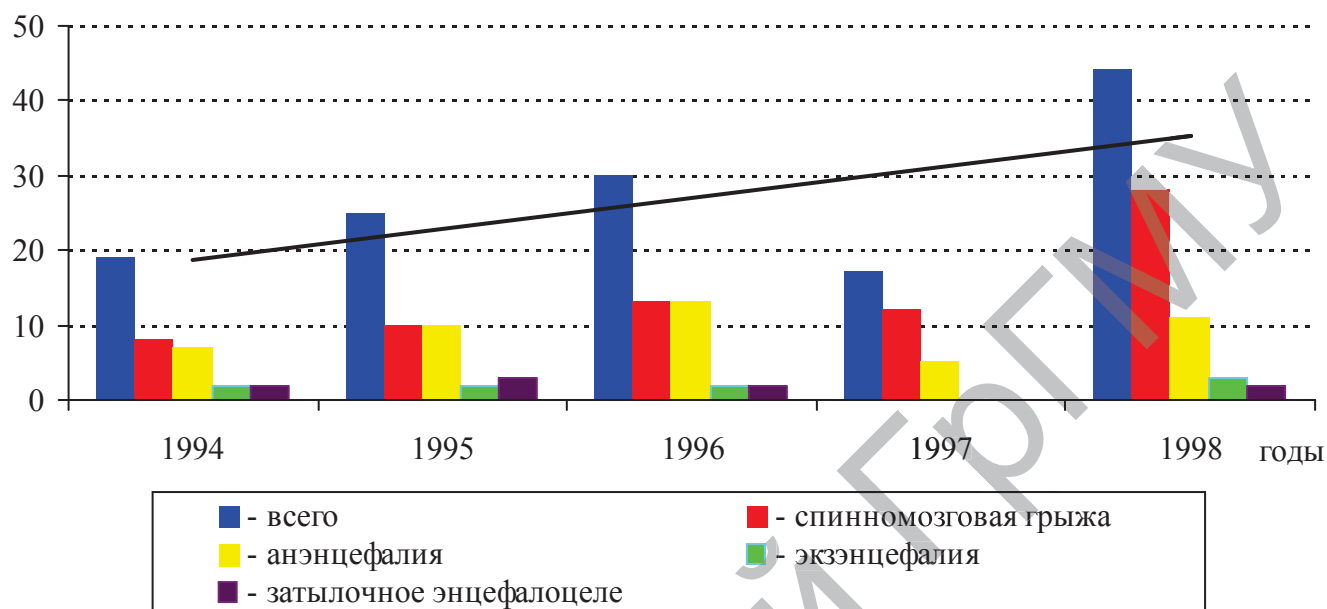


Рисунок 4.27 – ВПР нервной трубки, выявленные пренатально в 1994-1998 гг. в сроках беременности более 12 недель

В генезе ВПР у плодов значимыми факторами являлись отягощенность анамнеза воспалительными заболеваниями ЖКС ($r=0,7924$) и ВЗЖПО в ранние сроки гестации ($r=0,7641$), а также наличие заболеваний щитовидной железы у беременных ($r=0,7829$).

Высокий уровень ВПР в структуре ПС в значительной мере определялся нерациональной организацией работы по проведению медико-генетического консультирования как на прегравидарном этапе ($r=0,8672$), в том числе и семейного консультирования, так и во время беременности ($r=0,7945$). На прегравидарном этапе в 1994 г. были консультированы только $0,18 \pm 0,02\%$ семейных пар, а во время беременности – $7,72 \pm 1,08\%$ женщин. Не были также регламентированы оптимальные сроки проведения ультразвуковых исследований во время беременности с целью выявления ВПР у плода. Не оптимизировались и потоки беременных, направляемых для обследования, с учетом имеющейся диагностической ультразвуковой аппаратуры.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы.

1. Уровень первичной заболеваемости ВЗЖПО в 1984-1994 гг. увеличился на 25%, преимущественно за счет увеличения заболеваемости вульвовагинитами специфической и неспецифической этиологии ($r=0,8376$).

2. Ранние сексуальные дебюты у пациенток и частая смена половых партнеров являлись выраженными факторами «риска» возникновения ХРС: $r=0,7631$ и $r=0,7631$, соответственно; более 50% пациенток не состояли в браке или проживали в «гражданском» браке.

3. Низкий образовательный уровень ($r=0,8048$), добрачные зачатия ($r=0,7658$) и искусственные аборты ($r=0,7243$) также являются факторами «риска» развития ХРС.

4. Выраженные гормональные нарушения, угнетение иммунных механизмов защиты у пациенток и снижение резистентности организма у пациенток с хламидиозом ведет к развитию хронизации ВЗЖПО ($r=0,7649$) с исходом в бесплодие ($r=0,6733$).

5. На 1 пациентку с ХРС приходилось 2,2 перенесенных гинекологических заболевания, причем, различные нарушения менструальной функции были выявлены у 90,71% из них, проявившиеся в виде альгодисменореи (57,02%), метроррагии (17,24%), меноррагии (14,05%), аменореи (2,65%), которые возникали в разные сроки ($3,61 \pm 0,71$ года) после перенесенного острого ВЗЖПО; выявлена прямая выраженная корреляционная связь нарушений менструальной функции у пациенток и наличия ХРС ($r=0,8658$).

6. Различные нарушения в ЖРС были характерны для 74,27% пациенток с ХРС (самопроизвольные аборты – 12,73%, НБ - 11,67%, эктопическая беременность – 6,89%, преждевременные роды – 4,50%); данные нарушения выявлены через $2,14 \pm 1,71$ г. после перенесенного острого ВЗЖПО, и стали его следствием ($r=0,7828$).

7. Нарушения в ЖРС у пациенток с ВЗЖПО усугублялись поздними обращениями за медицинской помощью при наличии гинекологической патологии, нерациональной АБТ, ростом экстрагенитальной заболеваемости (на каждую из них приходилось не менее 1,2 экстрагенитальных заболеваний), в первую очередь,

дисфункциями щитовидной железы, анемиями, пиелонефритами, хроническими тонзиллитами, абортами.

8. Высокий уровень заболеваемости беременных ВЗЖПО, а также дисфункциями щитовидной железы и анемиями стал основной причиной формирования ВПР у плодов, развития угрозы НБ, что имело следствием увеличение частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, являлось причиной неблагоприятных исходов беременности ($r=0,7198$) и родов ($r=0,7359$).

9. С учетом выявленных множественных корреляций нарушений состояния ЖРС и медико-социальных характеристик, женщины фертильного возраста с ВЗЖПО являются группой повышенного медико-социального «риска», а сохранение их РЗ – многокомпонентная проблема современной медицины.

ГЛАВА 5

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

5.1 Сексуальное и репродуктивное поведение пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов

Несмотря на то, что важнейшей характеристикой самосохранения является репродуктивное поведение, определяющее не только здоровье индивидуума, но и воспроизводство здоровых поколений, в настоящее время большинство среди пациенток с ВЗЖПО ведет довольно беспорядочную и «рискованную» половую жизнь, о чем свидетельствуют результаты анкетирования 1000 пациенток. Так, в группе женщин 23-27 лет доля сексуально активных респонденток (имевших более трех половых контактов в неделю) составила 93,07%, а в группе более молодого репродуктивного возраста (18-22 лет) - 40,83%. Ранний возраст сексуальных дебютов был зарегистрирован у 42,2% опрошенных, причем, в возрасте до 16 лет - у 25,4% женщин. Однако, на вопрос «Имеет ли отрицательное влияние на состояние здоровья раннее начало половой жизни?», 52% опрошенных не смогли ответить, что свидетельствует о дефиците первичных медицинских знаний, что, в свою очередь, выразилось в дефектах в самосохранительного поведения пациенток.

Так, начало половой жизни у многих женщин с ВЗЖПО отличал элемент случайности и спонтанности: длительность знакомства с первым половым партнером только у 20,2% пациенток составила более года, столько же опрошенных встречались с партнером от нескольких недель до нескольких месяцев; многие (22,8%) приобрели свой первый сексуальный опыт с партнером, длительность знакомства с которым была не более недели.

Сексуальные связи до брака одобрили 71,6% женщин, 28,4% - были потенциально настроены на совместную жизнь без регистрации брака, 8,4% - не

возражали против случайного секса, 7,6% - терпимо относились к супружеской измене и 4,8% - к сексуальным связям помимо постоянного партнера (рисунок 5.1). Причем, по мнению анкетированных, начинать половую жизнь следовало в $16,53 \pm 0,14$ г., вступать в брак - в $22,75 \pm 0,21$ г. (рисунок 5.1).

Из сексуально активных женщин почти 30% указали только одного партнера; столько же – двух или трех, каждая седьмая сменила от четырех до шести партнеров, 7,1% респонденток – от семи до десяти. Почти 10% опрошенных не смогли вспомнить количество сексуальных партнеров.

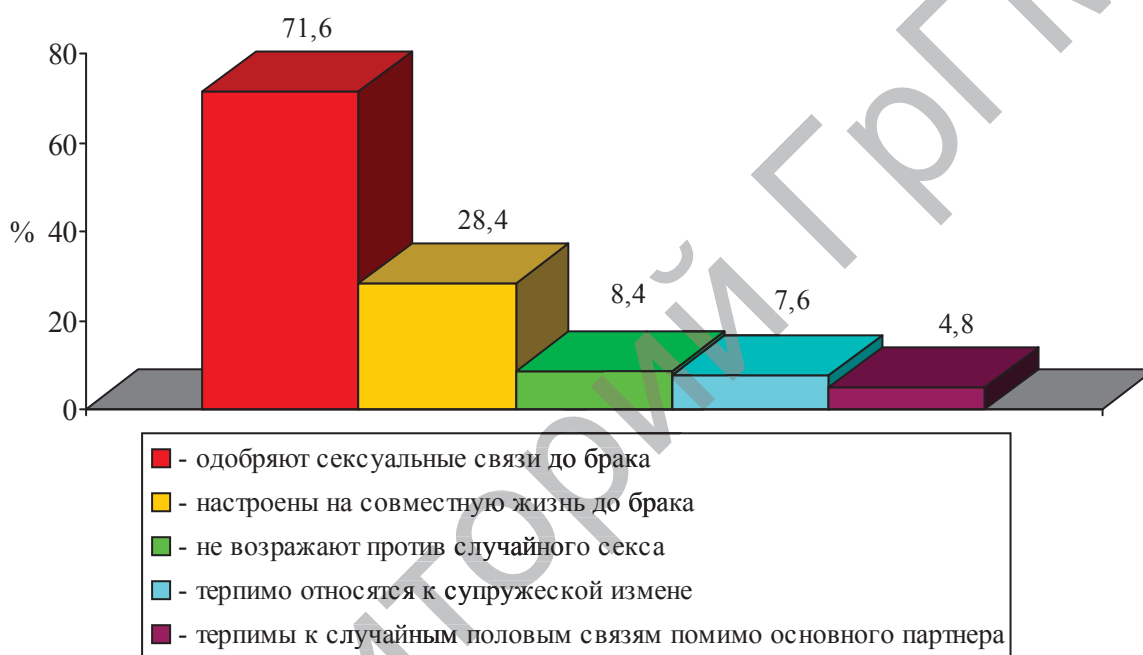


Рисунок 5.1 – Социологические характеристики сексуального поведения пациенток с ВЗЖПО

Пациентки более молодого репродуктивного возраста значительно чаще меняли половых партнеров, чем женщины в возрасте 23-27 лет ($p < 0,05$), причем, это характерно для них и по самой частоте смены партнера – реже или чаще 1 раза в месяц (рисунок 5.2).

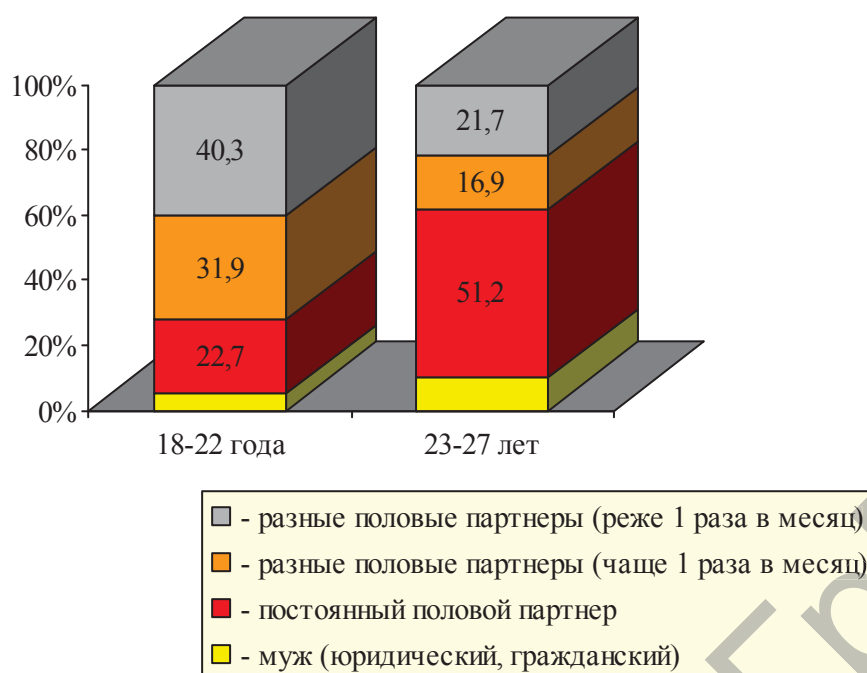


Рисунок 5.2 - Характеристика сексуальных отношений по постоянству полового партнера (% от сексуально активных в возрастных группах)

Несмотря на достаточно хаотичную половую активность, одним из заявляемых приоритетов в системе ценностных ориентаций опрошенных является семья (80% от числа опрошенных). При этом ценность семьи для молодых женщин увеличивается с возрастом: 18-22 г. – 67,0%, 23-27 лет – 90,0% ($p < 0,05$) (рисунок 5.3).

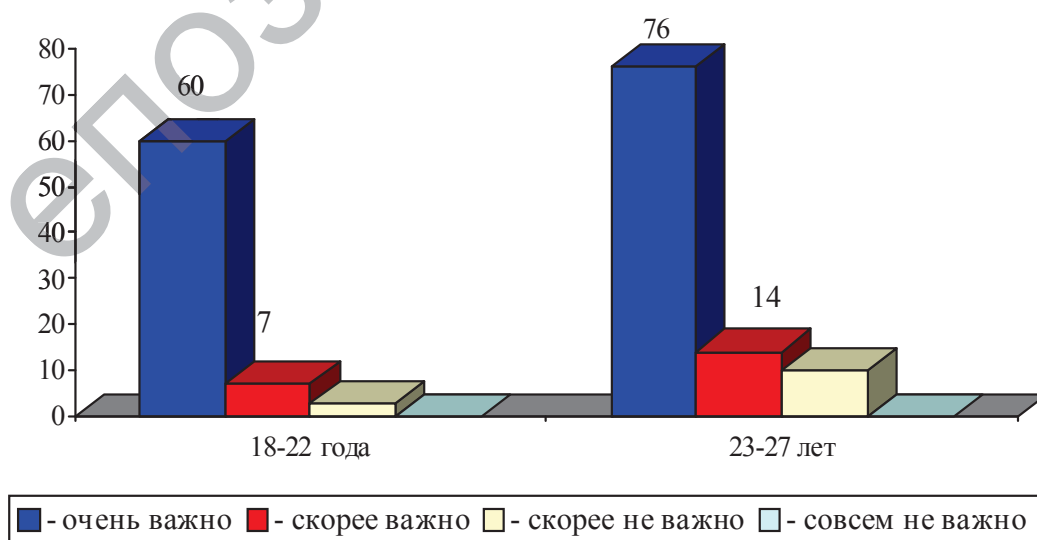


Рисунок 5.3 – Оценка важности ценности семьи среди женщин с ВЗЖПО

Значительное большинство опрошенных – 78,6% - ориентированы на раннее (до 20 лет) вступление в брак. Однако только 12,8% пациенток проживали в юридическом браке, 35,2% - с постоянным половым партнером без семейных отношений («гражданский брак»). В возрастной группе 18-22 лет доля пациенток, состоявших в браке или имевших постоянного полового партнера, составила всего 25,8%

Не допускали возможности внебрачного деторождения 48,0% опрошенных, 26,0% - не имели определенного мнения, а 22,0% женщин такую возможность не исключали. Это свидетельствует о недостаточно высоком нравственном уровне пациенток, и отражением недостатков в работе по формированию ЗОЖ и половому воспитанию женщин из группы повышенного медико-социального «риска».

Изучение особенностей репродуктивных установок пациенток с ВЗЖПО показало, что идеальным для рождения первого ребенка они считали возраст $22,3 \pm 0,06$ г. Это нашло подтверждение у женщин, уже имевших детей: возраст рождения первенца составил $22,5 \pm 0,01$ г.

Для изучения сущности трансформации репродуктивного поведения пациенток с ВЗЖПО была оценена степень распространения различных ее типов и уровень репродуктивных ожиданий в различных возрастных группах женщин.

Так, при анализе рождаемости наиболее ценной и объективной информацией, определяемой еще на стадии формирования репродуктивных стандартов, явилось планируемое пациентками, проживавшими в полных семьях, число детей, составившее 1,71. Причем, установлено, что, чем старше был возраст опрошенных, тем ниже оказался планируемый уровень детности. Так, если пациентки в возрасте 18-22 лет планировали в среднем 1,91 деторождений, что не дает даже простого замещения поколений, то в более старшей возрастной группе эта величина оказалась еще меньшей и составила 1,45 ($p < 0,05$). Кроме того, по мнению пациенток, в среднем на одну современную семью должно приходиться 2,09 детей, то есть даже при

оптимистичном прогнозе деторождений для данного контингента женщин приемлем только суженный характер воспроизводства населения.

Более того, согласно полученным данным, пациентки в возрасте 23-27 лет реализовали свою детородную функцию только на уровне показателя детности 0,75. Учитывая репродуктивные планы (1,71 деторождений) и уровень реализации деторождений, можно предположить, что разница между планируемым и реализованным числом детей будет компенсироваться после 28 лет.

5.2. Влияние медико-социальных факторов на репродуктивное поведение пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов

Для определения степени влияния медико-социальных факторов на ожидаемое количество детей был применен регрессионный анализ. Расчет регрессии проводился для рассматриваемой переменной и причин, которые могли оказывать воздействие на ее формирование. Из полученных коэффициентов были отобраны наиболее значимые переменные, то есть, у которых β -коэффициенты больше. Ими оказались: «желаемое» число детей, личные установки пациентки на многодетность, «идеальное» число детей и медико-социальные факторы, препятствующие репродуктивным планам.

В качестве объясняющих из 18 медико-социальных показателей были оставлены 4, однако, при этом модель не претерпела существенных изменений – коэффициент детерминации второй модели практически был равен первой (хотя уровень в целом невысокий – 0,4273 и 0,4221 соответственно). Из этого можно заключить, что образованный набор факторов являлся базисом, оказывавшим влияние на «планируемое» пациентками число детей и объяснявшим его формирование на 42,2%.

Из 4 объясняющих медико-социальных факторов важнейшим ограничителем репродуктивных установок женщин с ВЗЖПО являлся *недостаток материальных средств* ($\beta=-0,1012$), что отметили 64,0%

опрошенных. При проведении корреляционного анализа установлено, что для большинства женщин с увеличением их материальной обеспеченности более низкими являлись не только репродуктивные установки, но и самооценка условий жизни ($r=-0,6953$). При этом практически отсутствовала связь между качеством жизни и уровнем материальной обеспеченности (денежный эквивалент заработной платы). Однако данные корреляционного анализа не подтвердили наличия существенной связи между самооценкой материальных условий жизни и субъективной оценкой ее качества ($r=0,3081$ и $r=0,5205$ соответственно). Это противоречие может указывать на существенное значение неденежных форм материального обеспечения в жизни пациенток: вероятно, в виде помощи со стороны сожителей.

Вторым важнейшим ограничителем репродуктивных установок женщин с ВЗЖПО являлись *неудовлетворительные жилищные условия* ($\beta=-0,0793$) – 22,0% ответов. При этом, однако, установлено, что большинство пациенток (52,0% проживали в отдельной квартире, а 38,0% - в частном доме, и только 10,0% - в общежитии. Оценивая такой важный показатель качества жизни, как условия проживания, установлено, что пациентки с высокой удовлетворенностью жизнью проживали, в основном, отдельно (60,1% - в возрасте 18-22 лет, 82,0% - в возрасте 23-27 лет), а с низкой – совместно с родителями (47,8% и 83,4% соответственно).

Несмотря на то, что регрессивный анализ не позволил установить значимость *недостаточности питания* как важного медико-социального фактора (85,0% респондентов считали свое питание достаточным) для планируемого числа деторождений, однако, согласно данным анкетирования, 74,0% пациенток не соблюдали режим питания. Кроме того, качество питания пациенток не коррелировало и с оценкой качества жизни. Тем не менее, при более детальном анализе установлено, что число пациенток в возрасте 18-22 лет, дававших высокую оценку качеству своего питания, значительно меньше (64,73%), чем среди женщин более старшего репродуктивного возраста (92,17%, $p<0,05$).

Из медицинских факторов наиболее значимым для прогнозного показателя детности оказалось *неудовлетворительное состояние ЖРС* ($\beta=-$

0,0772), отмеченное у 36,8% пациенток. Так, нарушения менструального цикла зарегистрированы у 50,0% респондентов в возрасте 18-22 лет и у 24,0% - в возрасте 23-27 лет.

Несмотря на это, оценка частоты посещения врача ЖК женщинами в возрасте 18-22 лет (среди не состоявших на диспансерном учете по беременности) оказалась следующей: один раз в полгода и чаще – 7,91% (23-27 лет – 15,96%, $p<0,05$), 1 раз в год – 32,08% (23-27 лет – 48,07%, $p<0,05$), один раз в два года – 47,91% (23-27 лет – 34,03%, $p<0,05$), реже 1 раза в 2 года – 12,08% (23-27 лет – 1,92%, $p<0,05$). Основными причинами необращения за медицинской помощью в ЖК в случае заболевания были названы: «наличие достаточных медицинских знаний для самостоятельного лечения» (отметили от 19,16% до 40,0% респондентов из обеих групп, $p<0,05$), надежда на то, что «болезнь сама пройдет» (отметили от 38,33% до 45,38%), стеснительность – (от 22,08% до 44,03%, $p<0,05$), большие очереди на прием к врачу – (20,0% и 25,96%).

Среди причин последнего визита к врачу ЖК 64,0% опрошенных указали на обнаружение симптомов заболевания, на профилактический осмотр – 28,0%, беременность – 6,0%, консультирование по ПЛС – 2,0% (рисунок 5.3).

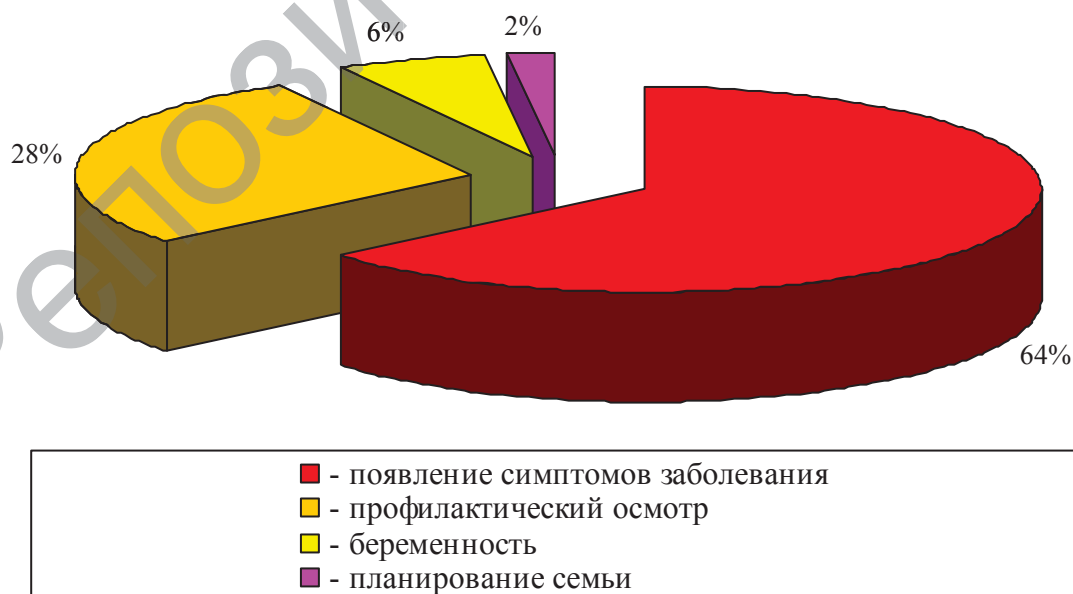


Рисунок 5.3 – Причины последнего посещения ЖК

Анализ обращений в ЖК показал, что для ожидаемого числа деторождений важным элементом оказалось формирование медико-социальных предпосылок к планированию беременности. Так, в структуре обследованных рожавших пациенток в возрасте 18-22 лет 70,0% утвердительно ответили на вопрос о планировании беременности и прохождении курса прегравидарного оздоровления, однако, в 42,0% - неполного. В возрасте 23-27 лет планировали беременность менее 30% опрошенных, и только 14,0% прошли прегравидарную подготовку в условиях ЖК ($p < 0,05$), что свидетельствует о повышении в последнее пятилетие (2004-2008 гг.) эффективности мероприятий по информированию девушек-подростков и женщин молодого репродуктивного возраста о пользе преемственности оздоровления.

При опросе установлено, что беременность наиболее часто осложнялась угрозой прерывания, анемией и гестозом легкой степени. Без осложнений беременность протекала только в 43,95% случаев среди женщин в возрасте 18-22 лет и в 24,03% - в более старшей возрастной группе ($p < 0,05$), что также свидетельствует об эффективности прегравидарного оздоровления.

Результаты оценки пациентками приоритетных мер, способствующих рождению детей, следующие: наиболее значимыми, по мнению 44,0% опрошенных, должны стать меры, отражающие политику государства, направленную на поддержку молодых семей. Меньшую значимость будут иметь меры, связанные с поощрением материнства (9,0%) и организацией адекватного медицинского обслуживания молодежи, их семей, поддержанием репродуктивной функции (4,0%). В 42,0% случаев опрошенные считают, что никакие меры не помогут, то есть рождение ребенка не будет планироваться.

Среди опрошенных 24,6% женщин имели одну беременность, 12,93% - две беременности, 4,71% - три беременности. Исходами беременности были: искусственный аборт (включая, РМЦ) - в 82,92%, самопроизвольный выкидыш - в 4,13%, роды - в 13,16% случаев. Доля женщин, перенесших один

медицинский аборт (включая РМЦ), составила 75,9%, два аборта - 17,7%, три - 6,4%.

Установлено, что среди женщин в возрасте 18-22 лет в 76,04% случаев решение о прерывании беременности принимала сама пациентка (23-27 лет – 65,96%, $p<0,05$), родители – 13,95% (23-27 лет – 0%), вместе с мужем (партнером) – 10% (23-27 лет – 34,03%, $p<0,05$). Доступность аборта в ЖК отметили 100% респондентов обеих групп.

Причиной абORTов респонденты в возрасте 18-22 лет в 17,91% случаев отметили нежелание (неумение) использовать контрацептивы (23-27 лет – 14,03%), жилищные проблемы – 10% (23-27 лет – 28,07%, $p<0,05$), трудное материальное положение – 8,12% (23-27 лет – 20%, $p<0,05$), отсутствие мужа – 8,12% (23-27 лет – 8,07%), учебу – 8,12% (23-27 лет – 1,92%, $p<0,05$), наличие детей дошкольного возраста – 3,95% (23-27 лет – 10,0%, $p<0,05$). При этом информированность женщин о возможных последствиях аборта недостаточная, поскольку 78,0% из них назвали лишь одно осложнение - бесплодие, только 5,0% - знали два, 2,5% - три осложнения, а 14,5% респондентов не назвали ни одного или указали ошибочные сведения.

Важное значение в репродуктивном поведении имел и низкий уровень грамотности по вопросам нозологии ИППП, эпидемиологии ВИЧ-инфекции и использования методов контрацепции: 64,0% опрошенных указали только на 3-4 известных им заболевания (СПИД, сифилис, гонорея и трихомониаз). О возможности заражения ВИЧ-инфекцией через инфицированный медицинский инструментарий осведомлены были 9,2% опрошенных, а о возможности ее передачи вертикальным путем - всего 5,2% женщин.

При оценке «риска» заболеть ИППП среди респондентов мы получили следующие результаты: опрошенные в возрасте 18-22 лет считали «риск» минимальным в 43,95% случаев (23-27 лет – 28,07%, $p<0,05$), значительным – в 17,91% случаев (23-27 лет – 60,0%, $p<0,05$), а 37,91% пациенток не смогли дать определенный ответ (23-27 лет – 18,07%, $p<0,05$).

Установлено, что значительное большинство женщин (94,4%) использовали методы контрацепции. Однако только 38,4% анкетированных применяли их регулярно, а 11,6% - крайне нерегулярно. Число женщин, не использовавших контрацепцию, как и нерегулярно применявших контрацептивные методы, наиболее высоко среди женщин более молодого репродуктивного возраста – 20,8% ($p < 0,05$). Фактические основные источники получения информации о контрацептивах среди женщин обеих групп достоверно не различались между собой – это средства массовой информации, популярная литература и мнение подруг. Однако среди женщин в возрасте 23-27 лет становится значительно более значимой информация врачей о средствах контрацепции, а также приобретает значимость мнение родителей и полового партнера (рисунок 5.4). Однако практически отсутствует вклад педагогов (среди студенток и учащихся) в получении знаний по половым вопросам.

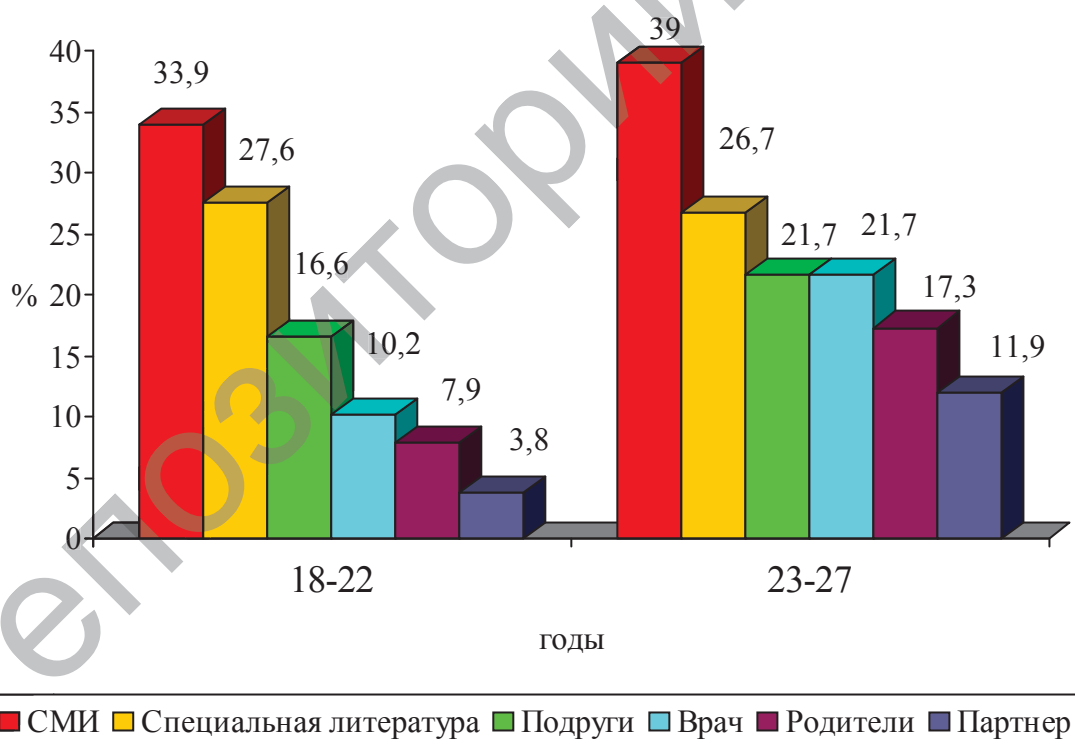


Рисунок 5.4 - Фактические источники получения информации о средствах контрацепции среди женщин с ВЗЖПО

Опрос выявил, что в случае применения средств контрацепции, 52,08% женщин в возрасте 18-22 лет предпочтение отдавали использованию

презерватива (в возрасте 23-27 лет – 38,07%, $p < 0,05$), ВМС – 27,91% (в возрасте 23-27 лет – 35,96%), 12,08% пациенток предпочитали ГК (в возрасте 23-27 лет – 18,07%), и 8,12% - прерванное половое сношение (в возрасте 23-27 лет – 5,96%).

Среди женщин более молодого репродуктивного возраста, не использовавших средств контрацепции, 27,91% пациенток высказались против их применения (23-27 лет – 20,0%), так как опасались побочных эффектов – 16,04% опрошенных (23-27 лет – 11,92%) и их вредного влияния на здоровье – 10,0% (23-27 лет – 8,07%), не знали о них или не могли приобрести – 2,0% респондентов. При выборе контрацептивов предпочтение отдавалось их эффективности – 41,87% (23-27 лет – 58,07%), безопасности – 27,91% (23-27 лет – 28,07%), простоте в применении – 11,87% (23-27 лет – 4,03%). Характерно, что 66,03% пациенток испытывали страх забеременеть.

Значимым медицинским фактором для ожидаемого количества детей у пациенток с ВЗЖПО явились и *нарушения в состоянии соматического здоровья* ($\beta = -0,0697$), зафиксированное в ответах 26,0% женщин (рисунок 5.5). При этом была выявлена следующая тенденция изменения самооценки здоровья женщин с возрастом: как «плохое» оценили свое здоровье 14,0% опрошенных в возрасте 18-22 лет и 34,0% пациенток более старшего репродуктивного возраста ($p < 0,05$).

Установлено, что нарушения в состоянии соматического здоровья явились следствием дефектов здоровьесберегающего поведения пациенток с ВЗЖПО. Так, при проведении опроса среди женщин в возрасте 18-22 лет ранговое место «здоровья» оказалось последним – 18,33%. При изучении влияния иных жизненных приоритетов (личностный компонент), как регулятора репродуктивного поведения, установлено, что в группу наиболее важных вошли, в основном, ценности личной жизни: «наличие хороших и верных друзей» (74,71%), «уверенность в себе» (73,53%), «развитие» (71,15%), «свобода» (68,73%), «интересная работа» (67,51%), «любовь» (66,15%).

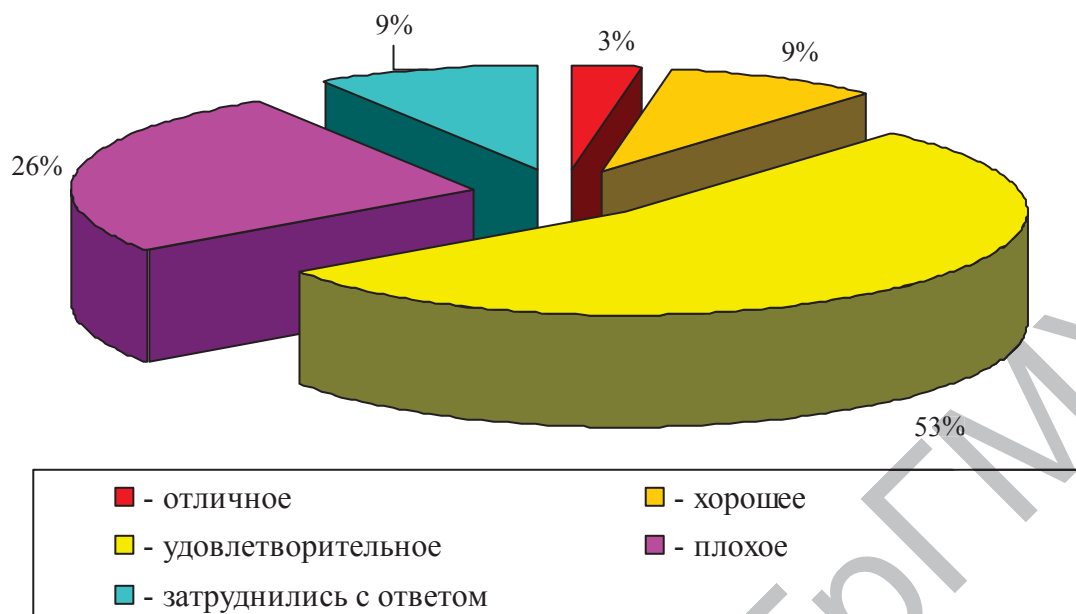


Рисунок 5.5 - Оценка состояния соматического здоровья пациентками по 5-балльной шкале

Наиболее важные смысложизненные ориентации у пациенток более старшего репродуктивного возраста несколько отличались, однако и среди них «здоровье» не являлось приоритетом - 41,13%, в то время как «активную деятельную жизнь» отметили 68,95% опрошенных, «интересную работу» - 62,27%, «любовь» - 60%, «общественное признание» - 55,63%, «развитие» - 53,37% пациенток.

На основе факторного анализа были выделены 5 типов смысложизненных ориентаций. В первый тип вошли показатели личностной направленности: «семья» (0,7551), «самореализация» (0,7452), «друзья» (0,7338), «уверенность в себе» (0,7094), «саморазвитие» (0,6566), «свобода» (0,6012), «здоровье» (0,5439). Во второй - были включены профессиональные ценности: «активная деятельная жизнь» (0,8417), «жизненная мудрость» (0,6333), «интересная работа» (0,6258). Третий тип был представлен эстетическими ценностями: «творчество» (0,8826), «красота природы и искусства» (0,8482). Четвертый - включал ценности гедонистической направленности: «материальная обеспеченность» (0,7726), «общественное признание» (0,7315), «развлечения» (0,7319). И только пятый тип

был представлен более значимыми ценностями в контексте укрепления РЗ и репродуктивного поведения: «любовь» (0,7724), «деторождение» (0,5286). Про этом установлено, что у пациенток превалировали личностно-ориентированные ценности, и наличие указанных переменных в первом типе определялось, прежде всего, возрастом респондентов. Примечательно, что альтруистические ценности, которые имеют основополагающее значение в укреплении РЗ, не вошли в первый фактор.

Сравнение показало незначительные различия в иерархии ценностей: в возрасте 18-22 лет большую значимость имели «ответственность», «эффективность в делах», «рационализм», «образованность», «аккуратность»; пациентки более старшего репродуктивного возраста отметили «жизнерадостность», «рационализм», «эффективность в делах», «образованность», «ответственность», что свидетельствует о том, что для них более важны конкретные личные жизненные цели.

При проведении факторного анализа были выявлены два типа ценностей. В первый тип вошли переменные: «ответственность» (0,8244), «исполнительность» (0,7777), «образованность» (0,7701), «рационализм» (0,7695), «самоконтроль» (0,7537), «эффективность в делах» (0,7216), «аккуратность» (0,6513), «широта взглядов» (0,4086). Второй тип был представлен такими ценностями, как: «честность» (0,7981), «чуткость» (0,6589), «непримиримость к недостаткам других» (0,6524), «независимость» (0,6269). Установлено, что особо значимые жизненные установки представляют собой в совокупности личностно-ориентированные ценности, не несущие альтруистического компонента, что связано, прежде всего, с возрастом респондентов [$r=0,6972$].

Установлено, что наибольшее влияние на формирование коммуникативной культуры, сексуального и репродуктивного поведения пациенток оказали следующие факторы: подруги - 80,3%, половой партнер - 65,3%, а также коллеги по работе - 63,4 % (рисунок 5.6). Несмотря на активное общение посредством Интернет-сообщений, этот канал не оказал значительного влияния на формирование их коммуникативной культуры и репродуктивного поведения.

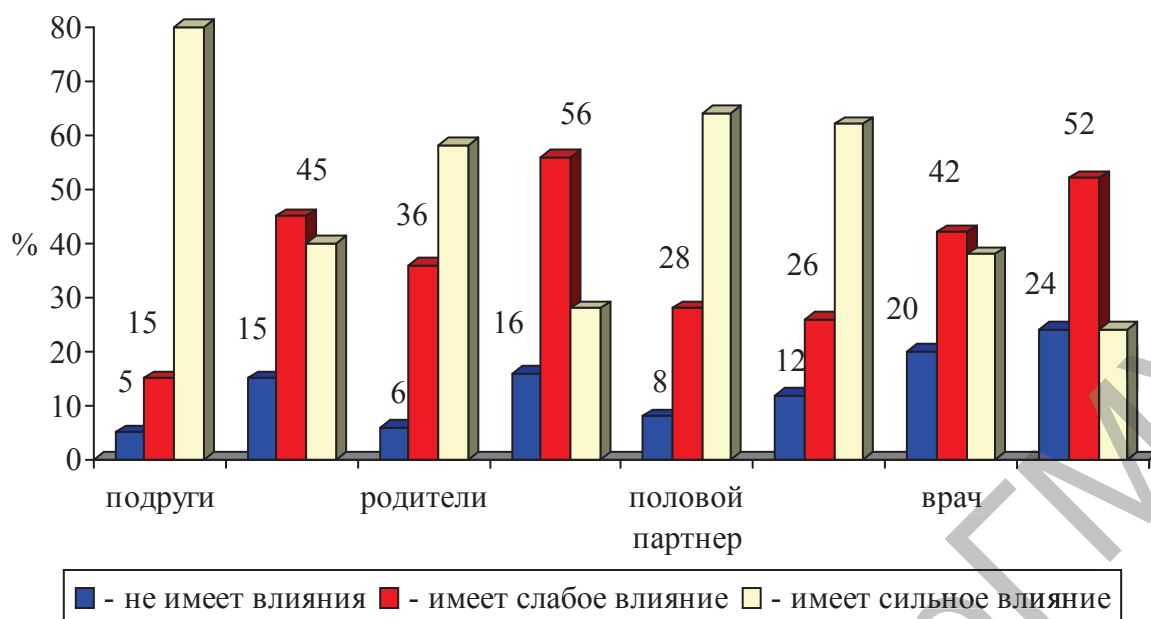


Рисунок 5.6 - Факторы, влияющие на формирование коммуникативной, культуры, сексуального и репродуктивного поведения пациенток (%)

Кроме того, анализ показал, что пациенткам с ВЗЖПО присуща завышенная самооценка собственной коммуникативной культуры: 78,8% респондентов считали, что у них высокий уровень способности к установлению контактов и развита способность к выстраиванию эффективного межличностного общения. Однако реальные коммуникативные практики не позволяют маркировать коммуникативность пациенток как культуру высокого уровня: частота употребления ими ненормативной лексики составила 61,5%, а сленговых выражений - 68%.

При опросе установлено, что пациентки, проявлявшие заботу о своем здоровье, осознавать его ценность начали после неоднократных острых заболеваний, значительно снизивших качество жизни (76,7%), или установления факта хронического заболевания (10,8%), на 12,2% пациенток подействовал негативных опыт близких людей и только для 0,3% женщин забота о здоровье была нормой жизни, привитой с детства, в семье (рисунок 5.7).

То, что здоровье не является важнейшим жизненным приоритетом у пациенток с ВЗЖПО, подтверждается также тем, что у 30,0% опрошенных в возрасте 18-22 лет, и у 33,07% респондентов более старшей возрастной группы

бытовало мнение о том, что «о здоровье следует заботиться при наличии признаков заболевания». 38,12% опрошенных в возрасте 18-22 лет уверены, что «пока молоды, о здоровье задумываться не стоит». На наш взгляд, отсутствие четкого ранжирования в сознании женщин более молодого репродуктивного возраста жизненных приоритетов свидетельствует о необходимости активного формирования у них сознательного и ответственного отношения к собственному здоровью. Более же высокая приоритетная ценность здоровья у женщин в возрасте 23-27 лет свидетельствует о достаточно высокой степени готовности к воздействию на них с целью формирования ЗОЖ.

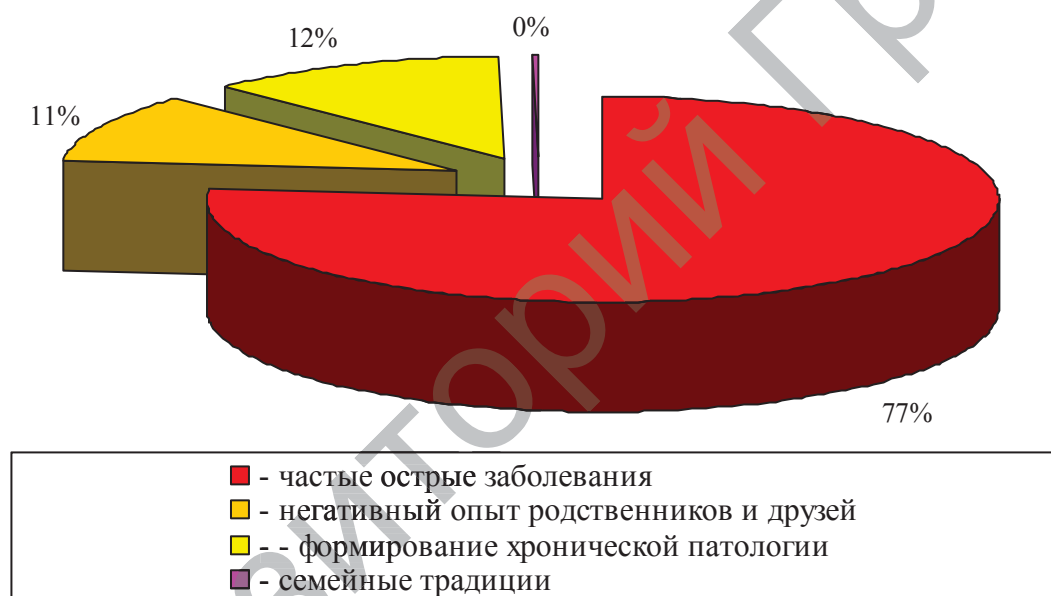


Рисунок 5.7 - Структура причин, заставивших пациенток заботиться о здоровье

При изучении теоретической готовности к здоровьесбережению пациенток с ВЗЖПО (когнитивный компонент) установлено, что, по их мнению, сохранению и укреплению здоровья способствует, во-первых, рациональный режим труда и отдыха, во-вторых, своевременное и полноценное лечение возникших заболеваний, в-третьих, психологический комфорт, в-четвертых, двигательная активность, в-пятых, отказ от вредных привычек (рисунок 5.8).



Рисунок 5.8 - Факторы, по мнению пациенток, способствующие сохранению здоровья

Однако основные элементы отдыха у женщин с ВЗЖПО характеризовались преобладанием пассивных форм, и только 12,0% опрошенных занимались спортом. Занимались физическими упражнениями ежедневно 5,83% женщин более молодого репродуктивного возраста и 4,61% женщин в возрасте 23-27 лет. При этом физическая работоспособность, определенная по стандартной нагрузке Гарвардского степ-теста, достоверно снижалась с возрастом (с 39,1 до 32,8%, $p < 0,05$), что, очевидно, объясняется прогрессирующим снижением двигательной активности пациенток и является свидетельством недооценки опрошенными роли физической составляющей качества жизни. Вместе с тем, 72,0% всех опрошенных отметили, что практически не имеют свободного времени, а 92,0% - не удовлетворены способами его проведения. Следует отметить, что женщины более молодого репродуктивного возраста почти в равной степени свое недовольство относили как к недостатку денег (40,0%), так и к собственной лени и неорганизованности (34,16%).

Однако основные элементы отдыха у женщин с ВЗЖПО характеризовались преобладанием пассивных форм, и только 12,0% опрошенных занимались спортом. Занимались физическими упражнениями ежедневно 5,83% женщин более молодого репродуктивного возраста и 4,61% женщин в возрасте 23-27 лет. При этом физическая работоспособность, определенная по стандартной нагрузке Гарвардского степ-теста, достоверно снижалась с возрастом (с 39,1 до 32,8%, $p < 0,05$), что, очевидно, объясняется прогрессирующим снижением двигательной активности пациенток и является свидетельством недооценки опрошенными роли физической составляющей качества жизни. Вместе с тем, 72,0% всех опрошенных отметили, что практически не имеют свободного времени, а 92,0% - не удовлетворены способами его проведения. Следует отметить, что женщины более молодого репродуктивного возраста почти в равной степени свое недовольство относили как к недостатку денег (40,0%), так и к собственной лени и неорганизованности (34,16%).

Изучение проблем здоровья показало, что 34,2% пациенток с ВЗЖПО предъявляли жалобы на проблемы сна, 11,8% женщин страдали от бессонницы и хронической усталости. На наличие ЭГП в хронической форме указали 32,8% пациенток, в том числе болезни системы кровообращения - 58,2%, органов дыхания - 35,2%, опорно-двигательного аппарата - 13,2%. Временем формирования хронической патологии был период юности (34,6% женщин) и зрелости (35,1%). У 70,2% опрошенных хроническое заболевание сформировалось во время учебы в школе.

Из пациенток, страдавших хроническими формами ЭГП, на диспансерном учете состояли только 42,2%. При этом, следовали рекомендациям врачей только 18,7% женщин, а 39,6% - старались упорядочить режим труда и отдыха, 5,5% - ограничивались тем, что периодически отдыхали в санатории, 28,6% - не могли позволить себе реабилитационные мероприятия.

Необходимость лечения ЭГП опрошенными оценивалась как второе по значимости мероприятие, при этом, при возникновении заболевания, во всех

случаях обращались за медицинской помощью только 18,8% женщин. Большинство пациенток в возрасте 23-27 лет (70,0%) и 24,16% респондентов более молодого репродуктивного возраста заставляла обратиться к врачу только необходимость получения документа, подтверждавшего временную нетрудоспособность ($p < 0,05$).

При наличии обострения ЭГП 22,8% пациенток продолжали работать и не предпринимали усилий для коррекции состояния, 31,7% - занимались самолечением, 22,6% - использовали средства народной медицины и только 22,9% - обращались к врачу. Мотивацией такого отношения к здоровью являлась экономическая (32,1%) или производственная необходимость (20,9%), стиль жизни, изначальные семейные установки, воспитание (по 36,2%) (рисунок 5.9).



Рисунок 5.9 - Причины деструктивного отношения пациенток с ВЗЖПО к здоровью

С применением факторного анализа были изучены 14 переменных, определявших «риск» развития ЭГП у пациенток.

В результате были выделены 4 фактора, имевших собственные числа больше единицы. Эти четыре фактора объясняют 53,0% полной дисперсии выборки. Первый фактор объясняет 20,0% полной дисперсии, второй – 13,5%, третий – 10,5%, четвертый – 9,4%.

После процедуры вращения (варимакс-критерий) была получена факторная матрица (таблица 5.1).

Таблица 5.1 - Факторы «риска» хронической ЭГП у пациенток с ВЗЖПО

Переменные	Факторы			
	1	2	3	4
Более поздний репродуктивный возраст	0,1189	-0,1122	0,6871	0,1467
Низкий образовательный ценз	-0,0182	0,0230	0,7125	-0,0664
Профессиональная деятельность (низко квалифицированные рабочие)	0,7255	-0,0767	0,1997	0,0257
Материальная необеспеченность	0,6163	-0,0459	-0,0388	0,2354
Неудовлетворительные жилищные условия	0,2137	-0,0071	0,5566	-0,2614
Неудовлетворительные бытовые условия	0,1122	0,0837	0,5263	0,0932
Воспитание в неполной семье	0,6355	-0,0720	0,06886	0,2512
Особенности питания	0,7217	0,1901	-0,0821	-0,1926
Раннее начало половой жизни	0,26481	-0,0833	0,0129	0,76285
Непостоянный половой партнер	0,5670	-0,0805	0,2435	-0,1106
Незарегистрированный брак	-0,0876	0,1281	0,0917	0,8201
Поздний возраст вступления в брак	0,5764	0,1595	0,1538	-0,0113
Наличие детей	0,02629	0,9397	-0,0551	0,0140
Наличие друзей	0,01266	0,9386	0,0679	0,0330

Примечание: жирным шрифтом выделены нагрузки переменных, относящиеся к определенному фактору.

Из данных, представленных в таблице 5.1, следует, что первый фактор «курение» является значимым для «риска» возникновения хронической ЭГП. Второй фактор характеризует низкую физическую активность (НФА) пациенток; третий – отношение к питанию - избыточная масса тела (ИМТ); четвертый –

отношение к употреблению алкоголя, наркотических и психоактивных веществ (ПАВ).

Из корреляционных полей, представленных на рисунке 5.10, следует, что между факторами 1 и 4 взаимосвязь отсутствует. В то же самое время между факторами 1 и фактором 3 такая связь существует. Рассчитанный первый канонический коэффициент корреляции равен $r_c = 0,5893$ ($p < 0,05$).

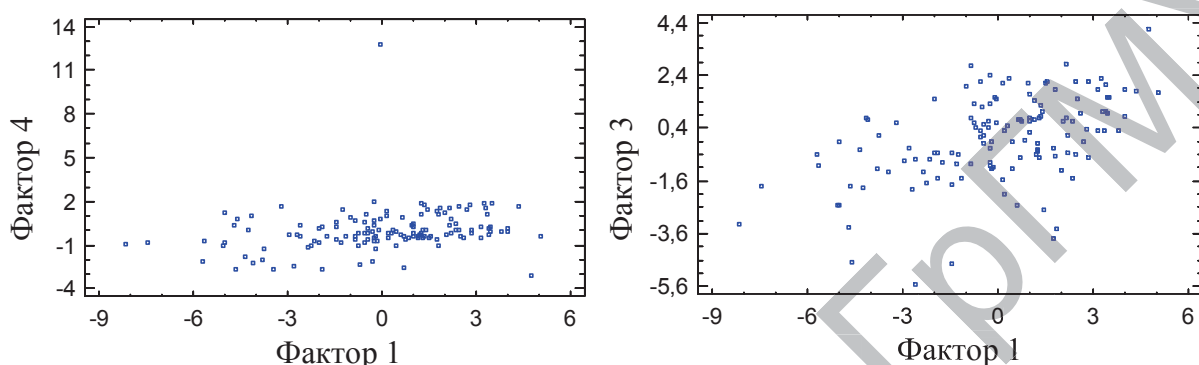


Рисунок 5.10 - Корреляционные поля

Была установлена негативная динамика распространенности факторов «риска» с возрастом: НФА – с 58,1% до 56,9%, ИМТ – с 9,9% до 17,6%, курения – с 26,7% до 71,2%, употребление алкоголя – с 45,0% до 60,1% (таблица 5.2). Причем, у 19,2% анкетированных выявлены 2 фактора, а у 2,2% - три и более факторов «риска». Высокие показатели динамики воспроизводимости факторов «риска» хронической ЭГП обуславливают высокий относительный «риск» их стабилизации – 44,2-100,0% (в зависимости от фактора и возраста пациенток). Изучение частоты возникновения новых случаев (инцидента) факторов «риска» у пациенток 18-22 лет и пациенток более старшего репродуктивного возраста выявило увеличение для НФА – с 26,6% до 50,0%, употребления алкоголя – с 22,5% до 69,5%, курения – с 10,5% до 16,9%, ИМТ – с 4,8% до 9,9%.

Также установлено, что как курение, так и употребление алкоголя оказывало отрицательное воздействие не только на самооценку здоровья ($r = -0,6432$), но и на степень удовлетворенности пациенток с ВЗЖПО качеством жизни ($r = -0,6823$).

Таблица 5.2 - Распространенность основных факторов «риска» хронической ЭГП среди пациенток с ВЗЖПО (% к числу опрошенных)

Возраст	Факторы			
	Низкая физическая активность	Избыточная масса тела	Курение	Употребление алкоголя
18-22 года	58,1	9,9	26,7	45,0
23-27 лет	56,9	17,6*	71,2*	60,1*

* - различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Выявлена взаимосвязь между материальным положением и фактической частотой ЭГП у пациенток с ВЗЖПО ($r = -0,6947$). Так, свыше 35% более материально обеспеченных респондентов ответили, что фактически не болеют, а среди женщин со средним достатком таких было уже только 10,0% ($p < 0,05$). Социальными последствиями этого являлось продолжение в среде пациенток с невысоким уровнем материального обеспечения процесса воспроизводства социально обусловленных заболеваний – табакокурения, алкоголизма и наркомании, ИППП.

Изучение приобщенности женщин к курению позволило выяснить, что ситуация недостаточно благополучна. При этом выявлены статистически достоверные различия в распространенности курения: среди женщин более молодого репродуктивного возраста курили 46,66% респондентов, а среди более старших пациенток – только 23,84% ($p < 0,05$). Доля лиц, которые никогда не пробовали курить, среди общего числа женщин составила всего 6,4%.

До 10 сигарет за сутки выкуривали 63,2% всех опрошенных, более 10 сигарет в день – 37,8% женщин, причем, среди женщин в возрасте 18-22 лет их доля достигла 71,7% ($p < 0,05$). При этом 61,66% женщин молодого репродуктивного возраста считали, что курение повышает умственную и физическую работоспособность (доля в более старшей возрастной группе была меньшей и составила 16,15%, $p < 0,05$).

Однако при ответах на вопросы анкеты о различных аспектах курения удалось проследить и позитивную перспективу: от 55,7% до 64,6% женщин из

различных возрастных групп уверены, что курение ухудшает состояние здоровья, от 75,8% до 79,2% собирались бросить курить в будущем. Причинами, ради которых они готовы бросить курить, были названы «проблемы со здоровьем», «решение стать родителями» и пр.

Что касается распространенности употребления алкогольных напитков среди женщин с ВЗЖПО, то не употреблявшие алкоголь нами не были выявлены. При этом 49,6% всех респондентов указали на употребление алкоголя один раз в месяц и реже, один раз в неделю – 40,4%, практически ежедневно – 4,4%. Распределение женщин в зависимости от частоты употребления алкоголя свидетельствует, что пациентки более молодого репродуктивного возраста употребляли более широкий спектр алкогольных напитков, включая суррогаты алкоголя – самогон, и дешевые плодово-ягодные вина – 9,16% ($p < 0,05$). В целом, в структуре видов употребляемых женщинами алкогольных напитков, первое ранговое место занимало пиво, на употребление которого указали около половины женщин обеих групп, затем следуют сухие вина, шампанское, слабоалкогольные коктейли: их употребляли 37,50% и 50,76% пациенток разных групп ($p < 0,05$), 32,8% всех опрошенных предпочитали крепкие напитки - водку, коньяк, спирт, крепленые вина.

Данные, полученные при изучении опыта употребления наркотиков пациентками с ВЗЖПО, нельзя охарактеризовать как обнадеживающие: от 93,33% до 93,84% женщин обеих возрастных групп ответили, что никогда не пробовали и не собираются пробовать наркотики. Однако пробовали несколько раз от 4,16% до 4,61% опрошенных, иногда употребляли от 1,45% до 2,50% женщин из разных возрастных групп.

Установлено, что 79,0% опрошенных имели средний и низкий уровни сформированности компетентности здоровьесбережения, то есть их знания поверхностные, недостаточно систематичные и осознанные, умения не сформированы на уровне навыков; не вполне выражены мотивы бережного отношения к здоровью, ценность здоровья для них не является потребностью.

При проверке полученных результатов с применением критерия Фишера, позволившего оценить достоверность различий показателей одной и той же выборки, измеренных в разных условиях, установлено, что в целом динамика показателей уровней сформированности компетентности здоровьесбережения статистически значима (таблица 5.3).

Таблица 5.3 - Таблица расчета итогового критерия Фишера

Уровни сформированности компетентности здоровьесбережения	Возраст		Ф		
	18-22 г.	23-27 лет	Ф1	Ф2	Ф _{эмп}
Высокий	18%	22%	1,335	0,986	2,55
Средний	37%	43%	1,581	1,412	1,23
Низкий	45%	35%	1,277	0,682	4,35

С возрастом регистрируется некоторая положительная динамика в формировании компетентности здоровьесбережения пациенток, при этом изменению подверглись все компоненты: мотивационно-ценностный, когнитивный, деятельностный, личностный (рисунок 5.11).

Компоненты компетентности здоровьесбережения

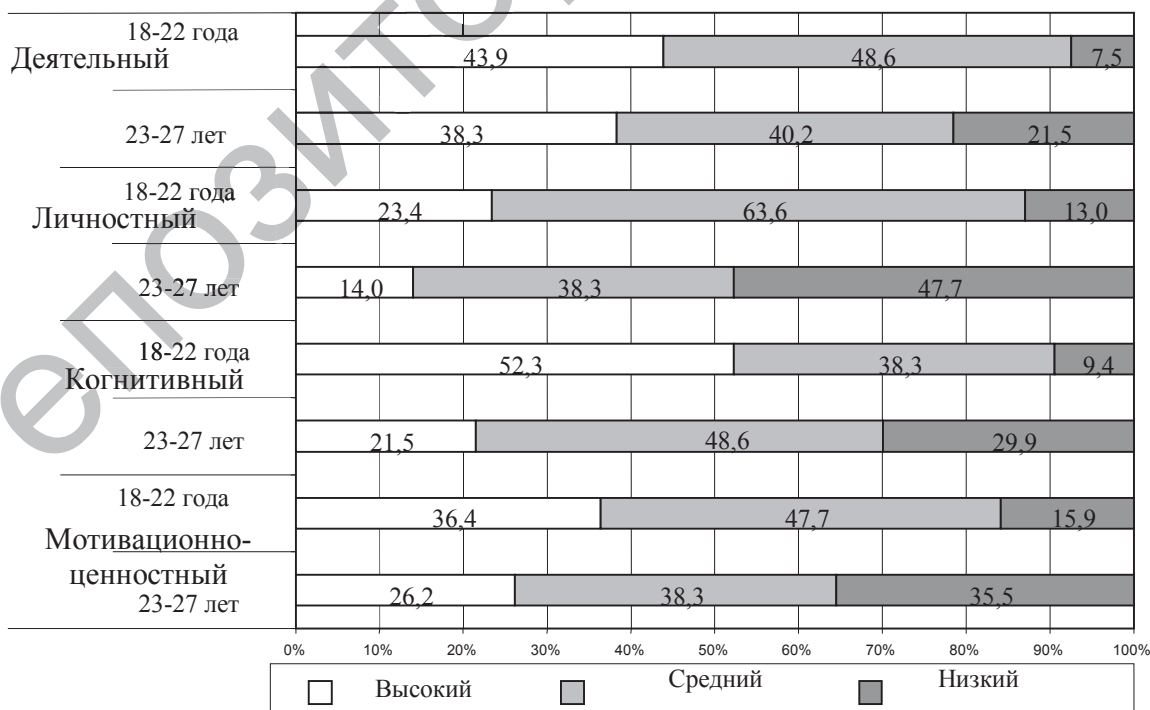


Рисунок 5.11 - Динамика уровней сформированности компонентов компетентности здоровьесбережения пациенток с ВЗЖПО

Таким образом, дефекты в здоровьесбережении, нарушения в состоянии РЗ и соматического здоровья, установки относительно обстоятельств, допускающих прерывание беременности, взаимосвязаны с медико-социальными факторами, препятствующими деторождению, что дает основание для построения соответствующей медико-социальной схемы репродуктивного поведения пациенток с ВЗЖПО (рис. 5.12).

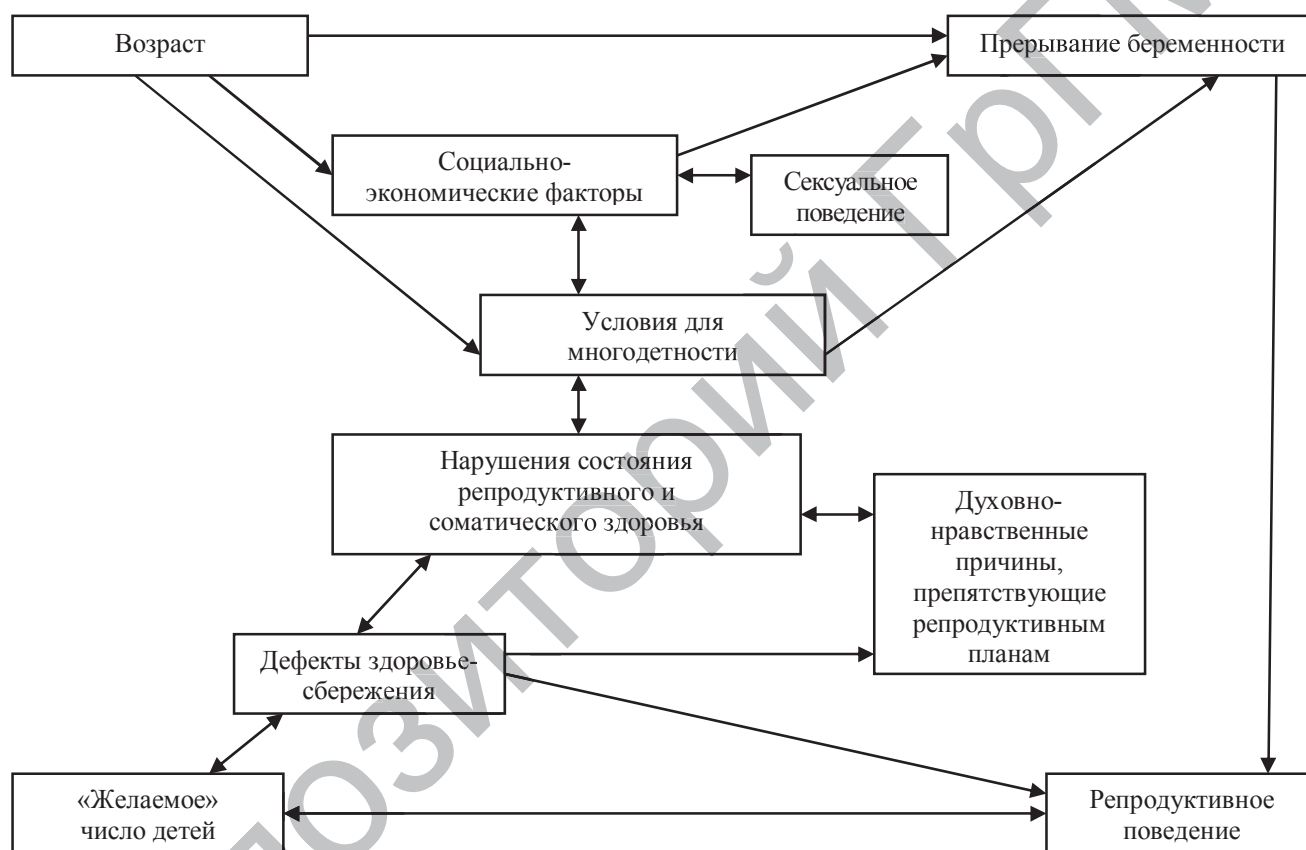


Рисунок 5.12 - Факторы, определяющих репродуктивное поведение

Таким образом,

- сексуальное поведение пациенток с ВЗЖПО «рискованное»: сексуальные связи до брака одобрили 71,6% женщин, 28,4% - были потенциально настроены на совместную жизнь без регистрации брака, 8,4% - не возражали против случайного секса, 7,6% - терпимо относились к супружеской измене и 4,8% - к сексуальным связям помимо постоянного партнера; причем, по мнению

анкетированных, начинать половую жизнь следовало в $16,53 \pm 0,14$ года; из сексуально активных женщин почти 30% указали только одного партнера; столько же – двух или трех, каждая седьмая сменила от четырех до шести партнеров, 7,1% респонденток – от семи до десяти, почти 10% опрошенных не смогли вспомнить количество сексуальных партнеров;

- только 12,8% пациенток проживали в юридическом браке, 35,2% - с постоянным половым партнером без семейных отношений («гражданский брак»); в возрастной группе 18-22 лет доля пациенток, состоявших в браке или имевших постоянного полового партнера, составила всего 25,8%; 22,0% женщин не исключали возможность внебрачного деторождения;

- планируемый пациентками уровень детности составил 1,71; важнейшим ограничителем репродуктивных установок явились следующие медико-социальные факторы: недостаток материальных средств ($\beta = -0,1012$), неудовлетворительные жилищные условия ($\beta = -0,0793$), нарушения РЗ ($\beta = -0,0772$) и соматического здоровья ($\beta = -0,0697$);

- среди пациенток с ВЗЖПО широко распространены курение и злоупотребление алкоголем, являющиеся значимыми факторами «риска» развития хронической ЭГП; они недостаточно информированы о путях передачи ИППП, способах первичной профилактики, о мерах по предупреждению распространения заболеваний;

- только 38,4% пациенток регулярно применяли средства контрацепции, а 11,6% - крайне нерегулярно, что, в свою очередь, определяет уровень репродуктивных потерь;

- здоровье не является важнейшим жизненным приоритетом у пациенток с ВЗЖПО: у 30,0% опрошенных в возрасте 18-22 лет, и у 33,07% респонденток более старшей возрастной группы считают, что «о здоровье следует заботиться при наличии признаков заболевания»; 38,12% опрошенных в возрасте 18-22 лет уверены, что «пока молоды, о здоровье задумываться не стоит»;

- значительное большинство (79,0%) пациенток имели средний и низкий уровни сформированности компетентности здоровьесбережения, то есть их

знания в области здоровьесбережения поверхностные, недостаточно систематичные и осознанные, умения не сформированы на уровне навыков; не вполне выражены мотивы бережного отношения к здоровью, ценность здоровья более чем для 60% женщин с ВЗЖПО не является потребностью;

- построена медико-социальная схема репродуктивного поведения пациенток с ВЗЖПО, из которой можно заключить, что дефекты в здоровьесбережении, нарушения в состоянии РЗ и соматического здоровья, установки относительно обстоятельств, допускающих прерывание беременности, взаимосвязаны с медико-социальными факторами, препятствующими деторождению;

- пациентки с ВЗЖПО представляют собой особую группу повышенного медико-социального «риска», для которой характерна низкая осведомленность в вопросах сохранения и укрепления РЗ, репродуктивной и медицинской активности, а также ряд особенностей, обусловленных социальными и медико-организационными причинами; в связи с этим, сохранение и укрепление их РЗ является многокомпонентной проблемой, решение которой может быть достигнуто только при комплексном медико-социальном подходе.

ГЛАВА 6

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

6.1 Общие принципы формирования медико-организационной модели укрепления репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов

Проведенный научный анализ медико-социальных факторов, негативно влияющих на состояние ЖРС, позволил в форме организационно-системных связей сформировать медико-организационную модель укрепления РЗ пациенток с ВЗЖПО в рамках системы перинатальных технологий.

При определении приоритетов построения модели ориентирами явились определенные Всемирной организацией здравоохранения индикаторы РЗ:

- материнская и перинатальная смертность,
- суммарный коэффициент рождаемости,
- доступность базовой и полной акушерской помощи,
- охват антенатальной помощью и доля недоношенных младенцев,
- уровень квалификации персонала АГС,
- готовность ПЦ всех уровней к оказанию экстренной акушерской помощи,
- охват женщин средствами контрацепции, соотношение родов и абортотв,
- диагностика и лечение бесплодия,
- экстрагенитальная заболеваемость женщин.

Модель основана на реализации государственной политики в здравоохранении, направлена на обеспечение качества и доступности медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО (рисунок 6.1).

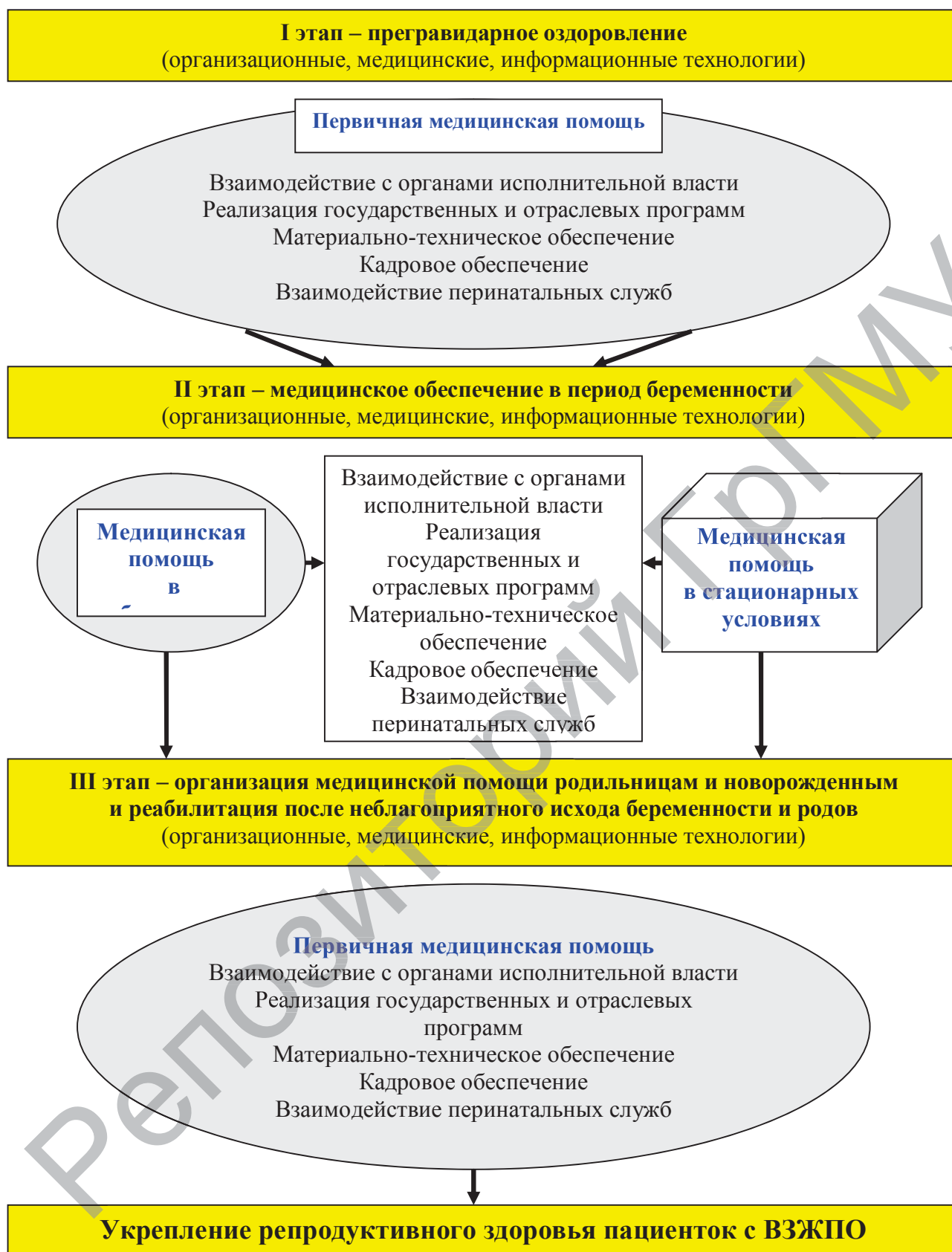


Рисунок 6.1 – Медико-организационная модель укрепления РЗ пациенток с ВЗЖПО

Модель опирается на признанную в большинстве стран мира методическую базу повышения эффективности системы охраны здоровья - управление качеством медицинской помощи как «часть функций управления в целом, которые определяют и осуществляют политику в области качества; управление основано на оценке потребностей и степени их удовлетворенности». Заявленные ориентиры определили три этапа в осуществлении мероприятий модели: прегравидарное оздоровление (рисунок 6.2); медицинское обеспечение в период беременности (рисунок 6.3); организация медицинской помощи родильницам и новорожденным, а также реабилитация после неблагоприятного исхода беременности и родов (рисунок 6.4).

В связи с этим, в медико-организационной модели по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО нашли логическое отражение *структура, процесс и исходы* как неотъемлемые составляющие качества, подтверждающие соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациенток с ВЗЖПО, их ожиданиям, современному уровню науки.

Характеристиками качества, заложенными в структуру разработанных мер, явились адекватность (appropriateness), доступность (availability), преемственность и непрерывность (continuity), результативность (effectiveness), эффективность (efficiency), безопасность (safety), своевременность (timeliness), удовлетворенность (satisfaction), стабильность процесса и результата (stability) и развитие как совершенствование и улучшение (improvement).

Основными принципами модели являются системность, межведомственный характер и этапность выполнения. При этом межведомственный характер обусловлен тем, что решение задачи укрепления РЗ женщин с ВЗЖПО зависит от скоординированной деятельности структур здравоохранения и органов исполнительной власти, а также различных ведомств - образование, социальная защита и прочие.

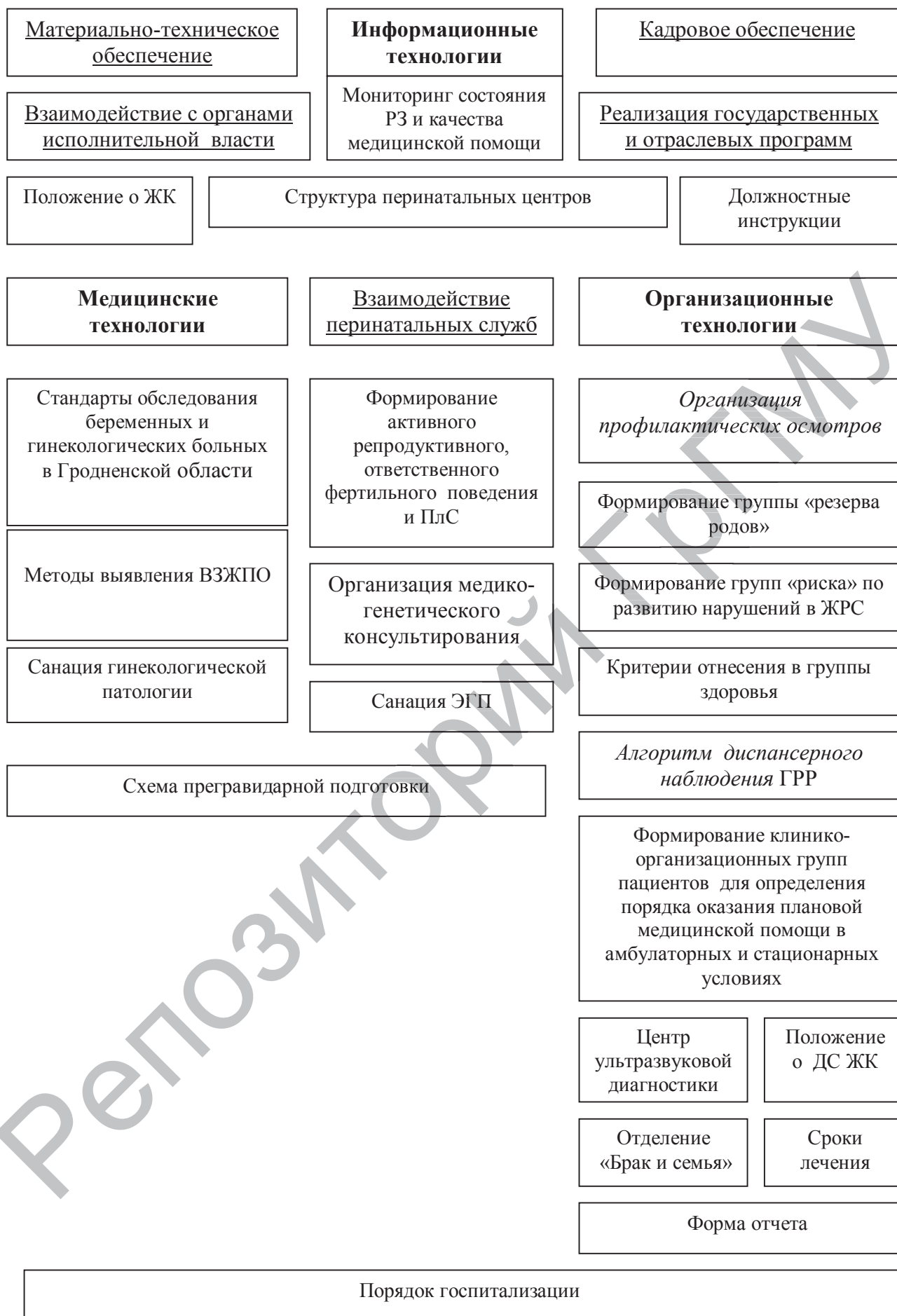


Рисунок 6.2 – Мероприятия первого этапа модели

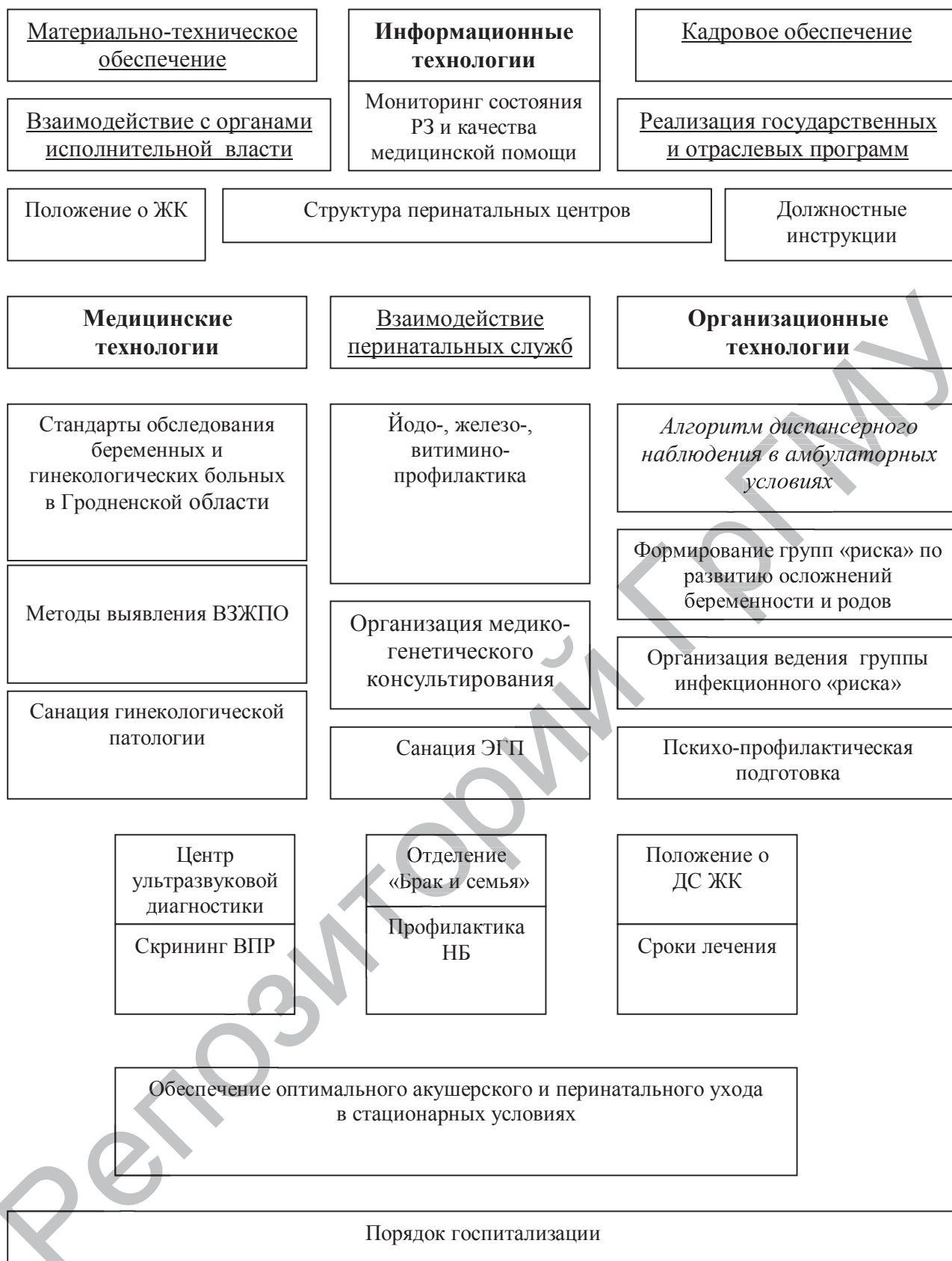


Рисунок 6.3 – Мероприятия второго этапа модели



Рисунок 6.4 – Мероприятия третьего этапа модели

Построение модели осуществлено по следующим направлениям:

- совершенствование системы управления основными ресурсами АГС на основе принципов менеджмента и расчета объемов медицинской помощи;
- обеспечение доступности и качества медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО, что потребовало обеспечения приоритетного финансирования службы родовспоможения и обеспечения ее необходимыми материально-техническими и кадровыми ресурсами;
- создание единой системы мониторинга качества медицинской помощи.

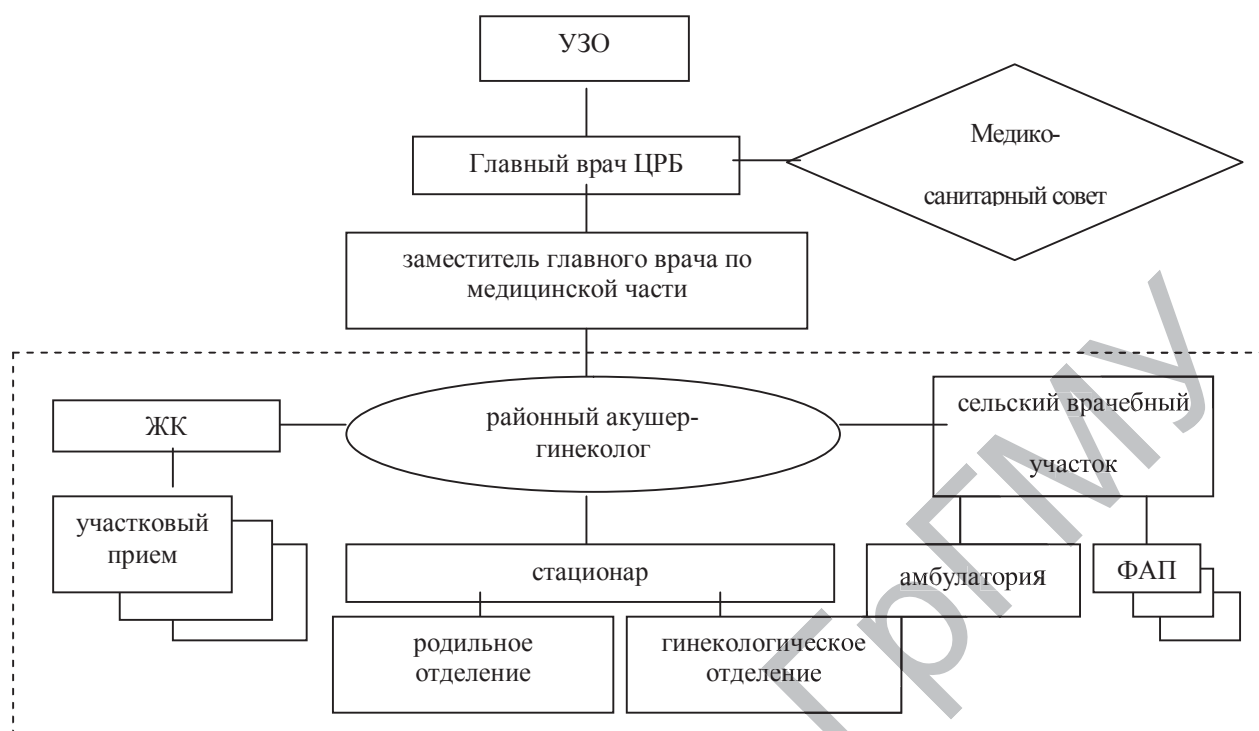
6.2 Современные принципы управления, реализованные в медико-организационной модели

В связи с тем, что основой укрепления РЗ женщин с ВЗЖПО является обеспечение качества медицинской помощи, исходным постулатом для его достижения в рамках модели явилось повышение эффективности функционирования структур АГС на основе внедрения современных методов управления.

Необходимая организация деятельности персонала достигнута при функционировании *системы управления* (рисунок 6.2).

В соответствии с теорией менеджмента созданная система организации медицинской помощи в рамках модели включала в себя объект управления (УЗО Гродненского облисполкома), субъекты управления (ОЗ), объединенные прямыми и функциональными связями, а также пациенток с ВЗЖПО, непосредственно потребляющих медицинские услуги.

Представленная в модели централизация системы управления медицинской помощью представляет собой, помимо наличия управляющего органа здравоохранением области (УЗО Гродненского облисполкома), единый порядок и условия ее предоставления и функционирования ОЗ на административной территории, что позволяет четко обозначить взаимосвязи между всеми элементами системы.



Примечания: _____ Прямая связь (подчиненность) – непосредственное руководство направлением деятельности, ОЗ, структурным подразделением, службой

----- Функциональная связь (подчиненность) – опосредованное руководство, ответственность за определенный объем работы в деятельности ОЗ, структурного подразделения, службы

**Рисунок 6.2 - Организационная структура АГС
в рамках медико-организационной модели**

Необходимым условием для поддержания преемственности между уровнями явилось доведение УЗО через руководителей ОЗ до конкретных исполнителей технологических, технических, методических и правовых разработок в виде нормативных документов (приказов и программ) для осуществления долгосрочного планирования, стандартизации и информатизации. Таким образом через реализацию управленческой инициативы осуществлялась стратегия по укреплению РЗ пациенток и обеспечивалась преемственность в работе ОЗ на уровне административных территорий.

В рамках медико-организационной модели по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО обеспечено внедрение следующих методов управления АГС:

1. Доведение плановых заданий до исполнителей в виде приказов и решений лечебно-контрольных советов УЗО, решений медико-санитарных советов и производственных совещаний ОЗ с приложением методических, организационных и иных документов, обеспечивающих их исполнение в срок, с требуемым качеством и мерой ответственности.

2. Адаптирование входящих нормативных документов для конкретных исполнителей.

3. Регламентация ответственности за исполнение плановых заданий в рамках делегирования полномочий в виде оперативного взаимодействия между ОЗ по принципу «работы на себя» (рисунок 6.3).

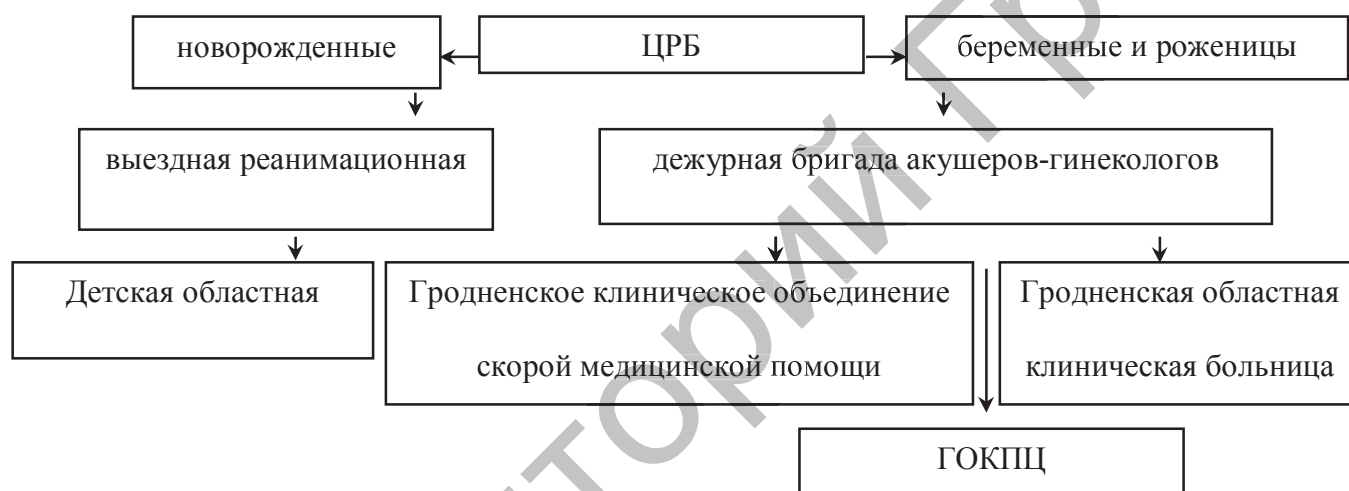


Рисунок 6.3 - Алгоритм организации экстренной транспортировки беременных, рожениц, новорожденных

Это, в частности, позволило обеспечить и оптимизировать тактику ведения пациенток с ВЗЖПО во время беременности.

Так как обеспечение пациенток качественной и доступной медицинской помощью интегрирует в себя неразрывную взаимосвязь различных ее видов, организация системы здравоохранения в рамках модели построена на основе комплексного подхода к управлению всеми элементами системы (рисунок 6.4).

Так, требования, предъявляемые к системе управления в рамках медико-организационной модели, следующие:

1. Эффективное использование медицинской техники и технологий.

2. Оказание медицинской помощи с максимальной эффективностью.
3. Функциональная специализация персонала в сочетании с универсализацией.
4. Единство целей и целенаправленной работы коллективов всех ОЗ.
5. Постоянный анализ качества медицинской помощи и реинжиниринг лечебного производственного процесса.

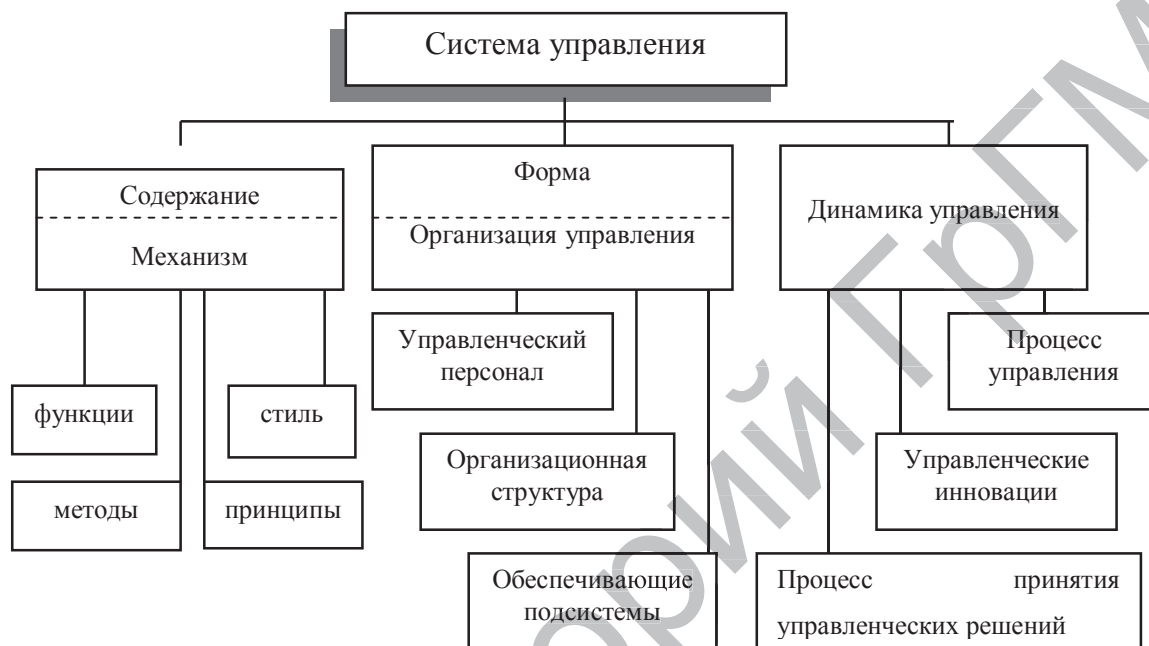


**Рисунок 6.4 - Система управления
в рамках медико-организационной модели**

Основное внимание в организации управленческого труда в рамках модели уделено повышению ответственности административных кадров, а также конкретных исполнителей в укреплении РЗ пациенток с ВЗЖПО, росту профессионального мастерства персонала, разумному сочетанию демократичности в управлении с высокой исполнительской дисциплиной, организацией четкого контроля принятых решений на всех уровнях.

В процессе построения модели решались проблемы установления зон самостоятельных и ответственных действий органов управления здравоохранения региона и ОЗ, наделения каждого уровня определенными правами и ресурсами (разноуровневость оказания перинатальной помощи). При

решении проблем разделения (делегирования) полномочий между уровнями здравоохранения практически осуществлялась постепенная их передача сверху на каждый нижестоящий уровень. На каждом из них было востребовано выполнение ранее не свойственных им задач стратегического планирования и управления, что в определенной степени определяло качество управленческих решений. Однако в процессе установления Стандартов оказания медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО механизмы разделения полномочий и ответственности были усовершенствованы (рисунок 6.5).

Маршруты управления в рамках модели прозрачны для анализа. Мониторинг и контроль процессов и результатов позволяет сохранять ориентацию намеченных преобразований, проводить корректировку политики, применяемых методов, форм и средств на основании оценки результатов, а также явных или прогнозируемых последствий.



**Рисунок 6.5 - Влияние различных факторов
на качество управленческого решения**

Таким образом, разделение полномочий УЗО и региональных ОЗ в рамках модели осуществляется в рамках системного подхода, стратегического планирования и, прежде всего, реорганизации управления с мобилизацией собственных ресурсов на областном и региональном уровнях с оценкой и обоснованием привлечения местных органов исполнительной власти, имеющихся необходимых ресурсов и профессионального потенциала руководителей.

6.3 Управление ресурсами

6.3.1 Управление материальными и финансовыми ресурсами

В процессе создания модели выделены и оценены условия, которые возникали при разделении полномочий между уровнями управления здравоохранением, и выстроена адаптированная к данному контингенту пациенток стратегия, в том числе в отношении:

- удовлетворения потребностей ОЗ в соответствующих ресурсах;
- адекватности поступающих финансовых ресурсов для выстраивания политики в привлечении и использования альтернативных источников финансирования;
- прогнозирования потребностей в медицинской помощи по ряду показателей;
- определения возможностей ОЗ в гарантированном удовлетворении разработанными перинатальными технологиями прогнозируемого спроса на медицинскую помощь при условии соблюдения прав женщин с ВЗЖПО на ее доступность, своевременность и качество.

Значимым в создании модели видится обеспечение новых подходов к организации, планированию и финансированию медицинской помощи в изменившихся социально-экономических условиях, с учетом медико-санитарных особенностей отдельных административных территорий региона. При этом принятие управленческих решений, направленных на укрепление РЗ

пациенток с ВЗЖПО, осуществлено на основе научного анализа состояния ресурсообеспеченности уровней системы здравоохранения региона.

Так, при изучении в 1999-2003 гг. степени отклонения показателей ресурсообеспеченности АГС от коэффициента соответствия нормативу (далее - Кс), который был рассчитан как отношение числа документов, ему соответствовавших, к общему числу анализированных документов в интервале от 0 до 1 на различных уровнях, установлено, что показатель материально-технической базы ОЗ, оказывавших медицинскую помощь на районном уровне, значительно уступал таковому на областном. Наименьшая оценка по этому показателю была выставлена в ЖК - 0,35, в родильных отделениях она составила 0,40, в гинекологических отделениях - 0,50 (рисунок 6.6).

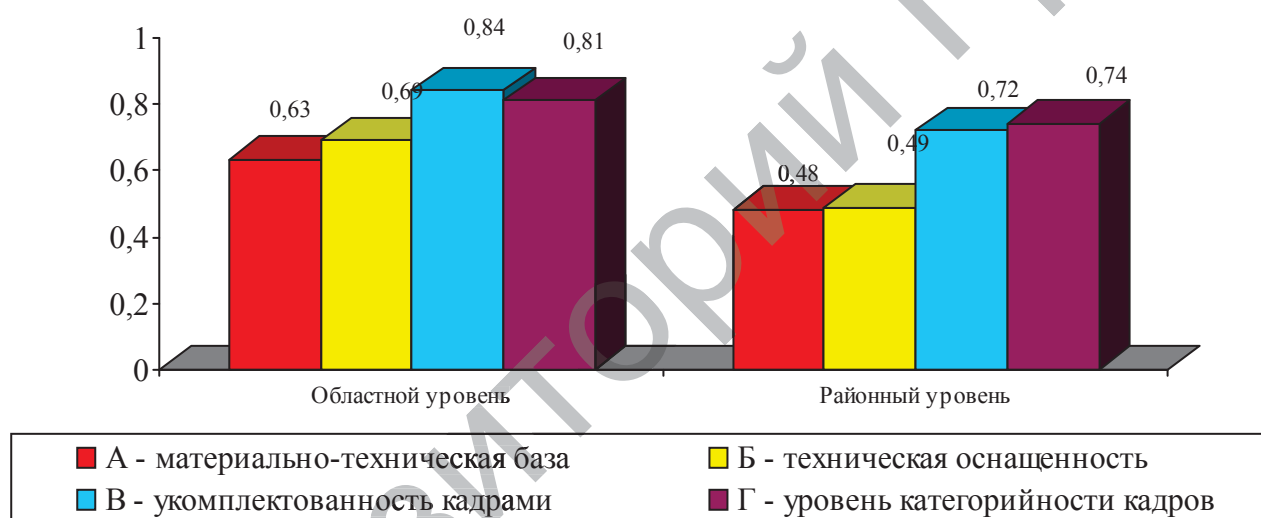


Рисунок 6.6 - Показатели ресурсообеспеченности ЛПО АГС по уровням перинатальной помощи

Установлено, что недостаточная ресурсообеспеченность определялась низкими объемами финансирования АГС и долевыми затратами на приобретение оборудования, медикаментов и капитальный ремонт зданий, которые в 1999 г. составили, соответственно, 0,3%, 9,9% и 0,1% (рисунок 6.7).

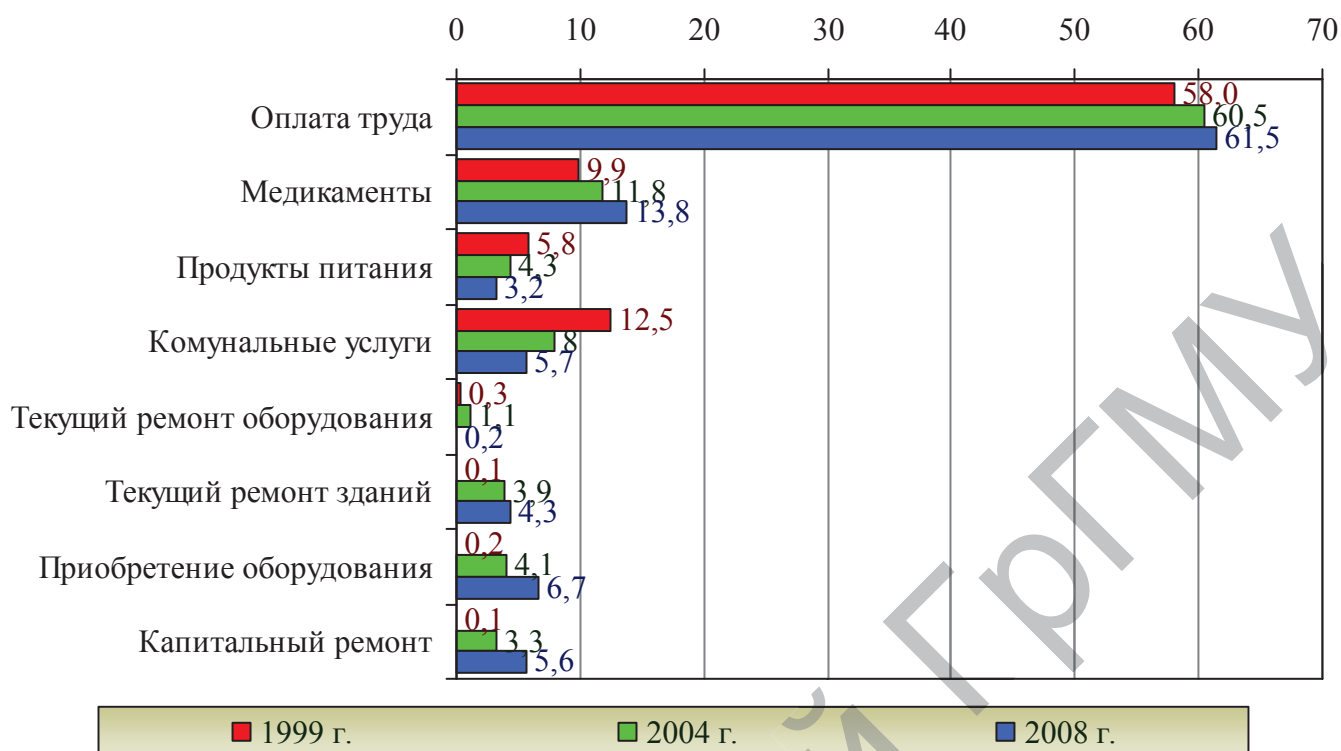


Рисунок 6.7 - Структура расходов бюджета АГС в 1999-2008 гг. (%)

Схема факторов, определяющих организацию лечебно-диагностического процесса в зависимости от ресурсного обеспечения ОЗ, представлена на рисунке 6.8.

Из приведенной схемы следует, что в современных условиях финансирование является ключевым звеном нормального функционирования ОЗ, что может быть достигнуто только при комплексном их взаимодействии с органами исполнительной власти при реализации программно-целевого подхода.

Программно-целевой метод планирования и управления в рамках модели стал системной методологией, которая позволила решать сложные многоцелевые проблемы, предусматривать согласование и эффективное использование финансовых, материально-технических, кадровых ресурсов для повышения качества медицинской помощи в определенные сроки.

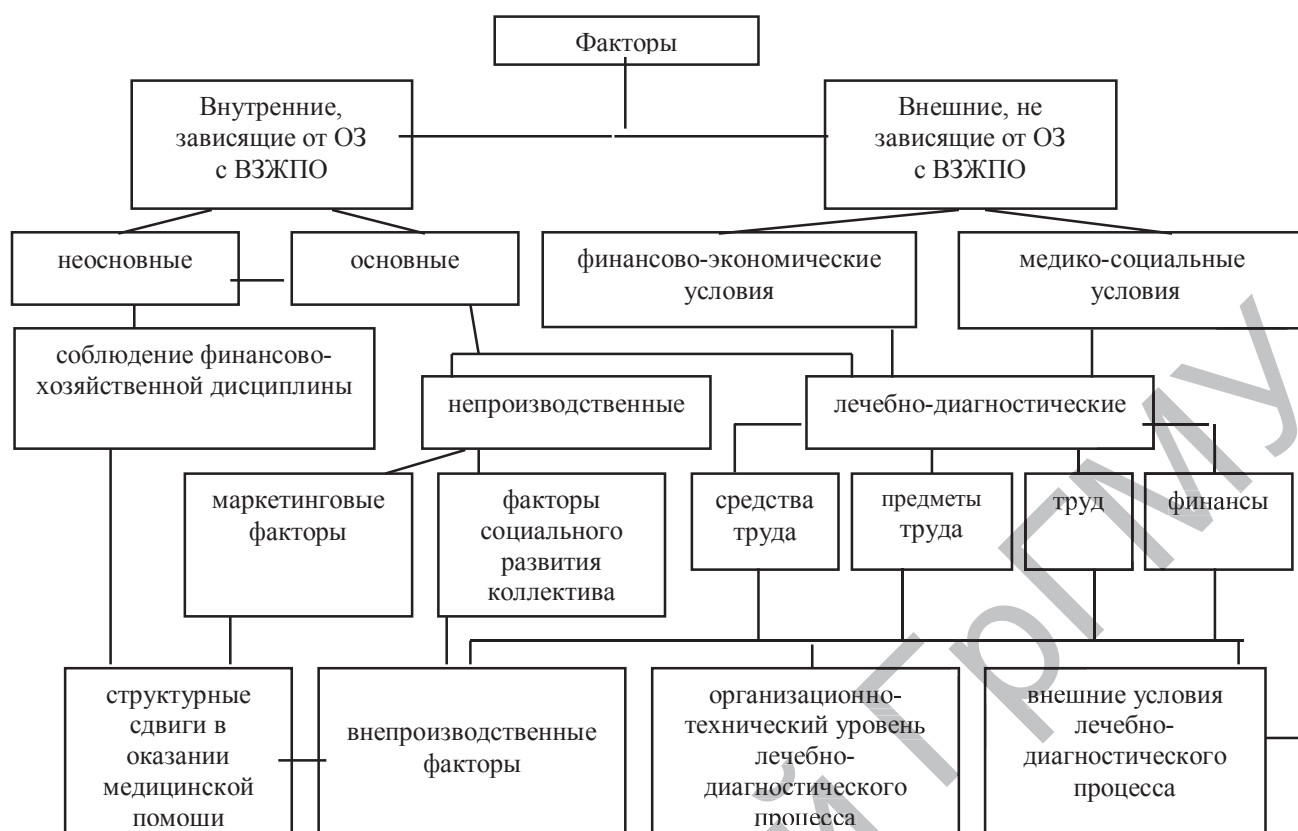


Рисунок 6.8 - Схема факторов, определяющих организацию лечебно-диагностического процесса в зависимости от ресурсного обеспечения ОЗ

В числе механизмов реализации стратегии по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО - республиканские и региональные целевые программы (Президентская программа «Дети Беларуси», Национальная программа демографической безопасности, Государственная программа «Здоровье народа», Государственная программа по формированию ЗОЖ населения Республики Беларусь, Национальный план действий по обеспечению гендерного равенства, Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь, Комплексной областной программы по сохранению и укреплению РЗ женщин и детей на 2002-2005 гг. (утверждена решением областного Совета депутатов), Областной отраслевой программы по планированию беременности и профилактике невынашивания на 2008-2010 гг., позволившие сосредоточить финансовые ресурсы на решении наиболее актуальных и первоочередных задач

- охрану прегравидарного здоровья; ПлС; антенатальную охрану плода; обеспечение оптимального акушерского и неонатального ухода.

Проведенный анализ позволил определить алгоритм формирования и реализации целевых программ:

- выбор проблемы укрепления РЗ пациенток с ВЗЖПО и оценка приоритетности для ее решения на этапах реализации;

определение принципов финансирования и расчеты финансовой емкости программы;

- разработка нормативных документов и стандартов;

- оценка и выделение материально-технического и кадрового обеспечения;

- определение системы управления и контроля;

- информационная поддержка выполнения программных мероприятий.

В соответствии с алгоритмом, для решения задачи укрепления РЗ пациенток с ВЗЖПО осуществлялась:

- четкая конкретизация основной цели для каждого уровня оказания медицинской помощи;

- его структурно-ресурсное моделирование;

- выявление потребностей и способов удовлетворения за счет использования как собственных, так и привлекаемых ресурсов более высокого уровня, интеграция ресурсов по горизонтали.

Ресурсы при этом рассматривались как стратегические (в виде интеллектуального потенциала персонала АГС или пакета нормативных и информационных документов), так и тактические (финансовые и материальные) (рисунок 6.9).



Рисунок 6.9 - Принципиальная схема ресурсообеспечения потребностей пациенток с ВЗЖПО при оказании медицинской помощи

При оценке возможностей определенного уровня управления реализовать свою стратегию последовательно рассматривалось построение ресурсных цепочек «спрос-предложение» по всем связям взаимодействия между субъектами каждого уровня и возможности обеспечения сбалансированности этих цепочек (рисунок 6.10).

Кроме того, содержание вертикального управления ресурсами рассматривалось в следующих аспектах:

- делегирование целевых функций своего уровня для реализации на следующем;
- контроль адекватности спроса на ресурсы более низких уровней;
- использование собственных ресурсов и возможности помощи извне.



**Рисунок 6.10 - Алгоритм разработки структур управления ресурсами
в рамках модели**

Для успеха функционирования модели определяющими являлись относительная автономность действий ОЗ, разграничение полномочий и сфер деятельности УЗО и органов исполнительной власти в осуществлении мероприятий по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО. Это обеспечило наиболее прозрачную и продуктивную коммуникацию между ними. Например, Областная отраслевая программа по планированию беременности и профилактике невынашивания на 2008-2010 гг., разработанная УЗО, для местных исполнительных комитетов представляет собой и программу действий, и своеобразный законодательный акт, обязательный для исполнения, на основании и во исполнение которого исполкомы, в свою очередь, разработали местные нормативные акты, обосновали и оптимизировали пути их реализации.

Кроме того, в рамках модели обеспечено ежегодное рассмотрение вопросов по укреплению РЗ женщин на заседаниях районных исполнительных комитетов с принятием соответствующих решений и обеспечением финансирования мероприятий по укреплению материально-технической базы АГС для обеспечения ОЗ основными фондами, высокотехнологичным оборудованием, средствами информатизации, внедрения инновационных перинатальных технологий, формированию ЗОЖ, обеспечению девушек-подростков и контингента пациенток из социально-неблагополучных семей бесплатными средствами контрацепции, в том числе после неблагоприятного исхода беременности и родов, проведению бесплатной йодо-, железо- и витаминопрофилактики беременных. Системный параметром при этом - *приоритетное финансирование АГС* с опережающими инвестициями в основные фонды и ресурсосберегающие технологии с минимальным приростом объема потребления.

6.3.2 Управление кадровыми ресурсами

Концепция управления персоналом в рамках модели включает в себя методологию управления, формирование системы и технологии управления на основе научной оценки.

Так, при изучении в 1999-2003 гг. степени отклонения показателей укомплектованности и кадрового потенциала ОЗ АГС от Кс установлено, что в 1999-2003 гг. показатель в значительном большинстве случаев составлял от 0,71 до 0,9. При этом характерной была неполная укомплектованность штатов медицинским персоналом (в основном за счет структурных подразделений, имевших самые низкие оцениваемые показатели) (рисунок 6.11)

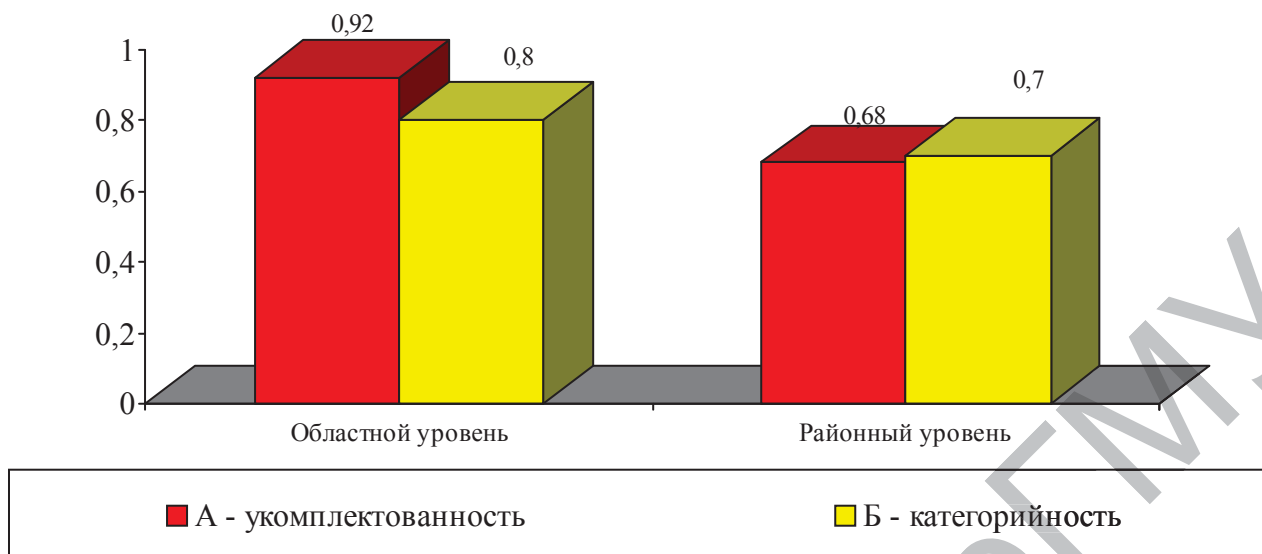


Рисунок 6. 11 – Укомплектованность и категорийность кадров ОЗ АГС в 1999-2003 гг.

Поэтому мероприятия в рамках медико-организационной модели нацелены на повышение уровня кадрового потенциала с использованием системы его планового обучения и стимулирования результатов деятельности (рисунок 6.12).

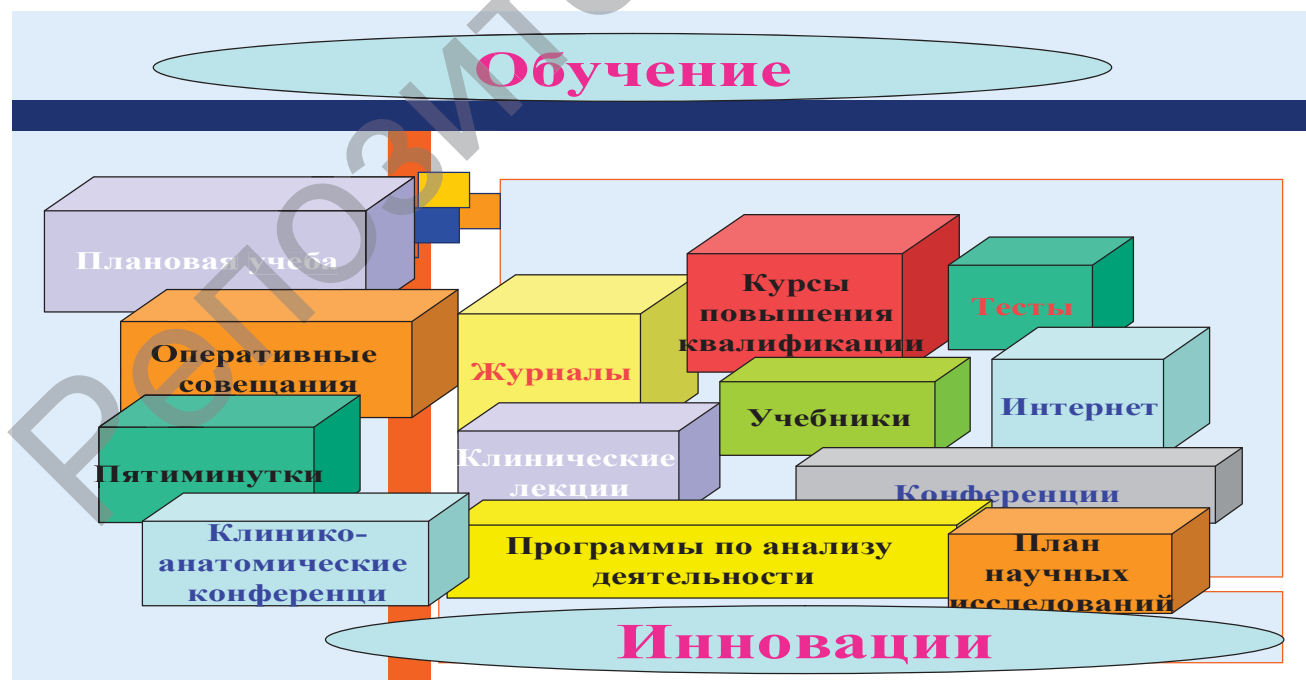


Рисунок 6.12 – Система повышения уровня квалификации персонала АГС

Основные задачи по развитию персонала, решаемые в рамках модели, представлены на рисунке 6.13.



Рисунок 6.13 – Реализация кадрового потенциала АГС в рамках медико-организационной модели укрепления РЗ пациенток с ВЗЖПО

Это - социально-психологическая диагностика; анализ и регулирование групповых и личных взаимоотношений, отношений руководства; управление производственными и социальными конфликтами и стрессами; информационное обеспечение системы; управление занятостью; оценка и подбор кандидатов на вакантные должности; анализ кадрового потенциала и потребности в персонале; профессиональная и социально-психологическая адаптация работников; управление трудовой мотивацией; правовые вопросы трудовых отношений.

Для стандартизации выполняемых объемов работ по реализации задач и функций административным, врачебным и средним медицинским персоналом

ЖК разработаны и внедрены в ОЗ области типовые должностные инструкции, а для младшего медицинского и прочего персонала ЖК – типовые функциональные обязанности.

6.4 Организация разноуровневого оказания медицинской помощи

Базисом модели стали проведенные исследования по оптимизации этапного оказания перинатальной помощи.

Несмотря на созданную разноуровневую структуру ПЦ, к 2004 г. четко определилась проблема несбалансированности оказания медицинской помощи и недостаточно высокой эффективности использования ресурсов в районах области в связи с тем, что одним из важнейших условий для полного обеспечения населения стационарной специализированной медицинской помощью является не только наличие достаточного количества коек и типов ОЗ, но и рациональная структура и использование коечного фонда.

Для решения этих проблем в рамках модели осуществлена разработка порядка госпитализации в ПЦ и реструктурировано оказание АГС на основе получения максимально полной экспертной информации о структуре предоставляемой пациенткам медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи позволила установить, что системные нарушения имели место в целом по региону.

Так, относительно стабильные Кс полноты врачебной помощи в 1999-2003 гг. были характерны только для городских (г. Гродно) и областных ОЗ, составившие, соответственно, 0,9 и 0,92. Уровень Кс в ПЦ I уровня в сравнении с вышестоящими ОЗ был более низким и составил: от 0,71 – в гинекологических отделениях до 0,83 – в ЖК. Уровень Кс в ПЦ II уровней был несколько выше, и составил от 0,86 – в отделениях новорожденных до 0,88 - в гинекологических отделениях и ЖК (таблица 6.1).

При плановых выездах в районы области и путем анализа медицинской документации (общий объем выборки составил 2000 наблюдений) установлено, что основной массив отрицательных отклонений в деятельности медицинского

персонала, влиявших на динамику показателей АГС области, характерен для ПЦ I и II уровней.

Таблица 6.1 – Комплексная оценка качества и эффективности деятельности перинатальной службы Гродненской области

Уровень оказания медицинской помощи	Отделения			
	Родильное	Новорожденных	Гинекологическое	ЖК
Районный уровень (ПЦ I уровня)	0,76	0,75	0,71	0,83
Районный уровень (ПЦ II уровня)	0,87	0,86	0,88	0,87
ГОКПЦ (ПЦ III уровня):	0,92	0,9	0,91	-
- акушерство	0,92	-	-	-
- неонатология	-	0,9	-	-
- гинекология	-	-	0,91	-

В качестве примера приводим отрицательные отклонения в оказании медицинской помощи, выявленные при плановом выезде в Лидский район в соответствии с совместным приказом УЗО Гродненского облисполкома и Гродненского государственного медицинского университета от 08.07.2003 г. № 379/168-к: Комплексная программа по сохранению РЗ женщин и детей реализована не в полном объеме - не закуплены ВМС, ГК, препараты железа для беременных, не завершена организация поста реаниматолога в родильном отделении в связи с отсутствием физических лиц, количество случаев онкозапущенности молочной железы в 2 раза превышает среднеобластной показатель, высокий удельный вес не осмотренных свыше 2-х лет в группе онкозапущенных заболеваний, высокий удельный вес беременных, взятых под диспансерное наблюдение в сроке более 12 недель, на Минойтовском сельском врачебном участке (2001 г. – 5 из 19, 2002 г. – 2 из 17, 2003 г. – 1 из 6), низкий охват гинекологическими профосмотрами на Неманском ФАПе (осмотрены 7 женщин), не используется протин для подготовки родовых путей к родам с наличием осложненного течения беременности и при наличии ЭГП (нет в наличии), недостаточная профилактика акушерского травматизма при наличии

случаев разрыва промежности по старому рубцу, недоукомплектованы штаты врачей-неонатологов.

По данным экспертизы, 6,0% госпитализированных в Лидскую ЦРБ пациенток могли получать медицинскую помощь в амбулаторных условиях, среди женщин с ХРС их доля увеличилась до 16,8%. Несвоевременная госпитализация была выявлена в 22,8% случаев, причем, этого можно было избежать при разработке более рациональной системы показаний. И наоборот, установлена необоснованно длительная терапия пациенток с ВЗОМТ в условиях ЖК: от 4 до 10 дней – 22,4% пациенток, от 11 до 20 дней – 14,2%, более 20 дней – 4%. При этом среди проходивших лечение пациенток в амбулаторных условиях только 54,6% были в достаточной мере обследованы до направления в стационар, что являлось следствием отсутствия единых стандартизированных подходов.

Выявлен и значительный резерв для сокращения сроков обследования, лечебного и реабилитационного периода в стационарных условиях. Так, обследование в стационаре более 10 суток выявлено у 14,6% пациенток с обострением ХРС, плановые операции 16,2% пациенток выполнены спустя 5 суток и более, дублирование клинико-лабораторного обследования зарегистрировано у 88,4% женщин, нуждались, но не получили консультацию смежных врачей-специалистов 28,4% больных. Кроме того, в лечении 26,4% пациенток с ВЗЖПО в стационарных условиях имелись отрицательные отклонения в проведении комплексной терапии.

Итоговые показатели полноты объема медицинской помощи в ОЗ АГС региона представлены на рисунке 6.14.

В целом, в амбулаторных условиях, типичными отклонениями являлись: отсутствие или неполная прегравидарная подготовка, позднее взятие под диспансерное наблюдение по беременности, отсутствие или несвоевременность ультразвукового скрининга, отсутствие онкологических осмотров, несвоевременность или отсутствие осмотров врачами-специалистами при выявлении ЭГП, неполное лабораторное обследование, не проведенная в полном объеме профилактика гестозов, НБ, санация очагов хронической инфекции и

психопрофилактическая подготовка к родам, отсутствие или несвоевременность госпитализации при наличии показаний.

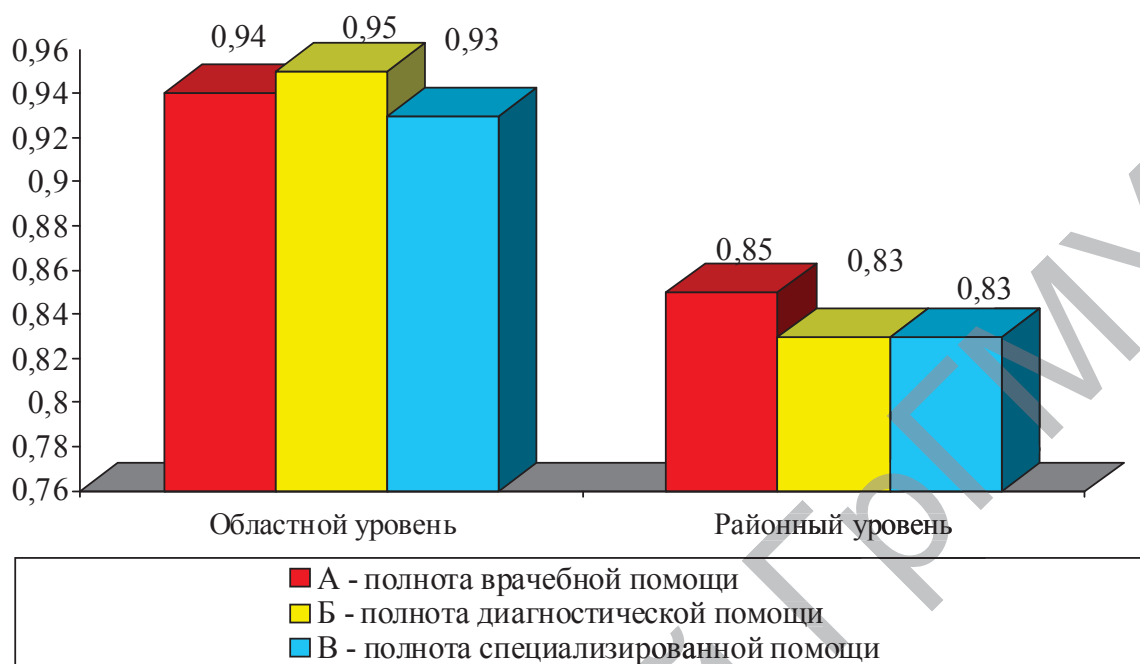


Рисунок 6.14 - Показатели полноты объема медицинской помощи в ОЗ АГС региона

В стационарных условиях характерными отрицательными отклонениями были: неполный сбор анамнеза, нечеткое знание отраслевых стандартов, недостаточный объем диагностических мероприятий, ошибки врачей в оценке состояния внутриутробного плода, неполный объем мероприятий по профилактике внутриутробной гипоксии плода, кровотечений в родах, отмечались случаи неправильного ведения родов при наличии ЭГП и акушерской патологии, а также дефекты в оказании медицинской помощи новорожденным.

Установлено, что Кс диагностики стандарту в ОЗ составил в 1999-2003 гг. - 0,76. При этом по качеству сбора анамнеза выявлены дефекты, соответственно, в 74,0%. Неполный объем физикального обследования пациенток при I посещении в ЖК был в 28,0%. Лабораторные и инструментальные методы исследования только в 80,0% случаев осуществлялись своевременно и в полном объеме (таблица 6.2).

Анализ тактики ведения пациентов с ВЗЖПО относительно установленного диагноза выявил в 78,0% случаев вполне рациональную программу лечебно-

профилактических мероприятий. Однако при этом не всегда осуществлялась коррекция терапевтических мероприятий после проведенного обхода и осмотра пациенток (в 8,0%). Кс по постановке диагноза, его формированию и соответствию МКБ-Х соответствовал высокому качеству медицинской помощи в 80,0% случаев. Оценка качества ведения документации выявила недостатки в оформлении в 24,0% случаев.

Таблица 6.2 - Система оценок качества и эффективности диагностического процесса АГС Гродненской области

Критерий оценки	Норматив	Достигнутый уровень		Тренд
		Годы		
		1999-2003	2004-2008	
1 Соответствие Стандарту	1,0	0,76 (n = 500)	0,91 (n=650)	△
2 Обследование неполное, но не приведшее к постановке неверного диагноза	0,75	0,50 (n=350)	0,55 (n=250)	△
3 Обследование неполное, но без негативного отражения на состоянии пациенток	0,5	0,50 (n=130)	0,2 (n=90)	▽
4 Обследование неполное, привело к постановке неверного диагноза, что негативно отразилось на состоянии пациенток	0	0,2 (n=20)	0,05 (n=10)	▽

В целом Кс при оценке лечебного комплекса по уровню качества лечения (далее - УКЛ) составил только 0,78 (таблица 6.3).

Таблица 6.3 - Система оценок качества и эффективности лечебного процесса АГС Гродненской области

Критерий оценки	Норматив	Достигнутый уровень		Тренд
		Годы		
		1999-2003	2004-2008	
1 Соответствие Стандарту	1,0	0,78 (n=180)	0,93 (n=190)	△
2 Лечение неполное, но без негативного отражения на состоянии пациенток	0,75	0,50 (n=0,5)	0,1 (n=0,3)	△
3 Лечение неполное, что негативно отразилось на состоянии пациенток	0,5	0,3 (n=15)	0,05 (n=0,05)	▽

Установлено, что общий показатель результативности и качества работы значительно различался на областном и районном уровнях (рисунок 6. 15).

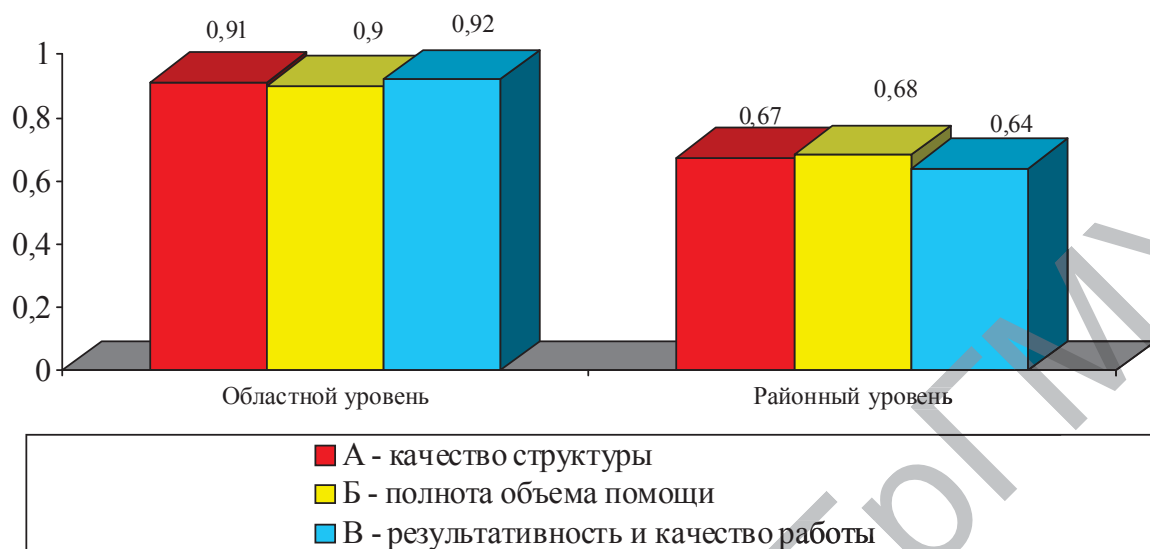


Рисунок 6.15 - Показатели ресурсообеспеченности, эффективности и качества деятельности АГС региона

Оценка уровня качества исходов (далее - УКИ) по показателю ПС оказалась равной 0,72.

Рассчитанный Кс (далее - УСЛ) по срокам лечения составил только 0,77, Кс качества постановки диагноза (далее - УКПД) – 0,75.

О состоянии преемственности между ЖК и стационаром мы судили по полноте информации в медицинской карте амбулаторного больного (ф. 025/у), выписке из амбулаторной карты, сопроводительном листе станции скорой медицинской помощи (ф. 114/у), обменной карте родильного дома (ф. 113/у) и по направлению на госпитализацию. Установлено, что только в 76,0% случаев документация была оформлена полно и в 66,0% передана своевременно. Несмотря на существовавшую в ГОКПЦ технологию плановой госпитализации, в стационар поступало полностью обследованных лишь 46,2% пациентов.

На основании результатов исследования осуществлена разработка Порядка госпитализации беременных, рожениц и гинекологических больных в стационары г. Гродно (рисунок 6.16), а также соответствующих показаний, утвержденных приказом УЗО от 09.04.2004 г. №211 «О совершенствовании

деятельности ПЦ в Гродненской области», с целью обеспечения надлежащей доступности медицинской помощи в ОЗ областного уровня для пациенток с ВЗЖПО.

ОЗ	Показания к госпитализации	Закреплённые ОЗ	Вид госпитализации, часы суток
ГОКРД (ПЦ III уровня)	Госпитализация беременных и рожениц после 22 недель	ЖК №5, ОЗ Гродненского района	Круглосуточно экстренная
	Госпитализация беременных и рожениц	ЖК № 1-5, ОЗ области	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
	Госпитализация беременных и рожениц на III уровень оказания перинатальной помощи	ОЗ Щучинского, Мостовского, Берестовицкого районов,	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
	Госпитализация беременных и рожениц на II уровень оказания перинатальной помощи	ЖК № 1-5, ОЗ области	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
	Прерывание беременности по медико-генетическим показаниям	ЖК № 5, ОЗ Гродненского района	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
	Прерывание беременности по медицинским и немедицинским показаниям	ЖК № 5, ОЗ области	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
	Оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии неинфекционной этиологии	ЖК № 5, ОЗ области	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
ГКБ №4	Лапароскопические операции восстановления репродуктивной функции	ЖК №1-5, поликлиника	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
	Иные виды оперативного и консервативного лечения гинекологической патологии неинфекционной этиологии	«Азот», ОЗ области ЖК № 1-4, поликлиника «Азот»	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ , экстренная согласно графику
ГКБ СМП (ПЦ II уровня)	Госпитализация беременных и рожениц	ЖК №1-4	Круглосуточно экстренная
	Госпитализация беременных до 22 недель	ЖК №1-5	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
	Госпитализация беременных с уронефрологической патологией	ЖК №1-5, ОЗ области	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰

	Прерывание беременности по медицинским и немедицинским показаниям Оперативное лечение гинекологической патологии Оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии инфекционной этиологии Госпитализация девушек-подростков	ЖК №1-4 ЖК № 1-4, пол-ка «Азот» ЖК №1-5, поликлиника «Азот», ОЗ области ОЗ области	Плановая 9⁰⁰-15⁰⁰ Экстренная согласно графику Плановая 9⁰⁰-15⁰⁰ Плановая 9⁰⁰-15⁰⁰
	Оперативное и консервативное лечение в детском возрасте Оперативное лечение больных урогинекологического профиля	ЖК № 1-5, ОЗ области ЖК №1-5, ОЗ области	Плановая 9⁰⁰-15⁰⁰, экстренная согласно графику дежурств Плановая 9⁰⁰-15⁰⁰, экстренная согласно графику
ГОКБ (онкология № 3)	Оперативное лечение предраковых заболеваний шейки матки (дисплазия III степени) Оперативное лечение злокачественных новообразований	ЖК №1-5, ОЗ области ЖК №1-5, ОЗ области	Плановая 9⁰⁰-15⁰⁰ Плановая 9⁰⁰-15⁰⁰
ДС	Угроза прерывания беременности в сроке до 22 недель	ЖК №2, 5	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
ЖК №2	Лечебно-диагностические мероприятия больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении	ЖК №2, 3	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
ЖК №5	Лечебно-диагностические мероприятия больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении	ЖК №1, 4, 5	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰

Рисунок 6.16 – Порядок госпитализации беременных, рожениц и гинекологических больных в стационары г. Гродно

Значимые элементы модели - реструктуризация АГС (закрыты родильные отделения в четырех в маломощных ПЦ I уровня, в которых регистрировались наибольшие отрицательные отклонения в качестве медицинской помощи), и оптимальное распределение потоков пациенток на вышестоящие уровни оказания медицинской помощи. Разработана новая региональная структура ПЦ, утвержденная приказом УЗО от 09.04.2004 г. №211 «О совершенствовании деятельности ПЦ в Гродненской области».

Для обеспечения тесного взаимодействия ЖК с акушерскими и гинекологическими стационарами, территориальными поликлиниками, детскими поликлиниками, а также иными ОЗ, участвовавшими в оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО, разработано Типовое положение о ЖК, утвержденное приказом УЗО от 01.07.2004 г. №361 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи в Гродненской области».

Для исключения случаев необоснованной госпитализации врачам ЖК разрешено выдавать листки временной нетрудоспособности пациенткам с ВЗЖПО, не нуждавшимся в круглосуточном врачебном наблюдении и проходившим курс лечения в амбулаторно-поликлинических условиях в соответствии с Постановлением МЗ РБ и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09.07.2002 г. №52/97 «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности и Инструкции по заполнению листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности».

Разработана и внедрена единая Форма ежеквартального структурного анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности в ЖК Гродненской области, ежеквартально предоставлявшаяся в организационно-методический кабинет ГОКПЦ. Анализу подлежали число случаев и дней временной нетрудоспособности на 100 работающих (всего или по отдельным группам заболеваний), средняя длительность случая и показатели структуры заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

В модели предусмотрена необходимость диспансеризации пациенток с ВЗЖПО, лечение которых может осуществляться в амбулаторных условиях, на базе созданных специализированных приемов в ЖК, объединенных на базе ЖК №2 г. Гродно в городское консультативно-диагностическое отделение «Брак и семья»; в 2008 г. в ГОКПЦ открыто аналогичное областное отделение.

В связи с отсутствием единых критериев диспансеризации ВЗЖПО и иных гинекологических заболеваний разработана, утверждена приказом УЗО от 25.06.2004 г. №365 «О состоянии и мерах по снижению младенческой и перинатальной смертности в Гродненской области» и внедрена в практическую деятельность всех ОЗ области единая Форма отчета, представленная на рисунке 6.17.

Нозология	Число зарегистриро- ванных заболеваний	в т.ч. с диагнозом, установленным впервые	Состояло на начало года	Взято под наблюдение	Из них впервые выявлены	Снято с учета всего	в том числе с выздоровлени- ем
Фибромиомы							
Кисты яичников							
Кистомы яичников							
Сальпингофориты							
Полипы канала шейки матки							
Эрозии шейки матки							
Расстройства менструации							
Климактерические расстройства							
Вагиниты							
Дисплазия							
Гиперплазия эндометрия							
Эндометриоз							
Онкозаболевания							

Рисунок 6.17 – Форма отчета о диспансеризации гинекологических больных

6.5 Организация профилактических осмотров, формирование групп «риска» по развитию воспалительных заболеваний половых органов и Стандартов обследования пациенток на прегравидарном этапе модели

Для реализации стратегии по сокращению перинатальных, репродуктивных и трудовых потерь, на основе полученных в результате исследования данных стала очевидной необходимость внедрения стандартов и ресурсосберегающих технологий; компьютеризация информационных потоков и процессов принятия решений; поиск новых путей формирования ЗОЖ среди пациенток с ВЗЖПО и стимулирования их к сохранению собственного здоровья.

Распределение стандартизированных операций по нормированию и стандартизации перинатальных технологий в процессе управления в рамках модели представлено на рисунке 6.18, и включает перечень необходимых операций, состав операций и условия их успешного выполнения.

Так, система управления в рамках модели призвана сепарировать, диспетчировать и представлять в виде нормативных документов разработанные перинатальные технологии, обеспечивать конструирование, интегрирование в АГС региона системы концепций базовых понятий и представлений, то есть определенного рода стандартов медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО.

Примером стандартизации мероприятий первого этапа модели с учетом выявленных неблагоприятных факторов воздействия на состояние РЗ женщин фертильного возраста с ВЗЖПО стала организация проведения ежегодных гинекологических профилактических осмотров с 15-летнего возраста с применением тестов функциональной диагностики и определением, при необходимости, уровней гормонов в крови.

Операции	Состав операций	Условия успешного выполнения операций
Целеполагание	Определение цели. Обоснование цели. Формирование цели. Постановка цели. Корректировка цели.	Уровень научного развития и квалификации. Учет объективных законов. Система интересов. Количество и ценность информации.
Выбор	Оценка механизма управления. Выбор методов управления. Обоснование методов. Комбинирование методов.	Особенность механизма управления. Состав средств воздействия. Соответствие средств воздействия.
Информационная работа	Накопление информации. Хранение информации. Поиск информации. Отработка информации.	Количество информации. Ценность информации. Возможности информационной системы. Автоматизация обработки.
Аналитическая работа	Оценка параметров. Расчет показателей. Графирование. Классификация, анализ.	Метод анализа. Квалификация работников. Автоматизация расчетов и логических операций.
Разработка и выбор варианта действий	Нахождение вариантов действий. Определение критериев выбора. Сопоставление вариантов. Организационное оформление. Принятие решений.	Методика разработки. Опыт и квалификация главного врача. Использование современной техники. Стиль работы.
Реализация решений	Доведение решения до исполнителя. Разъяснение и уточнение решения. Распределение заданий. Наделение полномочиями. Контроль исполнения.	Иерархический тип роддома. Дисциплина. Социально-психологический климат. Авторитет главного врача. Стиль управления.

Рисунок 6.18 - Распределение стандартизированных операций в процессе управления в рамках модели

По результатам профилактических осмотров в модели предусмотрено стандартизированное формирование групп «риска» по развитию нарушений ЖРС, включавших девушек-подростков (15-17 лет):

- с урогенитальными инфекциями и высоким индексом инфекционной патологии,
- перенесших манипуляции и операции на половых органах,

- с пороками развития мочеполовых органов,
- с заболеваниями эндокринной системы (нарушения жирового обмена, патология щитовидной железы),
- с анемиями.

Эти пациентки подлежали активному наблюдению у врачей-гинекологов подростковых кабинетов (приемов), а при выявлении нарушений в ЖРС - диспансерному наблюдению на базе специализированных кабинетов по подростковой гинекологии консультативно-диагностического отделения «Брак и семья» (рисунок 6.19).

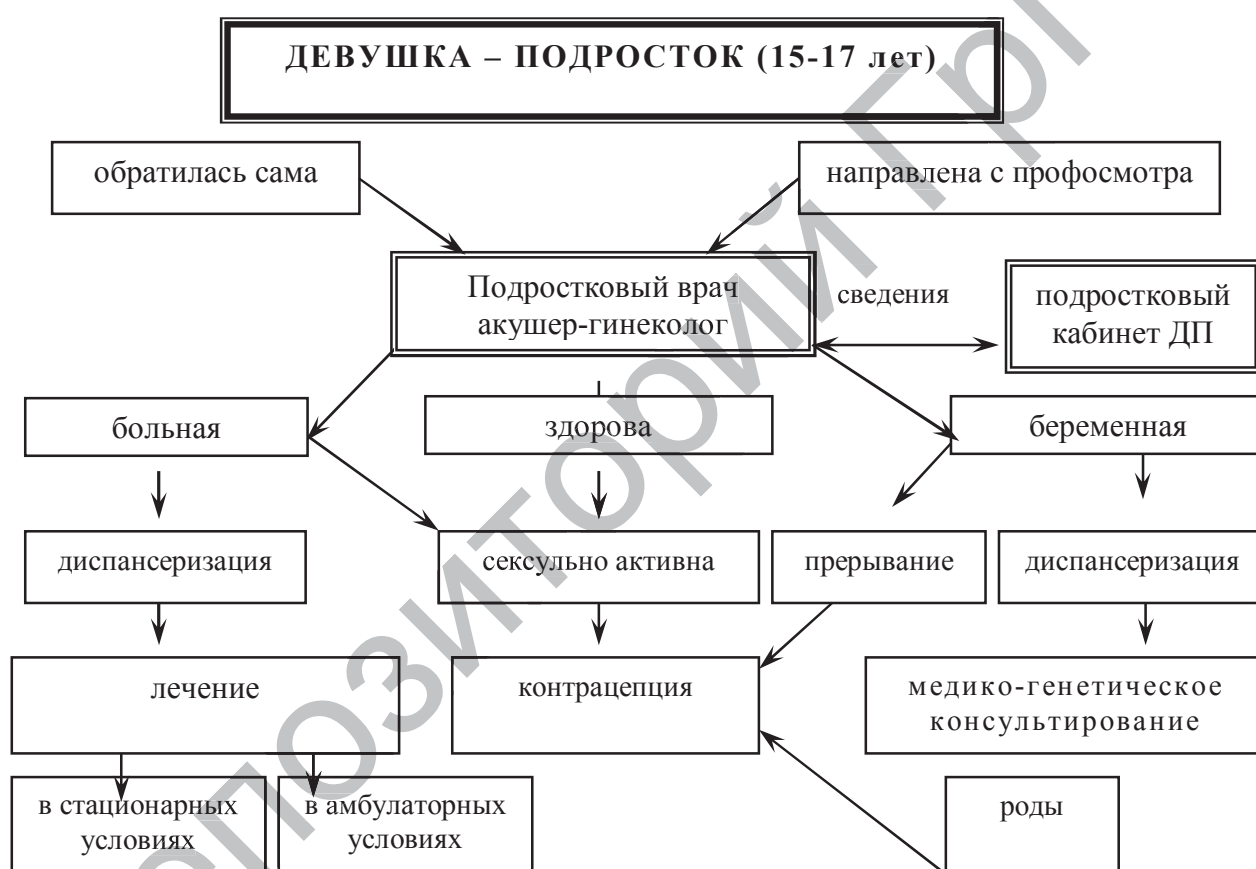


Рисунок 6.19 – Алгоритм наблюдения врачом гинекологического подросткового кабинета за девушками-подростками

Для выявления нарушений необходимы обязательная оценка физического и полового развития, гинекологический (ректальный) осмотр, а также, с учетом показаний, проведение УЗИ и гормональных исследований, начиная с 15-летнего возраста.

В модели также предусмотрена регулярность профилактических осмотров девушек подростковым врачом-терапевтом с обязательным анализом семейного и личного анамнеза, проведением посистемного обследования, а также медико-генетического консультирования.

Разработан стандартизированный алгоритм оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста (18-49 лет) на прегравидарном этапе (рисунок 6.20).

Базовым элементом алгоритма явилась стандартизация Критериев отнесения пациенток к группам здоровья по результатам профилактических осмотров, утвержденных приказом УЗО Гродненского облисполкома от 01.07.2004 г. №361 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи в Гродненской области»:

- «здорова»: анамнез не отягощен, отсутствуют нарушения менструальной функции с момента ее становления и патология ЖРС;
- «практически здорова»: анамнез отягощен гинекологическими заболеваниями, оперативными вмешательствами, в том числе и абортами, нарушениями менструальной функции; могут быть анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции ЖРС и не снижающие трудоспособности;
- «больна»: при объективном обследовании выявлено гинекологическое заболевание, даже при отсутствии жалоб пациентки.

В модели установлена периодичность проведения гинекологических профилактических осмотров «здоровых» (1 раз в год) и стандартизированное формирование по его результатам следующих клинико-организационных групп «риска» по развитию ВЗЖПО:

- перенесшие операции на органах малого таза и иные диагностические манипуляции (биопсия шейки матки, зондирование или выскабливание полости матки и др.);
- со сниженными иммунологическими показателями и изменениями неспецифической реактивности организма;

- имевшие в анамнезе прерывания беременности и патологические роды;
- имевшие хронические очаги экстрагенитальной инфекции.

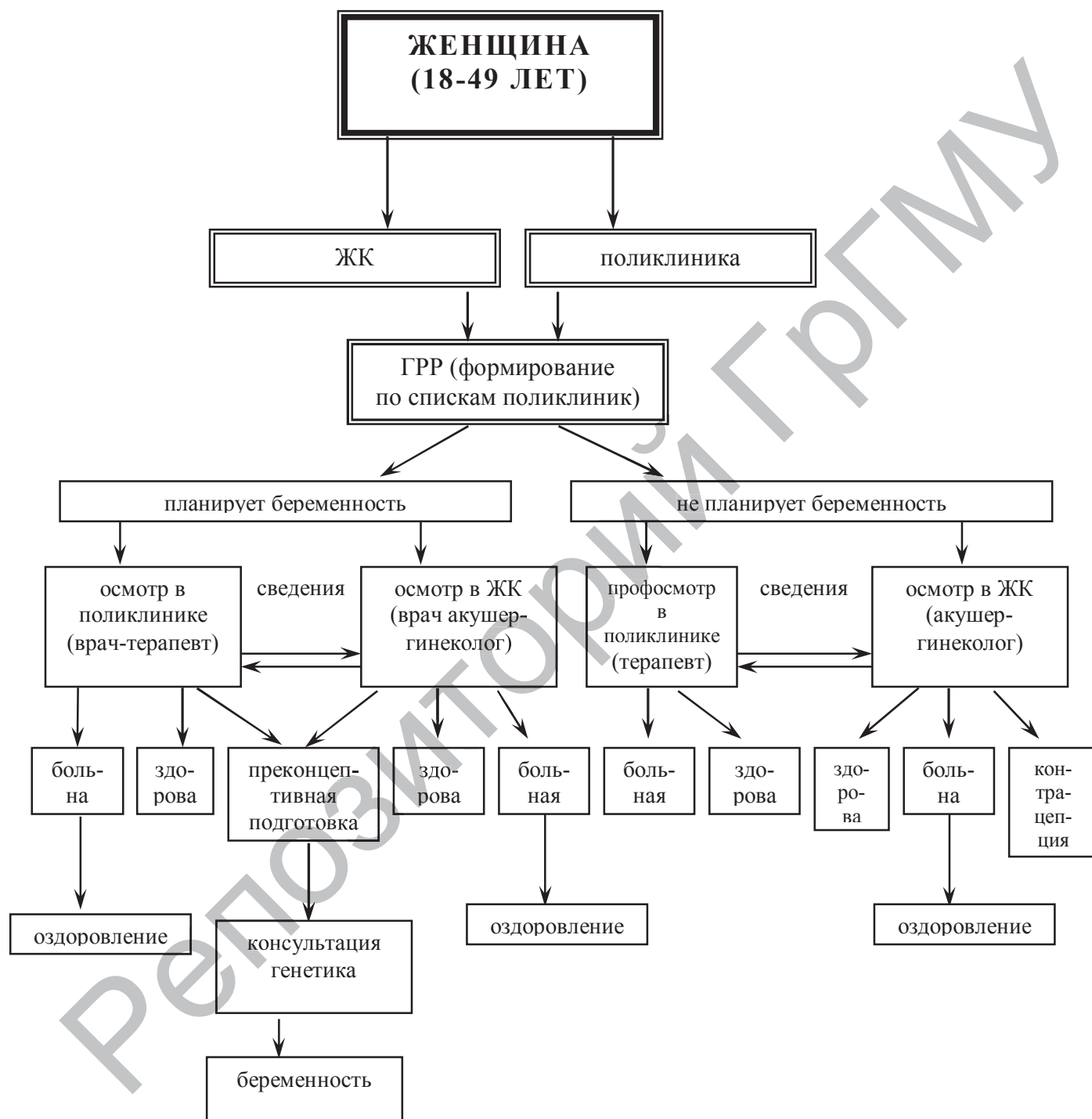


Рисунок 6.20 – Алгоритм организации оказания медицинской помощи женщинам фертильного возраста

В рамках модели сформирована система поэтапного наблюдения, контроля и управления состоянием здоровья пациенток группы «риска» по развитию ВЗЖПО (рисунок 6.21).

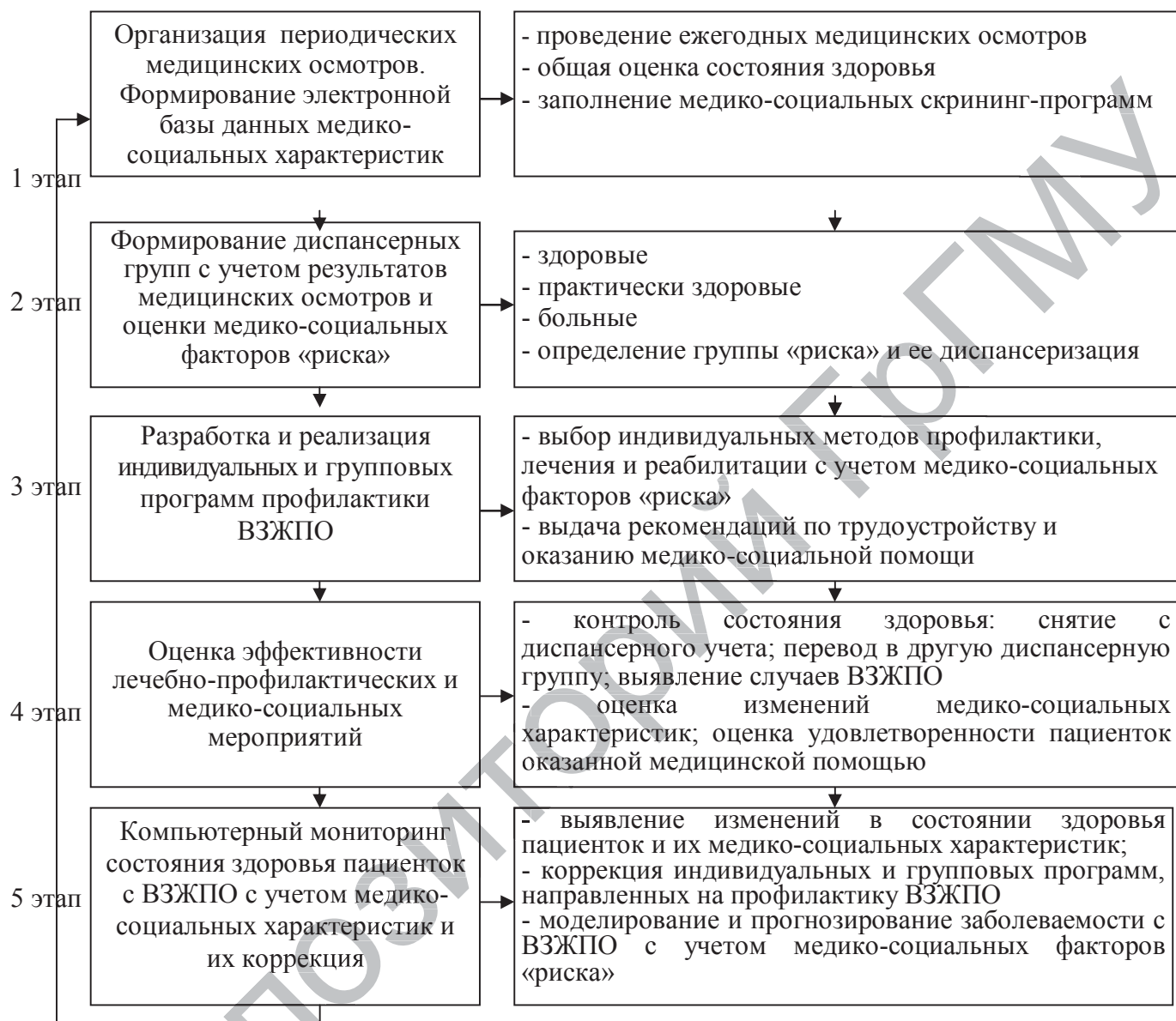


Рисунок 6.21 - Система поэтапного наблюдения, контроля и управления состоянием здоровья пациенток группы «риска» по развитию ВЗЖПО

С учетом внедрения информационных технологий в деятельность ОЗ результаты проведенных профилактических осмотров вносятся в электронную базу данных. Это, с учетом коррекции индивидуальных и групповых программ профилактики, позволяет осуществлять мониторинг в реальном времени за состоянием здоровья пациенток группы «риска», изменением медико-

социальных характеристик между контрольными осмотрами, а также за удовлетворенностью уровнем оказанной им медицинской помощи.

Задачами динамического контроля на прегравидарном этапе также являлось изучение и выбор возможностей устранения как факторов «риска», так и причин, вызывавших ВЗЖПО, обследование, эффективное лечение и реабилитация пациенток в ОЗ АГС. С этой целью в полном соответствии с МКБ-Х разработаны Стандарты обследования беременных и гинекологических больных в Гродненской области (далее – Стандарты), охватывающие практически все заболевания и состояния, с которыми приходится сталкиваться в практической деятельности врачам акушерам-гинекологам, утвержденные приказом УЗО от 08.07.2004 г. №370 «О совершенствовании оказания медицинской помощи беременным, страдающим ЭГП».

Каждый этап Стандартов охватывает унифицированные диагностические и лечебные процедуры, необходимые как для постановки диагноза и санации патологии в «классических» случаях, так и позволяющие проводить дифференциальную диагностику и определять тактику лечения в сложных для диагностики случаях.

Для удобства использования в практической деятельности наиболее часто используемые лечебно-диагностические мероприятия сведены в ряд рубрик.

Рубрика А – минимально возможный объем клинико-лабораторного обследования на уровне ПМП.

Рубрика АА – включает в себя дополнительный к рубрике А, наиболее часто используемый перечень лечебно-диагностических мероприятий при той или иной нозологии.

Рубрика Б – включает минимально возможный и необходимый объем предоперационной подготовки для выполнения акушерских или гинекологических операций.

Рубрика В – включает минимальный объем лечебно-реабилитационных мероприятий, выполняемых в послеоперационном периоде.

Таким образом, Стандартами предусмотрены не только мероприятия по обследованию пациенток с ВЗЖПО, но и по санации выявленной воспалительной патологии (рисунок 6.22).

N 70.0 Острый сальпингит и оофорит	<i>Рубрика АА</i> Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Обследование на ИППП (хламидиаз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Направление на стационарное лечение	АБТ Противо-кандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия	До клинического выздоровления <i>Рубрика А</i> Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Обследование на ИППП (хламидиаз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности	<i>Рубрика АА</i> Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища АБТ Противо-кандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия <i>Рубрика Б</i> Диагностическая лапароскопия с дренированием брюшной полости <i>Рубрика В</i>

Рисунок 6.22 – Пример мероприятий, определенных Стандартами при остром сальпингите и оофорите

6.6 Разработка методов выявления воспалительных заболеваний женских половых органов на прегравидарном этапе

Значимым элементом клинико-организационной модели явилась разработка стандартизированных методов выявления ВЗЖПО на прегравидарном этапе. С этой целью на уровне ПМП первично обследованы 250 пациенток, разделенные на 5 групп: хламидиоз, НИВЗ, вагинальный уреа- и микоплазмоз, ВК и трихомониаз.

С помощью критерия Манна-Уитни установлено, что группы имели статистически значимые различия по ряду признаков. Так, у пациенток с хламидиозом диагноз коррелировал с 20 признаками. Значения коэффициентов корреляции (χ^2 -Пирсона) находились в диапазоне 0,205-1,0 по модулю. У 12 признаков установлена средняя и высокая выраженность связей, в том числе выявлены корреляционные связи наличия хламидиоза и возраста пациенток [$r=0,6856$], наличия у них эрозий шейки матки [$r=0,6856$], цервицитов [$r=0,6856$], ХРС [$r=0,6856$], первичного [$r=0,6856$] и вторичного бесплодия [$r=0,6856$].

Для уточнения полученных корреляций при проведении анализа H -критерия Краскала-Уоллиса, обладающего наибольшей чувствительностью к неслучайным различиям по встречаемой патологии, установлено, что значимыми показателями являлись: возраст – 180,9, $p<0,0005$; первичное бесплодие – 46,1, $p<0,05$ вторичное бесплодие – 90,0, $p<0,0005$; ХРС – 64,9, $p<0,0005$; эрозия шейки матки – 127,4, $p<0,0005$; цервицит – 106,9, $p<0,0005$, то есть, подтверждена этиологическая взаимосвязь патологических изменений в ЖРС при хламидиозе.

В группах пациенток с вагинальным уреа- и микоплазмозом, ВК и трихомониазом диагноз имел одну выраженную корреляционную связь - выявление возбудителя методом полимеразной цепной реакции или в нативном мазке: соответственно, $r=0,8053$, $r=0,9737$, $r=0,9882$. В группе пациенток с НИВЗ специфические для ее классификации признаки отсутствовали.

Кластерный анализ с автоматическим поиском количества классов позволил установить, что исходная выборка состояла из 2-х кластеров, один из которых включал пациенток с хламидиозом, а второй – женщин, у которых хламидиоз отсутствовал. Невозможность разделения на 5 кластеров связана с незначительной информационной емкостью признаков, более специфичных для 4 групп, чем для пациенток с хламидиозом. В этой связи была построена иерархическая схема классификации объектов (рисунок 6.23).

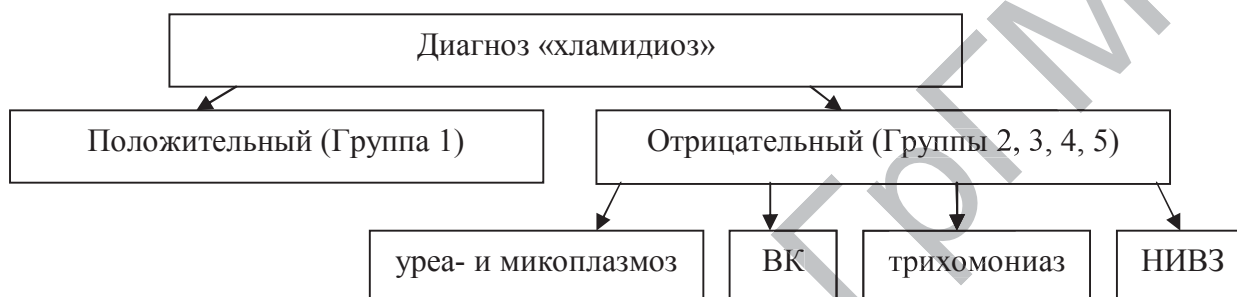


Рисунок 6.23 – Схема классификации объектов

На первом уровне классификации были исследованы 3 варианта симптомокомплексов на 4-х этапах расчетов. В результате четвертого этапа были получены 3 варианта симптомокомплекса, позволяющие точно классифицировать хламидиоз (таблица 6.4).

Для статистического анализа варианта диагностики использовался дискриминантный анализ. Это позволило получить уравнение, описывающее границу между кластерами.

На втором уровне для классификации 170 пациенток подгруппы с поражениями не хламидийной этиологии (симптомокомплекс включал в себя 25 признаков), были получены 5 кластеров.

Кластер 1 соответствовал группе пациенток с НИВЗ, кластер 2 – с ВК, кластер 4 – с трихомониазом. Кластеры 3 и 5 содержали, соответственно, 12 и 9 женщин из группы с уреа- и микоплазмозами. Ее разделение на 2 кластера обусловлено разным характером течения заболевания: в кластер 3 включены пациентки, имевшие ранние сексуальные дебюты и незащищенные половые акты, предъявлявшие жалобы на неприятные ощущения и зуд во влагалище,

обильные бели из половых путей, чувство жжения при мочеиспускании, с III и IV степенью чистоты влагалища, эктопией и цервицитом, кольпоскопическую картину йоднегативной зоны; кластер 5 включал пациенток со стертой клинической картиной заболевания.

Таблица 6.4 - Сравнительный анализ результатов 2-этапного кластер-анализа

Симптомокомплекс	Точность классификации					Ошибки классификации		
	Лечение хламидиоза	Лечение НИВЗ	Лечение уреа- и микоплазмоза	Лечение ВК	Лечение трихомониаза	Гиподиагностика	Гипердиагностика	Не классифицировано
I уровень								
Из жалоб и скрининг-исследований, коррелирующих с диагнозами	80		158			0	10	2
Из жалоб и скрининг-исследований и результатов ПЦР, ПИФ и ИФА крови, коррелирующих с диагнозами	80		162			0	7	1
Из жалоб и исследований иммунологической реактивности с использованием «Способа определения типа системной реакции организма человека», $r > 0,5$	80		175			0	5	0
II уровень								
Для подгруппы пациенток с инфекционными поражениями не хламидийной этиологии	–	28	44	55	36	5	0	2

Зафиксированы 5 случаев гиподиагностики, 2 случая из группы пациенток с НИВЗ не были классифицированы.

Дискриминантная функция на первом уровне классификации имеет вид:

$$d_1 = 0,517x_1 + 0,599x_4 + 3,789x_{12} + 0,529x_{17} + 0,072x_{34} + 0,44x_{38} + 0,824x_{39} + 7,969x_{40} - 4,154 \quad (6.1).$$

Наблюдение 3 при исходном расчете классифицируется ошибочно как «хламидиоз отсутствует», но при кросс-проверке правильно отнесено к группе «хламидиоз». Точность прогнозирования состояния пациенток (таблица 6.2) составила 96,6% при исходной классификации и 100% при кросс-проверке.

Для второго уровня дискриминантные функции имеют вид.

$$d_{21} = 13,790 x_3 - 1,699 x_4 + 2,294 x_7 + 0,425 x_9 - 0,052 x_{10} + 0,250 x_{11} - 0,987 x_{13} + \\ + 0,989 x_{14} - 2,647 x_{15} - 0,011 x_{17} - 5,205 x_{18} + 9,295 x_{20} - 0,480 x_{28} - 1,722 x_{29} - \\ - 0,154 x_{31} - 0,003 x_{32} - 2,746 x_{34} - 1,629 x_{35} - 1,194 x_{36} - 2,290 x_{37} + 0,976 x_{38} + \\ + 0,264 x_{39} + 4,160 x_{43} + 5,285 x_{44} - 0,688 \quad (6.3);$$

$$d_{22} = 6,886 x_3 - 0,793 x_4 + 0,244 x_7 + 0,838 x_9 - 0,143 x_{10} - 0,851 x_{11} - 0,081 x_{13} + \\ + 1,266 x_{14} - 1,740 x_{15} + 0,890 x_{17} - 0,858 x_{18} + 1,065 x_{20} + 0,664 x_{28} - 0,555 x_{29} + \\ + 0,535 x_{31} + 0,854 x_{32} + 0,248 x_{34} + 1,533 x_{35} + 2,151 x_{36} + 0,454 x_{37} + 0,465 x_{38} - \\ - 0,843 x_{39} - 9,163 x_{43} + 5,256 x_{44} - 1,949 \quad (6.4);$$

$$d_{23} = 0,601 x_3 + 0,631 x_4 - 0,752 x_7 - 0,409 x_9 + 0,402 x_{10} + 0,260 x_{11} + 0,329 x_{13} + \\ + 1,536 x_{14} - 3,369 x_{15} + 0,271 x_{17} + 2,861 x_{18} - 5,075 x_{20} - 0,242 x_{28} - 1,909 x_{29} + \\ + 4,129 x_{31} + 1,962 x_{32} + 1,118 x_{34} + 0,307 x_{35} + 0,252 x_{36} + 2,109 x_{37} - 0,277 x_{38} + \\ + 0,129 x_{39} + 2,115 x_{43} + 3,347 x_{44} - 4,948 \quad (6.5);$$

$$d_{24} = -0,324 x_3 + 0,266 x_4 + 0,362 x_7 - 0,264 x_9 - 0,768 x_{10} - 0,903 x_{11} - 0,730 x_{13} - \\ - 0,506 x_{14} - 0,079 x_{15} - 0,845 x_{18} + 4,382 x_{20} + 0,954 x_{28} - 0,401 x_{29} + 1,814 x_{31} + \\ + 0,503 x_{32} + 0,853 x_{34} + 0,312 x_{35} + 0,276 x_{36} + 1,342 x_{37} - 0,020 x_{38} + 0,820 x_{39} - \\ - 2,154 x_{43} - 2,528 x_{44} - 1,166 \quad (6.6).$$

При исходном расчете все наблюдения классифицированы верно. При кросс-проверке выявлены 4 случая гипердиагностики и 2 случая гиподиагностики на 2-м уровне. При кросс-проверке точность прогнозирования составила 100% при исходной классификации и 90,5% - для первой группы, 81,3% - для второй группы, 95,8% - для четвертой группы, 100% - для пятой группы. В целом для выборки точность прогнозирования состояния пациенток по результатам 2-х уровневого анализа составила 94,3%, то есть являлась достаточной и позволила обеспечить эффективное выявление хламидиоза.

6.7 Формирование клинико-организационных групп пациентов с хроническими сальпингитами для определения порядка оказания плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях

Значимым элементом модели явилась разработка стандартизированных Критериев формирования клинико-организационных групп пациентов с ХРС неспецифической этиологии для определения порядка оказания плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, включавших три последовательных этапа:

I этап – определение ведущего клинического синдрома и локализации патологического процесса: жалобы, анамнез, общее и специальное гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза.

II этап – установление этиологии ХРС и постановка диагноза: общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (включая определение общего белка и его фракций, СРБ, билирубина), иммуноглобулины (А, М, G) сыворотки крови, бактериоскопия влагалищных мазков, окрашенных по Грамму, посев на аэробную и анаэробную микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам, исследование секрета слизистой влагалища и цервикального канала методами иммунофлюоресценции и полимеразной цепной реакции.

III этап – применение «Способа определения типа системной реакции организма человека» для оценки степени тяжести ХРС и прогноза дальнейшего течения заболевания с целью формирования клинических групп «риска» и обеспечения дифференцированного подхода к оказанию пациенткам плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (таблица 6.5):

- I группа (высокий риск развития гнойных осложнений) – гиперергический тип иммунограммы: устойчивая динамика нарастания моноцитарной эмиграции в пузырную жидкость с перекрестом между 6 и 12 ч. исследования, снижение удельного веса Т-хелперов и увеличение доли Т-супрессоров, снижение иммунорегуляторного индекса до 0,8-0,9. Пациенткам проводилась комплексная терапия в условиях гинекологического стационара в соответствии со Стандартами.

Таблица 6.5 - Гипоергический тип иммунограммы

Показатели иммунограммы	Гипоергический тип		Гиперергический тип		Нормоергический тип	
	6 ч.	24 ч.	6 ч.	24 ч.	6 ч.	24 ч.
Абсолютное количество лейкоцитов в 1 мм ³	970- 1420	980- 1870	2140- 2570	3610- 3990	1670- 2120	2410- 3540
Нейтрофилы, %	52,9±5,1	31,2±3,1	77,4±1,6	70,3±2,2	67,6±3,5	55,2±4,4
Макрофаги, %	44,7±2,8	65,3±3,8	20,4±1,4	25,4±2,1	27,3±3,2	39,9±3,9
Лимфоциты, %	1,74±0,32	1,13±0,64	2,43±0,21	3,11±0,53	1,96±0,40	3,00±0,70
<i>Т-лимфоциты (CD3), %</i>	46,3±1,9	48,2±2,7	44,4±2,1	45,8±1,8	49,4±2,6	59,3±1,9
<i>Т-хелперы (CD4), %</i>	26,4±2,2	26,8±2,1	37,2±2,3	35,7±1,8	31,6±2,1	31,9±1,8
<i>Т-супрессоры (CD8), %</i>	30,6±2,6	29,5±2,3	22,5±2,7	20,5±1,3	26,6±4,6	26,5±3,4
<i>Иммунорегуляторны й индекс (CD4/CD8)</i>	0,8-0,9	0,8-0,9	1,5-1,7	1,5-1,7	1,1-1,2	1,1-1,3
<i>В-лимфоциты (CD19), %</i>	14,6±1,4	13,7±1,2	23,4±1,4	22,6±2,2	13,6±2,9	12,5±1,1
Иммуноглобулины А, г/л	1,3-1,4	1,2-1,4	1,7-2,1	1,8-2,2	1,5-1,8	1,8-1,9
Иммуноглобулины М, г/л	1,1-1,4	1,1-1,4	1,3-1,4	1,4-1,5	1,1-1,2	1,1-1,2
Иммуноглобулины G, г/л	8,4-9,8	9,3-10,1	12,6-14,2	12,3-14,8	10,6-12,2	10,3-11,8

- II группа (средний риск) - гиперергический тип иммунограммы: незначительная динамика нейтрофильной и моноцитарной эмиграции в пузырную жидкость, увеличение удельного веса Т-хелперов и уменьшение доли Т-супрессоров, увеличение иммунорегуляторного индекса до 1,5-1,7. Пациентки проходили курс лечения в условиях ДС ЖК в соответствии со Стандартами.

- III группа (низкий риск) - нормоергический тип иммунограммы: значительное устойчивое преобладание нейтрофильной эмиграции в пузырную жидкость с постепенным, на протяжении суток, нарастанием моноцитарной эмиграции лейкоцитов, иммунорегуляторный индекс на протяжении суток

составляет 1,1-1,3. Лечение пациенток осуществлялось в амбулаторных условиях в соответствии со Стандартами.

6.8 Внедрение стационарозамещающих видов медицинской помощи

Для обоснования внедрения соответствующих потребностям пациенток с ВЗЖПО стационарозамещающих технологий и совершенствования этапа прегравидарного оздоровления проведен факторный анализ влияния более 30 медико-социальных прогностических показателей на среднюю длительность лечения пациенток с обострением ХРС в условиях ДС ЖК №2 г. Гродно ($n=100$) и гинекологического отделения Гродненской клинической больницы скорой медицинской помощи, тяжести и длительности заболевания, проведенной терапии. Степень влияния каждого фактора оценивалась по величине критерия информативности ($I < 0,99$ – низкая, $I =$ от 1 до 1,99 – умеренная, $I =$ от 2 до 2,99 – достаточная, $I > 3$ – высокая).

Установлено, что средняя длительность лечения в ДС составила $9,11 \pm 0,32$ дня и была значительно меньше, чем в Гродненской клинической больнице скорой медицинской помощи - $12,32 \pm 1,26$ дня ($p < 0,05$). Достаточную степень влияния на среднюю длительность в обоих типах ОЗ оказывала структура госпитализации ($I=2,4$). Умеренное по степени влияние оказывали: перенесенные ВЗЖПО ($I=1,6$) и аборты в анамнезе ($I=1,27$), возраст пациенток старше 35 лет ($I=1,12$), длительность диспансерного наблюдения до момента направления в ДС более 1 года ($I=1,12$), наличие профессиональных вредностей ($I=1,06$), ранние сексуальные дебюты ($I=1$).

Путем использования комплекса программ распознавания (метод Байеса) уточнены оптимальные комбинации независимых признаков для выявления «риска» неэффективного лечения пациенток в ДС ЖК. Для каждого параметра рассчитывали сумму прогностических коэффициентов (ПК), было построено распределение сумм ПК, определена критическая сумма баллов для отбора пациенток на предмет угрозы неэффективной госпитализации в ДС (12 баллов). По данной шкале неэффективное лечение выявлено у 3 (6%) пациенток (сумма баллов более 12). Экстраполяция данных на всю анализируемую когорту пациенток с ХРС, пролеченных в ДС в 2004-2008 гг.,

позволила установить, что только менее чем в 5% случаях госпитализация в ДС не была оправдана (в гинекологическом отделении неоправданной госпитализация оказалась в 24,6% случаев).

Факторами, достоверно влиявшими на длительность лечения пациенток в условиях ДС, оказались: длительность диспансерного наблюдения ($r=0,7602$) частота обострений за последний год ($r=-0,7533$), влияние профессиональных факторов ($r=0,7521$), самооценка состояния здоровья ($r=-0,7462$), ранний возраст сексуального дебюта ($r=0,8396$), курение ($r=0,7243$), наличие трех и более половых партнеров ($r=0,7126$), самолечение при ухудшении состояния здоровья ($r=0,8115$), несвоевременное обращение к врачу при обострении ($r=0,7070$), неудовлетворительные жилищно-бытовые условия ($r=0,6947$).

При определении социальной эффективности на основе анализа анкетирования пациенток установлено, что организацией лечения в ДС и гинекологическом стационаре удовлетворены, соответственно, $97,31 \pm 1,26\%$ и $93,48 \pm 2,31\%$ женщин: по их мнению, персонал внимателен при обследовании и лечении, причем, данные оценки относились как к врачебному, так и среднему медицинскому персоналу. Однако при оценке предпочтительности лечения $87,12 \pm 2,53\%$ пациенток отдали предпочтение ДС из-за возможности сохранять обычный суточный ритм жизни и пребывать в привычном кругу членов семьи. Значительное число пациенток ($77,21 \pm 3,57\%$) отметили, что пребывание в ДС положительно сказывается на их настроении, так как пациентки постоянно находятся под наблюдением медицинского персонала, что уменьшает их характерное чувство тревоги по поводу собственного здоровья.

В процессе лечения большинство пациенток обеих групп положительно оценили динамику своего самочувствия. До лечения его оценивали как очень плохое, соответственно, $7,26 \pm 0,66\%$ и $6,29 \pm 1,01\%$ пациенток, как плохое, соответственно $77,38 \pm 2,68\%$ и $83,27 \pm 3,29\%$ пациенток. По окончании лечения, соответственно, $87,29 \pm 2,37\%$ и $90,23 \pm 4,18\%$ пациенток оценили самочувствие как хорошее, и $12,71 \pm 0,34\%$ и $9,73 \pm 0,19\%$ - как удовлетворительное.

Затраты на лечение пациенток обеих групп определялись на основании статей сметы (рисунок 6.24).



Рисунок 6.24 – Определение среднего расхода средств, приходящихся на один койко-день

При этом стоимость одного дня лечения в ДС ЖК составила 6780 рублей, а в гинекологическом стационаре - 28560 рублей. Таким образом, стоимость лечения одной пациентки с учетом среднего пребывания в ДС ЖК и гинекологическом стационаре составила, соответственно:

- $6780 \times 9,11 = 61765,8$ рублей,

- $28560 \times 12,32 = 351859,2$ рублей,

то есть стоимость лечения одной пациентки в условиях ДС меньше на 82,45%.

С учетом среднегодового количества пациенток с данной патологией, получивших лечение в ДС ЖК в течение пяти лет, сумма экономического эффекта достигла 111,7 млн. рублей.

Проведенное исследование явилось основой решения ЛКС УЗО от 27.03.2002 г. № 4/5 «О работе гинекологических стационаров г. Гродно» о

закрытии гинекологического отделения Гродненской клинической больницы скорой медицинской помощи и направлению потоков пациенток с ВЗЖПО по разработанным показаниям (рисунок 6.25) в созданные в 4-х ЖК области ДС на 70 коек.

Показания к направлению	Нозологии	Мероприятия
Необходимость проведения больным сложных диагностических исследований и лечебных мероприятий, требующих определенной подготовки	Киста бартолиниевой железы (N 75.0) Бартолинит гнойный (N 75.8)	Цистэктомия Дренирование ложа кисты
	Гиперплазия эндометрия (N 85.0) Полип тела матки (N 84.0) Кровотечения менструальные обильные и частые (N 92) Кровотечения в постменопаузальном периоде (N 95)	Фракционное выскабливание цервикального канала и полости матки или вакуум-аспирация
	Полип шейки матки (N84.1) Полип влагалища (N 84.2) Полип вульвы (N 84.3)	Полипэктомия с последующим фракционным выскабливанием цервикального канала и полости матки Диатермопунктура
	Медицинский аборт (O 04) Другие кровотечения в раннем сроке беременности (O 20.8)	Выскабливание полости матки или вакуум-аспирация
	Язва влагалища (N 76.5) Язва вульвы (N 76.6)	Биопсия из краев раны Ванночки и тампоны
Необходимость введения парентеральными способами фармакологических средств в течение дня	Аднексит острый (N 70.0) Обострение ХРС (N 70.1) Угрожающий аборт (N 20.0)	
Необходимость врачебного наблюдения за больным при применении лечебных средств в связи с неблагоприятными реакциями		
Гинекологический массаж		
Необходимость реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде после выписки из стационаров		

Рисунок 6.25 – Показания к направлению в ДС ЖК

На основании проведенных исследований для оптимизации лечебной тактики и работы коечного фонда разработано Положение о ДС ЖК, утвержденное решением ЛКС УЗО от 27.03.2002 г. № 4/5 «О работе гинекологических стационаров г. Гродно», и определены оптимальные средние сроки лечения в них (рисунок 6.26).

Нозология	Характер лечебных мероприятий	Средние сроки лечения (сутки)
Лейомиома матки	Реабилитационное лечение в послеоперационном периоде	9
Лейомиома матки	Диагностическое выскабливание	2
Доброкачественные новообразования яичников	Реабилитационное лечение в послеоперационном Периоде	6
Воспалительные болезни яичников и маточных труб (острый процесс, обострение хронического процесса)	Консервативное лечение	9
Острый бартолинит	Вскрытие и дренирование абсцесса бартолиниевой железы	6
Полип женских половых органов	Полипэктомия с последующим раздельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и слизистой полости матки	3
Выпадение половых органов	Реабилитационное лечение в послеоперационном периоде	8
Расстройства менструации и другие аномальные кровотечения	Диагностическое выскабливание слизистой полости матки	3
Нарушения в менопаузе и после менопаузы	Диагностическое выскабливание слизистой полости матки	3
Внематочная беременность	Реабилитационное лечение в послеоперационном периоде	6
Искусственный аборт	Выскабливание полости матки	2
Угроза прерывания беременности	Консервативное лечение	10
Токсикоз I половины беременности	Консервативное лечение	9

Рисунок 6.26 – Средние сроки лечения в ДС ЖК

Разработана форма Статистического отчета о работе ДС ЖК, которая ежеквартально из ОЗ предоставляется в организационно-методическое отделение ГОКПЦ для дальнейшего анализа (рисунок 6.27).

Диагноз по нозологии	Число случаев	Проведено койко-дней	Средняя длительность лечения	Листко в ВН в ДС	Дней ВН в ДС	Средняя длительность случая ВН в ДС	Дней ВН до поступления в ДС.	Средняя длительность лечения до поступления в ДС
Всего								

Рисунок 6.27 – Форма отчета ДС ЖК

6.9 Формирование и диспансеризация группы «резерва родов»

Совершенствование организации прегравидарного оздоровления нашло отражение в формировании и диспансеризации ГРР в соответствии с приказом УЗО от 15.02.1999 г. №59 «О совершенствовании интеграции акушерско-гинекологической, педиатрической, терапевтической служб на уровне ПМП».

Включение женщин в ГРР с сохраненной детородной функцией осуществлено на основании информированного согласия (рисунок 6.28).

Я, ФИО, поставлена в известность о том, что отношусь к группе резерва рождаемости и должна пройти ежегодное минимальное обследование в объеме – осмотр терапевта, акушера-гинеколога, анализы крови и мочи, ЭКГ, флюорография, измерение АД. Мне разъясняли о необходимости формирования ответственного подхода к рождению ребенка в плане проведения прекоцептивной подготовки, основными звеньями которой являются оздоровление организма матери за 1 год до планируемой беременности и медикаментозная профилактика (уменьшение риска) врожденной патологии плода. Дата _____ Подпись _____	

**Рисунок 6.28 – Форма информированного согласия
о постановке на учет в ГРР**

Пациентки подлежали обязательному минимальному обследованию в следующем объеме: гинекологический осмотр с забором мазков на влагалищную флору и онкоцитологию; осмотр молочных желез и щитовидной железы; измерение артериального давления и флюорография. При посещении любого специалиста поликлиники женщины направляются к терапевту для измерения

артериального давления и пальпации щитовидной и молочных желез; забора общих анализов крови и мочи; проведения электрокардио- и флюорографии. По результатам осмотра участковые врачи-терапевты и врачи ЖК осуществляли заполнение Формы динамического наблюдения женщин ГРР (рисунок 6.29).

Показатели	2005	2006	2007	2008
Возраст				
ГРР				
Число родов, беременностей				
Последняя беременность, роды, аборт				
Метод контрацепции				
Дата осмотра: терапевта, гинеколога				
Дата назначения прегравидарной подготовки терапевтом, гинекологом				

Рисунок 6.29 – Форма динамического наблюдения пациенток ГРР

С учетом выявленных нарушений в здоровьесберегающем поведении важным элементом прегравидарного этапа медико-организационной модели стала разработка и репликация совместно с органами образования и ОЗ АГС г. Гродно комплекса мероприятий по формированию ЗОЖ среди девушек-подростков и женщин молодого репродуктивного возраста из ГРР, с акцентом на вопросы охраны РЗ, включая профилактику ВЗЖПО и абортов, реализацию сексуальных и репродуктивных прав (рисунок 6.30).

Для реализации обучающих программ организованы ежеквартальные семинары для врачей акушеров-гинекологов по проблемам РЗ у женщин фертильного возраста с акцентом на профилактику воспалительных заболеваний среди девушек-подростков, а ОЗ обеспечены необходимыми наглядными и методическими материалами. При этом одним из организационных условий являлось включение в содержание образовательных

мероприятий специальных лекций для врачей ЖК, ориентированных на их обучение методам формирования мотивации здоровья у пациенток с ВЗЖПО.

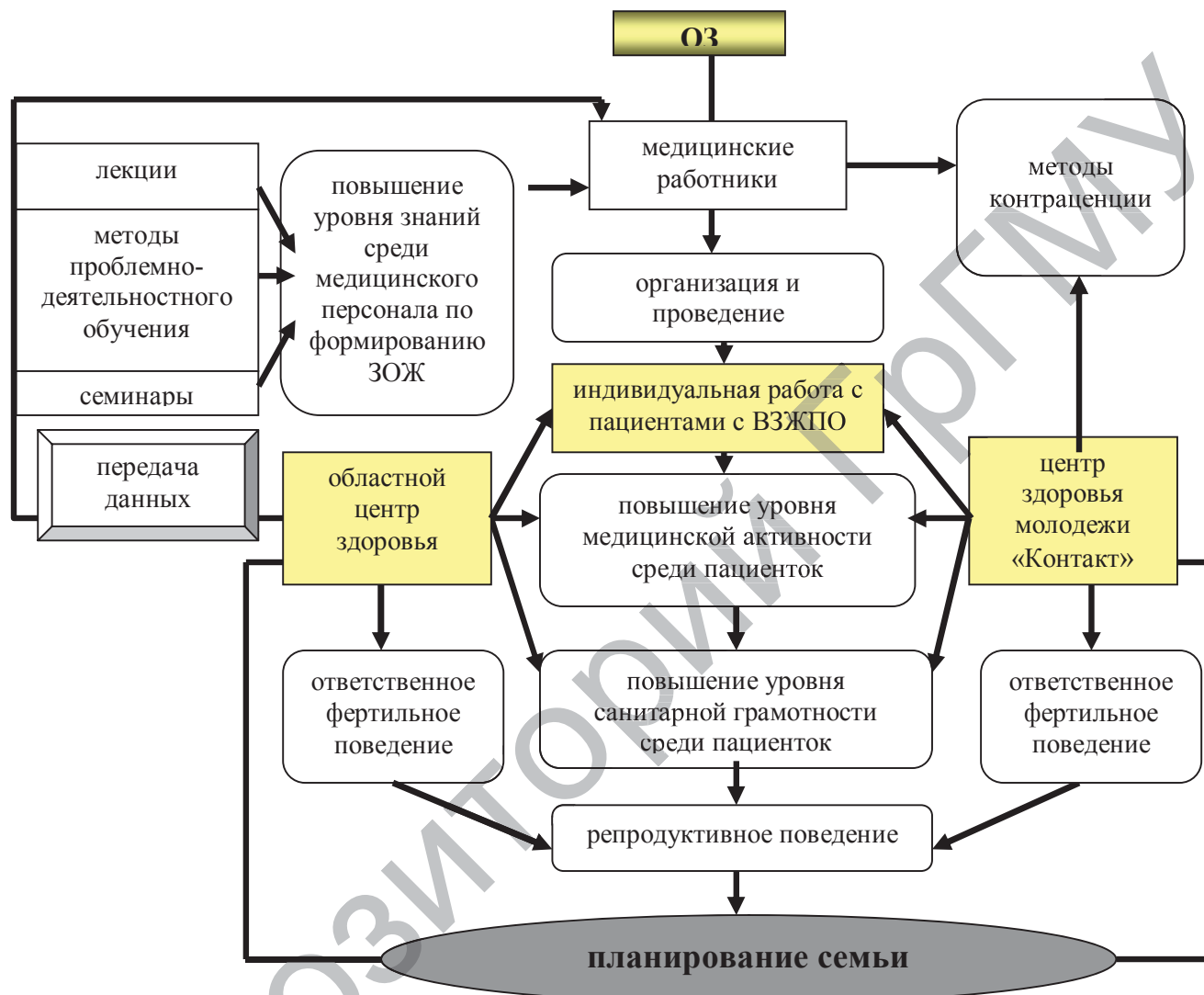


Рисунок 6.30 – Комплекс мероприятий по формированию ЗОЖ среди женщин фертильного возраста с ВЗЖПО

Реализация условия, связанного с обоснованным сочетанием новых и традиционных образовательных технологий в процессе формирования компетентности здоровьесбережения врачей ЖК, осуществлялась посредством выбора и конструирования форм и методов обучения на основе контекстно-компетентностного подхода с применением, помимо традиционных, таких

форм как проблемная лекция, лекция-конференция, лекция-дискуссия, семинар-диспут, семинар-деловая игра и т.п

Накопленный опыт стал базой для создания центра здоровья молодежи «Контакт», в котором на регулярной основе реализованы методы проблемно-деятельностного обучения (метод ролевой игры, метод деловой игры, кейс-метод и др.), направленные на практическое усвоение пациентками полученных теоретических знаний по вопросам ответственного фертильного поведения. В центре женщины молодого репродуктивного возраста с ВЗЖПО обеспечены консультативной помощью по вопросам ПЛС и индивидуального подбора методов и бесплатных средств контрацепции с учетом состояния здоровья и особенностей репродуктивного поведения.

При выявлении гинекологической патологии или ЭГП дальнейшая диспансеризация женщин ГРР осуществляется в группах «активного» наблюдения с проведением прегравидарной подготовки по разработанной схеме, утвержденной приказом УЗО Гродненского облисполкома от 08.07.2004 г. №370 «О совершенствовании оказания медицинской помощи беременным, страдающим ЭГП»:

- сбор анамнеза,
- посистемное и лабораторное обследование,
- осмотр врачами поликлиники и врачом ЖК,
- УЗИ органов малого таза и экстрагенитальных органов,
- скрининг на ИППП,
- исследование неспецифической и иммунологической реактивности организма и коррекция выявленных нарушений,
- санация выявленной ЭГП и гинекологической патологии,
- медико-генетическое консультирование (по показаниям),
- рекомендации по устранению профессиональных вредностей и факторов социального «риска»,

- медикаментозная профилактика ВПР (прием пантотената кальция по 0,6 г в сутки и фолиевой кислоты по 5 мг в сутки за 3 месяца до зачатия обоими супругами и пациенткой - в первом триместре беременности).

6.10 Организация медицинского обеспечения пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов в период беременности

6.10.1 Формирование групп «риска» по развитию осложнений беременности и родов

Для организационного формирования групп «риска» по развитию осложнений беременности и родов изучены исходы родов у пациенток с ВЗЖПО в возрасте от $24,67 \pm 2,82$ года, у которых развились признаки позднего гестоза ($n=250$). Для снижения размерности изучаемого пространства признаков и выявления скрытых взаимосвязей между переменными применялся факторный анализ. Для каждой беременной вычислялись собственные значения сформированных факторов.

Для проведения анализа выявлены следующие значимые переменные: возраст менархе; возраст начала половой жизни; образование; материальное благосостояние; возраст; жилищные условия; взятие под диспансерное наблюдение по беременности; наличие в анамнезе ВЗЖПО; курение во время беременности; употребление алкоголя во время беременности; наличие ЭГП; срок родоразрешения; ВЗЖПО во время данной беременности; наличие гестоза; наличие осложнений беременности.

Беременные относились в 1 группу с благоприятным исходом родов при удовлетворительном их состоянии после родов и с оценкой новорожденных по шкале Апгар через 1 минуту не менее 8 баллов; во 2 группу - с относительно удовлетворительным исходом - при оценке по Апгар в 4-7 баллов; в 3 группу - с неблагоприятным исходом родов - при оценке менее 4 баллов либо в случаях антенатальной гибели плодов.

Лямбда Уилкса (λ) модели составила 0,1866, уровень значимости F-критерия $p < 0,05$. Значение λ лежит ближе к 0, чем к 1, что свидетельствует об удовлетворительной дискриминации.

По вкладу в модель переменные распределились следующим образом: наиболее значимым оказался FACTOR 13 (ВЗЖПО во время данной беременности), вторым по значению вклада явился FACTOR 15 (наличие осложнений беременности), третьим – FACTOR 14 (наличие гестоза), четвертым – FACTOR 9 (курение во время беременности).

В таблице 6.6 представлены значения полученных дискриминантных функций (ДФ) и сведения об их разделительной силе.

Таблица 6.6 - χ^2 -критерий последовательности корней

ДФ (корень)	Собственные значения	Каноническая R	Лямбда Уилкса	X^2	df	Уровень значимости
1	2,015	0,8175	0,1866	53,72	30	0,0049
2	0,7770	0,6612	0,5628	18,40	14	0,1893

В таблице 6.7 представлены значения дискриминантных функций для разных вариантов исхода родов.

Таблица 6.7 - Средние значения дискриминантных функций для каждой группы исхода родов

Группы	ДФ1	ДФ2
Группа 1	1,472	-2,923
Группа 2	-0,8554	0,0807
Группа 3	2,361	0,7052

Из таблицы 6.7 следует, что ДФ1 идентифицирует в основном 3 группу родильниц, с неблагоприятным исходом родов; ДФ2 – 1 группу, с благоприятным исходом родов. Для каждого варианта исходов родов вычислены функции классификации: наблюдение приписывается той группе,

для которой классификационная функция имеет наибольшее значение. Классификационные уравнения имеют вид:

$$1 \text{ группа} = -0,05F_1 - 0,46F_2 + 0,63F_3 + 1,45F_4 + 0,72F_5 + 0,85F_6 + 0,25F_7 + 1,21F_8 - 0,11F_9 + 0,35F_{10} + 1,58F_{11} - 0,71F_{12} - 3,12F_{13} + 1,49F_{14} + 0,27F_{15} - 8,0 \quad (6.6);$$

$$2 \text{ группа} = 0,09F_1 + 0,010F_2 - 0,424F_3 - 0,515F_4 - 0,45F_5 + 0,145F_6 - 0,474F_7 - 0,470F_8 + 0,481F_9 + 0,083 F_{10} - 0,081F_{11} + 0,259F_{12} + 0,245F_{13} - 0,565F_{14} - 0,537F_{15} - 0,706 \quad (6.7);$$

$$3 \text{ группа} = -0,285F_1 + 0,121F_2 + 1,204F_3 + 1,232F_4 + 1,259F_5 - 0,767F_6 + 1,493F_7 + 1,193F_8 - 1,567F_9 - 0,395F_{10} - 0,260F_{11} - 0,628F_{12} + 0,221F_{13} + 1,386F_{14} + 1,7F_{15} - 4,575 \quad (6.8).$$

Построенная модель правильно классифицирует 95,2% наблюдений, что является достаточным показателем. В таблице 6.6 даны результаты классификации тестовой выборки; в строках представлены данные о реальных исходах родов, в столбцах – предсказанные моделью.

Таблица 6.6 - Результаты классификации тестовой выборки беременных

Группы	%	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Группа 1	100	0	0	0
Группа 2	100	0	9	0
Группа 3	50	1	1	1
Сумма	95,2%	1	10	1

Таким образом, с помощью дискриминантного анализа стало возможным классифицировать пациенток по наиболее вероятным исходам родов с учетом проведения прегравидарной подготовки, в том числе ее полноты. Показано, что проведение прекоцептивного оздоровления приводит к существенному снижению осложнений в родах и послеродовом периоде, уменьшает вероятность развития ВУИ плода и новорожденного, позволяет улучшить течение периода адаптации новорожденных и ведет к снижению ПС.

В процессе исследований установлена зависимость между наличием ВЗЖПО во время данной беременности и ее исходом ($r=0,7255$) (рисунок 6.31).

Корреляционный анализ с учетом неблагоприятного исхода беременности позволил отнести к группе «риска» следующих пациенток: неохваченных прегравидарной подготовкой ($r=0,7364$), с недостаточным материальным положением ($r=0,6892$), имевших ВЗЖПО во время беременности ($r=0,6759$), с отягощенным анамнезом ВЗЖПО ($r=0,6319$), с наличием осложнений данной беременности ($r=0,9931$), с высоким паритетом родов ($r=-0,7285$), с отягощенным анамнезом арфициальными ($r=-0,7772$) и самопроизвольными абортами ($r=-0,7732$), в возрасте старше 35 лет ($r=-0,8986$), курящих ($r=-0,7317$). Установлено, что дополнительными факторами «риска» является рождение пациентками детей с массой менее 2500 г. ($r=0,8941$), ростом менее 47 см ($r=0,6976$), и в гестационном сроке менее 37 недель ($r=0,7772$). Кроме того, значимым фактором оказался возраст полового партнера старше 40 лет ($r=-0,7148$).

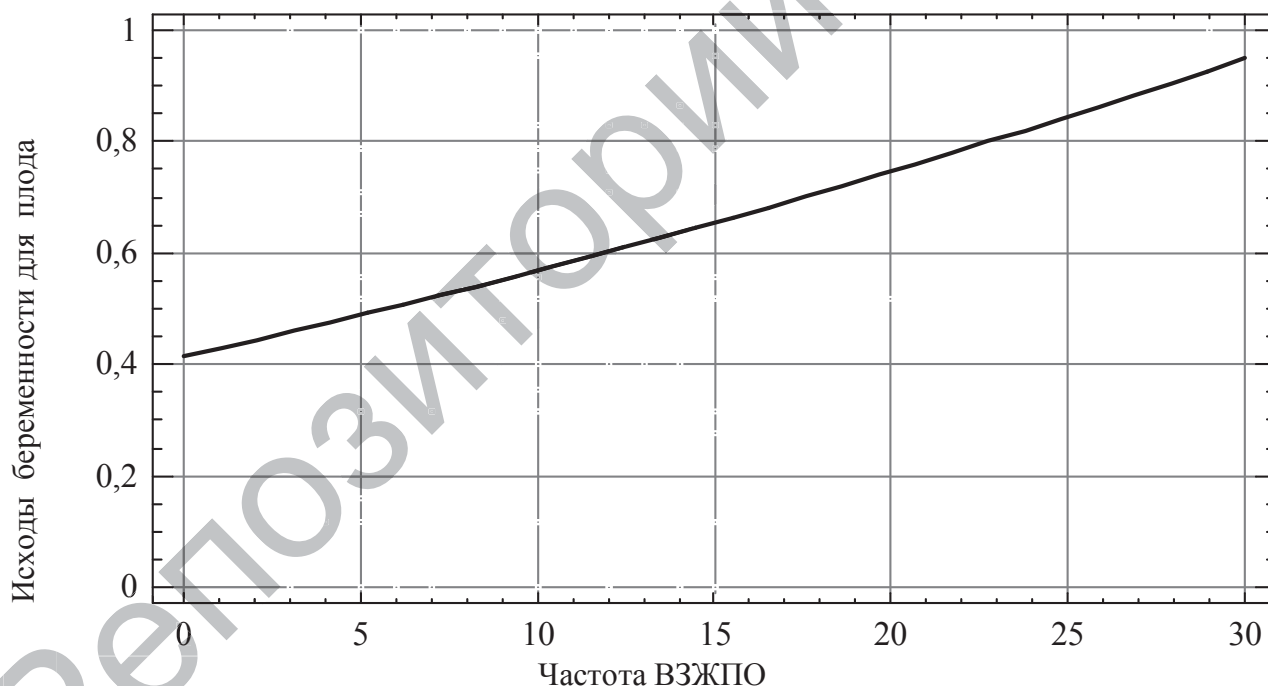


Рисунок 6.31 – Зависимость исхода беременности для новорожденного от частоты ВЗЖПО [$Y = (0,63747 + 0,0101221 * X)$]

Выявленные медико-социальные факторы «риска» позволяют, с одной стороны, расширить контингент беременных, у которых возможны (на основе прогноза) нарушения течения беременности, родов и состояния здоровья

новорожденных, а с другой стороны, расширить комплекс лечебно-профилактических мероприятий. При своевременном выполнении данных рекомендаций возможно уменьшение случаев неблагоприятного исхода беременности и родов (рисунок 6.32).

На основе проведенных исследований сформирована группа беременных высокого «риска» по неблагоприятному исходу беременности и родов.

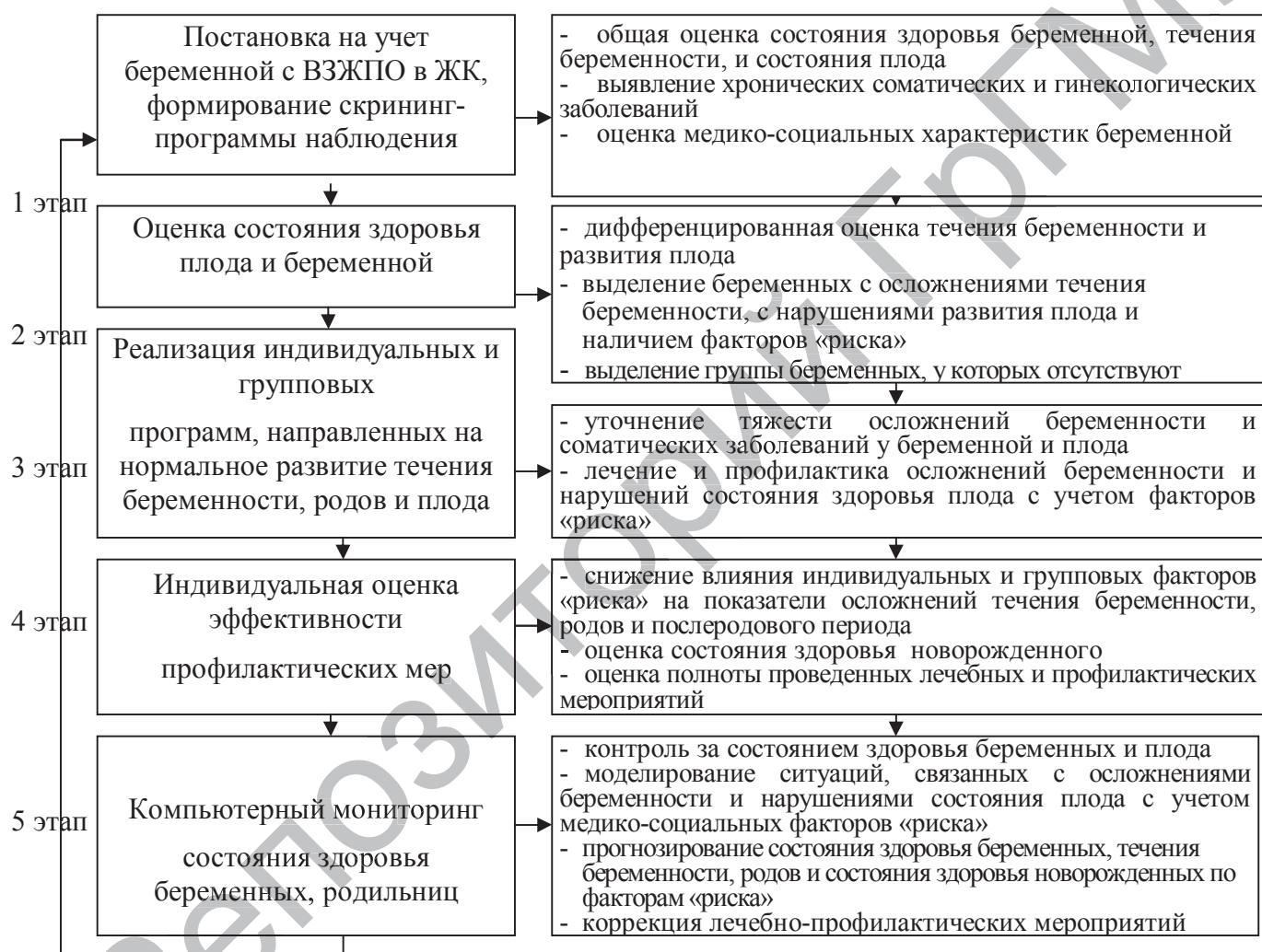


Рисунок 6.32 - Схема поэтапного наблюдения и контроля за состоянием здоровья беременных и новорожденных с целью профилактики нарушений состояния здоровья новорожденных и их заболеваемости

К этой группе отнесены следующие пациентки:

- в возрасте до 18 лет и старше 35 лет;
- имевшие профессиональные вредности и вредные привычки (табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания);
- с отягощенным анамнезом: ВЗЖПО;
- с высоким паритетом родов;
- с неоднократными или осложненными абортами, оперативными вмешательствами на матке и придатках, с наличием пороков развития матки, бесплодием, НБ, со случаями ПС в анамнезе, с рождением детей с ВПР;
- с наличием ЭГП: острыми и хроническими инфекциями, болезнями системы кровообращения, заболеваниями мочевыделительных путей, эндокринопатиями, болезнями крови, печени и легких, заболеваниями соединительной ткани;
- с осложнениями беременности: ВЗЖПО, рвотой беременных, угрозой НБ, кровотечениями в I и II половине беременности, поздним гестозом, многоводием или маловодием, плацентарной недостаточностью, многоплодием, анемией, Rh- и ABO-изосенсибилизацией, анатомически узким тазом, неправильным положением плода, переносенной беременностью и индуцированной беременностью.

Организован осмотр всех беременных данной группы заведующими ЖК. Пациентки по показаниям направлялись на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. Для каждой беременной составлялся дифференцированный план ведения, включавший не только наблюдение за состоянием ее здоровья, но специальные методы, позволявшие оценить состояние плода.

6.10.2 Организационный алгоритм наблюдения за беременными с высоким инфекционным «риском»

На втором этапе модели организовано оказание медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО в соответствии с разработанным и внедренным в

практическую деятельность ОЗ стандартизированным алгоритмом наблюдения за беременными в ЖК.

Главный компонент алгоритма - разработанный Порядок организации обследования и диспансеризации беременных на уровне ПМС, утвержденный приказом УЗО Гродненского облисполкома от 08.07.2004 г. №370 «О совершенствовании оказания медицинской помощи беременным, страдающим ЭГП».

Алгоритмом определен минимальный объем обследования пациенток в амбулаторных условиях в ПЦ I уровня, включая формирование групп «риска» по наличию перинатальной патологии, методы обследования иммунного статуса и неспецифической резистентности организма, осмотр смежных специалистов при наличии ЭГП, проведение йодо-, железо- и витаминпрофилактики.

В модели предусмотрен ряд стандартизированных этапов ведения беременных с высоким инфекционным «риском»:

1. Выявление пациенток с анамнезом, отягощенным ИППП, вагинитами, ВЗОМТ, эктопией шейки матки; хроническими экстрагенитальными очагами инфекции; аномалиями мочеполовой системы; нарушениями в ЖРС (бесплодие, дисфункция яичников); осложненным течением предыдущих беременностей, родов, послеродового периода; неблагоприятными перинатальными исходами.

2. Клинико-лабораторное обследование для верификации генитальной или экстрагенитальной инфекции не менее чем двумя методами, исследованием иммунного статуса и неспецифической резистентности, так как, например, у пациенток с хламидиозом при развитии симптомов НБ уже в первом триместре выявлены нарушения клеточных и гуморальных факторов иммунитета, а также показателей неспецифической резистентности (таблица 6.7).

Таблица 6.7 – Показатели иммунного ответа и неспецифической резистентности у беременных с хламидиозом

Показатели	I триместр беременности		p	II триместр беременности		p
	норма (n=20)	угроза выкидыша (n=20)		норма (n=20)	угроза прерывания (n=22)	
Т-лимфоциты, %	41,8±3,5	55,7±2,2	<0,01	39,5±3,2	38,8±3,9	-
В-лимфоциты, %	42,6±4,5	27,2±2,2	<0,01	43,4±3,5	44,3±2,5	-
IgG, г/л	13,66±0,54	17,8±1,3	<0,05	14,57±0,64	14,49±0,71	-
IgA, г/л	3,18±0,22	3,44±0,3	>0,05	3,29±0,18	3,56±0,22	-
IgM, г/л	1,99±0,21	3,13±0,1	<0,05	2,20±0,28	2,69±0,17	-
Фагоцитарная актив- ность лимфоцитов, %	66,3±2,7	56,4±2,0	<0,05	74,2±3,0	57,0±1,6	<0,005
Фагоцитарный индекс	3,86±0,45	2,47±0,26	<0,05	29,7±0,44	28,8±0,59	-
Лизоцим лейкоцитов, мкг/мл	8,1±0,36	6,04±0,25	<0,001	9,2±0,38	7,06±0,30	<0,001
Лизоцим плазмы, мкг/мл	5,9±0,30	4,85±0,22	<0,05	6,2±0,34	4,95±0,31	<0,05

3. Комплексное лечение ВЗЖПО в соответствии со Стандартами (рисунок 6.33). При этом должны соблюдаться следующие правила:

- при наличии клинических симптомов или маркеров инфицированности урогенитального тракта лечение обязательно, начиная с момента выявления, но с учетом гестационного срока [Инструкция по применению «Лечение кольпитов и дисбиозов различной этиологии у беременных» - Приложение Б];
- восстановление микрофлоры влагалища для профилактики дисбиоза.

О 23 Инфекции мочеполовых путей при беременности	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Диурез ЭКГ УЗИ почек Проба Реберга Исследование иммунологической реактивности Осмотр уролога Осмотр терапевта Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Лечебное питание Лечебно- охранительный режим АБТ Уросептики Витаминотерапия Антигистамины Иммуноотерапия Седативные средства Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Физиотерапия	Еженедельно до клинического выздоровления – терапевт женской консультации	Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Диурез ЭКГ УЗИ почек Проба Реберга Исследование иммунологической реактивности Осмотр терапевта Осмотр уролога: назначает патогенетическое лечение Лечебное питание Лечебно- охранительный режим АБТ Уросептики Витаминотерапия Антигистамины Иммуноотерапия Седативные средства Плазмозамещение Дезинтоксикация Физиотерапия Рубрика Б Оперативное лечение Рубрика В

**Рисунок 6.33 – Мероприятия, определенные Стандартами, при
инфекции мочеполовых путей при беременности**

4. Диспансеризация и направление пациенток с наличием экстрагенитальных заболеваний в профильные соматические стационары в соответствии с разработанным Алгоритмом действий медицинского персонала по госпитализации беременных, страдающих ЭГП (рисунок 6.34), утвержденным приказом УЗО Гродненского облисполкома от 08.07.2004 г. №370. Основные его положения легли в основу приказа МЗ РБ от 31.01.2007 г.

№59 «О порядке госпитализации женщин с ЭГП во время беременности и в послеродовом периоде в соматические и хирургические стационары».

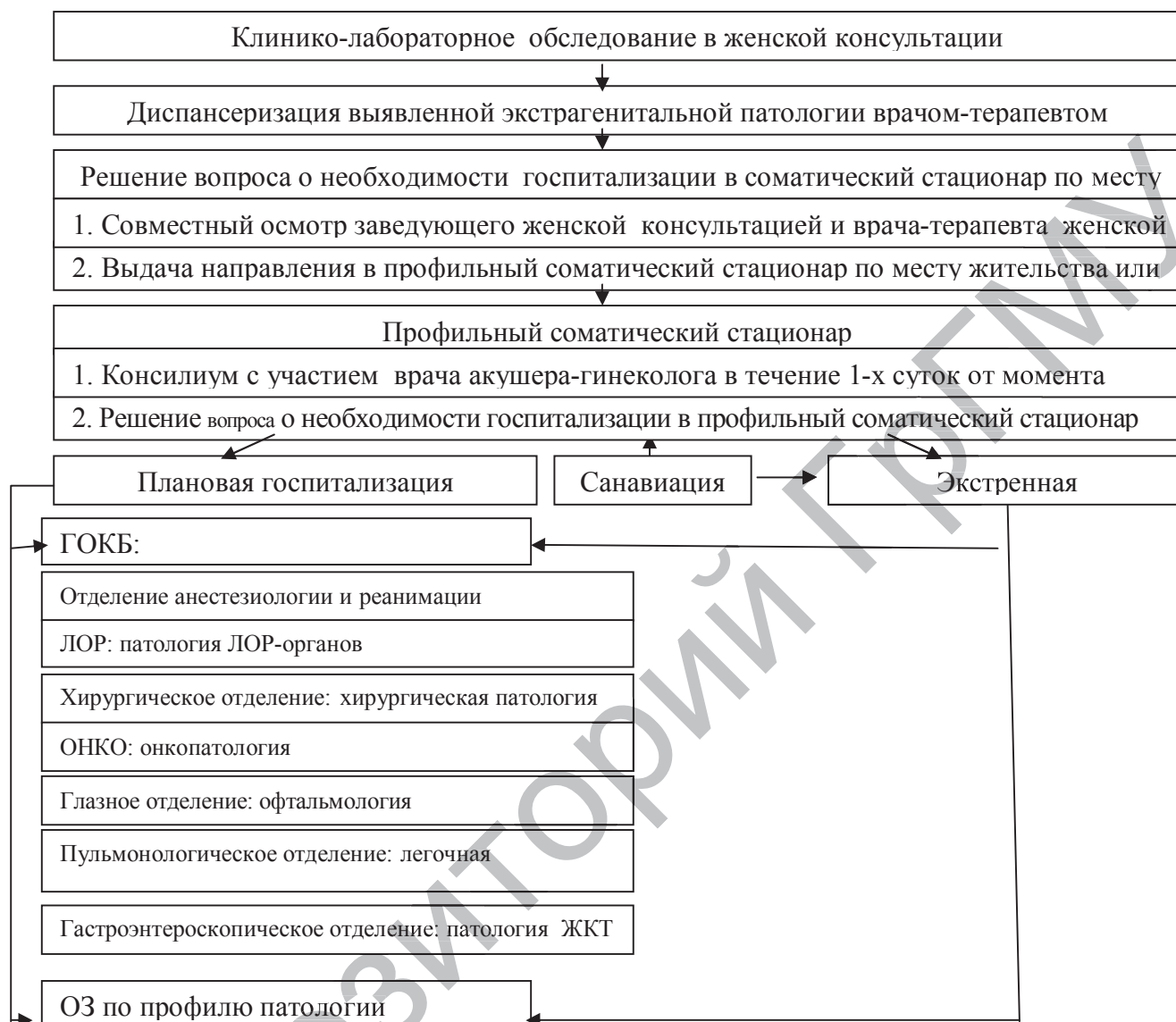


Рисунок 6. 34 – Алгоритм действий медицинского персонала при госпитализации беременных с ЭГП

5. Ультразвуковое обследование и медико-генетическое консультирование по стандартизированным показаниям для своевременного выявления ВПР у плодов.

Для улучшения диагностики ВПР и гинекологической патологии, в том числе ВЗОМТ, на базе ЖК №2 г. Гродно организован городской центр ультразвуковой диагностики. Методическая роль центра выразилась в

разработке и внедрении скрининговых программ ультразвуковой пренатальной диагностики, обеспечении действенного взаимодействия с отделением медико-генетического консультирования, обучении современным методам УЗИ 18-ти врачей-специалистов.

6. Психопрофилактическая подготовка к родам с учетом выявленной у $71,7 \pm 4,82\%$ пациенток выраженной степени тревожности за здоровье будущего ребенка в соответствии с Примерной схемой из 9-ти занятий по психопрофилактической подготовке беременных к родам с обязательным обучением методу «Сонатал», а в условиях ГОКПЦ - применение методов музыкальной стимуляции плодов и новорожденных.

7. Проведение курса профилактики синдрома дыхательных расстройств у новорожденных путем назначения беременным с угрозой преждевременных родов в сроке до 34 недель беременности дексаметазона в дозе 4 мг внутримышечно 2 раза в сутки в течение 72 ч.

6. Подготовка родовых путей у пациенток с ВЗЖПО путем интрацервикального введения палочек ламинарий.

7. Индукция родового акта с использованием простагландин Е2 для снижения частоты оперативного родоразрешения, «риска» послеродовых кровотечений и воспалительных осложнений.

8. Медицинские технологии по профилактике гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

6.11 Организация медицинской помощи новорожденным

В связи с тем, что состояние новорожденности является критическим возрастом в развитии организма, в котором начинают проявляться субклинические варианты компенсированных отклонений в структуре и функции органов и систем, формирующиеся во время беременности, мероприятия по оказанию медицинской помощи новорожденному организованы по алгоритму, представленному на рисунке 6.35, непосредственно в родильном зале.

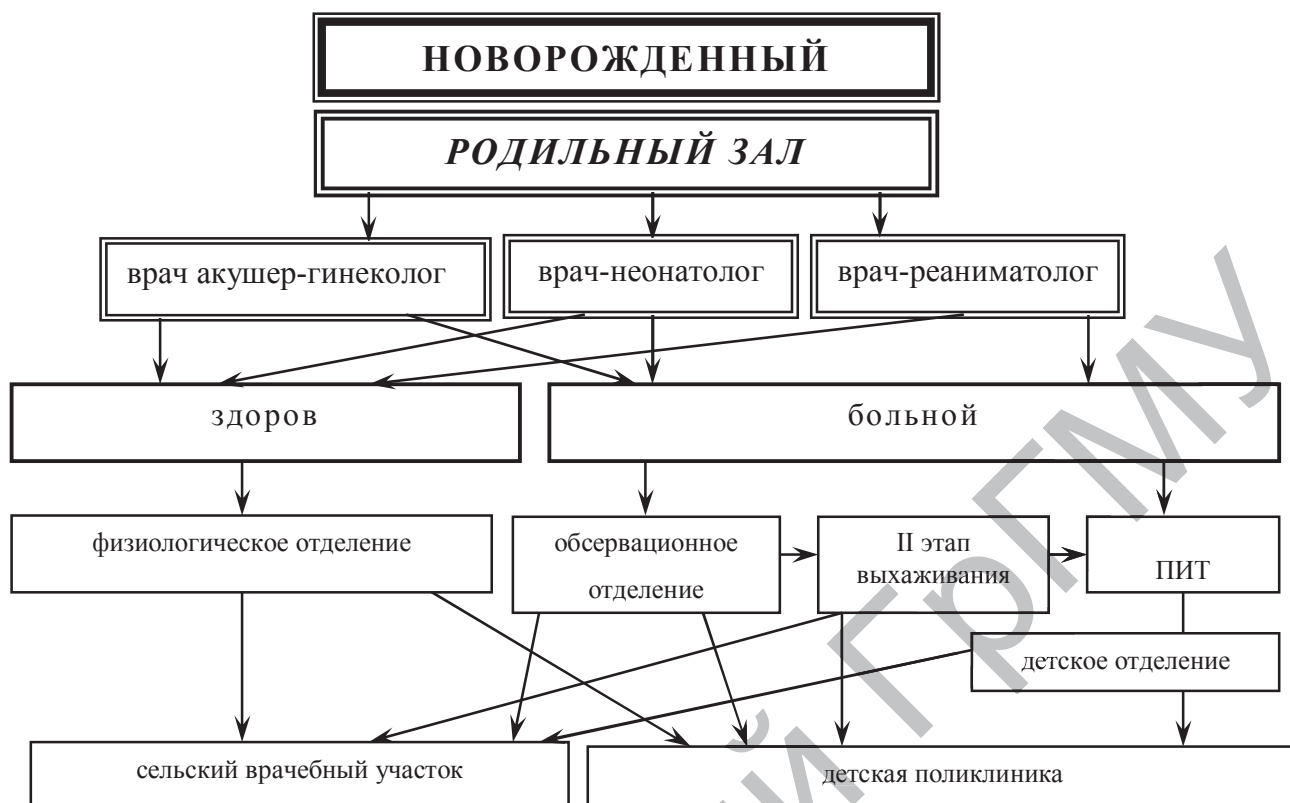


Рисунок 6.35 - Алгоритм оказания медицинской помощи новорожденному

Своевременная оценка состояния новорожденных позволила разработать и клинически обосновать тактику лечения синдрома дыхательных расстройств недоношенных новорожденных, матери которых страдали во время беременности хламидиозом, с применением сверхраннего интратрахеального введения Куросурфа в разовой дозе 100 мг/кг, изученного у 16 новорожденных (контроль - 27 новорожденных с синдромом дыхательных расстройств, препарат которым вводился в течение 2-х и более ч. после рождения). Группы пациентов достоверно не различались по анамнестическим данным, гестационному возрасту, по физическому развитию и оценке по шкале Апгар, а также были однородны по половому соотношению новорожденных.

Установлено, что при сверхраннем применении Куросурфа в течение первых 15 минут жизни рН крови нормализовался (с $7,1 \pm 0,02$ до $7,3 \pm 0,03$ mmHg, $p < 0,05$), напряжение кислорода в крови повысилось до нормальных величин - с $47,7 \pm 1,7$ mmHg до $59,2 \pm 2,7$ mmHg, ($p < 0,05$), нормализовалась степень насыщения гемоглобина кислородом ($SaO_2 = 85,9 \pm 0,8\%$ до $91,6 \pm 1,5\%$,

$p < 0,05$), в пределах допустимых величин сохранялось напряжение в крови углекислого газа ($p\text{CO}_2$ $44,3 \pm 2,5$ и $45,0 \pm 3,02$ mmHg).

Достоверно улучшились аналогичные показатели и при более позднем введении Куросурфа, однако в основной группе нормализация газового состава крови пациентов происходила быстрее, что позволило снизить агрессивность проводимой искусственной вентиляции легких, смягчив её параметры в первые 15 минут жизни (FiO_2 с $79,0 \pm 3,9\%$ до $59,6 \pm 4,6\%$, $p < 0,05$, PiP с $16,8 \pm 1,51$ mbar до $14,3 \pm 1,4$ mbar, $p < 0,05$).

Повторное введение Куросурфа было применено в 12,5% случаев (контроль - 44,4%, $p < 0,05$). Средняя продолжительность пребывания детей на искусственной вентиляции легких составила $60,3 \pm 6,3$ ч. (контроль - $106,6 \pm 7,5$ ч., $p < 0,05$). Ранняя нормализация газового состава крови и снижение агрессии искусственной вентиляции легких способствовали значительному снижению неврологических осложнений синдрома дыхательных расстройств вследствие ишемии и внутрижелудочковых кровоизлияний, которые были диагностированы у 6,25% новорожденных (контроль - 18,5%, $p < 0,05$). Уменьшилась также на 6,8 суток длительность лечения в отделении реанимации новорожденных: с $19,9 \pm 3,2$ суток до $13,1 \pm 1,2$ суток, $p < 0,05$.

6.12 Реабилитация пациенток после неблагоприятного исхода беременности и родов

При неблагоприятном исходе беременности и родов после выписки из стационара в модели предусмотрено осуществление диспансеризации пациенток с ВЗЖПО, направленной на элиминацию инфекционного агента, проведение медико-генетического консультирования, полномасштабная реабилитация и 3-х этапный комплекс мероприятий по планированию деторождения при наблюдении в ГРР, что соответствует предложенному Всемирной организацией здравоохранения алгоритму (рисунок 6.36).

**Преко́нцепционная профилактика репродуктивных потерь
(conceptus- оплодотворение)**

«ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА»

- состояния здоровья будущих родителей;
- медико-генетическое консультирование;
- программа оздоровления супружеской пары;
- выбор времени зачатия

ПРОФИЛАКТИКА АБОРТА

ВОЗ, 1990-2001

Рисунок 6.36 – Алгоритм Всемирной организации здравоохранения по проведению прегравидарной подготовки

Кроме того, предусмотрены обследование пациенток с НБ для выяснения патогенетического варианта нарушения репродуктивной функции, проведение терапии и оценка ее эффективности, планирование следующей беременности.

6.13 Применение информационных технологий

В управленческом цикле анализ результатов деятельности предшествует планированию и служит как для оценки сложившегося положения, так и собственных возможностей. Кроме того, проведение анализа позволяет определить причины отклонений, возникающих в ходе выполнения планов. Завершающий этап анализа деятельности следует за заключительным контролем, подитоживая управленческий цикл, и служит для оценки достижений с целью определения путей интенсификации деятельности (рисунок 6.37).

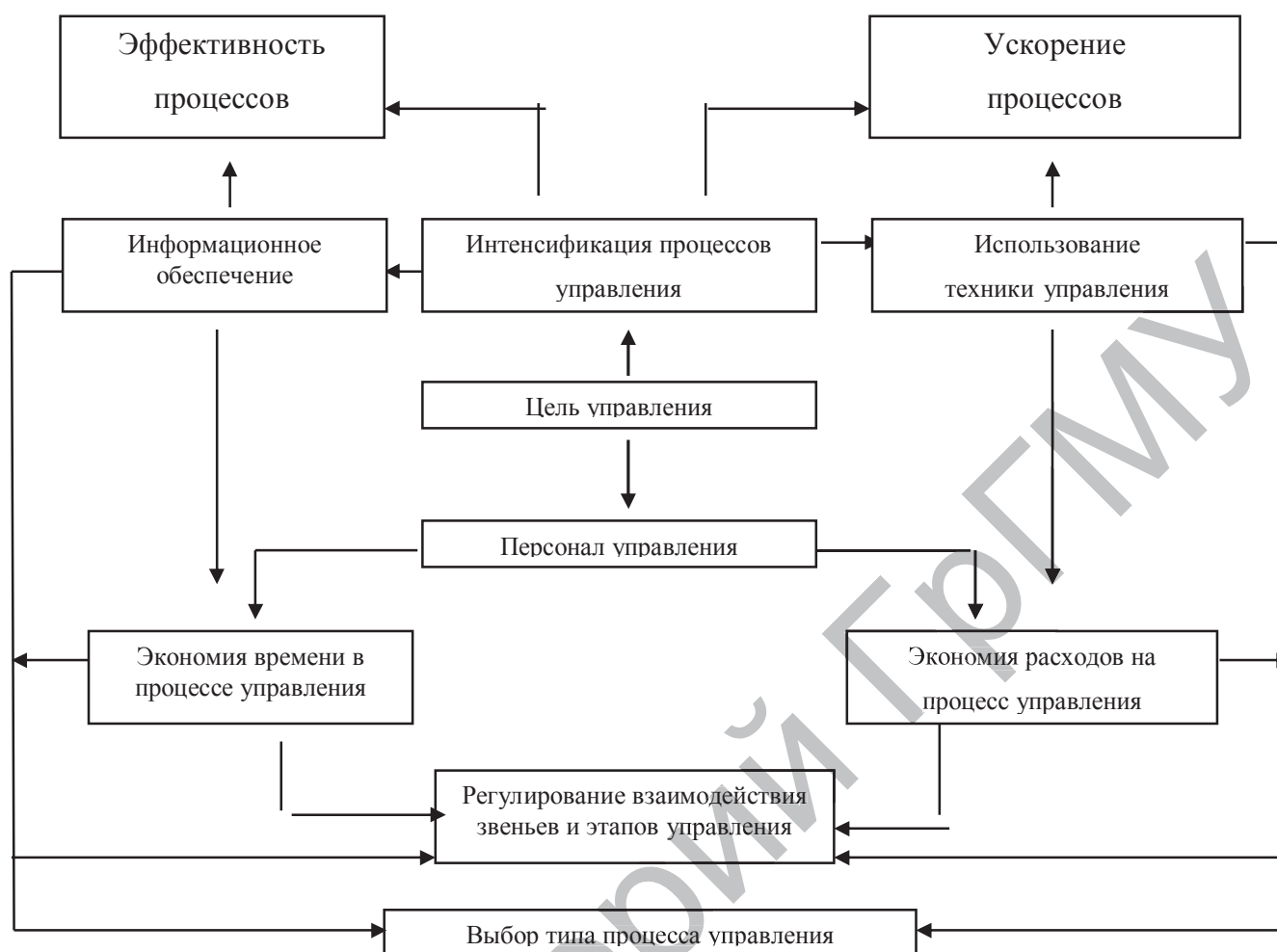


Рисунок 6.37 - Факторы интенсификации процесса управления

Анализ деятельности АГС в рамках модели представляет собой совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности ОЗ и их подразделений, позволяет обеспечить достоверную оценку результатов работы, выявить пути рационализации использования средств, повышения эффективности. При этом лечебная деятельность ОЗ оценивается под углом зрения ее соответствия требованиям задач, стоящих перед ней на данном этапе.

Вместе с тем, анализ - это одна из функций управления. С этой точки зрения, он представляет собой необходимое звено в системе управления модели, которое обосновывает выбор оптимального варианта решения целого

комплекса проблем, связанных с планированием деятельности АГС. Поэтому анализ завершается принятием соответствующих управленческих решений.

Основными задачами анализа в модели являются:

- контроль и оценка плановых показателей деятельности АГС;
- оценка эффективности использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов ОЗ;
- определение факторов, обусловивших полученные результаты;
- выявление неиспользованных резервов и содействие повышению качества медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО;
- анализ эффективности управленческих решений.

Таким образом, анализ предшествует планированию и служит для оценки создавшегося положения и собственных возможностей, а также позволяет определить причины отклонений, возникающих в ходе выполнения планов. Завершающий этап анализа деятельности следует за заключительным контролем, завершая управленческий цикл, и служит для оценки достижений.

Анализ деятельности такой сложной производственной системы, как АГС, является комплексной задачей.

Уровень сложности проведения данного анализа во многом зависит от содержания такого понятия, как «результат деятельности» в рамках модели, понимаемый применительно к службе родовспоможения как благоприятный исход родов для матери и плода у пациенток с ВЗЖПО.

Поэтому в рамках модели для анализа эффективности внедрения новых перинатальных технологий по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО разработана соответствующая организационная структура (рисунок 6.38). В ее основе лежит информационная обработка информации, поступающей из ОЗ региона на базе организационно-методического отделения ГОКПЦ, с оперативным анализом качества медицинской помощи, который проводится не только на уровне АГС, но и смежных служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО.

Обработанные с применением информационных технологий результаты деятельности перинатальных служб ежеквартально представляются в УЗО и администрации ОЗ в виде аналитических обзоров. Регулярно результаты системно-структурного анализа ПС докладываются на Днях главного врача руководителям ОЗ с целью акцентирования их внимания на отрицательных отклонениях в деятельности для последующего принятия своевременных управленческих решений по оптимизации взаимодействия различных служб здравоохранения по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО, охране здоровья матери и ребенка.

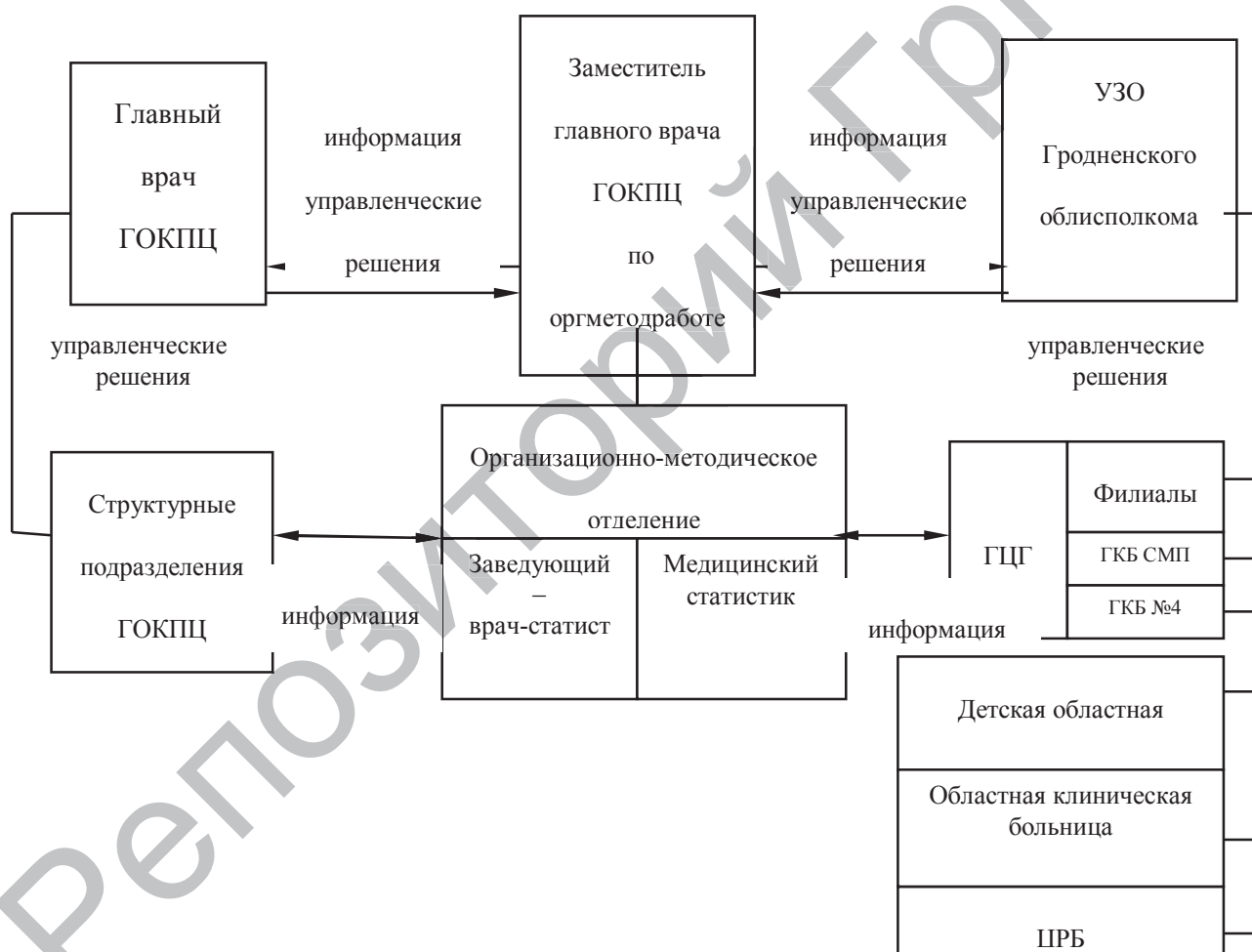


**Рисунок 6.38 – Организационная структура
оценки качества медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО**

Разработана технологическая система по сбору и автоматизированной обработке медико-статистической информации о состоянии ресурсного обеспечения АГС (рисунок 6.39).

Особенностями технологической системы являются полностью информатизированный трехуровневый метод контроля достоверности предоставляемой статистической информации, автоматизированно формирование сводных отчетов с возможностью их конвертации в разные электронные форматы, оперативность анализа и предоставления его на бумажном и электронном носителях в УЗО и администрации ОЗ.

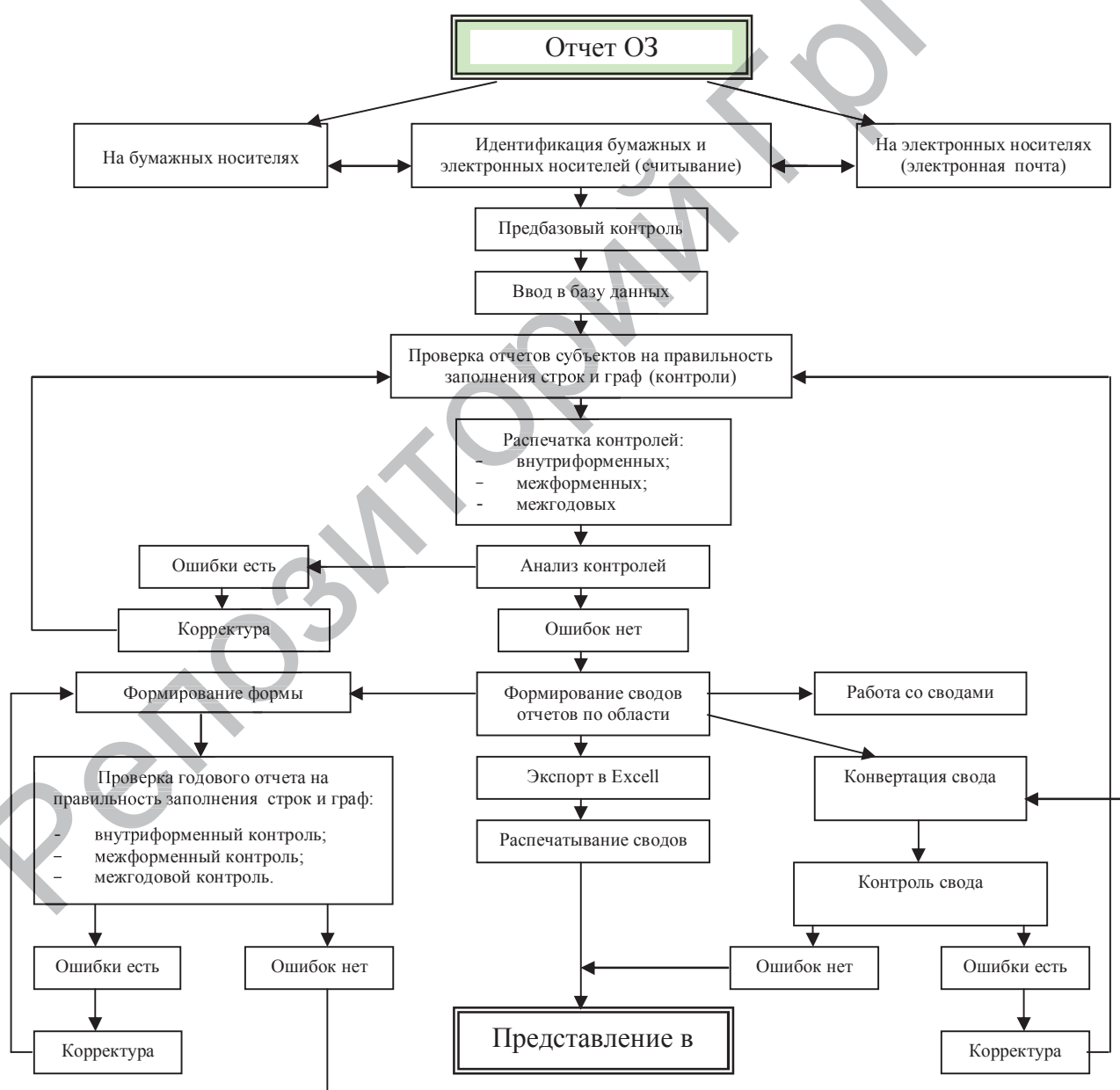


Рисунок 6.39 – Технологическая схема обработки отчетов ОЗ АГС

Формирование отчетов по формам государственной статистической отчетности; учет и анализ данных по заболеваниям, результатам лечения, операциям, проведенным койко-дням; хранение и архивирование информации; контроль соблюдения технологии ведения пациенток, а также планирование и управление госпитализацией и коечным фондом обеспечено внедрением программы «Статистика стационара» в рамках комплексной медицинской информационной системы ГОКПЦ (рисунок 6.40).

АБОРТЫ 13ф ОБЛАСТЬ (просмотр) - Microsoft Word

Файл Правка Вид Вставка Формат Сервис Таблица Окно Справка

100% Закрывать

1 2 3 4 5 Контекстная справка 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

РАЗДЕЛ 1

2

СВЕДЕНИЯ О ЧИСЛЕ АБОРТОВ И ВАКУУМ-АСПИРАЦИЙ

Наименование показателя	Код по МКБ 10	Номер строки	Количество абортов		из них у женщин в возрасте, лет															
			Всего	из них у первобеременных	14 и моложе		15-17		18-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44, всего	45 и старше, всего
					всего	из них у первобеременных	всего	из них у первобеременных	всего	из них у первобеременных	всего	из них у первобеременных	всего	из них у первобеременных	всего	из них у первобеременных				
А	Б	В	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всего абортов (без вакуум-аспираций).....	O03-O06	1	170	51	-	-	2	1	6	6	47	26	43	12	33	4	29	2	7	3
из них: самопроизвольные (спонтанные).....	O03	2	16	5	-	-	1	-	-	-	4	2	4	2	3	-	4	1	-	-
в том числе в сроке: до 12 недель.....		2.1	2	1	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
13-21 недель.....		2.2	14	4	-	-	1	-	-	-	2	1	4	2	3	-	4	1	-	-
искусственные.....	O04	3	154	46	-	-	1	1	6	6	43	24	39	10	30	4	25	1	7	3
искусственные легальные.....	O04 часть	3.1	78	24	-	-	1	1	4	4	24	12	14	5	14	2	13	-	5	3
искусственные по медицинским показаниям.....	O04 часть	3.2	6	2	-	-	-	-	-	-	4	2	-	-	-	-	2	-	-	-
в том числе в сроке: до 12 недель.....		3.2.1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13-21 недель.....		3.2.2	5	2	-	-	-	-	-	-	3	2	-	-	-	-	2	-	-	-
искусственные по генетическим показаниям.....	O04 часть	3.3	70	20	-	-	-	-	2	2	15	10	25	5	16	2	10	1	2	-
в том числе в сроке: до 12 недель.....		3.3.1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-
13-21 недель.....		3.3.2	67	20	-	-	-	-	2	2	15	10	24	5	15	2	10	1	1	-
искусственные по социальным показаниям.....		3.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
в том числе в сроке:																				

Стр. 2 Разд 1 2/4 На 1,4см Ст 1 Кол 1 ЗАП ИСПР ВДЛ ЗАМ русский (Ru)

Выступление на Лис... Microsoft PowerPoint ... test на "Сервер род... 2009 РОДДОМ 13 и 32 АБОРТЫ 13ф ОБЛАС...

RU 18:40

Рисунок 6.40 – Электронная страница формы «Аборты»

Это позволило перейти к комплексной оценке статистических показателей в программах «Анализ деятельности родового отделения» и «Анализ деятельности педиатрических отделений», разработанных при непосредственном участии автора исследования. Особенности программ являются открытый для пользователя интерфейс; ввод любых табличных данных в экранные формы, аналогичные бумажным документам; внутритабличный,

информационных), изучения репродуктивных установок женщин фертильного возраста и перспектив реализации репродуктивной функции, а также экспертную оценку значимости проблем, связанных с нарушениями в ЖРС, разработана медико-организационная модель укрепления РЗ женщин с ВЗЖПО. В ее рамках:

- обеспечено выявление и санация ВЗЖПО и иных заболеваний ЖРС на основе Стандартов;
- усовершенствована ПМП при активном взаимодействии смежных служб;
- сформированы клинко-организационные группы пациентов с ЖРС для определения порядка оказания плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях;
- внедрены стационарозамещающие и специализированные виды медицинской помощи;
- получили развитие скрининговые программы медико-генетического консультирования и пренатальной диагностики;
- активизирована работа по ППС и формирование активного репродуктивного и ответственного фертильного поведения пациенток с ВЗЖПО;
- создан организационный алгоритм наблюдения за беременными, включая мероприятия по антенатальной охране плода на основе Стандартов, санацию экстрагенитальной патологии, медико-генетическое консультирование, психопрофилактическую подготовку к родам и обеспечение оптимального акушерского и перинатального ухода;
- оптимизировано ведение беременных с высоким инфекционным «риском»;
- сформированы группы «риска» по неблагоприятному исходу беременности и родов;
- достигнута профилактика гнойно-воспалительных осложнений родового акта на основе Стандартов;
- организована медицинская помощь новорожденным с применением стандартизированных подходов и новых методов профилактики и лечения синдрома дыхательных расстройств.

ГЛАВА 7

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

7.1 Методология оценки медико-социальной эффективности модели

Для анализа медико-социальной эффективности перинатальных технологий укрепления РЗ пациенток с ВЗЖПО, внедренных в рамках модели, разработана оригинальная Методика ранговой оценки деятельности АГС [Инструкция по применению – Приложение В].

Согласно методике, изучению подлежали следующие ранговые показатели (А):

- полнота охвата пациенток прегравидарной подготовкой;
- доля охваченных цитологическим скринингом при проведении профилактических гинекологических осмотров;
- уровень выявляемости патологии в целом, и ИППП, в частности;
- показатели выявляемости онкологической патологии ЖРС, в том числе ее запущенных форм;
- охват женщин ГК и ВМС;
- показатель распространенности абортот;
- доля женщин, взятых на диспансерный учет по беременности в сроке до 12 недель;
- уровень ПС;
- показатель материнской смертности.

В зависимости от медико-социальной значимости каждому показателю присваивался коэффициент значимости, который располагается в интервале от 0,1 до 1. Исключение составлял показатель материнской смертности, коэффициент значимости которого был приравнен к десяти ($A=10$).

Определение рангового места (М) осуществлялось по величине относительного показателя в простом вариационном ряду: наиболее высокому достигнутому его уровню присваивалось минимальное ранговое место, наименее высокому - максимальное.

Расчет рангового показателя с учетом его коэффициента значимости производится по формуле:

$$R = A \times M, \quad (7.1)$$

где

A - коэффициент значимости рангового показателя,

M – ранговое место.

Для объективизации оценки деятельности АГС дополнительно оценивались коэффициенты показателя дефектов (k), располагавшиеся в интервале от 0 до 2, в том числе:

- достоверность предоставляемой информации (k=1,0 – за каждый выявленный факт недостоверной информации);
- своевременность предоставления информации (k=1,0 – за каждый случай несвоевременного предоставления информации);
- замечания рецензентов при анализе случаев материнской смертности и ПС (k=2,0 – за каждое замечание);
- недостатки, выявленные при проведении плановых проверок (k=2,0 – за каждый выявленный факт).

При наличии нескольких дефектов деятельности АГС определялся суммарный коэффициент показателя.

Расчет суммарного рангового показателя деятельности АГС территориальной ОЗ производится по формуле:

$$\text{Сум. R} = \frac{R_1 + R_2 + R_3 + \dots + R_n}{L_n - k} \times 100, \quad (7.2)$$

где $R_1+R_2+R_3+\dots+R_n$ - сумма ранговых мест, L_n - число ранговых мест, k – суммарный показатель дефектов.

С применением внедренных информационных технологий по расположению территориальной ОЗ в полученном простом вариационном ряду поквартально и ежегодно производилось определение ее итогового рангового места: наименьшему суммарному показателю присваивалось соответствующее наименьшее место, его повышение находилось в прямой зависимости от увеличения величины показателя.

Для оценки уровня и структуры перинатальных потерь у пациенток с ВЗЖПО разработана и применена Методика анализа ПС [Инструкция по применению – Приложение Г], основанная на статистическом эталоне Всемирной организации здравоохранения, что позволило дополнительно изучить медико-социальную эффективность мероприятий, реализованных в рамках модели.

Использование в рамках методики разработанных стандартизированных и формализованных Карт экспертной оценки и организационного алгоритма позволили с применением информационных технологий комплексно изучить 759 случаев ПС в регионе в 1999-2008 гг.

7.2 Материнские, перинатальные и репродуктивные потери

Установлено, что в 1999-2008 гг. в регионе не было случаев материнской смертности от инфекционно-воспалительных осложнений беременности и родов.

В 2004-2008 гг. в сравнении с предыдущим пятилетием уровень ПС в области значительно - на 42,3% уменьшился ($p<0,05$). К 2008 г. сократилась разница показателей ПС между городскими и сельскими поселениями до 0,1‰, что свидетельствует о повышении качества медицинской помощи сельским жительницам. В 2008 г. достигнут минимальный уровень показателя ПС за десятилетие, составивший 4,1‰ (рисунок 7.1), который был значительно ниже среднереспубликанского (5,0‰) ($p<0,05$).

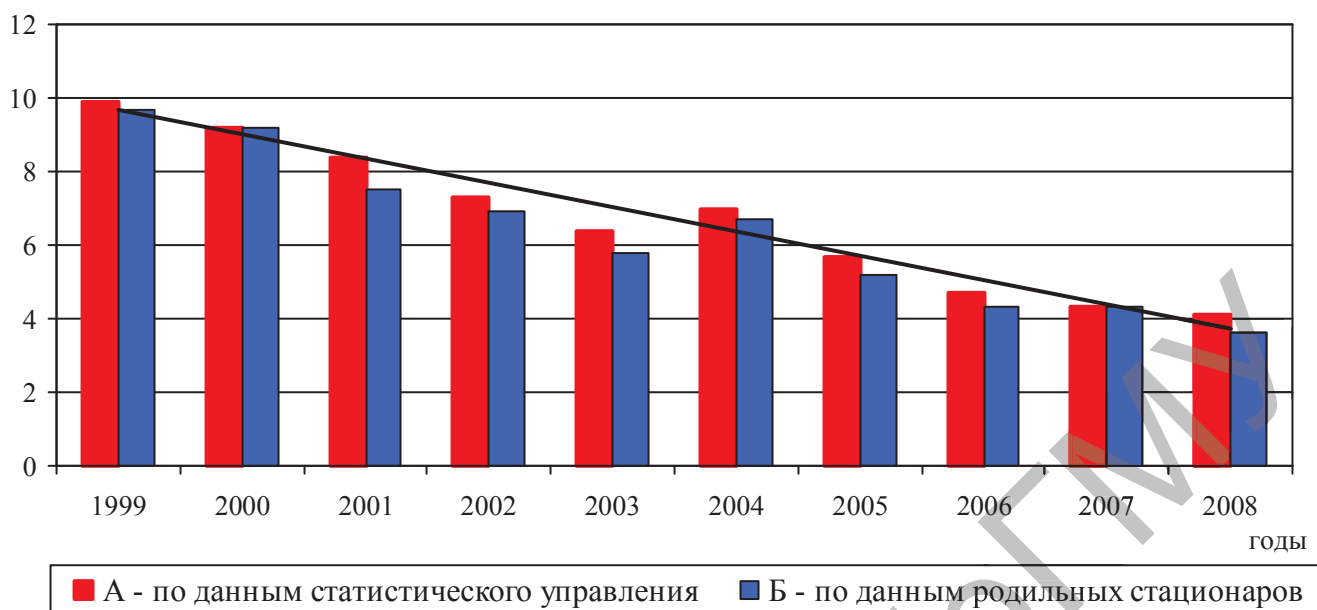


Рисунок 7.1 - Динамика ПС в 2000-2008 гг.

В 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. изменилась структура ПС (рисунок 7.2): ведущее место заняла асфиксия плода на почве нарушения маточно-плацентарно-пуповинного кровообращения - $52,16 \pm 14,37\%$. Второе рейтинговое место принадлежало ВПР у плодов, доля которых составила $26,90 \pm 4,32\%$. На третьем месте оказались ВУИ - $7,80 \pm 2,13\%$. Синдром дыхательных расстройств занял четвертое рейтинговое место - $4,64 \pm 2,67\%$.

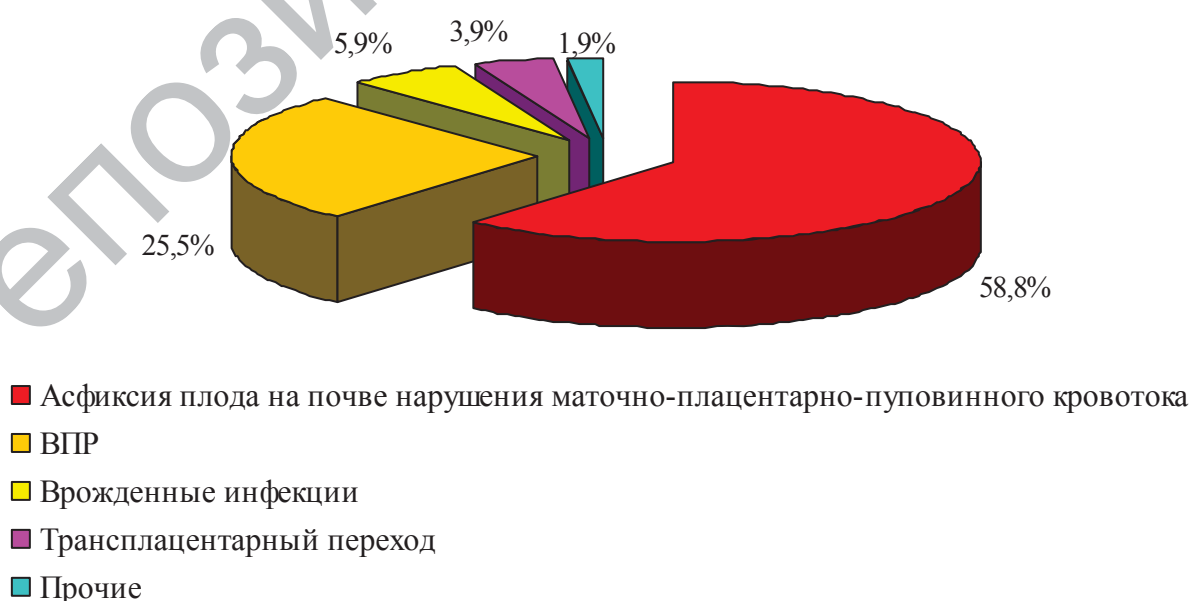


Рисунок 7.2 - Структура ПС в 2008 г.

Внедрение перинатальных технологий по профилактике, раннему выявлению и диспансеризации ВЗЖПО ($r=0,7672$), активизация деятельности по формированию ЗОЖ со значительным увеличением охвата всеми видами контрацепции в различных возрастных группах пациенток (распространенность ВМС на 1000 женщин фертильного возраста в 2008 г. составила 341,4, ГК - 377,8) ($r=0,8173$) имели следствием в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. значительное уменьшение – на 30,2% количества непланируемых беременностей: до $12,7 \pm 0,89$ на 1000 женщин фертильного возраста ($p < 0,05$).

В 2004-2008 гг. зарегистрировано значительное снижение смертности от синдрома дыхательных расстройств ($p < 0,05$), а в 2008 г. таких случаев не было.

Изменение структуры ПС связано с уменьшением доли патологических изменений воспалительного характера в плаценте и пуповине со $100,0 \pm 0,0\%$ в 1999-2003 гг. до $46,41 \pm 2,87\%$ в 2004-2008 гг. ($p < 0,05$), являвшихся следствием ассоциированного (одновременного или последовательного) инфицирования различными возбудителями в разные сроки гестации ($r=0,8479$). Это привело к уменьшению среднегодового числа случаев (на 16) мертворождений и ранней неонатальной смертности.

Так, за десятилетие количество аборт и РМЦ уменьшилось почти в 4 раза и составило 3225, а распространенность аборт уменьшилась в 2008 г. до 11,2 на 1000 женщин фертильного возраста ($p < 0,05$) (рисунок 7.3). В 2004-2008 гг. в области не было случаев криминальных аборт.

Аппроксимация данных, а также уравнение полиномиального тренда с высокой степенью достоверности ($R^2=0,8423$) позволили утверждать, что отмеченная тенденция к снижению количества аборт сохранится и в дальнейшем.

В 2004-2008 гг. в результате внедрения перинатальных технологий, в том числе по охвату всеми видами контрацепции ($r=0,7952$) на уровне ПМП, у пациенток несколько увеличился возраст сексуальных дебютов, составивший $17,27 \pm 4,75$ г. ($r=0,6739$).

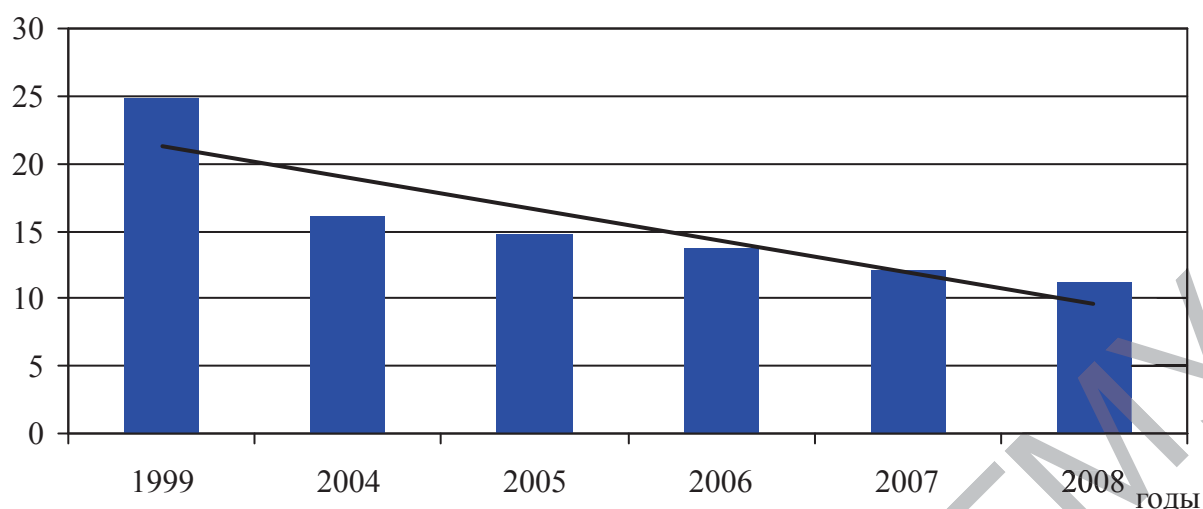


Рисунок 7.3 - Уровень распространенности аборт у пациенток с ВЗЖПО (на 1000 женщин фертильного возраста)

Увеличилась до $52,51 \pm 2,53\%$ доля пациенток, имевших половые контакты с постоянным партнером; уменьшилось общее количество половых партнеров, число которых у 86,5% женщин не превышало двух. Это в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. привело к изменению соотношения беременностей, закончившихся родами и абортами, среди девушек-подростков: зарегистрировано уменьшение до $36,42 \pm 3,73\%$ прерванных беременностей ($p < 0,05$) (рисунок 7.4).

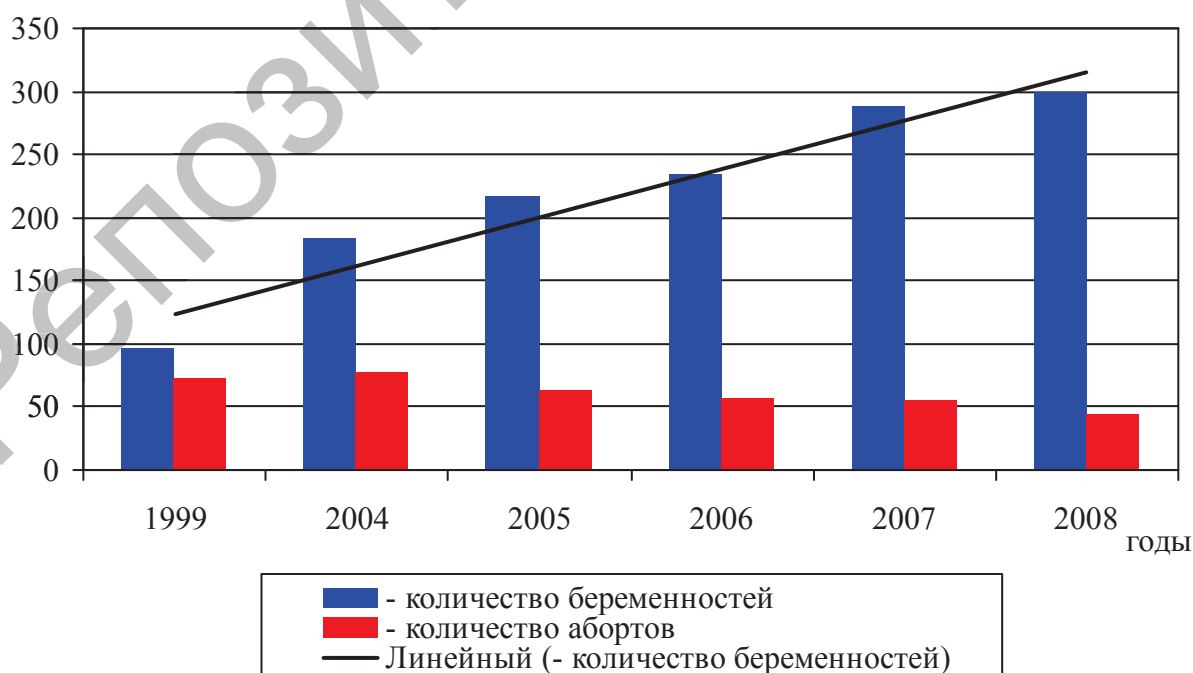


Рисунок 7.4 – Число беременностей и аборт среди девушек-подростков

Среди девушек-подростков непосредственные послеабортные осложнения зарегистрированы только в $0,45 \pm 0,07\%$ случаев ($p < 0,05$), и были представлены кровотечениями, случаев ВЗОМТ не было.

В целом, среди женщин фертильного возраста с ВЗЖПО среднегодовое уменьшения числа репродуктивных потерь составило 980 продуктов зачатия.

Это, в свою очередь, имело следствием увеличение среднегодового числа рождений (460 случаев) и показателя рождаемости, который в 2008 г. достиг наивысшего значения с 1993 г. и составил 11,3‰ (рисунок 7.5).

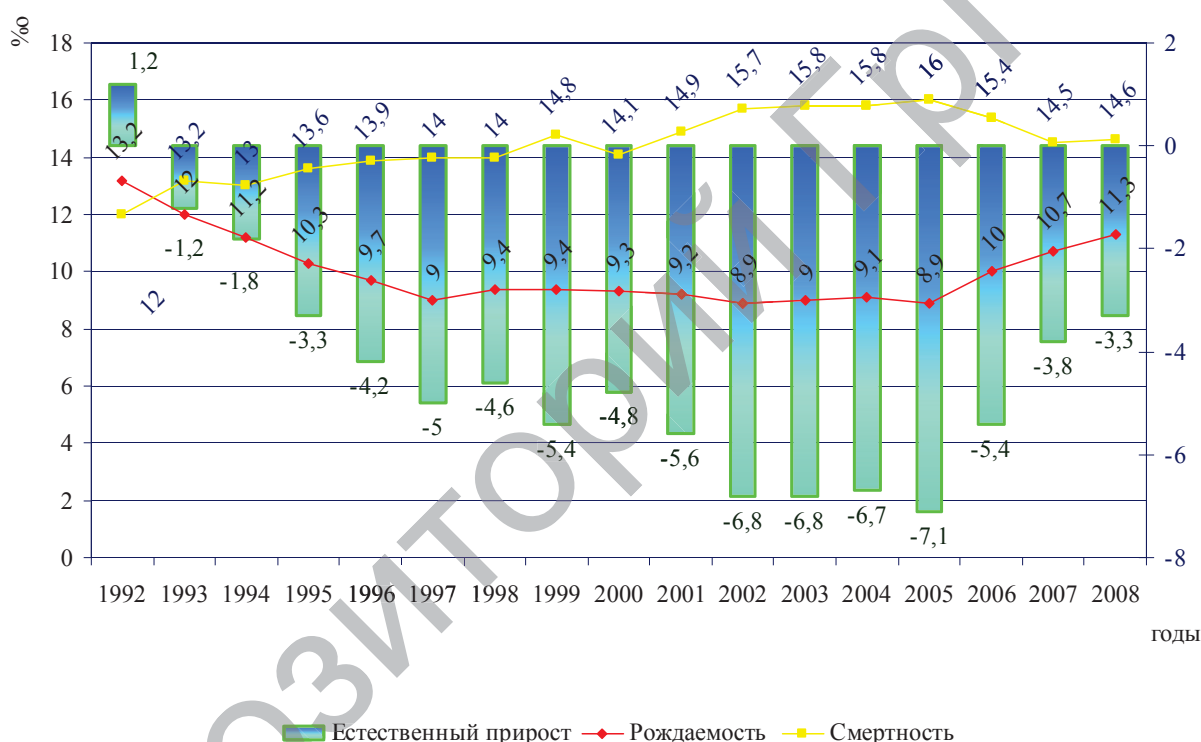


Рисунок 7.5 – Показатели рождаемости, смертности и естественного прироста населения в Гродненской области в 1992-2008 гг.

Результаты дальнейших исследований позволили установить, что уменьшение уровня перинатальных и репродуктивных потерь явилось следствием улучшения ресурсного обеспечения АГС региона и внедрения эффективных перинатальных технологий по укреплению РЗ пациенток с ВЗЖПО, реализованных на прегравидарном этапе, во время беременности и родов, а также в послеродовом периоде.

7.3. Ресурсное обеспечение и разноуровневое оказание медицинской помощи

Установлено, что улучшение ресурсного обеспечения АГС в 2004-2008 гг. находилось в зависимости от уровня финансирования с опережающими инвестициями в основные фонды и ресурсосберегающие технологии с минимальным приростом объема потребления ($r=0,8728$). Так, в 2004-2008 гг. в сравнении с предыдущим пятилетием доля расходов увеличилась на 43,8% и достигла $23,4\pm 2,74\%$ от бюджетов всех уровней - первое рейтинговое место. В структуре расходов средств от приносящей доход деятельности $54,6\pm 3,81\%$ составили расходы, направленные на улучшение материально-технической базы АГС и покрытие текущих затрат. Расходы, направленные на рост заработной платы сотрудников, составили $14,4\pm 2,51\%$.

При изучении степени отклонения показателей ресурсообеспеченности АГС от Кс установлено, что, благодаря значительному увеличению финансирования и реализации государственных и отраслевых программ, показатель материально-технической базы ОЗ, оказывавших медицинскую помощь на районном уровне, значительно повысился и составил на районном уровне от 0,78 (материально-техническая база) до 0,84 (техническая оснащенность), в том числе в ЖК - 0,79, в родильных отделениях - 0,89, в гинекологических отделениях - 0,85. В то же время на городском уровне (в акушерско-гинекологических стационарах) и областном уровне (ГОКПЦ) показатель качества структуры материально-технической базы в 2004-2008 гг. был значительно выше и составил 0,94 (рисунок 7.6).

Показатель укомплектованности и кадрового потенциала ОЗ также повысился и составил от 0,82 – на районном уровне до 0,97 – на областном. Уровень категориальности увеличился и достиг, соответственно, 0,82 и 0,9 (рисунок 7.5).

При комплексном изучении показателей ресурсообеспеченности, эффективности и качества работы установлено, что в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. показатель качества структуры, отражающий общее состояние ресурсообеспеченности ОЗ, увеличился и оказался достаточно высоким на

областном (0,96) и несколько ниже - на других уровнях (от 0,84 в Волковысской ЦРБ до 0,94 в Гродненской клинической больнице скорой медицинской помощи).

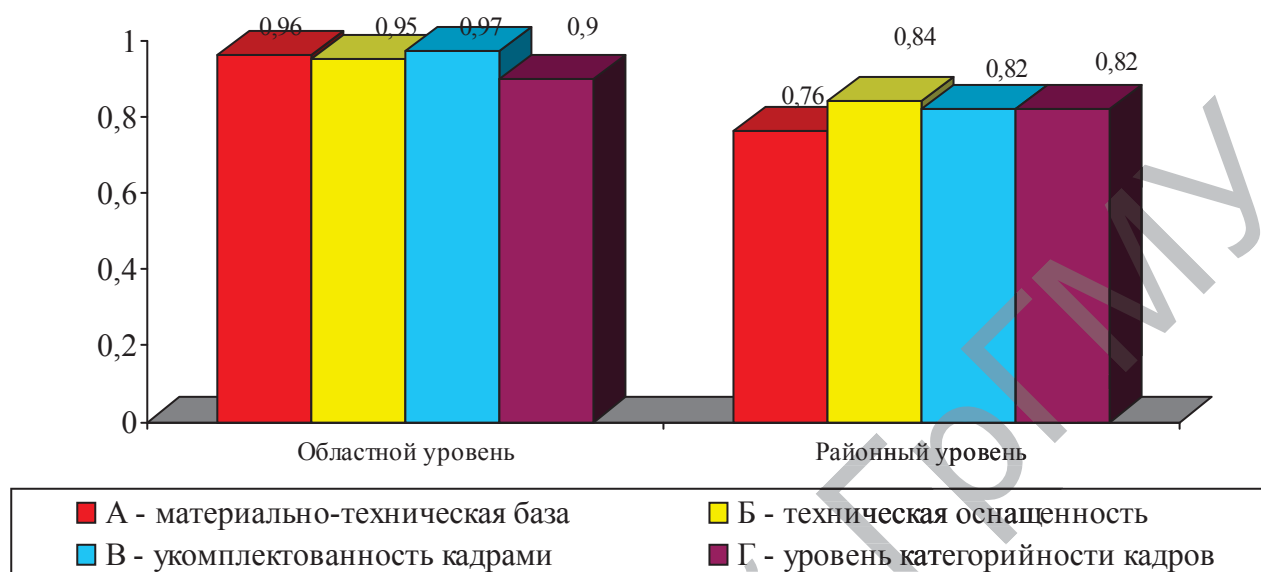


Рисунок 7.6 - Показатели ресурсообеспеченности ОЗ АГС по уровням перинатальной помощи

Уровень Кс в 2004-2008 гг. в ПЦ I уровня в сравнении с предыдущим пятилетием повысился и составил от 0,85 в гинекологических отделениях до 0,89 в ЖК (таблица 7.1). Уровень Кс в ПЦ II уровней выше, и составил от 0,90 в отделениях новорожденных до 0,94 в гинекологических отделениях и ЖК. Наиболее стабильные Кс полноты врачебной помощи характерны для городских (г. Гродно) и областных ОЗ, составившие, соответственно, 0,92 и 0,96.

Установлено, что Кс диагностических методов Стандартам в ОЗ в 2004-2008 гг. составил 0,91. При этом по качеству сбора анамнеза были выявлены дефекты только 12,0% случаев, неполный объем физикального обследования пациенток при I посещении в ЖК - в 9,0%. Лабораторные и инструментальные методы исследования в 88,0% случаев были осуществлены своевременно и в полном объеме (таблица 6.2).

Таблица 7.1 – Комплексная оценка качества и эффективности деятельности перинатальной службы Гродненской области

Уровень оказания медицинской помощи	Отделения			
	Родильное	Новорожденных	Гинекологическое	ЖК
Районный уровень (ПЦ I уровня)	0,86	0,86	0,85	0,89
Районный уровень (ПЦ II уровня)	0,92	0,90	0,94	0,94
ГОКПЦ (ПЦ III уровня):	0,96	0,96	0,96	0,98
- акушерство	0,96	-	-	-
- неонатология	-	0,96	-	-
- гинекология	-	-	0,96	-
- отделение «Брак и семья»	-	-	-	0,96

Анализ тактики ведения пациентов с ВЗЖПО относительно установленного диагноза выявил в 2004-2008 гг. в 92,0% случаев вполне рациональную программу лечебно-профилактических мероприятий. Однако имелись отдельные отклонения в коррекции терапевтических мероприятий после проведенного обхода и осмотра пациенток (4,0%). Кс по постановке диагноза, его формированию и соответствию МКБ-Х соответствовал высокому качеству медицинской помощи в 94,0% случаев. Оценка качества ведения документации выявила недостатки в оформлении только в 8,0% случаев. В целом Кс при оценке лечебного комплекса по уровню качества лечения Стандарту (далее - УКЛ) составил 0,93, что свидетельствует о позитивных сдвигах.

В результате внедрения Стандартов в 2004-2008 гг. зарегистрирована и положительная динамика показателя результативности и качества работы, который значительно увеличился на районном уровне (рисунок 7.7).

Оценка УКИ по показателю ПС выявила положительную тенденцию, достигнув 0,95. УСЛ по срокам, рекомендованным Стандартами, стал больше и составил 0,94. Позитивная динамика имеется и при расчете УКПД – 0,93.

Установлено, что госпитализация пациенток в значительном большинстве случаев (94,0%) осуществлялась в соответствии с клиническими показаниями в разноуровневые ПЦ.

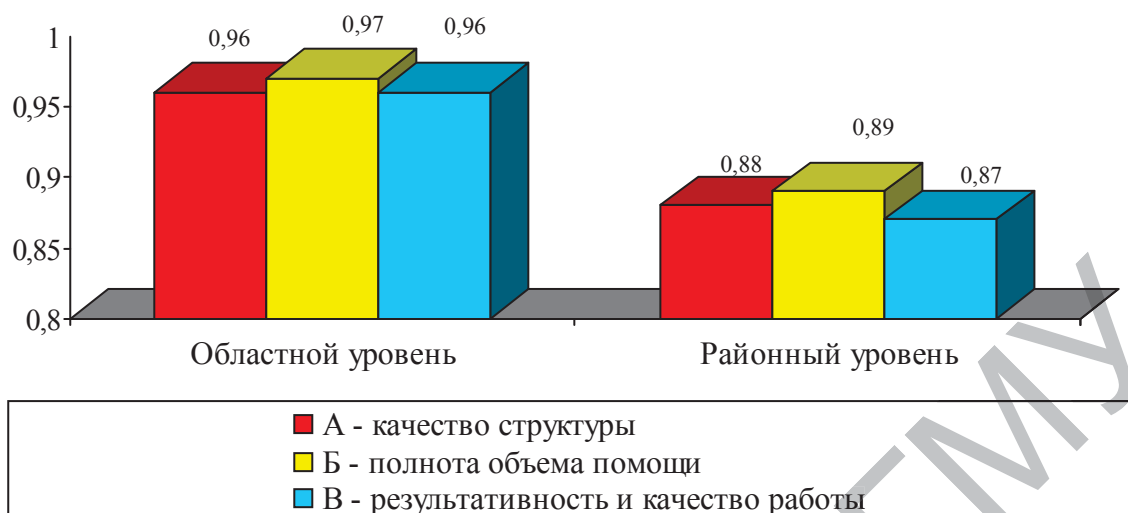


Рисунок 7.7 - Показатели ресурсообеспеченности, эффективности и качества деятельности АГС региона

Качество медицинской помощи в полном объеме обеспечивалось в ГОКПЦ при развитой материально-технической базе и высокой технической оснащенности отделений. На этом уровне зарегистрирована и минимальная степень отклонения показателей, составлявших комплексную оценку деятельности ОЗ.

При изучении преемственности и взаимодействия ГОКПЦ с нижестоящими ПЦ установлено, что в 2004-2008 гг. его врачи регулярно выезжали в районы области для оказания плановой и экстренной лечебно-консультативной помощи: осуществлено 1057 выездов, консультированы $14,34 \pm 0,58\%$ пациенток к общему количеству родов в ПЦ I и II уровня. По результатам консультаций 156 пациенток госпитализированы в ГОКПЦ. Среди транспортированных 73,0% составили беременные, 27,0% - роженицы.

Показатель ПС в регионе находился в обратной зависимости от консультативной активности ГОКПЦ: установлено наличие обратной корреляционной взаимосвязи между удельным весом консультаций в ПЦ I и II уровней и показателем мертворождаемости ($r = -0,6666$), а также показателем ранней неонатальной смертности ($r = -0,6982$).

Установлено также, что деятельность ГОКПЦ оказала влияние на снижение показателя ПС за счет повышения качества медицинской помощи при

беременности и в родах как в самой ОЗ, так и в ПЦ I и II уровня. Так, за период 2004-2008 гг. в ГОКПЦ показатель ранней неонатальной смертности уменьшился почти в 3 раза: с 4,6‰ до 1,6‰ ($p<0,05$), показатель заболеваемости новорожденных уменьшился в 3 раза - с 750‰ до 224‰ ($p<0,05$).

Показатели результативности и качества работы АГС региона по уровням представлены на рисунке 7.8.

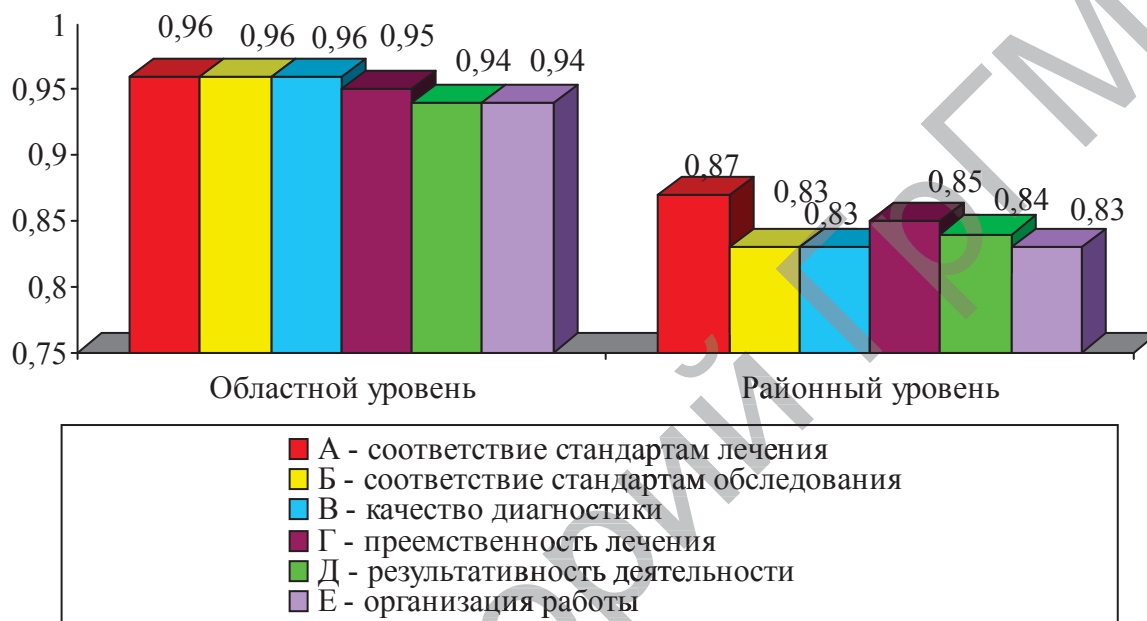


Рисунок 7.8 - Показатели результативности и качества работы АГС по уровням

В результате суммирования вышеприведенных показателей вычислен уровень качества медицинской помощи АГС (УКМП) по формуле:

$$\text{УКМП} = (\text{УКД} + \text{УКЛ} + \text{УКИ} + \text{УСЛ} + \text{УКПД}) : 5 \quad (7.3)$$

В 2004-2008 гг. УКМП составил 0,96, и в сравнении с 1999-2003 гг. значительно увеличился. Это свидетельствует о положительной динамике параметров качества помощи женщин с ВЗЖПО и выраженной медицинской эффективности мероприятий модели по укреплению РЗ пациенток при внедрении разработанных стандартизированных перинатальных технологий в практическую деятельность разноуровневых ОЗ АГС региона.

7.4 Прегравидарное оздоровление

Установлено, что в 2004-2008 гг. в сравнении с предыдущим пятилетием показатель охвата женщин фертильного возраста диспансерным наблюдением в ГРР увеличился и составил $76,53 \pm 9,12\%$, причем, в 2008 г. доля женщин, прошедших прегравидарную подготовку, достигла $96,01 \pm 2,16\%$.

В 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. показатель уровня охвата женщин фертильного возраста с ВЗЖПО профилактическими осмотрами увеличился и составил $96,4 \pm 1,82\%$ ($p < 0,05$). По их результатам были сформированы группы «риска» по развитию ВЗЖПО и организована диспансеризация пациенток. Это позволило обеспечить стабилизацию выявляемости гинекологической патологии *среди девушек-подростков* на уровне $6,73 \pm 0,89\%$ ($r = 0,7652$).

Среди сексуально активных подростков значительно увеличилось количество обследованных с целью выявления ИППП ($p < 0,05$). При этом в структуре выявленной патологии уменьшилась доля воспалительных заболеваний придатков матки – до $4,26 \pm 1,32\%$ ($p < 0,05$).

Несмотря на то, что структура заболеваемости определялась ранним началом сексуальных дебютов, однако показатель уменьшился и составил $77,71 \pm 2,35\%$ ($p < 0,05$), что явилось результатом эффективности технологий по формированию ЗОЖ ($r = 0,7817$).

Первичная заболеваемость девушек-подростков ВЗЖПО в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. уменьшилась до 3,4 на 1000 населения соответствующей возрастной группы, общая заболеваемость также уменьшилась и составила 4,3.

В структуре специфических вульвовагинитов у девушек-подростков ведущее место занимал трихомониаз – $49,12 \pm 2,67\%$. Увеличилась доля уреа- и микоплазмозов – $30,72 \pm 2,16\%$ ($p < 0,05$), что явилось следствием увеличения количества обследованных пациенток ($r = 0,6721$). Доля иных ИППП не превышала 5%. Частота выявления ВК не изменилась и составила $25,34 \pm 2,76\%$.

Эффективность диспансеризации ВЗЖПО увеличилась и составила $76,28 \pm 4,47\%$ ($p < 0,05$). Госпитализация девушек-подростков с ВЗОМТ на специализированные койки в гинекологическом отделении Гродненской клинической

больницы скорой медицинской помощи позволила значительно улучшить исходы заболеваний ($r=0,7345$).

Удалось достичь и увеличения охвата девушек-подростков профилактическими осмотрами для выявления ЭГП, достигшего $95,24\pm0,54\%$. При этом структура выявленной патологии не изменилась. Стабилизировался уровень общей заболеваемости ЭГП, составивший $86,32\pm3,78\%$. В то же время удалось достичь высокого показателя охвата диспансерным наблюдением ЭГП, составившего $94,28\pm2,63\%$ ($p<0,05$).

Среди женщин более старших фертильных возрастов (18-49 лет) выявляемость гинекологической патологии при профилактических осмотрах составила $12,2\pm0,57\%$. В ее структуре на уровне $21,2\pm5,37\%$ удалось стабилизировать долю ВЗЖПО (рисунок 7.9), что было обусловлено повышением квалификации медицинского персонала АГС ($r=0,7952$).

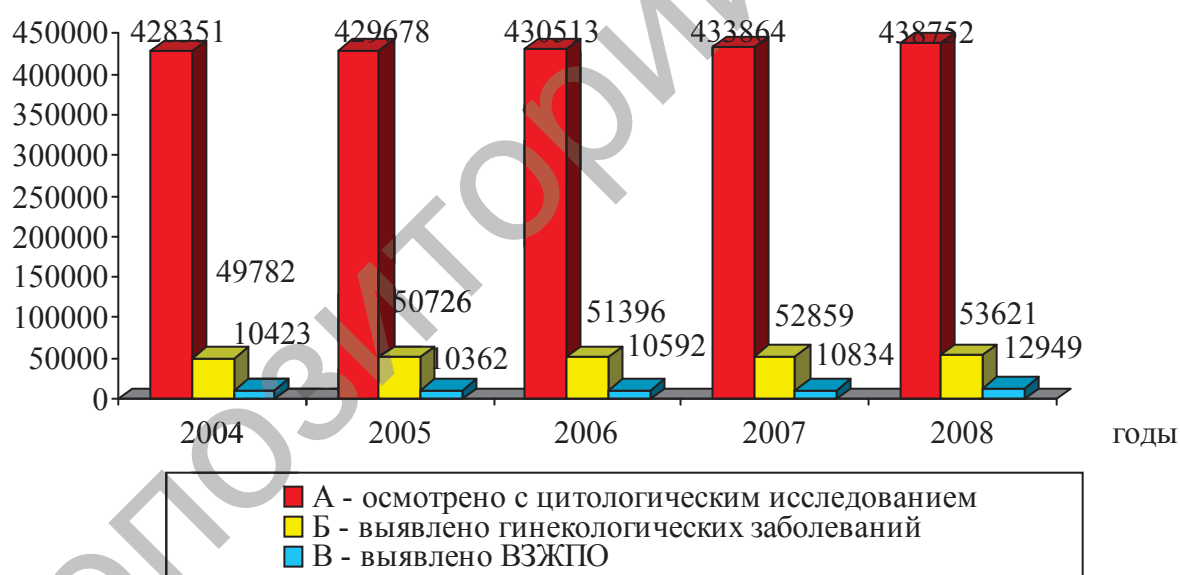


Рисунок 7.9 – Выявляемость гинекологической патологии и ВЗЖПО при профилактических осмотрах в 2004-2008 гг.

Частота гинекологической заболеваемости, по данным обращаемости в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг., несколько уменьшилась и составила $80,64\pm4,68\%$. Удельный вес ВЗЖПО в структуре причин обращаемости также стал меньшим - $33,52\pm1,69\%$, причем, на долю ИППП пришлось $37,93\pm3,26\%$

(19,52±1,26‰). Уменьшились доли «других» воспалительных заболеваний - до 19,43±1,27% (10,0±0,79‰) и сальпингитов - до 5,8% (3,0±0,24‰).

В 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. частота ВЗЖПО, по данным профилактических осмотров, уменьшилась на 6,61±0,56‰ и составила 104,0±12,23‰. При этом зарегистрировано увеличение показателя выявляемости ИППП: с 19,51±1,74‰ до 36,72±2,28‰, причем, в структуре общей заболеваемости доля ИППП увеличилась в 2 раза (16,66±1,67%), и они заняли второе место по частоте после «других» воспалительных заболеваний. Это было обусловлено внедрением новых технологий диагностики ($r=0,7952$).

Для построения краткосрочного прогноза роста (убыли) заболеваемости ВЗЖПО до 2011 года была использована модель экспоненциального сглаживания (рисунок 7.10).



Рисунок 7.10 - Краткосрочный прогноз заболеваемости ВЗЖПО

Оптимальные параметры прогностических моделей по уровню заболеваемости ВЗЖПО в области в целом, г. Гродно и районам области представлены в таблице 7.2.

Согласно полученным результатам, прогнозируется уменьшение уровня заболеваемости ВЗЖПО в период до 2011 г. При этом анализ прогностических

моделей с исходными данными показал, что, в среднем, ошибка по моделям не превышает 10%.

Таблица 7.2 - Результаты краткосрочного прогнозирования уровня заболеваемости ВЗЖПО в Гродненской области

Наименование территории	Тренд	Y(0)	x(0)	α	Прогноз		
					2009 г.	2010 г.	2011 г.
Районы области	Линейный	520,6	43,15	1	429,6	385,9	342,7
г. Гродно	Линейный	975,4	49,63	0,2	906,6	901,3	897,4
Всего по области	Линейный	760,1	46,75	1	607,4	589,7	571,9

Для классификации районов по набору медицинских показателей использован кластерный анализ, результат которого в разрезе районов Гродненской области по нозологическим формам представлен на рисунке 7.11.

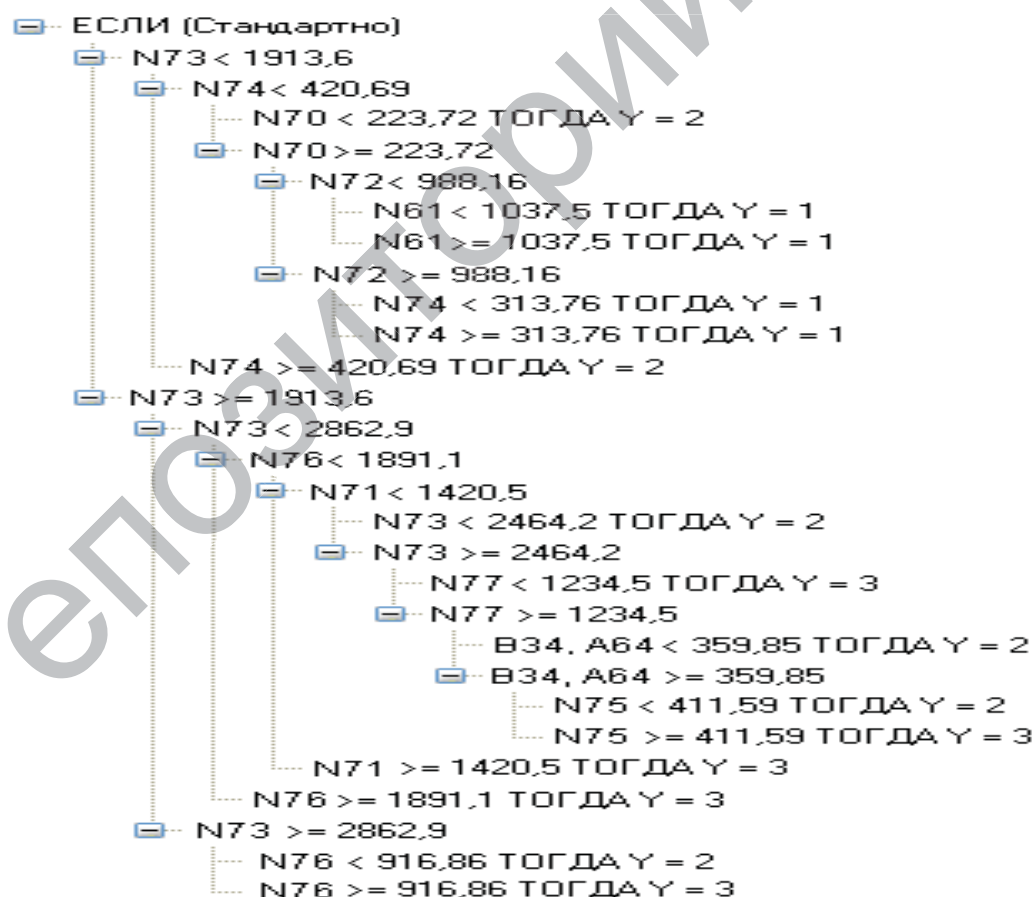


Рисунок 7.11 – Дендрограмма распределения районов области по основным ВЗЖПО

Для уточнения данных и более детального исследования построено дерево решений, позволившее при помощи классификационных правил оценить уровень «риска» заболеваемости ВЗЖПО в районах области для обеспечения рациональной разработки организационных мероприятий (рисунок 7.12), где у (следствие) принимает три значения: «1» - низкий уровень, «2» - средний уровень заболеваний, «3» - высокий уровень заболеваний.

По результатам значений полученных классификационных правил на 2009-2011 гг. низкий «риск» заболеваемости ВЗЖПО прогнозировался в восьми районах, средний «риск» – в пяти районах, высокий - в четырех районах.

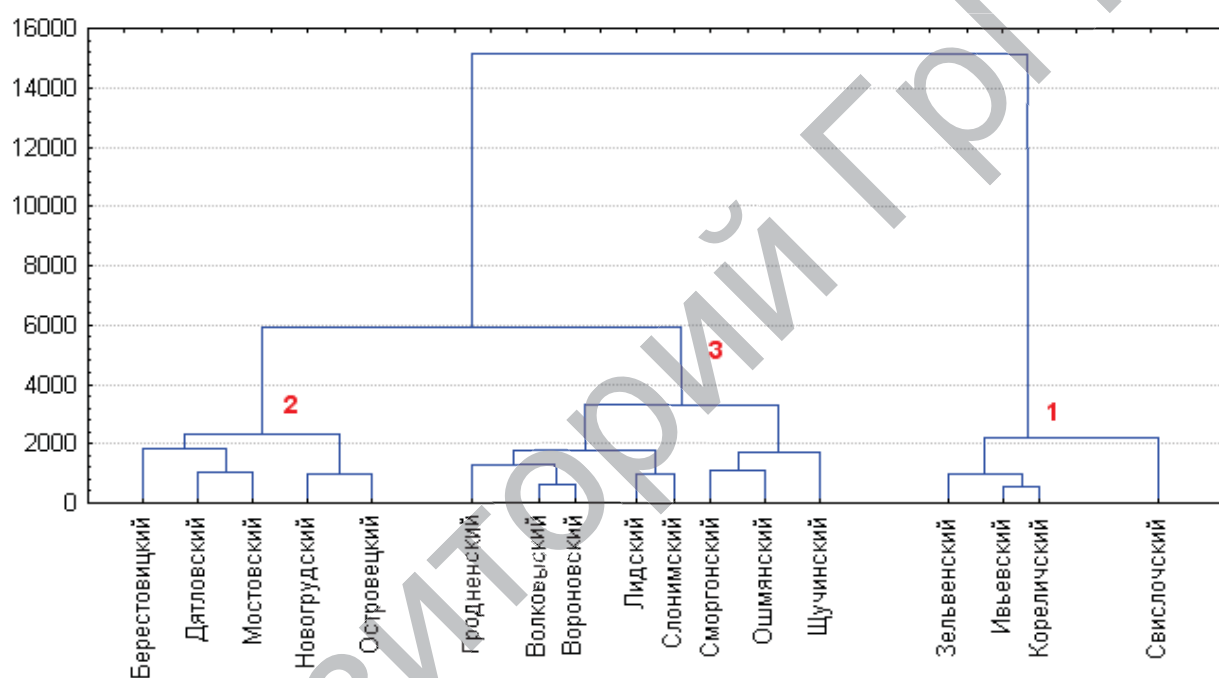


Рисунок 7.12 – Дерево решений «риска» заболеваемости ВЗЖПО

Установлено, что количество пациенток с ВЗЖПО, взятых под диспансерное наблюдение, за десятилетие увеличилось на $44,58 \pm 4,21\%$, в основном, за счет увеличения выявленных с применением предложенных методик случаев специфических вагинитов ($r=0,7948$). Причем, в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. на $32,45 \pm 3,16\%$ увеличилась и эффективность их диспансеризации ($r=0,7541$), а ее сроки уменьшились на $56,27 \pm 3,48\%$ до $108,4 \pm 5,23$ дня ($p < 0,05$).

Диспансеризация значительного числа пациенток осуществлялась в специализированных кабинетах консультативно-диагностических отделений «Брак и семья». При этом в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. увеличилось количество посещений к врачам кабинетов по лечению женского бесплодия и по НБ ($p<0,05$) (таблица 7.3), что позволило обеспечить доступность медицинской помощи и обеспечить выявление ВЗЖПО на современном диагностическом уровне с применением разработанных перинатальных технологий, а также лечение в соответствии со Стандартами.

Таблица 7.3 - Впервые выявленные гинекологические заболевания в консультативно-диагностическом отделении «Брак и семья»

Наименование кабинета	Количество впервые выявленных ВЗЖПО (%)	
	1999-2003 гг.	2004-2008 гг.
Кабинеты женского бесплодия	44,4±3,24	52,3±3,56 [#]
Кабинеты гинеколога-эндокринолога	47,5±1,58	47,6±2,26
Кабинеты по НБ	40,2±1,28	56,8±2,91 [#]
Кабинеты онкопрофилактики	30,9±4,39	30,0±2,52
Всего:	42,8±2,61	51,8±2,73 [#]

Примечание: # - $p<0,05$

В целом, за последнее пятилетие количество посещений к врачам специализированных приемов увеличилось на 84,47±3,27% и составило 6,38±0,48% в структуре посещений ($p<0,05$). Количество посещений в расчете на 1000 жителей увеличилось почти в 2 раза, в том числе в кабинеты по лечению женского бесплодия с 10,87±2,47 до 21,28±3,12 на 1000 жителей ($p<0,05$), значительно превысив запланированные объемы.

В 2004-2008 гг. количество пациенток, пролеченных в условиях ДС ЖК, увеличилось в 3,8 раза и составило 4978 человек ($p<0,05$), из них с ВЗЖПО - 7,72±0,89% ($p<0,05$), в том числе с использованием разработанных нами Критериев формирования клинико-организационных групп при ХРС – 318 пациенток.

При определении социальной эффективности на основе анализа анкетирования пациенток установлено, что организацией лечения в ДС и гинекологическом стационаре были удовлетворены, соответственно, $97,31 \pm 1,26\%$ и $93,48 \pm 2,31\%$ женщин. По их мнению, персонал был внимателен при обследовании и лечении, причем, данные оценки относились как к врачебному, так и среднему медицинскому персоналу. Однако при оценке предпочтительности лечения $87,12 \pm 2,53\%$ пациенток отдали приоритет ДС из-за возможности сохранять обычный суточный ритм жизни и пребывать в привычном кругу членов семьи. Значительное число пациенток ($77,21 \pm 3,57\%$) отметили, что пребывание в ДС положительно сказывается на их настроении, так как они постоянно находятся под наблюдением медицинского персонала, что уменьшает чувство тревоги по поводу состояния здоровья.

Установлено, что внедрение стационарозамещающих технологий сопровождалось изменением структуры пациенток с ХРС, госпитализированных в гинекологические стационары. Так, в 2004-2008 гг. до $38,58 \pm 1,31\%$ увеличилась доля госпитализированных пациенток в возрасте 18-29 лет (1999-2003 гг. - $32,37 \pm 1,12\%$, $p < 0,05$), то есть находившихся в активном трудоспособном и фертильном возрасте. Большинство пациенток ($76,24 \pm 3,56\%$) болели более 1 года, у $60,12 \pm 2,34\%$ женщин длительность заболевания превышала 5 лет. В 1,5 раза увеличилась доля пациенток с давностью заболевания менее полугода ($p < 0,05$).

$83,13 \pm 2,62\%$ пациенток были госпитализированы в гинекологический стационар впервые, $12,46 \pm 1,71\%$ - поступили повторно, а $4,52 \pm 0,26\%$ - госпитализировались 3 и более раз. В 2004-2008 гг. выявлено уменьшение количества повторных госпитализаций с $15,22 \pm 0,79\%$ до $10,24 \pm 0,56\%$ ($p < 0,05$) (таблица 7.4), что явилось следствием функционирования ДС ЖК ($r = 0,7459$).

Таким образом, использование новых перинатальных технологий позволило уменьшить частоту госпитализаций пациенток с ХРС на $5,4\%$ (с $22,2\%$ - в 1999-2003 гг. до $16,8\%$ - в 2004-2008 гг.).

Таблица 7.4 - Динамика кратности госпитализации пациенток с обострениями ХРС в гинекологические стационары

Данная госпитализация в стационар	Показатель, $p \pm S_p$		
	1999-2003 гг.	2004-2008 гг.	Всего
Первая	$^{##}75,31 \pm 3,31$	$^{##}86,47 \pm 2,29$	$83,13 \pm 2,62^{\#}$
Повторная	$^{##}15,24 \pm 1,27$	$^{##}12,04 \pm 2,12$	$12,46 \pm 1,71^{\#}$
3 и более раз	$^{##}9,53 \pm 0,72$	$^{##}1,63 \pm 0,26$	$4,52 \pm 0,26^{\#}$
Всего	$100,0 \pm 0,0$	$100,0 \pm 0,0$	$100,0 \pm 0,0$

Примечание: критерий Хи-квадрат: 102,768, вероятность ошибки: 0,10%; $p^{\#} < 0,05$ - статистическая значимость межгрупповых различий; $p^{##} < 0,0005$ - статистическая значимость внутригрупповых различий

Изменилась и структура причин госпитализации. Так, если в 1999-2003 гг. доля поступивших для обследования и верификации диагноза составляла $54,56 \pm 2,37\%$, то в 2004-2008 гг. она уменьшилась до $18,03 \pm 1,12\%$ ($p < 0,05$), при этом увеличилась доля направленных для оперативного лечения, и уменьшилась длительность госпитализации, в том числе с временной утратой нетрудоспособности (таблица 7.5).
Таблица 7.5 – Показатели оперативной активности гинекологических стационаров

Показатели	$M \pm m$		p
	1999-2003 гг.	2004-2008 гг.	
Всего операций	$10226 \pm 112,1$	$12305 \pm 123,2$	$< 0,05$
в том числе пациенткам с ВЗЖПО	$2,47 \pm 0,14\%$	$3,27 \pm 0,16\%$	$< 0,05$
Плановые	$59,28 \pm 3,46\%$	$64,72 \pm 3,83\%$	-
в том числе с ВЗЖПО	$72,26 \pm 2,36\%$	$75,16 \pm 2,58\%$	-
Средняя длительность случая госпитализации при оперативном лечении,	$14,31 \pm 2,18$ дня	$9,37 \pm 1,57$ дня	$< 0,05$
в том числе с ВЗЖПО	$7,52 \pm 0,81$ дня	$6,35 \pm 0,57$ дня	-
Средняя длительность случая госпитализации с временной утратой трудоспособности при оперативном лечении,	$12,47 \pm 2,03$ дня	$8,24 \pm 1,04$ дня	$< 0,05$
в том числе с ВЗЖПО	$12,17 \pm 1,16$ дня	$10,28 \pm 0,96$ дня	$< 0,05$

Внедрение стационарозамещающих технологий оказало положительное влияние и на уменьшение общего уровня госпитализации в гинекологические стационары: с $289,4 \pm 5,5$ - в 1999-2003 гг. до $271,6 \pm 2,6$ - в 2004-2008 гг. ($p < 0,05$).

Таким образом, в 1999-2008 гг. было обеспечено активное внедрение новых перинатальных технологий в практику прегравидарного оздоровления, что выразилось, в том числе, в увеличении объемов оказания специализированной помощи и внедрении стационарозамещающих технологий (рисунок 7.13).

Это позволило достичь, помимо медицинского, выраженного социально-экономического эффекта, выразившегося в более быстром возвращении к трудовой деятельности: в 2004-2008 гг. средний показатель составил 24 сэкономленных рабочих дня.

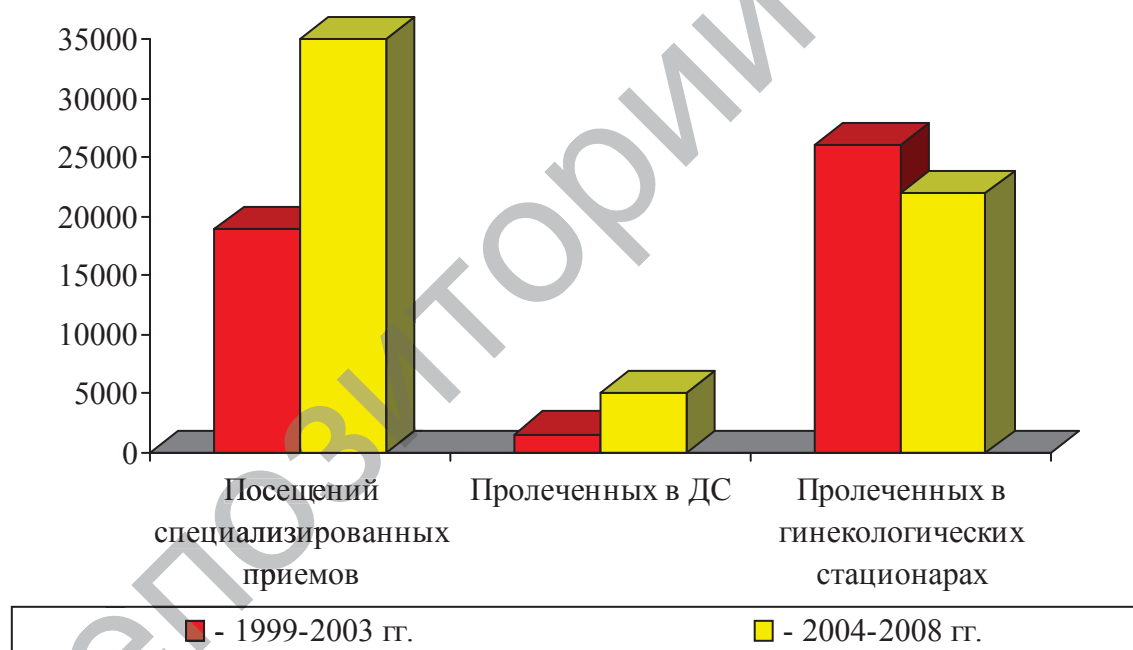


Рисунок 7.13 - Объемы медицинской помощи в ЖК и гинекологических стационарах

7.5 Медицинская помощь при беременности и родах

Установлено, что в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. с $91,04 \pm 1,52\%$ до $98,21 \pm 2,91\%$ увеличился показатель раннего взятия беременных под диспансерное наблюдение. Это позволило своевременно сформировать

группы «риска» по развитию осложнений беременности и родов ($r=0,7732$) и обеспечить их профилактику в соответствии с внедренным Порядком организации обследования и диспансеризации беременных на уровне ПМС и, при необходимости, дополнительное обследование и лечение согласно Стандартам.

Диспансеризация пациенток с наличием экстрагенитальных заболеваний и направление их в профильные соматические стационары в соответствии с разработанным и внедренным Алгоритмом действий медицинского персонала по госпитализации беременных, страдающих ЭГП, позволили избежать случаев материнской смертности и уменьшить частоту репродуктивных ($r=0,6225$) и перинатальных потерь ($r=0,7371$).

Благодаря реализации мероприятий отраслевых программ по бесплатной йодопрофилактике среди беременных значительно уменьшилась заболеваемость дисфункциями щитовидной железы (рисунок 7.14).

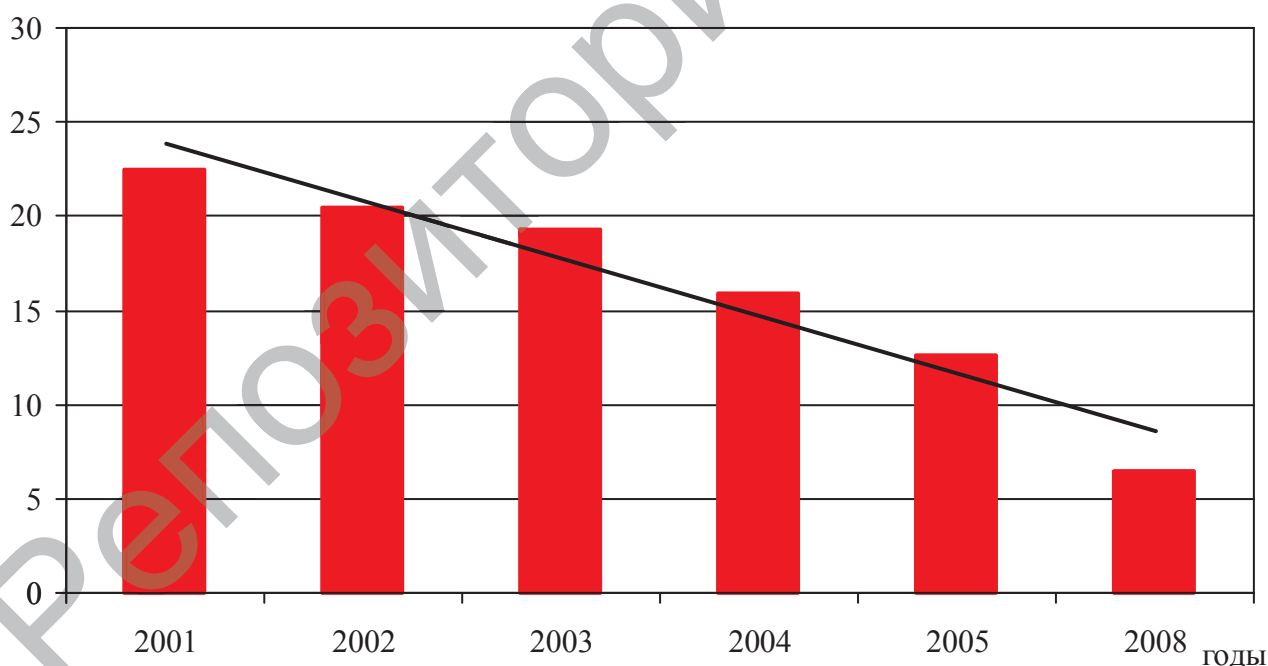


Рисунок 7.14 - Динамика заболеваемости беременных дисфункциями щитовидной железы в 2001-2006 гг. (%)

В структуре заболеваний, осложнявших беременность, в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. уменьшилась доля железодефицитных анемий – до

19,92±3,37% ($p<0,05$), а также инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы: в 2008 г. показатель составил 12,24±2,48% (рисунок 7.15).



Рисунок 7.15 - Динамика заболеваемости беременных анемиями и инфекционно-воспалительными заболеваниями мочеполовой системы

Удалось добиться уменьшения и общей заболеваемости беременных (рисунок 7.16).

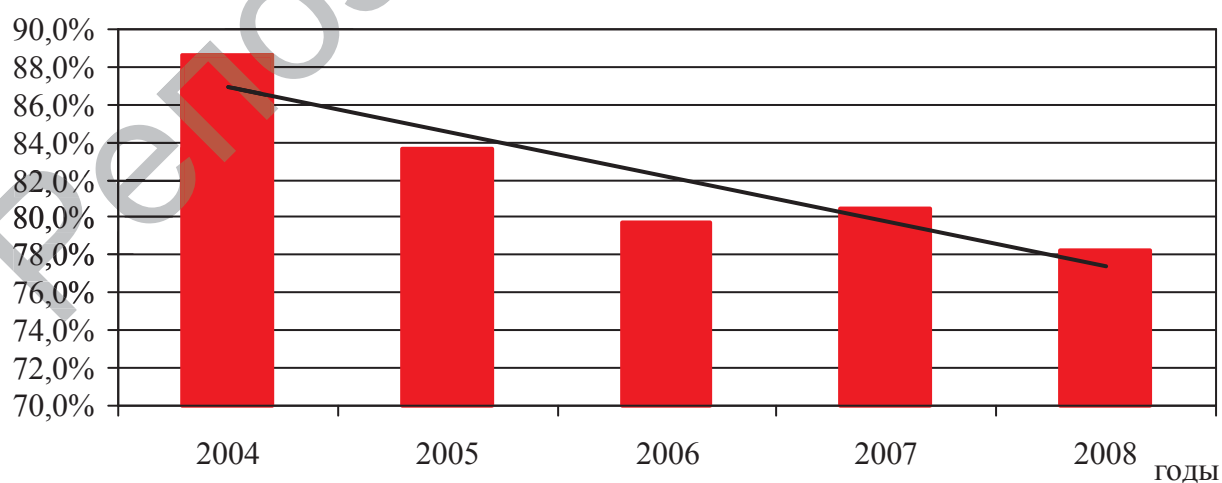


Рисунок 7.16 - Динамика заболеваемости беременных в 2004-2008 гг.

В результате проведения прегравидарного оздоровления ($r=0,8942$), железо-, йодо- и витаминпрофилактики среди беременных ($r=0,8659$) и уменьшения заболеваемости беременных ($r=0,8551$) стабилизировалась ситуация с НБ. Так, в 2008 г. достигнут самый низкий уровень преждевременных родов в сравнении с другими регионами страны (рисунок 7.17). Ниже среднереспубликанского в 2004-2008 гг. был и уровень самопроизвольных выкидышей, составивший $3,92 \pm 0,12\%$ ($p < 0,05$).

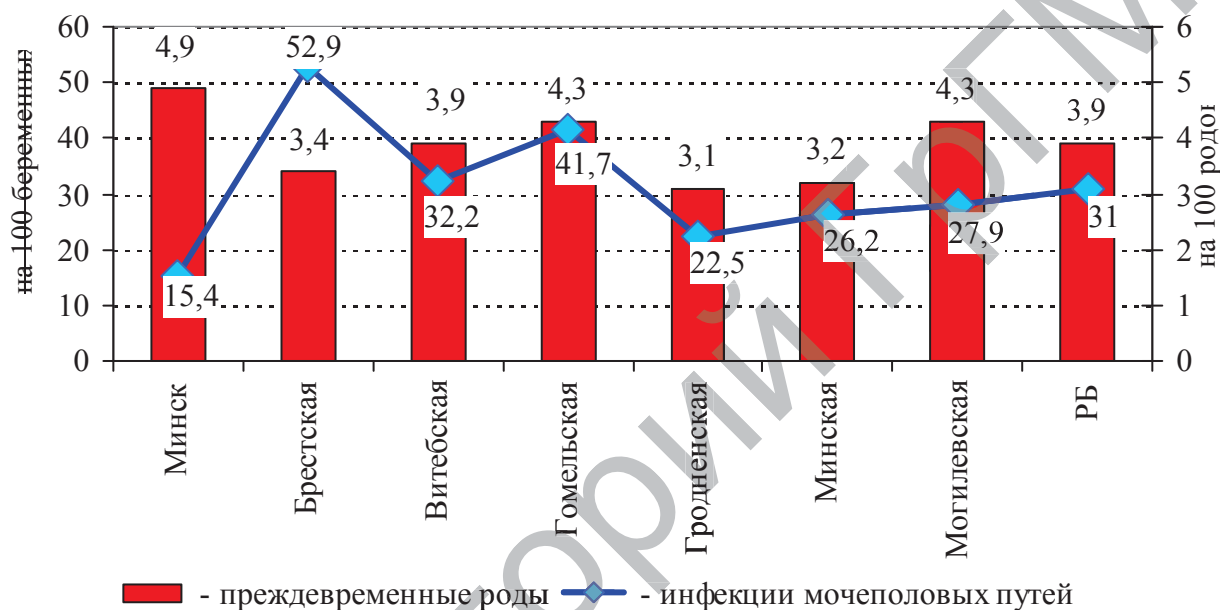


Рисунок 7.17 - Заболеваемость беременных инфекциями мочеполовых путей и частота преждевременных родов в Республике Беларусь в 2008 г.

Установлено также, что в результате совершенствования организации системы прегравидарного оздоровления ($r=0,8341$), в том числе медико-генетической помощи на прегравидарном этапе ($r=0,7963$) и во время беременности ($r=0,6893$), возросла эффективность пренатальной диагностики: в 2004-2008 гг. в сроке до 22 недель беременности выявлялись до 90% летальных и сублетальных ВПР, а после 22 недель – не более 10% (таблица 7.6).

Установлено, что, несмотря на сохранявшийся в течение десятилетия удельный вес прерываний по медико-генетическим показаниям в структуре закончивших беременность ($0,4-0,7\%$), в период 2004-2008 гг. число женщин

ГРР, которым беременность была прервана в сроке 12-22 недели по медико-генетическим показаниям, уменьшилось на 48,3% ($p<0,05$).

Таблица 7.6 – Выявляемость ВПР в Гродненской области в 1999-2008 гг.

Показатели	M±m		p
	1999-2003 гг.	2004-2008 гг.	
Общее количество ежегодно выявленных ВПР	84,23±4,45	69,57±4,42	<0,05
Общее количество ежегодно выявленных ВПР после 22 недель беременности	14,36±2,34	7,27±1,32	<0,05

В процессе исследований выявлена прямая отрицательная корреляционная связь охвата прегравидарной подготовкой и частоты дефектов нервной трубки ($r = -0,9512$) (рисунок 7.18).



Рисунок 7.18 - Динамика охвата прегравидарной подготовкой (%) и частоты дефектов нервной трубки (%) (плоды+новорожденные) в 2002-2008 гг.

Кроме того, была зарегистрирована четкая динамика уменьшения выявления ВПР нервной трубки в сроках более 12 недель беременности (рисунок 7.19).

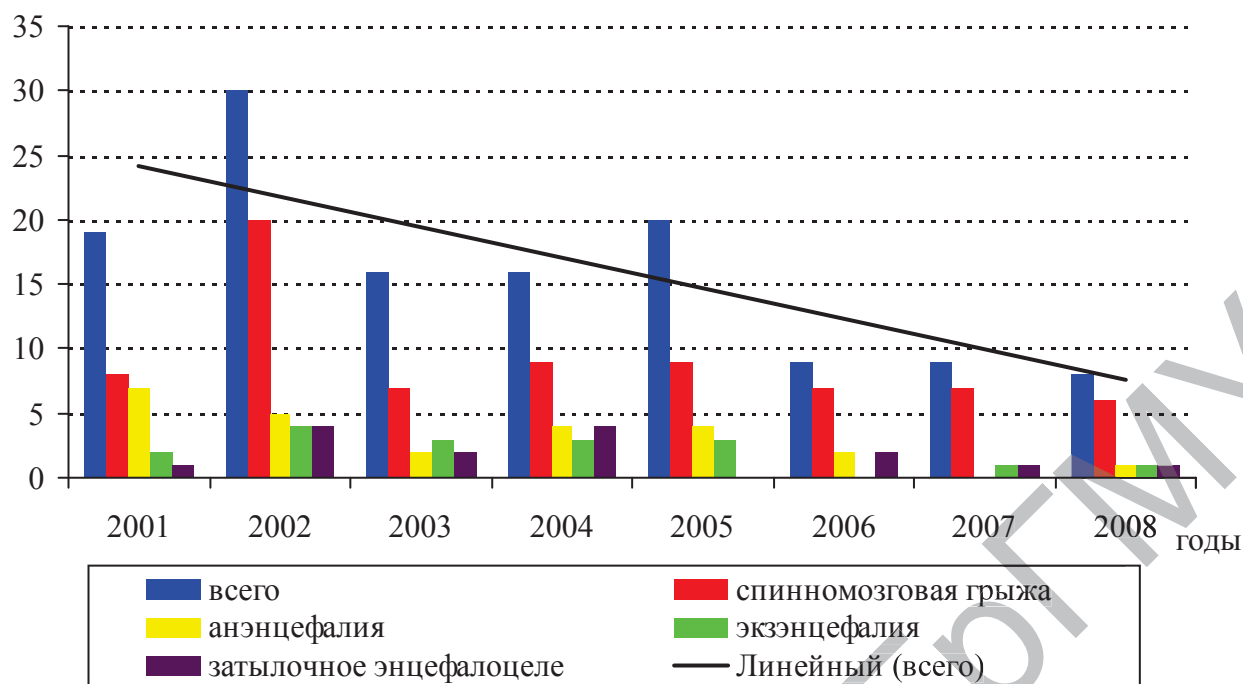


Рисунок 7.19 - Дефекты нервной трубки, выявленные пренатально в 2001-2008 гг., в сроках беременности более 12 недель

Это, в свою очередь, привело к достоверному ($p < 0,05$) уменьшению доли ВПР нервной трубки в структуре ПС в 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг., которые в 2008 г. заняли последнее рейтинговое место, а их удельный вес составил 6,3% (рисунок 7.20).

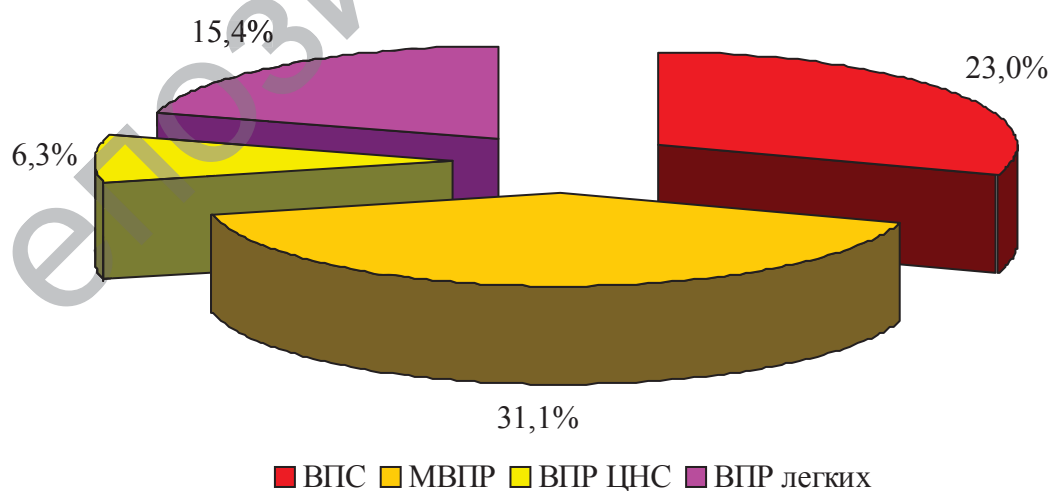


Рисунок 7.20 - Структура ПС от ВПР в Гродненской области в 2008 г.

Эффективность проведенных мероприятий по прегравидарному оздоровлению выразилась также в уменьшении ПС от ВПР (рисунок 7.21).

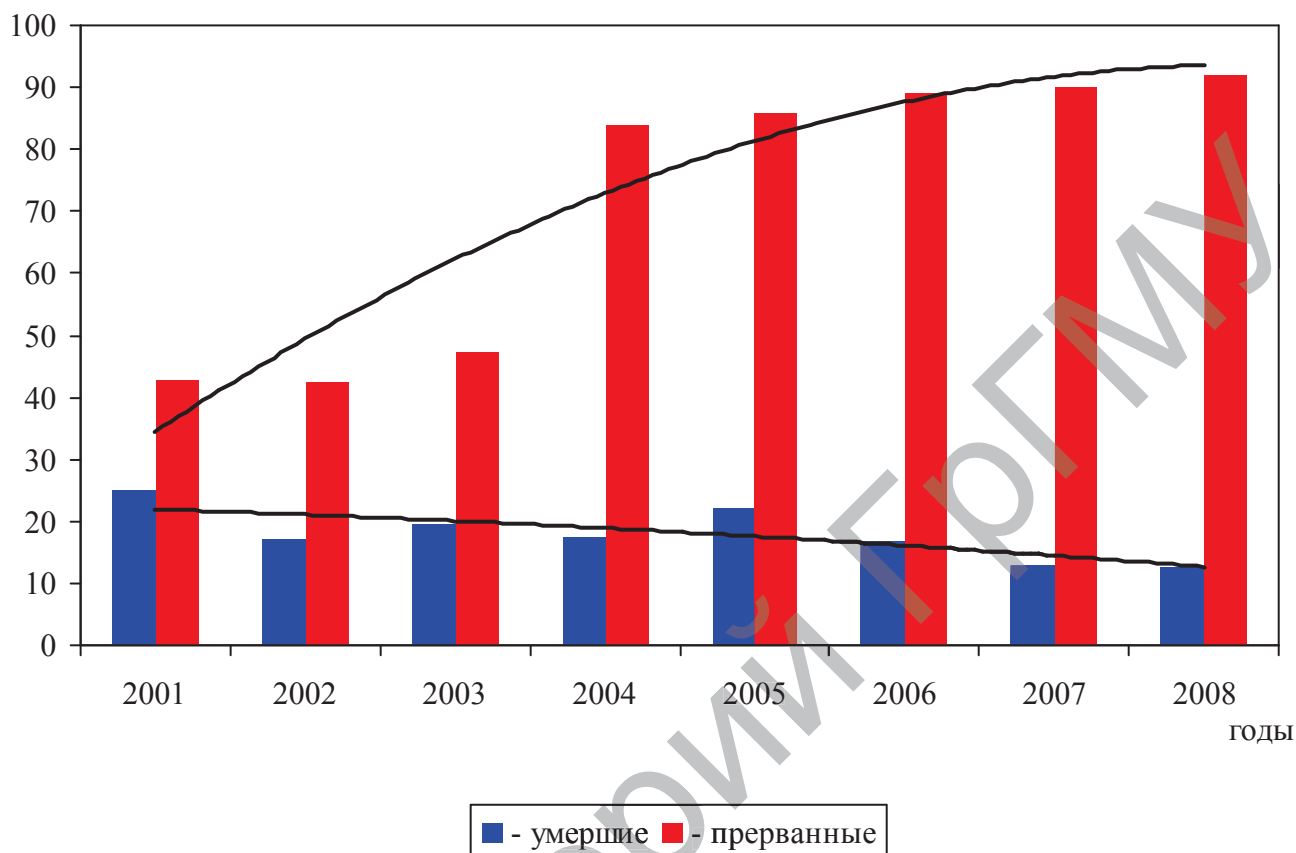


Рисунок 7.21 - Дородовая элиминация и летальность от ВПР ($r=-0,6551$)

Кроме того, как установлено в процессе исследований, уменьшение уровня перинатальных потерь обусловлено активным применением разработанных и внедренных методик лечения вагинитов и дисбиотических состояний у беременных ($r=0,8347$), методов антенатальной охраны плода ($r=0,7749$), рациональной медикаментозной терапии беременных, родильниц и новорожденных, в том числе, проведением профилактики развития синдрома дыхательных расстройств дексаметазоном ($r=0,7129$), а также активным использованием искусственного сурфактанта (куросурфа) для его лечения ($r=0,6837$).

7.6 Клинико-экономическая эффективность медицинской помощи по улучшению состояния здоровья пациенток в послеродовом периоде

7.6.1 Ускорение заживления эпизиотомных ран

При оценке эффективности применения Куриозина для ускорения заживления эпизиотомных ран у рожениц после родоразрешения при доношенной беременности (n=140) установлено, что внедренная методика является клинически более эффективной и менее затратной.

Так, уже на третьи сутки отек краев послеоперационной раны сохранился только у 10,0% обследованных (контроль - 40,0%, $p < 0,05$), гиперемия краев - у 5,0% (контроль - 22,31%, $p < 0,05$). У 6,92% женщин контрольной группы зарегистрирована субфебрильная температура, явившаяся показанием для назначения АБТ (рисунок 7.22)

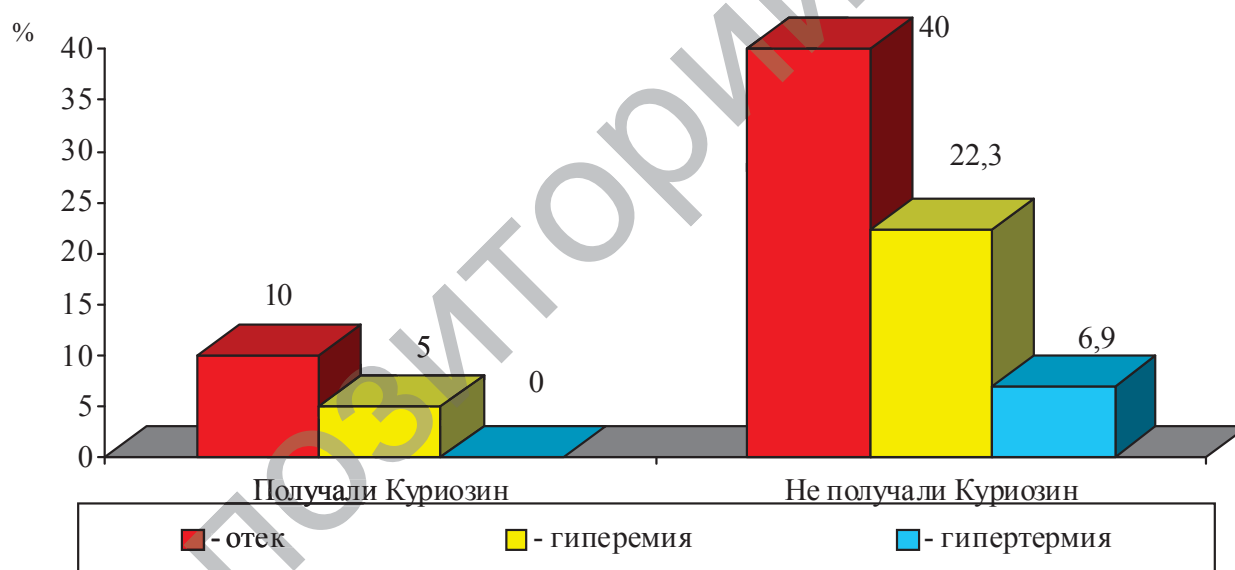


Рисунок 7.22 – Динамика клинических проявлений у рожениц (3 сутки лечения)

На пятые сутки у всех рожениц зарегистрировано заживление раны первичным натяжением с формированием нежного безболезненного рубца (в группе контроля репаративные процессы в мягких тканях родовых путей завершились только на 8 сутки).

7.6.2 Ведение родильниц группы инфекционного «риска» в стационарных условиях

Установлено, что при равной клинической эффективности антибактериальной профилактики в группах родильниц, получавших цефотаксим после операции кесарева сечения, как по «короткой» схеме (по 1,0 г интраоперационно и через 8 и 16 ч. после), так и по рутинной «длинной» схеме (по 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7 дней), с учетом стоимости расходных материалов применение «короткой» схемы менее финансово затратно почти в 5 раз (рисунок 7.23).

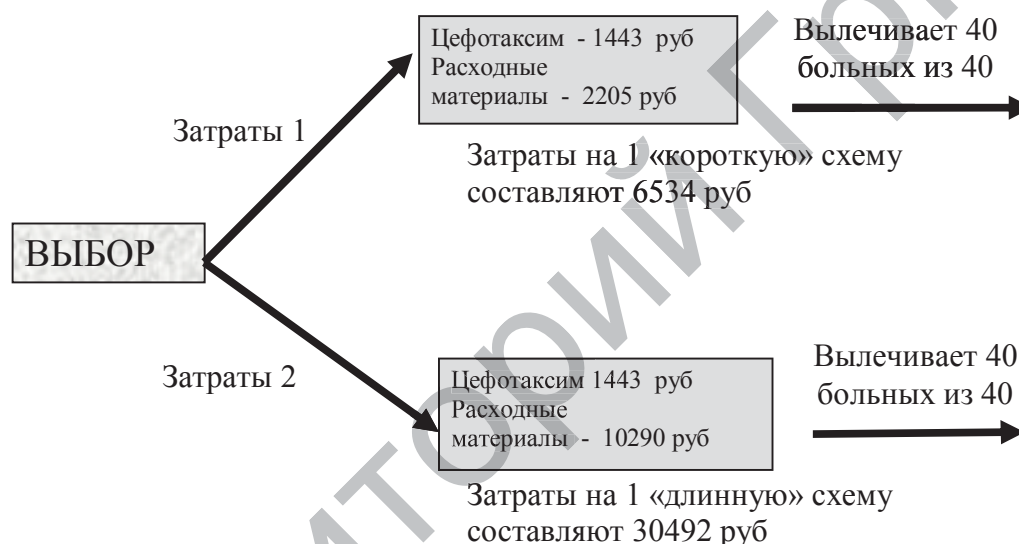


Рисунок 7.23 – Сравнительная клинико-экономическая эффективность АБТ

С учетом количества родильниц, прошедших в сопоставимых клинических условиях 2004-2008 гг. курс профилактической АБТ по «короткой» (n=458) и «длинной» (n=571) схемам, суммарный экономический эффект превысил 14,4 млн. руб.

7.6.3 Профилактика послеродового эндометрита

При изучении сравнительной медико-экономической эффективности применения различных методов дренирования полости матки при ее субинволюции в позднем послеродовом периоде установлено, что при равном

достигнутом клиническом эффекте, выразившемся в отсутствии гнойно-септических осложнений, длительность послеродового пребывания в акушерском стационаре после применения активного дренажа, в сравнении с использованием вакуум-аспирации, уменьшается на 1,5 койко-дня, а экономические затраты - на 25% (рисунок 7.24).

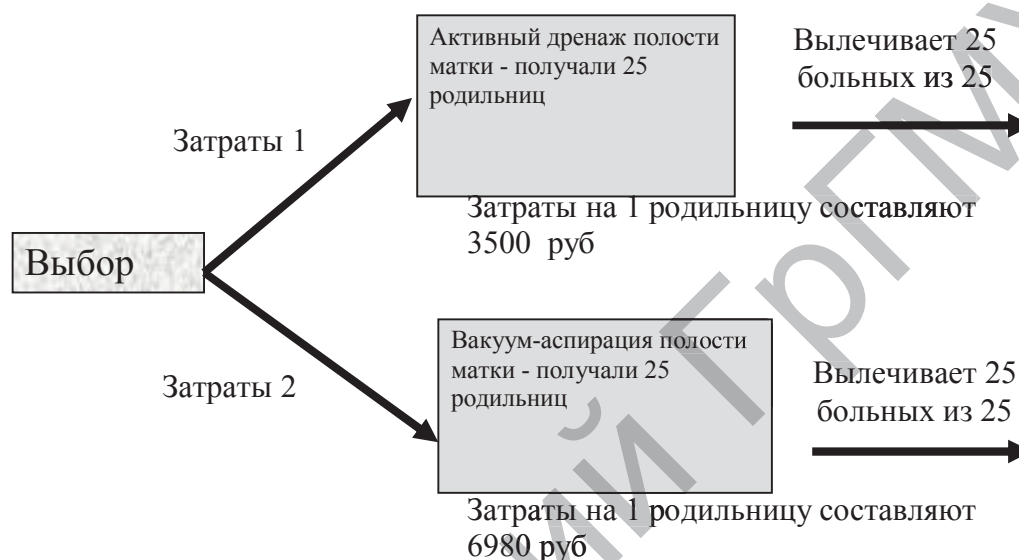


Рисунок 7.24 - Сравнительная клинко-экономическая эффективность методов аспирации содержимого полости матки

7.6.4 Лечение трещин сосков и профилактика мастита

Установлено, что клинически эффективным оказалось использование лампы Биоптрон для санации трещин сосков у родильниц. Так, уже после 2 дней (4 сеансов) использования лампы Биоптрон с экспозицией 10 мин. у $33,3 \pm 1,51\%$ пациенток ($n=24$), наряду с начавшимся заживлением трещин сосков, зарегистрированы улучшение эмоционального фона и нормализация сна. К 8 сеансу (4 сутки) у $66,6 \pm 3,12\%$ женщин отмечено полное заживление сосков. На 6 сутки (11 сеансов) трещины эпителизовались у 100% родильниц, в том числе имевших аномальную форму сосков и чрезмерную сухость кожных покровов. У 100% пациенток зарегистрирована нормализация сна и лактации (контроль - $41,72 \pm 2,18\%$, $p < 0,05$).

7.6.5 Применение схемы профилактики и лечения синдрома дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных

Установлено, что затраты при возмещении дефицита эндогенного сурфактанта в расчете на 1 недоношенного новорожденного при проведении курса профилактики синдрома дыхательных расстройств дексаметазоном у беременной более чем в 6,8 раза меньше, чем в группе контроля (рисунок 7.25).

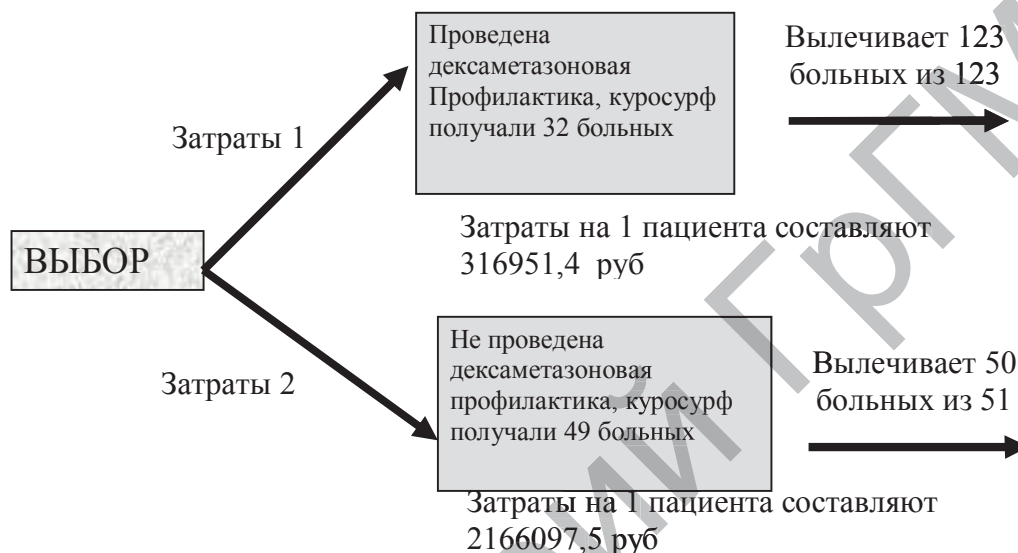


Рисунок 7.25 - Сравнительная клиничко-экономическая эффективность при применении курсурфа

Таким образом, внедренные перинатальные технологии в профилактику и лечение пациенток в послеродовом периоде имеют выраженную медицинскую эффективность, а также являются значительно менее финансово затратными в сравнении с ранее применявшимися методиками.

7.7 Социальная удовлетворенность пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов оказанной медицинской помощью

Общественно значимый результат модели оценен по степени удовлетворенности пациенток с ВЗЖПО медицинской помощью в ОЗ АГС.

В процессе исследований выявлена определенная социальная активность респонденток. Так, каждая шестая опрошенная высказала свои предложения.

34,48±2,71% женщин считали необходимым условием улучшения медицинской помощи в ПЦ I и II уровней повышение квалификации медицинских работников (в первую очередь средних и младших), их материальной заинтересованности, дифференцированное распределение заработной платы в зависимости от степени удовлетворенности пациентов их деятельностью. 28,43±3,27% от всего объема составили предложения пациенток по соблюдению норм и правил деонтологии, повышения культуры общения т.д.

Большинство респондентов (95,34±1,72%) дали положительную оценку организации медицинской помощи в условиях ГОКПЦ. В 2008 г. только менее 1% пациенток были не удовлетворены организацией предоставляемых в ОЗ медицинских услуг (рисунок 7.26).

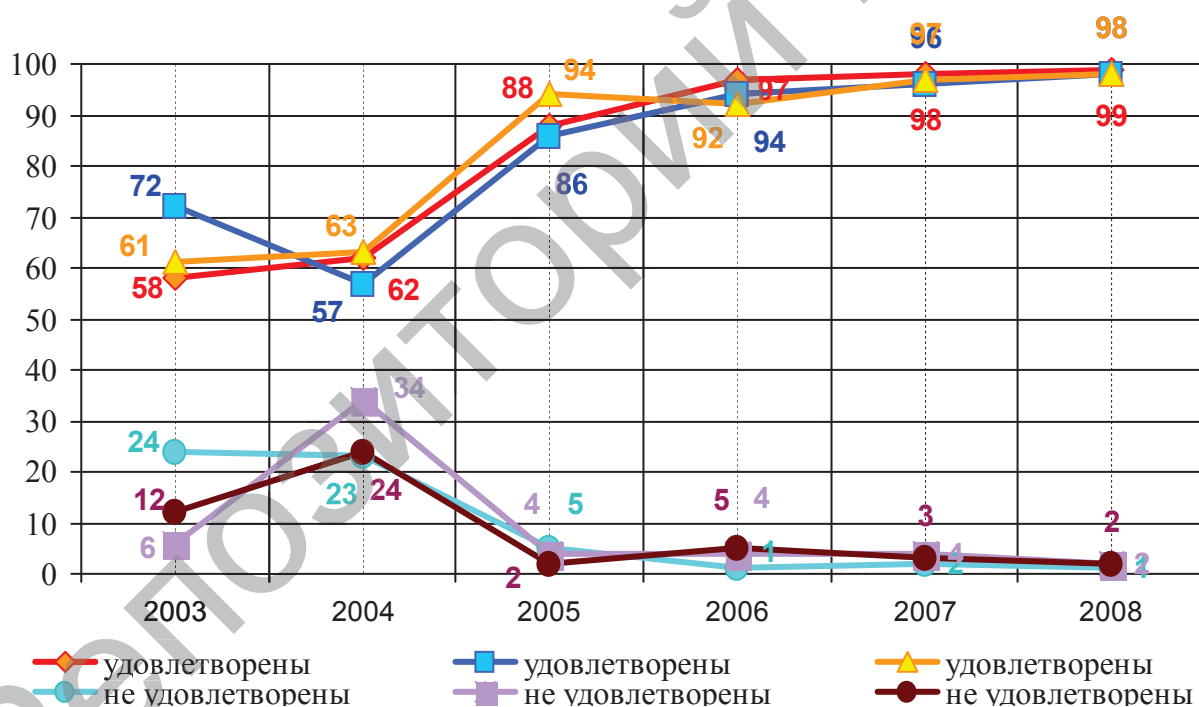


Рисунок 7.26 – Степень социальной удовлетворенности пациенток предоставляемыми медицинскими услугами в ГОКПЦ

При общем высоком показателе удовлетворенности доступностью оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, который отметили 92,62±4,21% респонденток, у 15,62±1,74% из них имелись замечания по

наличию очередей на прием к врачам и для проведения диагностических исследований. Пациентками также были высказаны предложения по дополнительному упорядочению организации работы ЖК: отрегулировать работу регистратуры ($5,87 \pm 1,03\%$) и иметь право выбора врача ($5,03 \pm 0,29\%$).

У $15,26 \pm 2,39\%$ пациенток имелись претензии к отсутствию необходимых медикаментов в некоторых стационарных ОЗ, а также к организации и качеству питания в них ($9,87 \pm 1,49\%$ респонденток). При оценке культурного уровня медицинского персонала 92,0% пациенток отметили его высокий уровень. Причем, в 2008 г. в ГОКПЦ этот показатель достиг $98,16 \pm 0,26\%$ (рисунок 7.27).

Опрос показал, что большинство респондентов (93,0%) удовлетворены отношением медицинского персонала, $5,12 \pm 0,37\%$ отметили недостатки в деятельности медицинских работников и только около 2% опрошенных остались недовольны работой медиков.

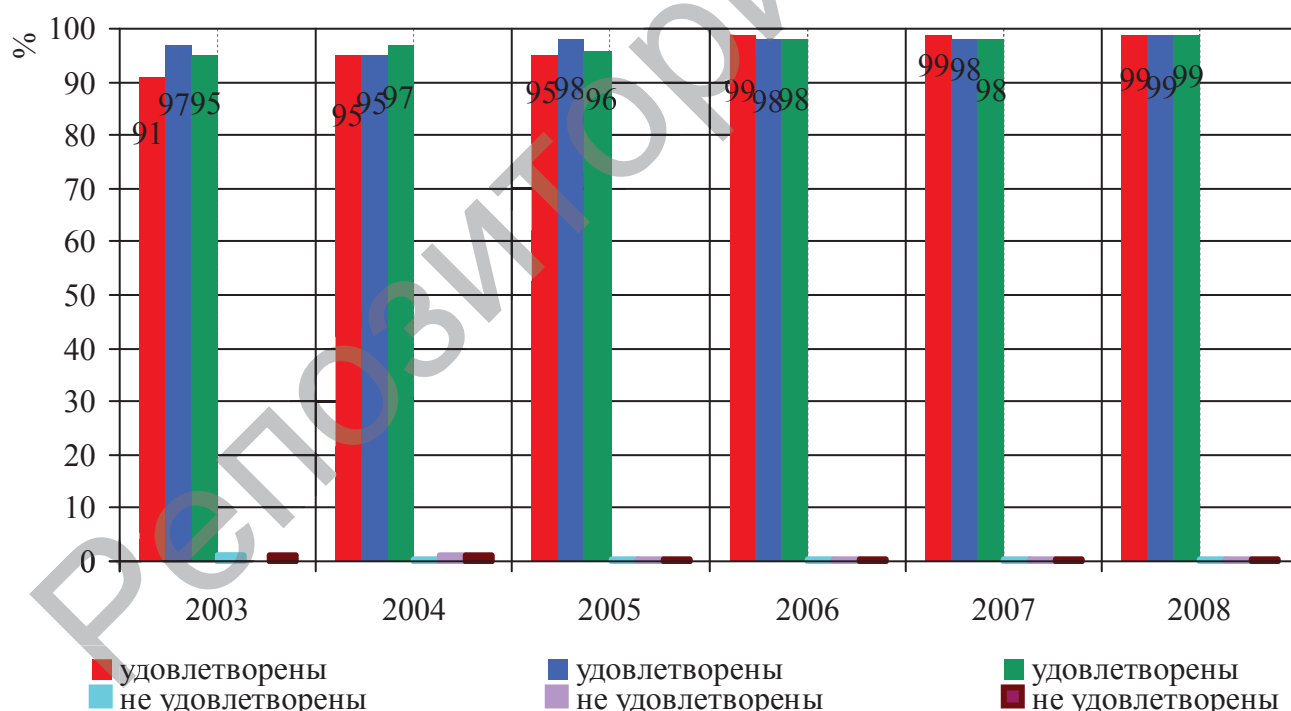


Рисунок 7.27 – Степень удовлетворенности пациенток культурой врачей ГОКПЦ

Как достаточный, отметили уровень своей информированности о состоянии здоровья $91,83 \pm 1,39\%$ пациенток. Тем не менее, почти 8% пациенток все же высказали желание получать как можно больше информации от врача о проводимом лечении и его результатах. Каждая четвертая женщина, высказавшая пожелания, хотела бы восполнить дефицит информации о предстоящих родах и материнстве в индивидуальных беседах с врачом или на общих конференциях, которые проводятся в отделениях.

Около 10% женщин отметили недостатки в поддержании санитарно-технического благополучия в ЖК. Состояние материально-технической базы стационарных отделений, а также их санитарно-гигиеническое состояние удовлетворило 90,0% пациенток. В то же время необходимость дальнейшего улучшения их материально-технической базы и санитарно-гигиенических условий пребывания отметили $10,64 \pm 3,37\%$ респондентов. $17,32 \pm 2,31\%$ опрошенных предложили установить в отделениях дополнительные телевизоры и радиоточки.

Оценка удовлетворенности пациенток качеством медицинской помощи опиралась на определении коэффициента социальной эффективности, который исчислялся как соотношение числа случаев удовлетворенности потребителя медицинской помощью к общему числу случаев оказания медицинской помощи. В нашем исследовании из 1000 пациенток 963 дали положительную оценку труда врачей.

Результат анализа мнений пациенток об уровне квалификации врачей акушеров-гинекологов ОЗ области показал преобладание положительных оценок: $96,18 \pm 1,13\%$ общего числа опрошенных оценили квалификацию как высокую, $2,3 \pm 2,3\%$ - дали среднюю оценку. Количество оценок уровня квалификации «ниже среднего» и «низкий» было незначительным – $1,61 \pm 0,32\%$ и $0,32 \pm 0,24\%$ (рисунок 7.28).

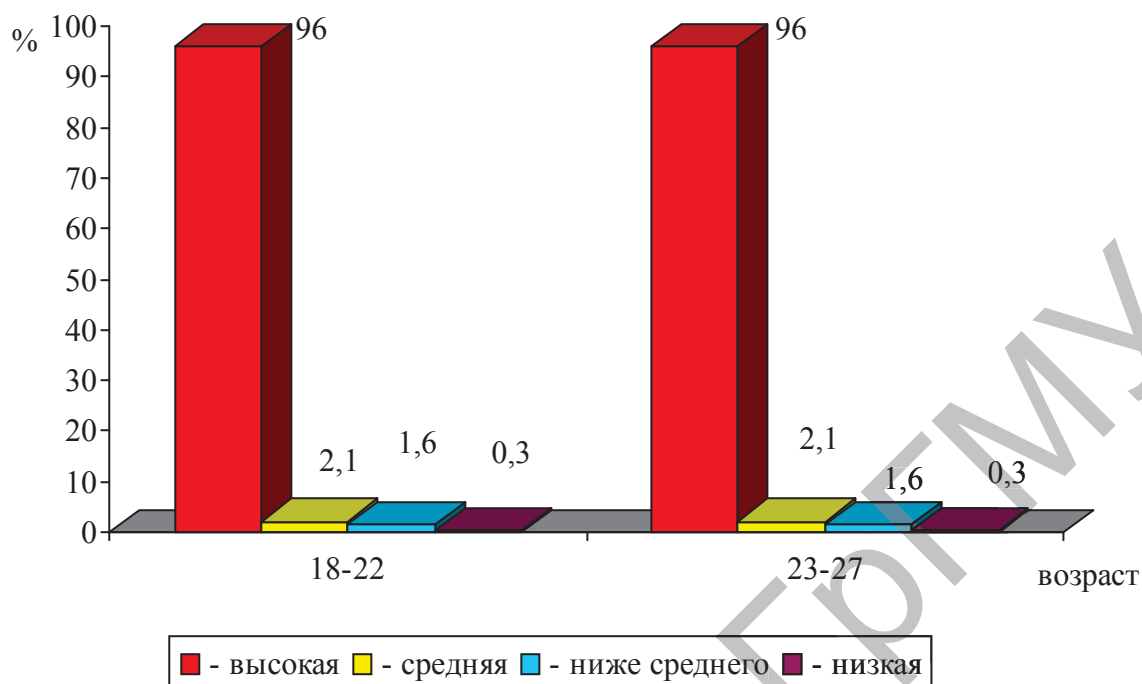


Рисунок 7.28 - Результаты оценки уровня квалификации врачей акушеров-гинекологов ОЗ области пациентками с ВЗЖПО

В частности, коэффициент социальной эффективности имел практически максимальное значение в отношении деятельности врачебного персонала. Применение данного коэффициента к оценке труда среднего и младшего медицинского персонала позволило получить показатели, равные 0,94 и 0,90, что также является достаточно высоким критерием социальной эффективности, и с учетом проведения анкетирования пациенток на завершающем этапе оценки внедрения системы перинатальных технологий (2008-2009 гг.), свидетельствует о высокой социальной эффективности внедрения модели по улучшению РЗ женщин с ВЗЖПО.

7.8 Итоговая комплексная оценка экономической эффективности медико-организационной модели укрепления репродуктивного здоровья пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов

Разработан адаптированный к современным условиям Республики Беларусь расчёт экономического эффекта от внедрения медико-

организационной модели, основанный на данных государственной статистической отчетности и учитывающий различные аспекты его получения (сокращение случаев заболеваемости ВЗЖПО, сокращение сроков пребывания в стационаре в результате внедрения стационарозамещающих технологий, сокращения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности, сокращение уровня репродуктивных и перинатальных потерь).

$$\text{Э} = \frac{((\text{Д} + \text{Бл}) \times \text{Тр} + (\text{Ч1} - \text{Ч2}) \times \text{Л} \times \text{Тк})}{\text{А}} + \frac{\text{ВВП} \times \text{Тд}}{\text{А}} - \frac{(\text{ФСЗН} \times \text{Тн} \times \text{Тср} + \text{Бобр} \times \text{Тобр})}{\text{А}} -$$

$\text{СЗ} \times \text{Тср}$ (7.4)

где

Э – экономический эффект;

Д – чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одну работающую женщину, в рублях (средний показатель в 2004-2008 гг. - 42000 руб.);

Бл – среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности на 1 работающую женщину при лечении воспалительного заболевания половых органов, в рублях (средний показатель в 2004-2008 гг. - 34000 руб.);

Л – чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одну работающую женщину, в рублях (средний показатель в 2004-2008 гг. - 42000 руб.);

Тр – число сэкономленных рабочих дней (средний показатель в 2004-2008 гг. - 24 дня);

Ч1 – число случаев воспалительных заболеваний половых органов за год до применения медико-организационной модели (1998 г. – 13498 случаев);

Ч2 – число случаев воспалительных заболеваний половых органов за год после применения медико-организационной модели (2008 г. – 12949 случаев);

Л – стоимость лечения одной пациентки с воспалительным заболеванием половых органов за один день, в рублях (средний показатель в 2004-2008 гг. - 21300 руб.);

Тк – число сэкономленных календарных дней (31 день);

А – среднегодовая численность работающего женского населения (средний показатель в 2004-2008 гг. - 2200000 чел.);

ВВП – валовой внутренний продукт (средний показатель в 2004-2008 гг. - 79,2 трлн. руб.);

Тд – средняя длительность трудового периода, в годах (в Беларуси составляет в среднем 40,5 лет);

ФСЗН – расходы Фонда социальной защиты Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь на трансферты населению (средний показатель в 2004-2008 гг. - 8123460891 тыс. рублей);

Тн – средняя длительность нетрудового периода, в годах (49 лет);

Тср – средняя продолжительность предстоящей жизни (76 лет);

Бобр – расходы государства на образование (средний показатель в 2004-2008 гг. - 1004273451 тыс. руб.);

Тобр – средняя длительность периода получения образования, в годах, равен в среднем 14,1 лет;

СЗ – минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя Республики Беларусь, с учётом средств на ликвидацию катастрофы на ЧАЭС (средний показатель в 2004-2008 гг. - 343,5 тыс. руб.).

Так, с учетом среднегодового уменьшения сроков пребывания пациенток с ВЗЖПО в гинекологическом стационаре, сокращения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности, сокращения расходов на оказание помощи пациенткам в родах и послеродовом периоде, уменьшения уровня репродуктивных потерь (980 продуктов зачатия), уменьшения среднегодового числа случаев мертворождений и ранней неонатальной смертности (16 случаев), увеличения среднегодового числа рождений (460), а также среднегодового дохода, который будет получен государством от дополнительно рожденного гражданина с учетом расходов на него государства (667141,2 тыс. рублей.) дополнительный

экономический эффект за пятилетие составил: $667141,2 \times (5000+42+1500) \times 5 = 21\,822\,188\,652$ тыс. рублей.

Таким образом, в процессе исследования решена важная медико-социальная проблема – достигнуто укрепление РЗ пациенток с ВЗЖПО.

При этом перинатальные технологии, внедренные в рамках медико-организационной модели, имеют выраженную медицинскую, социальную и экономическую эффективность:

1. В 1999-2008 гг. в регионе не было случаев материнской смертности от инфекционно-воспалительных осложнений беременности и родов.

2. В 2004-2008 гг. в сравнении с предыдущим пятилетием уровень ПС в области уменьшился на 42,3% ($p < 0,05$), составил в 2008 г. 4,1‰ и был значительно ниже среднереспубликанского (5,0‰) ($p < 0,05$), что было обусловлено активным применением разработанных и внедренных методик лечения вагинитов и дисбиотических состояний у беременных ($r = 0,8347$), методов антенатальной охраны плода ($r = 0,7749$), рациональной медикаментозной терапии беременных, родильниц и новорожденных, в том числе, проведением профилактики развития синдрома дыхательных расстройств дексаметазоном ($r = 0,7129$), а также активным использованием искусственного сурфактанта (куросурфа) для его лечения ($r = 0,6837$).

3. В 2004-2008 гг. зарегистрировано значительное снижение смертности от синдрома дыхательных расстройств и ВПР невральной трубки ($p < 0,05$), что было связано с уменьшением доли патологических изменений воспалительного характера в плаценте и пуповине со $100,0 \pm 0,0\%$ в 1999-2003 гг. до $46,41 \pm 2,87\%$ в 2004-2008 гг. ($p < 0,05$); это привело к уменьшению среднегодового числа случаев (на 16) мертворождений и ранней неонатальной смертности.

4. Внедрение перинатальных технологий по профилактике, раннему выявлению и диспансеризации ВЗЖПО ($r = 0,7672$), активизация деятельности по формированию ЗОЖ со значительным увеличением охвата всеми видами контрацепции ($r = 0,8173$) имели следствием уменьшение количества

непланируемых беременностей до $12,7 \pm 0,89$ на 1000 женщин фертильного возраста ($p < 0,05$), причем, аппроксимация данных, а также уравнение полиномиального тренда с высокой степенью достоверности ($R^2 = 0,8423$) позволили утверждать, что отмеченная тенденция к снижению количества аборт сохранится и в дальнейшем.

5. Среди женщин фертильного возраста с ВЗЖПО уменьшилось среднегодовое число репродуктивных потерь (980 продуктов зачатия), что имело следствием увеличение среднегодового числа рождений (460 случаев) и показателя рождаемости, который в 2008 г. достиг наивысшего значения с 1993 г. и составил 11,3‰.

6. Обеспечено приоритетное финансирование АГС с опережающими инвестициями в основные фонды и ресурсосберегающие технологии с минимальным приростом объема потребления: в 2004-2008 гг. в сравнении с предыдущим пятилетием доля расходов увеличилась на 43,8% и достигла $23,4 \pm 2$, что позволило значительно увеличить показатель качества структуры ОЗ и обеспечить суммарный показатель качества медицинской помощи на уровне 0,96.

7. В 2004-2008 гг. в сравнении с предыдущим пятилетием увеличился до $76,53 \pm 9,12\%$ показатель охвата женщин фертильного возраста диспансерным наблюдением в ГРР, доля женщин, прошедших прегравидарную подготовку достигла $96,01 \pm 2,16\%$, что позволило уменьшить среднегодовое количество случаев ВЗЖПО на 559 случаев с дальнейшим прогнозируемым уменьшением уровня заболеваемости ВЗЖПО в период до 2011 г.

8. В 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. на $32,45 \pm 3,16\%$ увеличилась эффективность диспансеризации ВЗЖПО ($r = 0,7541$), в том числе в специализированных кабинетах консультативно-диагностических отделений «Брак и семья», что дополнительно позволило обеспечить доступность медицинской помощи, обеспечить выявление патологии на современном диагностическом уровне и уменьшить сроки лечения на $56,27 \pm 3,48\%$ ($p < 0,05$).

9. В 2004-2008 гг. количество пациенток, пролеченных в условиях ДС

ЖК, увеличилось в 3,8 раза, что позволило повысить их степень удовлетворенности качеством медицинской помощи до $97,31 \pm 1,26\%$ и уменьшить частоту госпитализаций в гинекологические стационары с $289,4 \pm 5,5$ в 1999-2003 гг. до $271,6 \pm 2,6$ в 2004-2008 гг. ($p < 0,05$), а также достичь, помимо медицинского, выраженного социально-экономического эффекта, выразившегося в более быстром возвращении к трудовой деятельности: средний показатель числа сэкономленных рабочих дней в 2004-2008 гг. составил 24 дня, сэкономлено 111,7 млн. рублей.

10. В 2004-2008 гг. в сравнении с 1999-2003 гг. с $91,04 \pm 1,52\%$ до $98,21 \pm 2,91\%$ увеличился показатель раннего взятия беременных под диспансерное наблюдение, что позволило своевременно сформировать группы «риска» по развитию осложнений беременности и родов ($r=0,7732$) и обеспечить их профилактику в соответствии с внедренным Порядком организации обследования и диспансеризации беременных на уровне ПМС и, при необходимости, дополнительное обследование и лечение согласно Стандартам.

11. Диспансеризация и направление в профильные соматические стационары пациенток с наличием экстрагенитальных заболеваний в соответствии с разработанным и внедренным Алгоритмом действий медицинского персонала по госпитализации беременных, страдающих ЭГП, позволили избежать случаев материнской смертности и уменьшить частоту репродуктивных ($r=0,6225$) и перинатальных потерь ($r=0,7371$).

12. Благодаря реализации мероприятий отраслевых программ по бесплатной йодопрофилактике среди беременных значительно уменьшилась заболеваемость дисфункциями щитовидной железы, уменьшилась до $19,92 \pm 3,37\%$ доля железодефицитных анемий и до $12,24 \pm 2,48\%$ доля инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы; это позволило уменьшить общий уровень заболеваемости беременных ($r=0,8551$) и достигнуть самого низкого уровня преждевременных родов и самопроизвольных выкидышей в сравнении с другими регионами страны

13. В результате совершенствования организации системы прегравидарного оздоровления ($r=0,8341$), в том числе медико-генетической помощи на прегравидарном этапе ($r=0,7963$) и во время беременности ($r=0,6893$), возросла эффективность пренатальной диагностики: в 2004-2008 гг. в сроке до 22 недель беременности выявлялись до 90% летальных и сублетальных ВПР, а после 22 недель – не более 10%; число женщин ГРР, которым беременность была прервана в сроке 12-22 недели по медико-генетическим показаниям, уменьшилось на 48,3% ($p<0,05$).

14. Применение перинатальных технологий для профилактики послеродовых гнойно-воспалительных осложнений, кроме выраженного клинического эффекта, позволило получить значительную экономию финансовых средств, превысившую за пятилетие 200 млн. рублей.

15. По результатам проведенного анкетирования коэффициент социальной эффективности медико-организационной модели укрепления РЗ женщин с ВЗЖПО составил 0,95.

16. При проведении итоговой комплексной экономической оценки эффективности медико-организационной модели укрепления РЗ женщин с ВЗЖПО установлено, что экономический эффект за пятилетие составил 21 822 188 652 тыс. рублей. Это было обусловлено:

- уменьшением сроков пребывания пациенток в гинекологических стационарах (24 дня);
- сокращением уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности (среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности на 1 работающую женщину при лечении воспалительного заболевания половых органов - 34000 руб.);
- уменьшением уровня репродуктивных потерь (980 продуктов зачатия);
- уменьшением среднегодового числа случаев мертворождений и ранней неонатальной смертности (16 случаев);
- увеличением среднегодового числа рождений (460);
- среднегодовым доходом, полученным государством от дополнительно

рожденного гражданина с учетом расходов на него государства (667141,2 тыс. рублей).

ВЫВОДЫ

1. Недостатки ресурсного обеспечения и организационных технологий деятельности АГС, отсутствие единых методологических подходов к выявлению, регистрации и диспансеризации заболеваний ЖРС воспалительной этиологии на протяжении исторической ретроспективы не обеспечивали в полном объеме качество медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО в амбулаторных и стационарных условиях.

2. На протяжении исторической ретроспективы показатели первичной и накопленной заболеваемости ВЗЖПО характеризовались поступательной динамикой, а данная патология занимала первое место как в общей структуре гинекологической заболеваемости, так и в структуре обращений пациенток фертильного возраста в ОЗ для получения медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, являясь выраженным фактором «риска» развития осложнений беременности и родов, и формирования уровня репродуктивных и перинатальных потерь.

3. Выявленные социальные и медицинские факторы имели детерминантное значение в возникновении и развитии ВЗЖПО, которые являлись основной причиной ухудшения РЗ женщин фертильного возраста.

4. Пациентки с ВЗЖПО представляют собой особую группу повышенного медико-социального «риска», для которой характерны недостаточный объем первичных медико-санитарных знаний, выраженные дефекты в здоровьесбережении, ранний возраст сексуальных дебютов и частые добрачные зачатия, низкая культура планирования семьи (далее – ПлС) и репродуктивная активность.

5. Впервые разработанная на основе статистической, социологической и экспертной информации и внедренная в практическую деятельность АГС региона комплексная медико-организационная модель укрепления РЗ пациенток с ВЗЖПО основана на реализации государственной

политики в здравоохранении, направлена на обеспечение качества и доступности медицинской помощи, опирается на такую методическую базу повышения эффективности системы охраны здоровья, как управление качеством медицинской помощи. Медико-организационная модель органично сочетает в себе стандартизированные и запатентованные организационные, медицинские и информационные технологии, позволила обеспечить постоянный мониторинг состояния РЗ, обеспечить действенную элиминацию инфекционного агента и прогнозирование возможных инфекционно-воспалительных осложнений, нивелировать негативное воздействие инфекта на функционирование ЖРС, при эффективном взаимодействии перинатальных служб гарантировать качество медицинской помощи пациенткам на прегравидарном этапе, во время беременности и родов, и в послеродовом периоде, а также осуществить комплекс реабилитационных мероприятий после неблагоприятного исхода беременности и родов, и таким образом, решить такую важную медико-социальную проблему как укрепление РЗ пациенток с ВЗЖПО.

6. Внедренные в рамках медико-организационной модели перинатальные технологии имеют выраженную медицинскую, социальную и экономическую эффективность: с учетом среднегодового уменьшения сроков пребывания пациенток в гинекологических стационарах (24 дня), сокращения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности (среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности на 1 работающую женщину при лечении воспалительного заболевания половых органов - 34000 руб.), уменьшения уровня репродуктивных потерь (980 продуктов зачатия), уменьшения среднегодового числа случаев мертворождений и ранней неонатальной смертности (16 случаев), увеличения среднегодового числа рождений (460), а также среднегодового дохода, который будет получен государством от дополнительно рожденного гражданина с учетом расходов на него государства (667141,2 тыс. рублей.) экономический эффект за пятилетие составил 21 822 188 652 тыс. рублей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь, 20 июня 2000 г. №363-з // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. - Минск, 2006.
2. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы: Указ Президента Респ. Беларусь, 26 марта 2007 г., № 135 // Эталон - Беларусь [Электронный ресурс] / Национальный центр правовой информ. Респ. Беларусь. - Минск, 2007.
3. Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2006-2010 годы. - Минск: Беларусь, 2006. - 176 с.
4. Абрамченко, В.В. Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей / В.В. Абрамченко. - М.: Мед. информ. агенство, 2004. - 400 с.
5. Абрамченко, В.В., Антибиотики в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей / В.В. Абрамченко, М.А. Башмакова, В.В. Корхов. - СПб.: Спец. лит. - 2001. - 239 с.
6. Авксентьева, М.В. Принятие управленческих решений в здравоохранении на основе клинико-экономического анализа / М.В. Авксентьева // Проблемы управл. здравоохр. - 2003. - №2. - 44-47.
7. Авруцкая, В.В. Особенности репродуктивного здоровья и новые подходы к повышению репродуктивного потенциала населения Ростовской области / В.В. Авруцкая // Семья – основа национальной безопасности: проблемы адаптации, перспективы развития: матер. «круглого стола». - Ростов н/Д, 2007. - С. 35-41.
8. Автоматизированные информационные системы в условиях многопрофильного стационара / А.П. Яковлев [и др.]. - М.: Вешние воды, 2000. - 176 с.
9. Агаронян, Н. Г. Акушерские и перинатальные исходы при внутриутробной инфекции / Н.Г. Агаронян, Н.В. Орджоникидзе // Журн. Рос. общ. акуш. - гинекол. - 2004. - №4. - С. 23-25.

10. Адаскевич, В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей / В.П. Адаскевич. - М., 1999. - 414 с.
11. Айламазян, Э.К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды / Э.К. Айламазян // Журн. акуш. и жен. б-ней. - 1997. - Вып. 1. - С. 6-11.
12. Акопян, А.С. Состояние здоровья детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России / А.С. Акопян, В.П. Харченко, В.Г. Мишиев. - М., 1999. - 162 с.
13. Акулова, И.К. Урогенитальные инфекции и бесплодие. Обзор литературы / И.К. Акулова // Пробл. репр. - 1997. - № 2. - С. 68-74.
14. Акушерско-гинекологическая помощь / Под ред. В.И. Кулакова. - М.: Медпресс, 2000. - 512 с.
15. Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в лечебно-профилактических учреждениях республики: Метод. рекомендации / О.Н. Харкевич [и др.]; МЗ РБ, НИИ ОМД. - Минск, 2000. - 22 с.
16. Алпатов, А.П. Госпитальные информационные системы: архитектура, модели, решения / А.П. Алпатов, Ю.А. Прокопчук, В.В. Костра. - Днепропетровск: УГХТУ, 2005. - 257 с.
17. Альбиций, В.Ю. Фетоинфантильные потери / В.Ю. Альбиций, Л.А. Никольская, М.Ю. Абросимова. - Казань, 1997. - 168 с.
18. Анализ медико-экономической эффективности в оценке новых медицинских технологий / С.Ф. Багненко [и др.]. - Эконом. здравоохран. – 2002. - №4. – С. 12-14.
19. Анализ особенностей течения беременности и состояния здоровья новорожденных в Гродно в 1990-2000 гг. / Л.Н. Шейбак [и др.]. // Общественное здоровье и здравоохранение: матер. науч. - практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ; МЗ РБ, Бел. центр мед., информ., управления и экономики здравоохран., Бел. асс. соц. – гиг. и организаторов здравоохран.; под ред. Л.А. Постоялко. - Минск, 2002. - С. 269-272.

20. Анастафьева, В. Г. Механизмы развития некоторых осложнений беременности и репродуктивных потерь у женщин с генитальной инфекцией / В.Г. Анастафьева. - Томск, 1999. - 63 с.
21. Анкетирование пациентов, как важный инструмент оценки качества медицинской помощи /А.К. Карменов [и др.]. // Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы: сб-к науч. ст. - Саратов, 2007. - С. 299-301.
22. Анкирская, А.С. Микроэкология влагалища и профилактика акушерской патологии / А.С. Анкирская // Гинекол. - 1999. - Т. 1, №3. -. 28-30.
23. Анкирская, А.С. Видовой состав и некоторые биологические свойства лактобацилл при различных состояниях микроэкологии влагалища / А.С. Анкирская, В.В. Муравьева // Акуш. и гинекол. - 2000. - №3. - С. 26-28.
24. Антонов, А.И. Репродуктивное поведение и динамика рождаемости / А.И. Антонов, В.М. Медков, А.Б. Синельников // Население России на рубеже XX-XXI веков: проблемы и перспективы. - М., 2002. - с. 157-201.
25. Антонова, Л.В. Исследование иммунного статуса у больных острыми воспалительными заболеваниями придатков матки, ассоциированных с разными комбинациями микроорганизмов / Л.В. Антонова, К.Н. Прозоровская, И.Б. Семенова // Журн. микробиол. - 1996. - № 1. - С. 49-53.
26. Антошина, Н.Л. Современные представления об этиологии и патогенезе гестоза /Н.Л. Антошина, С.И. Михалевич // Мед. новости. - 2005. - №3. - С. 23-28.
27. Арестова, И.М. Генитальные инфекции и беременность / И.М. Арестова, С.Н. Занько, П.С. Русакевич. - М.: Мед. лит., 2003. - 176 с.
28. Арестова, И.М. Рецидивирующая герпетическая инфекция в репродуктивной и перинатальной патологии / И.М. Арестова, С.Н. Занько, В.М. Семенов. - Витебск, 2003. - 146 с.
29. Баев, О.В. Резидентная флора генитального тракта и этиология инфекционных осложнений беременности и послеродового периода / О.В. Баев, А.Н. Стрижаков // Акуш. и гинекол. - 1997. - №6. - С. 3-6.

30. Бажукова, Т.А. Этиологическая значимость грибов рода *Candida* при гнойно-септических заболеваниях / Т.А. Бажукова // Журн. микробиол. - 1997. - № 3. - С. 101-102.
31. Бакрадзе, М.Д. Хронические неинфекционные заболевания у детей и факторы, определяющие их развитие / М.Д. Бакрадзе, А.А. Ефимова, В.К. Таточенко // Рос. педиатр. журн. - 1998. - №2. - С. 46-49.
32. Баранов, А.А. Смертность детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. - М.: Литерра, 2007. - 328 с.
33. Барановская, Е.И. Хламидийная инфекция и репродуктивная функция женщин / Е.И. Барановская, С.В. Жаворонок, Л.Н. Мельникова. - Мозырь: ООО ИД «Белый ветер», 2002. - 128 с.
34. Башмакова, Н.В. Современные подходы к профилактике гестоза / Н.В. Башмакова, Л.А. Крысова, Е.Н. Ерофеев // Акуш. и гинекол. - 2006. - №5. - С. 45-47.
35. Безнощенко, Г.Б. Внутриутробные инфекции / Г.Б. Безнощенко, Т.И. Долгих, Г.В. Кривчик. - М.: Мед. книга, 2002. - 92 с.
36. Безрукова, О.Н. Репродуктивные мотивации женщин / О.Н. Безрукова // Социол. исслед. - 2000. - №12. - С. 122-124.
37. Белянская, Е.Е. Опыт работы с подростками по вопросам репродуктивного здоровья / Е.Е. Белянская // Справочн. фельдш. и акушер. - 2009. - №8. - С. 62-69.
38. Бенедиктов, И.И. Иммунная реактивность и неспецифические факторы защиты у больных с подострыми неспецифическими воспалительными процессами / И.И. Бенедиктов, С.В. Ольховикова // Акуш. и гинекол. - 1986. - № 11. - С. 59-61.
39. Беременность и роды у женщин группы медико-социального риска / С.Н. Гайдуков [и др.]. // Матер. II Рос. форума «Мать и дитя» (Москва, 18-22 сент. 2000 г.). - М., 2000. - С. 33-34.
40. Берлев, И.В. Роль дисбиотических нарушений влагалища в развитии инфекционно-воспалительных осложнений новорожденных / И.В.

Берлев, Е.Ф. Кира, А.А. Белевитина // Журн. акуш. и жен. б-ней. - 2000. - Т. ХІХ, вып. 4. - С. 58-62.

41. Биркос, А.А. Временная нетрудоспособность при заболеваниях мочеполовых органов / А.А. Биркос, М.В. Алехнович, И.Г. Барханова // Здравоохран. Белоруссии - 1992. - № 4 - С. 38-41.

42. Бисюк, Ю.В. Патоморфоз воспалительных заболеваний органов малого таза и пути повышения эффективности оказания экстренной гинекологической помощи / Ю.В. Бисюк, И.В. Голева // Матер. 8-го Всерос. науч. форума «Мать и дитя» (Москва, 3-6 окт. 2006 г.). - М., 2006. - С. 333.

43. Блументаль, П.Д. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции: Пер. с английского / П.Д. Блументаль, Н. Макинтош. - М.: Медицина, 1995. - 322 с.

44. Богатова, И.К. Характеристика воспалительных заболеваний гениталий, возникших на фоне внутриматочной контрацепции / И.К. Богатова, И.П. Аминодова. - Вест. Рос. ассоц. акуш. - гинекол. - 1999. - № 4. - С. 62-65.

45. Богатырев, В.С. Социологические аспекты репродуктивного здоровья девушек / В.С. Богатырев, В.И. Циркин. - Киров, 2000. - 196 с.

46. Богданова, Е.А. Гинекология детей и подростков / Е.А. Богданова. - М.: Мед. инф. агентство, 2000 - 332 с.

47. Богдасаров, А.Ю. Воспалительные заболевания матки и придатков в экологически неблагоприятных регионах / А.Ю. Богдасаров, Р.А. Родкина. - Ульяновск, 1999. - 129 с.

48. Бодрова, В.В. Репродуктивное поведение как фактор депопуляции в России / В.В. Бодрова // Социол. исслед. - 2002. - №6. - С. 96-102.

49. Бондаренко, В.М. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией / В.М. Бондаренко, А.А. Воробьев // Журн. микробиол. - 2004. - № 1. - С. 84-92.

50. Бондаренко, В.М. Факторы патогенности бактерий и их роль в развитии инфекционного процесса / В.М. Бондаренко // Журн. микробиол. - 1999. - №5. - С. 34-39.

51. Борисов, В.А. Демография / В.А. Борисов. - М.: Изд. дом NOTABENE, 2001. - 272 с.
52. Боровиков, В.П. STATISTIKA® – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows®. - 2-е изд. / В.П. Боровиков, Н.П. Боровиков. - М.: Инф.-изд. дом «Филинь», 1998. - 608 с.
53. Брюхина, Е.В. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте / Е.В. Брюхина, Е.Ю. Мазная, Л.Ф. Рыбалова // Тез. докл. 4-й Всерос. конф. по детской и подростковой гинекол. - М., 2000. - С. 156-157.
54. Буданов, П.В. Фетоплацентарная недостаточность при нарушениях микроциркуляции родственных путей и генитальных инфекциях / П.В. Буданов, О.Р. Баев // Вопр. гинекол., акушер. и перинатол. - 2002. - Т.1, №1. - С. 39-42.
55. Бурдули, Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери / Г.М. Бурдули. - М.: Триада-Х, 1997. - 188 с.
56. Буркин, М.М. Детская безнадзорность и проституция / М.М. Буркин [и др.]. // Матер. конгр. по детской психиатрии. - М., 2001. - С. 170-171.
57. Бурумкулова, Ф.Ф. Заболевания щитовидной железы и беременность / Ф.Ф. Бурумкулова, Г.А. Герасимов // Пробл. эндокринол. - 1998. - Т. 44, № 2. - С. 27-32.
58. Бусуек, Г.П. Эпидемиология и профилактика госпитальных инфекций в акушерских и детских стационарах / Г.П. Бусуек, Г.А. Александрова, И.А. Шагинян // Журн. микробиол. - 2003. - № 6. - С. 30-36.
59. Бухарин, О.В. Биология патогенных кокков / О.В. Бухарин, Б.Я. Усвятцов, О.Л. Карташова. - Екатеринбург: Медицина, УроРАН, 2002. - 282 с.
60. Бухарин, О.В. Персистенция патогенных бактерий / О.В. Бухарин. - Екатеринбург, 1999. - 367 с.
61. Быков, В.Л. Этиология, эпидемиология и патогенез кандидозного вульвовагинита / В.Л. Быков // Акуш. и гинекол. - 1986. - №9. - С. 5-7.
62. Вагинальный кандидоз / В.Н. Прилепская [и др.]. // Под ред. В.Н.Прилепской. - М., 1997. - 40 с.

63. Вагинальный кандидоз в практике акушера-гинеколога: этиопатогенез, диагностика, лечение и профилактика: информ. - метод. пособие / О.А. Пересада, В.Э. Кирдик, С.И. Савина. - Минск: БелМАПО, 2006. - 22 с.
64. Вайнилович, И.А. Эпидемиология перинатальной и младенческой смертности в Республике Беларусь: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / И.А. Вайнилович; БелНИИ ОМД МЗ РБ. - Минск, 2001. - 20 с.
65. Валышев, А.В. Анаэробная микрофлора женского репродуктивного тракта / А.В. Валышев, Н.Н. Елагина, О.В. Бухарин // Журн. микробиол. - 2001. - №4. - С. 78-84.
66. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в учреждениях здравоохранения / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, Ф.П. Царук. - Минск: Харвест, 2007. - 400 с.
67. Валышев, А.В. Анаэробная микрофлора женского репродуктивного тракта / А.В. Валышев, Н.Н. Елагина, О.В. Бухарин // Журн. микробиол. - 2001. - №4. - С. 78-84.
68. Васильева, Т.П. Охрана здоровья беременных на территориальном уровне (медико-социальные аспекты) / Т.П. Васильева, Л.В.Посисеева. - Иваново, 2000. - 154 с.
69. Вельтищев, Ю.Е. Детская инвалидность: медицинские и социальные аспекты, меры профилактики. Лекция для врачей / Ю.Е. Вельтищев, Д.И. Зелинская. - М., 2000. - 68 с.
70. Вихляева, Е.М. О региональной концепции снижения материнской смертности / Е.М. Вихляева, О.Г. Фролова, З.З. Токова // Экол. человека. - 1995. - №1. - С. 94-102.
71. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин / В.И. Краснопольский [и др.]. // Рос. вестн. акушер. - гинекол. - 2004. - Т.4, №5. - С. 26-30.
72. Воробьев, А.А. Микробиология XXI века / А.А. Воробьев, А.Л. Гинцбург, В.М. Бондаренко // Врач. - 2000. - №8. - С. 3-7.

73. Воскресенский, С.Л. Методы подготовки к родоразрешению / С.Л. Воскресенский // Мед. панорама. - 2002. - №7. - С. 17-23.
74. Воскресенский, С.Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль. Учебное пособие / С.Л. Воскресенский. - Минск: Книжный дом, 2004. - 304 с.
75. Воспаление. Руководство для врачей / Под ред. В.В. Серова., В.С. Паукова. - М.: Медицина, 1995. - 640 с.
76. Вялков, А.И. Новые технологии управления в системе здравоохранения регионального и муниципального уровней / А.И. Вялков // Пробл. управл. здравоохран. - 2002. - №5. - С. 5-7.
77. Гаврилова, Л.В. Критерии оценки качества акушерской помощи / Л.В. Гаврилова, О.Г. Фролова, З.З. Токова // Вест. Рос. ассоц. акуш. - гинекол. - 1997. - №2. - С. 111-114.
78. Галкин, Р.А. Реализация программы планирования семьи в условиях реформ здравоохранения / Р.А. Галкин, Г.И. Гусарова, О.И. Линева. - Самара, 1998. - 184 с.
79. Гасников, В.К. Особенности управления здравоохранением региона в условиях социально-экономических преобразований / В.К. Гасников. - Ижевск, 2006. - 360 с.
80. Гаспарян, А.С. Комплексная система мониторинга общественного здоровья / А.С. Гаспарян // Информационные системы и технологии в здравоохранении: тр. Рос. науч. - практ. конф. (Москва, 28-29 мая 2003 г.). - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2003. - С. 12-17.
81. Герасимова, Л.И. Исследование влияния факторов риска на состояние репродуктивной системы / Л.И. Герасимова. - Чебоксары, 1999. - 24 с.
82. Герасимович, Г.И. Плацентарная недостаточность / Г.И. Герасимович // Здравоохран. - 1999. - № 9. - С. 12-17.
83. Герасимович, Г.И. Поздний гестоз беременных / Г.И. Герасимович // Мед. новости. - 2002. - № 4. - С. 3-6.

84. Гестозы: Руководство для врачей / Б.М. Венцовский [и др.]. - М.: Мед. информ. агенство, 2005. - 312 с.
85. Гиденнс, Э. Социология / Э. Гиденнс. - М.: УРСС, 1999. - 703 с.
86. Гиляревский, С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / С.Р. Гиляревский, В.А. Орлов. - М.: НПО «Союзмединформ», 1992. - 65 с.
87. Гинцбург, А.Л. «Quorum sensing» или социальное поведение бактерий / А.Л. Гинцбург, Т.С. Ильина, Ю.М. Романова // ЖМЭИ. - 2003. - №5. - С. 86-93.
88. Глазкова, Л.К. Состояние факторов неспецифической защиты организма женщин при хламидиозе / Л.К. Глазкова, Н.М. Герасимова // Вест. дерматол. и венерол. - 1998. - №1. - С. 7-10.
89. Глуховец, Б.И. Патология последа / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. - СПб.: ГРААЛЬ, 2002. - 448 с.
90. Глушанко, В.С. Общественное здоровье и здравоохранение: Курс лекций для отечественных студентов / В.С. Глушанко - Витебск, 2001. - 359 с.
91. Глушанко, В.С. Организационно-методические основы оптимизации медицинских технологий / Тез. докл. первого съезда вр. Респ. Беларусь - Минск, 1998. - С. 194.
92. Глушанко, В.С. Организация амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной помощи городскому населению. Диспансеризация населения / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.В. Плиш. - Витебск: ВГМУ, 2004. - 79 с.
93. Гончаров, Н.П. Эндокринные дисраптеры и репродуктивное здоровье / Н.П. Гончаров // Пробл. эндокринол. - 2002. - Т. 48, №4. - С. 35-39.
94. Гришанов, С.А. Актуальные проблемы сохранения репродуктивного здоровья женщин - работниц умственного труда / С.А. Гришанов [и др.]. // Здравоохр. Рос. Федерац. - 2009. - №4. - С. 43-46.

95. Громова, О.А. Роль витаминов и минералов в акушерской практике. Клинико-фармакологические подходы / О.А. Громова // Акуш. и гинекол. - 2005. - №6. - С. 49-51.
96. Гулиев, Я.И. Интегрированная информационная система ЛПУ Интерин: основные принципы и характеристики / Я.И. Гулиев, С.И. Комаров // Тез. 1-го Российского науч. форума «МедКомТех-2003». - М., 2003. - С. 97-98.
97. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей / Ю.А. Гуркин. - СПб., 1998. - 552 с.
98. Гуркин, Ю.А. Основы ювенильного акушерства / Ю.А. Гуркин, Л.А. Сулопаров, Е.А. Островская. - СПб: Фолиант, 2001. - С. 201-213.
99. Гусева, Е.В. Эффективность современных организационных технологий в профилактике и снижении материнской смертности в Российской Федерации / Е.В. Гусева, О.С. Филиппов // Рос. вестн. акушер. - гинекол. - 2009. - №3. - С. 4-8.
100. Гутикова, Л.В. Прогнозирование, коррекция и профилактика нарушений лактационной функции у родильниц, перенесших гестоз / Л.В. Гутикова. - Гродно: ГрГМУ, 2007. - 306 с.
101. Данилов, А.Н. Молодёжь кризисных лет: Иллюзии и новые надежды / А.Н. Данилов. - Минск: ООО «Харвест», 1999. - 320 с.
102. Даутов, Ф.Ф. Репродуктивное здоровье женщин на территориях города с разным уровнем антропогенной нагрузки / Ф.Ф. Даутов [и др.]. // Гиг. и санитар. - 2009. - №1. - С. 17-19.
103. Дебольская, А.И. Урогенитальные инфекции в этиологии маточных кровотечений пубертатного периода / А.И. Дебольская, Е.В. Уварова, Н.М. Веселова // Профилактика, диагностика и лечение гинекологических заболеваний: матер. междунар. конгр. - М., 2003. - С. 33.
104. Деменский, В.В. От стихийной компьютеризации к системной интеграции информации / В.В. Деменский, М.Н. Пименова // Глав. врач. - 2000. - № 2. - С.18-20.

105. Денисов, А.П. Репродуктивные установки женщин и реализация мер национального проекта «Демография» / А.П. Денисов [и др.]. // Здравоохранение Республики Беларусь. - 2009. - №5. - С. 29-32.
106. Дерябин, Д.Г. Спектр микрофлоры, изолируемой из различных отделов репродуктивного тракта женщин / Д.Г. Дерябин, А.А. Минаков, С.Д. Борисов // Журн. микробиол. - 2001. - №4. - С. 84-86.
107. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем: Метод. реком.; под ред. К.К. Борисенко. – М., 1998. – 78 с.
108. Диагностика и терапия трубно-перитонеального фактора бесплодия у женщин / А.С. Гаспаров [и др.]. // Акуш. и гинекол. - 1997. - №3. - С. 20-21.
109. Дивакова, Т.С. Применение комбинированных оральных контрацептивов с учетом здоровья и возраста женщины: пособие для врачей / Т.С. Дивакова, В.И. Харленок. - Минск: Асобны, 2008. - 28 с.
110. Динамика состояния репродуктивного здоровья населения Беларуси / З.А. Севковская [и др.]. // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: тезисы Респ. науч. - практ. конф. (Минск, 27- 29 ноября 2003 г.) / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. - С. 204-205.
111. Доклад комиссии ВОЗ по здоровью и окружающей среде / ВОЗ. - Женева, 1992. - 41 с.
112. Долгов, Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии: Прогнозирование. Профилактика: Для вузов / Г.В. Долгов. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. - 173 с.
113. Долгушина, В.Ф. Состояние факторов местной иммунной защиты репродуктивного тракта при вагинозе у беременных / В.Ф. Долгушина, Л.А. Смольникова, И.И. Долгушин // Журн. микробиол. - 2001. - № 4. - С. 89-93.
114. Дубисская, Л.А. Региональные особенности репродуктивного здоровья населения / Л.А. Дубисская, О.В. Лобанова // Здравоохранение Республики Беларусь. - 2009. - №4. - С. 36-41.

115. Дуда, В.И. Гинекология / В.И. Дуда, В.И. Дуда, И.В. Дуда; 2-е изд. стер. - Минск: Харвест, 2008. - 896 с.
116. Дуда, И.В. Клиническое акушерство / И.В. Дуда, В.И. Дуда. - Минск.: Высш. школа, 1997. - 604 с.
117. Дуда, И.В. Анализ демографической ситуации и роль в ней родовспомогательной службы в РБ / И.В. Дуда, В.Л. Силява // Пути улучшения репродуктивного здоровья женщин: матер. науч. - практ. конф. - Минск, 2000. - С. 5-12.
118. Дуданов, И.П. Информационная система в организации работы учреждений здравоохранения: Практическое руководство / И.П. Дуданов, Ф.А. Романов, А.В. Гусев. - Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2005. - 238 с.
119. Егорова, Т.Ю. Возможности вегетативного резонансного теста в определении адаптационных резервов у беременных с угрозой преждевременных родов / Т.Ю. Егорова, М.И. Паламарчук // Традицион. мед. - 2008. -- №15. - С. 23-26.
120. Ефименко, С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента / С.А. Ефименко // Социол. медиц. - 2006. - №1. - С. 9-14.
121. Ефимов, Б.А. Современные методы оценки качественных и количественных показателей микрофлоры кишечника и влагалища / Б.А. Ефимов, Л.И. Кафарская, В.М. Коршунов // Журн. микробиол. - 2002. - №4. - С. 72-78.
122. Ефремов, М.М. Особенности нейрогуморальной регуляции менструального цикла в пубертатном периоде у девочек-подростков г. Ош / М.М. Ефремов, Г.С. Ташиева, С.А. Мирбабаева // Вестник ОшГУ - 2006. - №5. - С. 152-154.
123. Жданов, В.Г. Научное обоснование системы управления персоналом крупной многопрофильной больницы / В.Г. Жданов // Пробл. управл. здравоохран. - 2002. - №5. - С.1 5-18.
124. Жилина, Н.М. Автоматизированная система социально-гигиенического мониторинга здоровья и среды обитания - инструмент

принятия научно обоснованных решений / Н.М. Жилина, Г.И. Чеченин, Т.В. Сапрыкина. - Новокузнецк: ИПК, 2005. - 192 с.

125. Жукова, Н.П. Прогнозирование репродуктивного здоровья женщин / Н.П. Жукова, С.Н. Занько. - Витебск, 2003. - 164 с.

126. Жукова, Н.П. Прогноз репродуктивного здоровья девушек-подростков и женщин «резерва родов»: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01 / Н.П. Жукова; Бел. гос. мед. ун-т. - Минск, 2003. - 38 с.

127. Занько, С.Н. Экономический ущерб репродуктивных потерь / С.Н. Занько, С.Д. Шилова // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: матер. Респ. научн. - практ. конф. (Минск, 28 июня 2007 г.) / МЗ РБ, Бел. обществ. объединение организаторов здравоохран.; БелМАПО; редкол.: В.И. Жарко [и др.]. - Минск, 2007. - С. 192–195.

128. Занько, С.Н. Хронические воспалительные заболевания придатков матки / С.Н. Занько, А.Н. Косинец, Л.Я. Супрун. - Витебск, 1998. - 168 с.

129. Заславский, Д.В. Клинико-экономический анализ внедрения стандартов медицинской помощи при инфекциях, передаваемых половым путем, на региональном уровне / Д.В. Заславский // Матер. IX Всерос. съезда дерматовенерол. - М., 2005. - Т. 2. - С. 9.

130. Засорина, А.Е. О состоянии младенческой смертности в г. Тольятти. Пути снижения / А.Е. Засорина // Управление качеством здравоохранения через новации: сб-к науч. тр. 25 межрег. съезда врачей. – Самара - Тольятти: СГМУ. - 2005. - С. 121.

131. Затуливетер, Ю.С. Информационная природа социальных перемен / Ю.С. Затуливетер. - М.: СИНТЕГ, 2001 - 132 с.

132. Здоровье матери и ребёнка = Mother and Child Health: Информационно-аналитические материалы / Н.С. Богданович [и др.]; под ред. Л.И. Матуш [и др.]. - Минск: ЮНИПАК, 2002. - 96 с.

133. Зекий, О.Е. Автоматизация здравоохранения / О.Е. Зекий. - М.: Новости, 2001. - 400 с.

134. Зильберберг, Н.В. Удовлетворенность пациентов от общения с медицинской средой как индикатор качества оказания медицинской помощи / Н.В. Зильберберг // Межрег. науч.-практ. конф. дерматовенерол. и врачей смежн. спец.: сб-к матер. конф. - Екатеринбург, 2008. - С. 13-15.
135. Зинурова, Р.И. Особенности репродуктивного поведения в российских регионах / Р.И. Зинурова // СОЦИС: Социологич. исследов. - 2005. - №3. - С. 82-87.
136. Значение генитальных инфекций в формировании распространенных гинекологических заболеваний и их современное лечение / В.Н. Серов [и др.]. - М., 1997. - 18 с.
137. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О.П. Щепин [и др.]. // Проблемы соц. гиг., здравоохран. и истории медиц. - 2005. - №5. - С. 3-6.
138. Иванов, А.Г. Особенности формирования семьи и репродуктивных установок молодежи / А.Г. Иванов // Здравоохран. Рос. Федер. - 2004. - №4. - С. 36-38.
139. Иммуноморфологические изменения в децидуальной ткани при неразвивающейся беременности и сопутствующей урогенитальной хламидийной инфекции / А.В. Мещерякова [и др.]. // Акуш. и гинекол. - 2001. - №3. - С. 22-24.
140. Интеграция службы медико-санитарной помощи / Доклад исследовательской группы ВОЗ. - Женева., 1996. - 106 с.
141. Инфекции в акушерстве и гинекологии / ред. О.В. Макаров [и др.]. - М.: Медпресс информ, 2007. - 464 с.
142. Инфекции репродуктивного тракта женщин / М.В. Кажина [и др.]. - Гродно: ГрГМУ, 2005. - 251 с.
143. Информационные системы в здравоохранении / А.В. Гусев [и др.]. - Петрозаводск: ПетрГУ, 2002. - 120 с.
144. Кагирова, Г.В. Организационные технологии перинатального акушерства и их эффективность / Г.В. Кагирова. - М., 1997. - 193 с.

145. Кажина, М.В. Урогинекологический подход к проблеме кольпитов различного генеза у беременных (кампилляционное исследование) / М.В. Кажина, В.А. Лискович, Н.П. Лознухо // Актуальные вопросы урогинекологии: сб-к докл. обл. науч. - практ. конф. (Гродно, 20-21 дек. 2001 г.). - Гродно: ГрГМУ, 2002. - С. 17-27.

146. Кажина, М.В. Обзор по инфекциям, передаваемым половым путем / М.В. Кажина, В.А. Лискович, Е.И. Матеша // Инфекции, передаваемые половым путем: возможности диагностики и лечения на современном этапе: сб-к докл. обл. обуч. семин. для врачей акуш. - гинек., урол. и дерматовенер. (Гродно, 21-22 июня 2000 г.). - Гродно: ГрГМУ, 2000. - С. 67-75.

147. Кажина, М.В. Стафилококковая аутовакциноterapia при дисбиозе половых путей (клинико-экспериментальное обоснование) / М.В. Кажина, С.Б. Позняк. - Гродно: ГрГМУ, 2002. - 128 с.

148. Калинина, Т.В. О демографической безопасности Республики Беларусь / Т.В. Калинина // Здоровье населения - основа благополучия страны: Ма-тер. V Респ. съезда организаторов здравоохран. Респ. Беларусь (Минск, 11 – 12 мая 2006 г.) / МЗ РБ, Бел. ассоциац. соц. - гиг. и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П. Руденко [и др.]. - Минск, 2006. - С. 183-186.

149. Калинин, К.Э. Экспертная оценка значимости проблем охраны репродуктивного здоровья женщин в г.Норильске и пути их решения / К.Э. Калинин // Общественное здоровье: инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения: матер. 1 Междунар. научн.-практ. конф. - Новосибирск, 2005. - Т.1. - С. 183-185.

150. Калининская, А.А. Экономический эффект от рационализации использования коечного фонда стационаров / А.А. Калининская // Экон. здравоохран. - 2001. - №3. - С. 23-26.

151. Камаев, И.А. Заболеваемость и особенности репродуктивного здоровья студенток высших учебных заведений / И.А. Камаев, Т.В. Поздеева // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истор. мед. - 2002. - № 2. - С. 18- 21.

152. Кант, В.И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения / В.И. Кант. - М.: Медицина, 1978. - 136 с.
153. Каткова, И.П. Репродуктивное здоровье россиянок / И.П. Каткова // Народнонаселение. - 2002. - № 4. - С. 39.
154. Кашкин, К.П. Иммунная реактивность организма и антибактериальная терапия / К.П. Кашкин, З.О. Караев. - Л.: Медицина, 1984. - 200 с.
155. Каюпова, Н.А. Оценка заболеваемости работников промышленных объектов по результатам комплексных медицинских осмотров / Н.А. Каюпова, Г.П. Касимова, А.Е. Тажиева // Медицина (Алматы). - 2007. - №9(63). - С. 82-88.
156. Кейт, Л. Общие инфекции: пер с англ. / Л. Кейт, Г. Бергер, Д. Эдельман. - М.: Наука, 1988. - Т. 1. - 238 с.
157. Кисина, В.И. Клиническое значение и оптимальная терапия инфекционных заболеваний мочеполовой системы у женщин / В.И. Кисина, Г.Л. Колиева, М.Р. Рахматулина // Гинекол. - 2002. - Т. 4, №2. - С. 17-20.
158. Кира, Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье / Е.Ф. Кира // Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. - М., 1999. - С. 22-25.
159. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи) / П.А. Воробьев [и др.]. - М.: Ньюдиамед, 2004. - 404 с.
160. Козлова, В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий / В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер. - М.: Авиценна, 1995. - 314 с.
161. Коколина, В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. Руководство для врачей / В.Ф. Коколина. - М: МИА, 2001. - 251 с.
162. Коколина, В.Ф. Гинекология детского возраста / В.Ф. Коколина. - М: Медпрактика, 2003. - С. 101-115.

163. Комплексная профилактика вирусных урогенитальных инфекций в прегравидарной подготовке женщин группы «резерва родов»: Метод. реком. НИИ ОМД МЗ РБ. // Ю.К. Малевич [и др.]. - Минск, 2003. - 19 с.
164. Коновалов, О.Е. Социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска невынашивания беременности и бесплодия / О.Е. Коновалов // Пробл. соц. гиг. и истор. мед. - 1998. - №1. - С. 19-22.
165. Константинова, О.Д. Микрофлора репродуктивного тракта женщин при внутриматочных вмешательствах / О.Д. Константинова, Е.А. Кремлева, С.В. Черкасов // Журн. микробиол. - 2000. - №2. - С. 98-100.
166. Кораблев, В.Н. Содержание экономического анализа в здравоохранении / В.Н. Кораблев // Эконом. здравоохран. - 2002. - №4. - С. 5-8.
167. Кордубайлова, Н.И. Эффективность традиционной консервативной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза в современных условиях / Н.И. Кордубайлова, Е.В. Уткин // Медицина в Кузбассе. - 2005. - №3. - С. 45-47.
168. Коста Фонт, Х. Экономика здравоохранения: Практ. пособие / Х. Коста Фонт, Ж. Ровира Фонс; под ред. Н.В.Попок. - Минск: БГЭУ, 2000. - 95 с.
169. К проблеме качества жизни больных ИППП / О.А. Воронова [и др.]. // Практическая дерматовенерология: от новых возможностей к новой стратегии: сб-к матер. конф. (Екатеринбург, 12-13 окт. 2006 года). - Екатеринбург, 2006. - С. 93-94.
170. Краснопольский, В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. - М., МЕДПРЕСС, 1999. - 233 с.
171. Кудина, О.Л. Оказание медицинской помощи девочкам-подросткам с нарушениями репродуктивной системы: метод. рекомендации / О.Л. Кудина, О.А. Пересада. - Минск: ДокторДизайн, 2006. - 40 с.
172. Кудрина, В.Г. Роль информатизации в совершенствовании медицинской помощи на уровне ведомственных служб / В.Г. Кудрина, С.В. Зубов // Экол. человека. - 2000. - №4. - С. 36-37.

173. Кузнецов, Г.Г. Интегрированная система управления здравоохранением региона / Г.Г. Кузнецов // Пробл. управл. здравоохран. - 2002. - №5. - С. 8-9.
174. Кулавский, В.А. Критерии тяжести течения неспецифического сальпингоофорита / В.А. Кулавский, Е.В. Уткин // Акуш. и гинекол. - 1989. - №2. - С. 30-33.
175. Кулага, О. К. Современные аспекты патогенеза, диагностики, лечения и профилактики инфекций, ассоциированных с патологией репродуктивной системы: дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01/ Кулага О.К.; Бел. мед. акад. последиплом. образования. - Минск, 2008. - 243 с.
176. Кулаков, В.И. Некоторые дискуссионные проблемы внутриутробной инфекции / В.И. Кулаков, В.Н. Серов // Акуш. и гинекол. - 1998. - №1. - С. 31-32.
177. Кулаков, В.И. Цитомегаловирусная инфекция в акушерстве / В.И. Кулаков, Б.Л. Гуртовой, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 32 с.
178. Кулаков, В.И. Проблемы и перспективы лечения в бесплодном браке / В.И. Кулаков, Т.В. Овсянникова // Акуш. и гинекол. - 1997. - №3. - С. 5-9.
179. Кухнинова, Л.Н. Планирование семьи и основы здоровья семьи / Л.Н. Кухнинова, В.А. Улюмджиева // Образовательная программа. - Элиста, 2006. - 32 с.
180. Лаврентьева, Г.И. Организационно-управленческие основы повышения качества медицинской помощи в регионе / Г.И. Лаврентьева. - М.: ФПИПСС «Соц. инноватика», АСТМСУ, 2000. - 319 с.
181. Лапач, С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач. - Киев: МОРИОН, 2000. - 320 с.
182. Лехович, В.Ф. Основы информатики / В.Ф. Лехович, С.О. Крамаров. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 704 с.

183. Лечение воспалительных процессов, вызванных *Trichomonas vaginalis* в сочетании с *Chlamidia trachomatis*, у женщин с нарушением репродуктивной системы / М. Ю. Скворцова [и др.]. // Здравоохран. - 2006. - №11. - С. 50–54.
184. Лечение кольпитов различной этиологии у беременных: Учебно-методическое пособие и блок информации для врачей акушеров-гинекологов и студентов медицинских ВУЗов / М.В. Кажина [и др.]. - Гродно: ГрГМУ. - 2002. - 21 с.
185. Линденбратен, А.Л. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: метод. матер. / А.Л. Линденбратен. - М.: НИИСГЭУЗ, 1999. - 66 с.
186. Лисицын, Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект / Ю.П. Лисицын // Экон. здравоохран. - 1998. - №2 - С. 5-9.
187. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. - М., 2002. - 517 с.
188. Лискович, В.А. Научное обоснование организации этапной акушерско-гинекологической помощи (на примере Гродненской области): автореф. ...дисс. канд. мед. наук: 14.00.33; 14.00.01 / В.А. Лискович; Бел. гос. мед. ун-т. - Минск., 2003. - 23 с.
189. Литовский, С.М. Статистические методы в экспериментальных исследованиях: Руководство по использованию «Statistica for Windows» / С.М. Литовский. - Витебск: ВГТУ, 1996. - 63 с.
190. Лобжанидзе, Н.В. Некоторые показатели социального статуса женщин трудоспособного возраста / Н.В. Лобжанидзе // Вест. новых мед. технолог. - 2006. - Т. XIII, №2. - С. 60-61.
191. Локшин, В.Н. К вопросу о распространенности ЗППП / В.Н. Локшин, Д.В. Заславский // Современные проблемы социальной педиатрии и организации здравоохранения: сб-к науч. трудов. - СПб., 2006. - С. 218-219.

192. Лукашев, А.М. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз / А.М. Лукашев, А.С. Акопян, Ю.В. Шиленко; под ред. Н.Ф. Герасименко. - М.: Изд-во «Оверлей», 2001. - 96 с.
193. Ляликов, С.А. Характеристика йодной обеспеченности у детей из регионов, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС / С.А. Ляликов [и др.]. // Педиатр. журн. им. Г.Н. Сперанского. - 2005. - №2. - С. 95-98.
194. Макаров, О.В. Современные представления о внутриутробной инфекции / О.В. Макаров, И.В. Бахарева, А.Н. Таранец // Акуш. и гинекол. - 2004. - №1. - С. 10-12.
195. Малевич, Ю.К. Фетоплацентарная недостаточность / Ю.К. Малевич, В.А. Шостак. - Минск: Беларусь, 2007. - 158 с.
196. Мальцева, Л.И. Факторы риска гнойно-воспалительных заболеваний и условия их реализации у родильниц и новорожденных / Л.И. Мальцева, Я.Э. Коган // Казанский мед. журн. - 2009. - №5. - С. 651-655.
197. Манухин, И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. - М.: МИА, 2001. - 247 с.
198. Мартынов, Ю.С. Нервная система при заболеваниях органов малого таза женщин / Ю.С. Мартынов, Н.П. Васильченко, Н.П. Водопьянов. - М., 1989. - С. 63-67.
199. Марченко, Б.И. Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования: Руководство для врачей / Б.И. Марченко; под ред. Т.А. Кондратенко, И.П. Егоровой. - Таганрог: Соринке, 1997. - 432 с.
200. Маянский, Д.Н. Хроническое воспаление / Д.Н. Маянский. - М.: Медицина, 1991. - 270 с.
201. Маянский, Д.Н. Лекции по клинической патологии: Руководство для врачей / Д.Н. Маянский. - Новосибирск, 1997. - 249 с.
202. Медведев, Б.И. Особенности местного иммунитета при ассоциированных с хламидиями хронических воспалительных заболеваниях

органов малого таза женщин / Б.И. Медведев, Э.А. Казачкова, Е.Л. Казаков // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - 2000. - №2. - С. 89-92.

203. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению / В.А. Медик, В. К. Юрьев. - М., Медицина, 2001. - Ч.1. - 200 с.

204. Медико-информационное обеспечение населения в период ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы / Т.М. Шаршакова [и др.]. - СПб: СПГМА, 2000. - 169 с.

205. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности / О.Г. Фролова [и др.]. // Акуш. и гинекол. - 1996. - №4. - С. 7-11.

206. Медицинская информационная система в ЦРБ: неопределенное будущее или реальность? / М.Г. Букарев [и др.]. // Здравоохран. - 2002. - №1. - С. 155-158.

207. Медико-социальная оценка сексуального поведения современной молодежи / С.Ю. Молчанова [и др.]. // Молодежь и семья: проблемы и перспективы развития: матер. Всерос. науч. - практ. конф. - СПб., 2005. - С. 187-189.

208. Медицинские информационные системы / А.В. Гусев [и др.]. - Петрозаводск: ПетрГУ, 2005. - 404 с.

209. Медков, В.М. Репродуктивная мотивация и цели демографической политики (по материалам социолого-демографического исследования «Россия-2000») / В.М. Медков // Политика народонаселения: настоящее и будущее. - М., 2005. - С.110-120.

210. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем / Десятый пересмотр. - М., 1995. - Т. 1 (ч. 2). - 633 с.

211. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и ассоциированных с ними заболеваний / В.И. Кулаков [и др.]; под ред. В.Н.Серова, А.А. Кубановой. - М.: «Си Эс Си Лтд», 2001. - 40 с.

212. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин [и др.]. - М.: Медицина, 2002. - 176 с.
213. Микробная экология влагалища / Л.И. Кафарская [и др.]. // Журн. микробиол. - 2002. - № 6. - С. 91-99.
214. Микрофлора влагалища у девочек препубертатного возраста / А.В. Бойко [и др.]. // ЖМЭИ. - 2001. - № 2. - С. 91-94.
215. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах: Учебное пособие. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. - 80 с.
216. Мингалёва, Н.В. Медико-социальные аспекты гинекологической заболеваемости» / Н.В. Мингалёва // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истор. мед. - 2007. - № 4. - С. 21-24.
217. Митрохин, С.Д. Инфекции половых органов: современный алгоритм микробиологического исследования / С.Д. Митрохин // Инфекции и антимикр. therap. - 2002. - Т. 4, №5. - С.31-33.
218. Михалевич, С.И. Преодоление бесплодия: Диагностика, клиника. лечение: Учеб. пособие для студентов специальности «Лечебно-профилактическое дело» мед. вузов. - Минск: Беларуская навука, 2002. - 191 с.
219. Михалевич, С.И. Репродуктивное здоровье женщины при ИППП / С.И. Михалевич, С.А. Костюк, М.Н. Исмаил; Бел. мед. акад. последиплом. образования. - Минск: Зміцер Колас, 2008. - 360 с.
220. Михеенко, Г.А. Влияние социально-экономических факторов на формирование гестоза / Г.А. Михеенко, Е.В. Шаталова // Акуш. и гинекол. - 2005. - №3. - С. 20-23.
221. Можейко, Л.Ф. Становление репродуктивной системы у девушек-подростков и коррекция ее нарушений: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01 / Л.Ф. Можейко; Бел. гос. мед. ун-т. - Минск, 2002. - 39 с.
222. Можейко, Л.Ф. Медико-социальные спектры репродуктивного здоровья девочек-подростков / Л.Ф. Можейко, М.В. Буйко // Вопр. организ. и информ. здравоохр. - 2005. - №4. - С. 50-52.

223. Можейко, Л.Ф. Хламидийная инфекция при беременности: течение, диагностика и лечение / Л.Ф. Можейко // Рецепт. - 2005. - №6. - С. 71-74.
224. Мурашко, М.А., Региональные аспекты акушерской помощи / М.А. Мурашко, Е.Г. Котова // Акуш. и гинекол. - 2007. - №5. - С. 81-84.
225. Назаренко, Г.И. Медицинские информационные системы: Теория и практика / Г.И. Назаренко, Я.И. Гулиев, Д.Е. Ермаков // Под редакцией Г.И. Назаренко, Г.С. Осипова. - Москва: ФИЗМАТЛИТ, 2005. - 320 с.
226. Назарова, И.Б. Доступность системы здравоохранения (медицинской помощи) и самосохранительная активность граждан / И.Б. Назарова // Социол. медицины. - 2006. - №2. - С. 43-53.
227. Назаров, В.Г. Факторы неспецифической резистентности репродуктивной системы женщин / В.Г. Назаров // Акуш. и гинекол. - 1987. - №3. - С. 6-9.
228. Народнонаселение, репродуктивное здоровье и задачи развития в новом тысячелетии. - UNFPA, 2002 г. - С. 12.
229. Неверо, Е.Г. Организация и развитие в г. Минске службы, дружественной к подросткам / Е.Г. Неверо, Н.М. Предко // Здоровье населения – основа благополучия страны: матер. V Респ. съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь (Минск, 11 – 12 мая 2006 г.) / МЗ РБ, Бел. ассоц. соц. - гиги. и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.]. - Минск, 2006. - С. 125–128.
230. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет / О.В. Макаров [и др.]. - М.: Гэотар-Медиа, 2007. - 176 с.
231. Невынашивание беременности: Пособие для врачей / Кира Е.Ф. [и др.]; под ред. проф. Е.Ф. Кира. - СПб., 1999. - 60 с.
232. Невынашивание беременности : (этиология, патогенез. диагностика, клиника, лечение): учеб. - метод. пособие / С.Л. Якутовская, С.Л. Силява, Л.В. Вавилова. - Минск: БелМАПО, 2005. - 44 с.
233. Недоношенность: Пер. с англ. / Под ред. В.Х.Ю. Виктора, Э.К. Вуда. - М.: Медицина, 1991. - 368 с.

234. Николаева, Е.И. Исходы прерывания беременности в 22-27 недель / Е.И. Николаева, О.Г. Фролова, В.А. Голубев // Акуш. и гинекол. - 2007. - №2. - С. 59-60.
235. Николаева, Е.И. Оценка современных перинатальных технологий у беременных и рожениц высокого риска / Е.И. Николаева, А.А. Тахиян // Вестн. акушер. - гинекол. - 1998. - № 1. - С. 26-28.
236. Обследование новорожденных групп высокого инфекционного риска / А.Н. Аксенов [и др.]. // Рос. вестн. акуш. - гинекол. - 2009. - №4. - С. 68-70.
237. Одинцова, В.В. Индикативная оценка медико-социальной и ресурсной эффективности здравоохранения в муниципальных образованиях Краснодарского края / В.В. Одинцова, С.А. Алексеенко // Экон. здравоохр. - 2008. - №2. - С. 52-58.
238. Опыт организации системы повышения качества медицинской специализированной помощи / Н.В. Кунгуров [и др.]. // Практическая дерматовенерология: от новых возможностей к новой стратегии: сб-к матер. конф. (Екатеринбург, 12-13 окт. 2006 г.). - Екатеринбург, 2006. - С. 3-8.
239. Организационные технологии в системе здравоохранения XXI / Под ред. А.Н. Косинца, В.С. Глушанко. - Витебск: ВГМУ, 2006. - 328 с.
240. Организация оказания этапной медицинской акушерско-гинекологической помощи: Метод. рекомендации / О.Н. О.Н. Харкевич [и др.]. // МЗ РБ, НИИ ОМД. - Минск, 2003. - 45 с.
241. Орда, О.М. Окремі питання впровадження сучасних стратегій, рекомендованих ВООЗ, в охороні материнства і дитинства / О.М. Орда, Р.О. Моїсеєнко // Совр. педиатрия. - 2004. - №3(4). - С. 8-10.
242. Ордянец, И.М. Морфофункциональные особенности фетоплацентарной системы при ЗРП и недонашивании беременности / И.М. Ордянец, Ф.А. Курбанова // Вест. РУДН. - 2003. - №1. - С. 86-95.

243. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь: учебный семинар // Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. - Модуль 18. - С. 5-9.

244. Основы перинатологии: учеб. для студентов вузов, слушателей системы послевузовского и дополнительного мед. образования / Под ред. Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева. – 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 576 с.

245. Отчет о состоянии здравоохранения в мире, 1997 год: победа над страданиями, обогащение человечества // ВОЗ. - Женева, 1997. - 206 с.

246. Охрана здоровья женщин и детей в Республике Беларусь: Информ.-аналит. матер. / МЗ РБ, НИИ ОМД; Под. ред. Г.А. Шишко, Н.И. Пилипцевич. - Минск, 2000. - 167 с.

247. Охрана здоровья женщин: современные проблемы / Н.Г. Баклаенко [и др.] // Здравоохран. - 1999. - №5. - С. 25-35.

248. Оценка эффективности режимов антибактериальной терапии при осложненных формах воспалительных заболеваний органов малого таза / О.В. Макаров [и др.]. // Акуш. и гинекол. - 2002. - №5. - С. 19-24.

249. Павловский, Ю.В. Современные медицинские технологии, их роль и возможности внедрения / Ю.В. Павловский // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истор. мед. - 1999. - №2. - С. 31-32.

250. Парамонова, Н.С. Значение циркулирующих аутоантител в норме и при патологии / Н.С. Парамонова. - Гродно: ГрГМУ, 2008. - 214 с.

251. Паркхурст, Дж. О. Международные показатели материнского здоровья и страны со средним доходом населения: Россия / Дж. О. Паркхурст [и др.]. // Рус. мед. журн. - 2009. - №9. - С. 651-654.

252. Пересада, О.А. Направления улучшения репродуктивного здоровья женщин и снижения материнской смертности в Республике Беларусь / О.А. Пересада // Здоровье населения – основа благополучия страны: матер. V Респ. съезда организаторов здравоохр. Респ. Беларусь (Минск, 11-12 мая 2006 г.). /

МЗ РБ, Бел. ассоц. соц. - гиг. и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] - Минск, 2006. – С. 15–18.

253. Пересада О.А. Современная концепция невынашивания беременности: этиопатогенез, диагностика, профилактика и лечение: учеб. - метод. пособие / О.А. Пересада, И.Л. Дусь, А.М. Камлюк. - Минск: БелМАПО, 2005. - 69 с.

254. Перинатальная диагностика в улучшении исходов беременности / Г.М. Савельева [и др.]. // Журн. акуш. и жен. болезн. - 2000. - Т. XLIX, вып. 1. - С. 28-31.

255. Перинатальные исходы у беременных с инфекционными заболеваниями и плацентарной недостаточностью / В. Н. Серов [и др.]. // Акуш. и гинекол. - 2002. - №3. - С. 16-20.

256. Пилипцевич, Н.Н. Важнейшие исходные компоненты совершенствования деятельности отрасли здравоохранения / Н.Н. Пилипцевич, Т.П. Павлович // Здоровье населения – основа благополучия страны: матер. V Респ. съезда организаторов здравоохран. Респ. Беларусь (Минск, 11–12 мая 2006 г.) / МЗ РБ, Бел. ассоц. соц. – гиг. и организаторов здравоохран.; ред. совет: В.П. Руденко [и др.]. - Минск, 2006. - С. 30-36.

257. Пилипцевич, Н.Н. Современные подходы в организации медицинской помощи / Н.Н. Пилипцевич // Вопр. орг. и информ. здравоохран. - 1998. - №1. - С. 18-19.

258. Пилипцевич, Н.Н. Общественное здоровье и методы его изучения. Ч.2. Общественное здоровье / Н.Н. Пилипцевич, Л.П. Плахотя, И.Н. Мороз. - Минск: БГМУ, 2008. - 104 с.

259. Платонов, А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы / А.Е. Платонов. - М.: Изд. РАМН, 2000. - 52 с.

260. Плиш, А.В. Медико-экономическая модель управления ресурсосберегающими технологиями в здравоохранении / А.В. Плиш, В.С.

Глушанко / под ред. д.м.н., проф. В.С.Глушанко. - Витебск: ВГМУ, 2005. - 324 с.

261. Практическая гинекология (клинические лекции) // Под ред. В.И.Кулакова и В.Н.Прилепской. - М.: МЕДПРЕСС-информ. - 2001. - 715 с.

262. Практический справочник акушера-гинеколога: изд. третье, перераб. и доп. / Ю.В. Цвелев [и др.]. - СПб.: ООО «Изд-во Фолиант», 2001. - 576 с.

263. Прилепская, В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / В.Н. Прилепская. - М.: МЕД-пресс. - 2000. - 427 с.

264. Прилепская, В.Н. Инфекции в гинекологии. Особенности инфекционных процессов нижнего отдела половых путей. Возможности терапии препаратами для локального применения / В.Н. Прилепская // Гинекол. - 2002. - Т.2, №2. - С. 17-19.

265. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / О.Г. Фролова [и др.]; под ред.: Г. М. Бурдули, О. Г. Фроловой; НЦАГиП им. В. И. Кулакова Росмедтехнологий. - М.: Триада-Х, 2008. - 128 с.

266. Протопопова, Н.В. Роль перинатального центра в снижении материнской и перинатальной смертности в Иркутской области / Н.В. Протопопова // Акуш. и гинекол. - 2009. - №4. - С. 47-50.

267. Подонина, Н.М. Изменение структуры воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин за последние 10 лет по данным отделения гинекологии МУЗ ГKB №2 г. Кемерова / Н.М. Подонина, В.Д. Емельянова, Е.В. Уткин // Успехи совр. естествозн. - 2003. - №12. - С. 63-64.

268. Подходы к оценке рецепторов врожденного иммунитета / М.В. Хорева [и др.]. // Рос. иммунолог. журн. - 2008. - Т. 2(11), №2-3. - С. 151.

269. Поздеева, Т.В. К вопросу о мониторинге репродуктивного здоровья / Т.В. Поздеева, И.Ю. Самарцева, А.М. Абанин // Актуальные проблемы муниципального здравоохранения: матер. юбил. научн. - практ. конф., посв.

100-летию со дня основ. АМЛПУ «Центр. гор. больн.» (11 июня 2003 г.). - Арзамас, 2003. - С. 179-182.

270. Поздеева, Т.В. Современные студентки: оценка и формирование самосохранительного репродуктивного поведения / Т.В. Поздеева // Нижегородский мед. журн. - 2006. - №1. - С. 78-82.

271. Полоник, И.С. Здоровье человека – наивысшая социально-экономическая ценность общества и один из приоритетов государственной политики / И.С. Полоник // Вопр. организ. и информ. здравоохран. - 2006. - №2. - С. 11-15.

272. Принципы выбора антибиотика для лечения гнойно-септических заболеваний в оперативной гинекологии / С.Н. Буянова [и др.]. // Акуш. и гинекол. - 2001. - №3. - С. 6-10.

273. Радзинский, В.Е. Проблемы внедрения современных перинатальных технологий / В.Е. Радзинский, О.А. Кузнецова, И.Н. Костин // Вестн. РУДН. - 2003. - №1. - С. 7-10.

274. Региональные особенности воспроизводства и ранних потерь. Европейское лонгитудинальное исследование беременности и детства / А.А. Баранов [и др.]. - М., 2005. - 152 с.

275. Репродуктивное здоровье женщины и потомство в регионах с радиоактивным загрязнением: (Последствие аварии на ЧАЭС) / Под ред. М.В. Федоровой [и др.]. - М.: Медицина, 1997. - 393 с.

276. Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности: информационный бюллетень ЮНФПА / ЮНФПА, МЗ РБ. - Минск, 2001. - №1. - С. 4.

277. Решетников, А.В. Процессное управление в социальной сфере / А.В. Решетников. - М.: Медицина, 2001. - 503 с.

278. Роль раннего комплекса оздоровительных мероприятий в охране здоровья матерей и их детей / Т.С. Кривоногова [и др.]. // Рос. вест. перинатол. и педиатр. - 2009. - №3. - С. 14-19.

279. Рот, Г.З. Медицинские информационные системы : учеб. пособие / Г.З. Рот, М.И. Фихман, Е.И. Шульман. - Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2005. - 70 с.
280. Руководство по безопасному материнству. - М.: Триада-Х, 2000. - 531 с.
281. Руководство по планированию семьи / Под ред. В.Н. Серова. - М., 1997. - 297 с.
282. Руководство по тератологии / Под ред. Г.И. Лазюка. - М.: Медицина, 1991. - 350 с.
283. Руководство по эндокринологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. - М.: ООО «Мед. информ. Агентство», 2000. - 768 с.
284. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах: пер. с англ. Л.П. Симбиревой / М. Энкин [и др.]. - СПб.: Нормед-Издат., 1999. - 544 с.
285. Русакевич, П.С. Системный патогенетический подход к диагностике и лечению доброкачественных (фоновых) и предраковых заболеваний шейки матки / П.С. Русакевич. - Минск: Полифакт, 2005. - 268 с.
286. Савельева, Л.Г. Влияние здоровья на качество жизни студентов колледжей Юго-Западного административного округа г. Москвы / Л.Г. Савельева // Науч. тр. ГИУВ МО РФ. - М.: Изд-е Гос. ин-та усов. врачей МО РФ, 2006. - Т. V. - С. 22-23.
287. Савельева, Г.М. Значение дополнительных методов исследования в дифференциальной диагностике подострого аднексита / Г.М. Савельева, Л.В. Антонова, А.А. Евсеев // Акуш. и гинекол. - 1997. - №2. - С. 48-51.
288. Савельева, Г.М. Материнская смертность и пути ее снижения / Г.М. Савельева [и др.]. // Акуш. и гинекол. - 2009. - №3. - С. 11-15.
289. Савичева, А.М. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия / А.М. Савичева, М.А. Башмаков; под ред. Э.К. Айламазяна. - Н. Новгород, 1998. - 180 с.

290. Савченко, И.М. Клинико-физиологические аспекты патогенеза экстрагенитальной патологии / И.М. Савченко // Мед. новости. - 2001. - №3. - С. 13-17.
291. Савченко, И.М. Анализ неблагоприятных исходов у беременных с осложнениями беременности и родов на фоне экстрагенитальной патологии различной этиологии / И.М. Савченко // Мед. новости. - 2002. - №3. - С. 69-71.
292. Сафина, М.Р. Современная тактика лечения tuboовариальных абсцессов / М.Р. Сафина, Н.К. Кубасова // Мед. новости. - 2002. - №7. - С. 30-34.
293. Сидоренко, В.Н. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья у современной молодежи» / В.Н. Сидоренко. - Минск, 2009. - 198 с.
294. Сидорова, И.С. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. - М.: Знание, 2000. - 127 с.
295. Сидорова, И.С. Методы исследования при беременности и в родах. Стандартные и новые технологии: Учебное пособие / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
296. Синявский, В.М. Современные информационные технологии по экспертизе и контролю за рациональным использованием медикаментов в ЛПУ и ОМС / В.М. Синявский, Е.А. Филлипова, М.Н. Шишкин // Экон. здравоохран. - 1999. - №11-12. - С. 23-32.
297. Система иммунокоррекции при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных / В.И. Краснопольский [и др.]. // Рос. вестн. акуш. - гинекол. - 2004. - Т. 4, №1. - С. 55-60.
298. Скрипкин, Ю.К. Инфекции, передаваемые половым путем / Ю.К. Скрипкин, Г.Я. Шарапова, Г.Д. Селицкий. - М.: МЕДпресс. - 2001. - 369 с.
299. Склад, М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе метода стратегического планирования / М.С. Склад. - М.: ЦНИИОИЗ, 2008. - 192 с.

300. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. - М.: Мед. информ. агентство, 2002. - 430 с.

301. Современные тенденции и прогноз демографической ситуации и воспроизводства населения в Республике Беларусь / Л.Н. Ломать [и др.]. // Здоровье населения – основа благополучия страны: матер. V Респ. съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь (Минск, 11-12 мая 2006 г.) / МЗ РБ, Бел. ассоц. соц.-гиг. и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.]. - Минск, 2006. - С. 174-176.

302. Современные тенденции изменения поведения населения Беларуси в сторону здорового образа жизни / А.С. Секач [и др.]. // Здоровье населения – основа благополучия страны: матер. V Респ. съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь (Минск, 11-12 мая 2006 г.) / МЗ РБ, Бел. ассоц. соц. - гиги. и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.]. - Минск, 2006. - С. 290-293.

303. Состояние здоровья молодежи по данным социально-гигиенического мониторинга / М.В. Яковлева [и др.]. // Здоровье населения – основа благополучия страны: матер. V Респ. съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь (Минск, 11-12 мая 2006 г.) / МЗ РБ, Бел. ассоц. соц. - гиги. и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.]. - Минск, 2006. - С. 334–336.

304. Соколова, Г.А. Функции эндокринной и иммунной систем при хроническом кандидозе наружных гениталий у женщин / Г.А. Соколова, З.О. Караев, Р.Е. Хачатурян // Акуш. и гинекол. - 1989. - №7. - С. 52-54.

305. Сорокина, С.Э. Определение экономической эффективности здравоохранения как путь оптимизации деятельности отрасли. Критерии эффективности в перинатологии / С.Э. Сорокина // Вопр. организ. и информ. здравоохранения. - 2005. - №1. - С. 14-18.

306. Состояние здоровья новорожденных, родившихся у женщин с плацентарной недостаточностью и инфекцией / Е.Н. Байбарина [и др.]. // Рос. вест. перинатол. и педиатр. - 2009. - №5. - С. 14-19.

307. Способ дифференциальной диагностики заболеваний внутренних половых органов у женщин путем исследования перитонеальной жидкости и сыворотки крови: Инстр. по применению / А.Л. Гурин [и др.]. - Гродно, 2003. - 17 с.
308. Станишевская, Л.С. Теоретические основы демографической безопасности / Л.С. Станишевская // Белор. экономика: анализ, прогноз, регулирование. - 2005. - №5. - С. 36–42.
309. Старостина, Т.А. Роль женской консультации в снижении материнской смертности / Т.А. Старостина, О.Г. Фролова // Акуш. и гинекол. - 1990. - №10. - С. 9-11.
310. Степанковская, Г.К. Послеродовые инфекции / Г.К. Степанковская, С.Я. Сольский. - Киев: Здоров'я, 1989. - 136 с.
311. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / А.Н. Стрижаков, Н.М. Подзолкова. - М.: Медицина, 1996. - 256 с.
312. Султанаева, З.М. Некоторые аспекты репродуктивного здоровья женщин в Республике Башкортостан /З.М. Султанаева // Проф. медицина. - 2009. - №3. -С. 11-13.
313. Сурмач, М.Ю. Медицинские и поведенческие аспекты репродуктивного потенциала молодежи Беларуси: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / М.Ю. Сурмач; Гродн. гос. мед. ун-т. - Гродно, 2007. - 192 с.
314. Сухарева, Л.М. Гигиенические аспекты физического развития и формирования репродуктивного здоровья у девочек школьного возраста / Л.М. Сухарева [и др.]. / Вест. РАМН. - 2009. - №5. - С. 11-15.
315. Сухих, Г. Т. Иммунология беременности / Г. Т. Сухих, Л. В. Ванько. - М.: Издательство РАМН. - 2003. - 400 с.
316. Тажиева, А.Е. Социально-гигиенические аспекты первичной профилактики гинекологических заболеваний и акушерской патологии / А.Е. Тажиева // Гигиена, эпидемиология және иммунология. - Алматы, 2004. - №4. - С. 36-39.

317. Тасова, З.Б. О репродуктивном поведении первокурсников учреждений профессионального образования Омска / З.Б. Тасова // Рос. вест. акуш. - гинекол. - 2009. - №2. - С. 59-61.
318. Телешова, Л.Ф. Механизм противoinфекционной защиты репродуктивного тракта женщин / Л.Ф. Телешова, В.Ф. Долгушина, И.И. Долгушин // Журн. микробиол. - 1998. - №4. - С. 85-90.
319. Тихомиров, А.Л. Репродуктивные аспекты гинекологической практики / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин, В.Н. Юдаев; под ред. А.Л. Тихомирова. - М., 2002. - 222 с.
320. Тищенко, Е.М. Методика расчета экономического эффекта от дополнительно рожденной и сохраненной жизни / Е.М. Тищенко, М.Ю. Сурмач // Инструкция по применению. – Гродно: ГрГМУ, 2008. - 8 с.
321. Тютюник, В.Л. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при плацентарной недостаточности инфекционного генеза / В.Л. Тютюник // Акуш. и гинекол. - 2004. - №5. - С. 11-17.
322. Уварова, Е.В. Проблемы репродуктивного здоровья девочек России / Е.В. Уварова // Справочн. фельдш. и акушер. - 2009. - №1. - С. 7-14.
323. Уварова, Е.В. Влагалище как микрoэкоcистема в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии (обзор литературы) / Е.В. Уварова, Ф.Ш. Султанова // Гинекол. - 2002. - Т.4, №4. - С. 36-38.
324. Устюжанина, Л.А. Патология шейки матки при хламидийной инфекции. Возможности комплексной терапии / Л.А. Устюжанина, В.Н. Прилепская // Акуш. и гинекол. - 2000. - № 5. - С. 20-22.
325. Утка, В.Г. О состоянии здоровья населения Брянской области / В.Г. Утка, С.А. Леонов // Пробл. управл. здравоохран. – 2007. - № 6. - С. 59-64.
326. Уткин, Е.В. Современные особенности клинического течения воспалительных заболеваний придатков матки / Е.В. Уткин, В.А. Кулавский // Акт. вопр. акуш. и гинекол. - Красноярск, 2008. - С. 146-149.

327. Характеристика вагинальной микрофлоры при внутриматочной контрацепции / О.В. Бухарин [и др.]. // Журн. микробиол. - 1999. - №4. - С. 63-65.
328. Харкевич, О.Н. Совершенствование медицинской помощи беременным женщинам / О.Н. Харкевич. - Минск: БГУ, 2001. - 178 с.
329. Харкевич, О.Н. Системный подход к оценке эффективности деятельности родовспомогательных учреждений / О.Н. Харкевич, Р.А. Часнойть, В.А. Лискович // Охр. матер. и детства. - 2001. - №3. - С. 15-17.
330. Хворик, Д.Ф. Проявления хламидийной инфекции у женщин / Д.Ф. Хворик [и др.]. // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. - 2006. - №2. - С. 62-64.
331. Хворик, Д.Ф. Программа междисциплинарного реагирования на инфекции, передаваемые половым путем (выявление, диагностика, лечение, диспансеризация и профилактика) / Д.Ф. Хворик, В.М. Цыркунов // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и ИППП: матер. науч. - практ. респ. конф. - Минск, 2006. - С. 134-138.
332. Хмельницкий, О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний / О.К. Хмельницкий. - СПб., 1994. - 408 с.
333. Хмельницкий, О.К. Характеристика гормонально-иммунного статуса при воспалительных заболеваниях репродуктивной системы женщин / О.К. Хмельницкий, Б.И. Глуховец // Архив патол. - 1990. - Т. 52, вып. 11. - С. 5-9.
334. Хрипунова, Г.И. Репродуктивное и соматическое здоровье девочек-подростков (по данным профосмотров в Центральной детской поликлинике МВД России за 2008 год) / Г.И. Хрипунова, О.А. Бухонина // Мед. вест. МВД. - 2009. - №3. - С. 43-46.
335. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ: пер. с англ. / Дх.-О. Ким [и др.]. // Под. ред. И.С. Енюкова. - М.: Финансы и статистика, 1989. - 312 с.

336. Филиппов, О.С. Многоуровневая система организации акушерской помощи и показатель материнской смертности / О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Здравоохран. - 2009. - №7. - С. 29-37.
337. Филиппова, Т.Ю. Медико-организационные аспекты реализации холистической модели охраны репродуктивного здоровья населения / Т.Ю. Филиппова // Рос. вест. акуш. - гинекол. - 2006. - Т.6, №1. - С. 16-19.
338. Фролова, О.Г. Репродуктивные потери (новые методы анализа и оценки) / О.Г. Фролова, Т.Н. Пугачева, С.В. Глиняная // Здравоохран. Рос. Федер. - 1994. - №2. - С. 25-28.
339. Царегородцев, А.Д. Компьютерные системы анализа младенческой и перинатальной смертности / А.Д. Царегородцев, Л.С. Балева, Б.А. Кобринский // Нижегородский мед. журнал. - 2002. - №1. - С. 25-27.
340. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции: Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. - СПб.: Элби СПб, 2002. - 352 с.
341. Часнойть, Р.А. Проблемы и пути повышения эффективности функционирования системы здравоохранения на современном этапе / Р.А. Часнойть // Мед. новости. - 2002. - № 10. - С. 37-43.
342. Часнойть, Р.А. Опыт Гродненской области по профилактике непланируемой беременности / Р.А. Часнойть, В.А. Лискович // Рецепт. - 2000. - №6. - С. 91-93.
343. Чембарцева, Н.Я. Моделирование и прогнозирование состояния здоровья новорожденных по медико-социальным факторам риска: монография / Н.Я. Чембарцева, Г.Я. Клименко, О.Н. Чопоров. - Воронеж, 2006. - 133 с.
344. Черняховский, О.Б. Внутриутробные инфекции у новорожденных, факторы риска / О.Б. Черняховский [и др.]. // Рос. вест. перинатол. и педиатр. - 2009. - №1. - С. 88.
345. Чеченин, Г.И. Информационное обеспечение комплексных социально-гигиенических исследований / Г.И. Чеченин // Мед. труда и пром. экол. - 2001. - № 7. - С. 6-10.

346. Шарабчиев, Ю.Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю.Т. Шарабчиев, Т.В.Дудина // Мед. новости. – 2009. - №12. - С. 6-12.

347. Шаршакова, Т.М. Социально-организационные проблемы формирования окружающей среды / Т. М. Шаршакова, Л. М. Злотникова, Л. Г. Соболева // Современное состояние растительного и животного мира стран еврорегиона «Днепр», их охрана и рациональное использование. - Гомель, 2007. - С. 197-202.

348. Шехтман, М.М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных / М.М. Шехтман, Т.М. Варламова, Т.М. Бурдули. - М.: Триада - X, 2001. - 128 с.

349. Шкарин, В.В. Изучение самосохранительного поведения студентов как основа профилактических программ / В.В. Шкарин, Т.В. Поздеева // Нижегородский мед. журн. - 2007. - №4. - С. 87-90.

350. Щавелева, М.В. Реформы здравоохранения: шаги к укреплению здоровья / М.В. Щавелева, Э.А. Вальчук, Т.Н. Глинская // Мед. новости. - 2009. - №13. - 29-31.

351. Эволюция микробов и ее медицинское значение / Л.П. Титов [и др.]. // Здравоохран. - 2002. - №8. - С. 30-36.

352. Этиологическая структура внутрибольничных гнойно-септических инфекций и принципы их бактериологической диагностики / А.А. Адарченко [и др.]. // Здравоохран. - 2003. - №10. - С. 39-42.

353. Этиопатогенез невынашивания беременности /Э.К. Малдыбаева [и др.]. // Наука и нов. технол. - 2006. - №3-4. - С. 205-207.

354. Юрьев, В.К. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, в Ленинградской области: прошлое, настоящее, будущее / В.К. Юрьев, Д.В. Заславский, Б.Н. Никифоров. - СПб., 2008. - 160 с.

355. Юрьев, В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для студ. интернов, аспирантов, ординаторов педиатр. фак. / В.К. Юрьев, Г.И. Куценко. - СПб.: Петрополис, 2000. - 914 с.

356. Юсупова, А.Н. 20 лет инициативе ВОЗ «Безопасное материнство» в России / А.Н. Юсупова, З.З. Токова // Здравоохран. Рос. Федерац. - 2009. - №3. - С. 25-30.
357. Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза // В.В. Яглов / Гинекол. - 2001. - Т. 1, №3. - С. 40-43.
358. Яковлев, С.В. Антимикробная химиотерапия / С.В. Яковлев. – М.: АО «Фармарус», 1997. - 193 с.
359. Яковлев, С.В. Формуляр антибактериальной терапии и профилактики инфекций в акушерстве и гинекологии / С.В. Яковлев // Антибиот. и антимикр. терап. - 1999. - Т. 1, №3. - С. 23-26.
360. Яковлев, С.В. Антибактериальная терапия в таблицах / С.В. Яковлев, В.П. Яковлев / Consilium medicum. - 1999. - Т. 1, №1. - С. 25-33.
361. Abdel-Haq, N. Mycoplasma hominis scalp abscess in the newborn / N. Abdel-Haq, B. Asmar, W. Brown // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2002. - Vol. 21. - P. 1171-1173.
362. A case-control study of chorioamnionic infection and histologic chorioamnionitis in prematurity / S. L. Hillier [et al.]. // N. Engl. J. Med. - 1988. - Vol. 319. - P. 972-978.
363. A cost minimization of heart failure therapy with bisoprolol in the French setting: an analysis from CIBIS trial data. Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study / P. Levy [et al.]. // Card. Dr. Ther. - 1998. - Vol. 12, №3. – P. 301-5.
364. Agarwal, A.K. Pneumococcal and gonococcal peritonitis due to vaginitis / A.K. Agarwal, W.A. Wilmer, W.H. Bay / Perit. Dial. Int. - 2002. - Vol. 22, №6. - P. 731-732.
365. Ahmed, F. Anaemia and vitamin A deficiency in poor urban pregnant women of Bangladesh / F. Ahmed, I. Mahmuda, A. Sattar // Asia Pac. J. Clin. Nutr. - 2003 - Vol. 12, №4. - P. 460-466.
366. Al-Younes, H.M. Interaction of Chlamydia trachomatis Serovar L2 with the Host Autophagic Pathway / H.M. Al-Younes, V. Brinkmann, T.F. Meyer // Infect. Immun. - 2004. - Vol. 72. - P. 4751-62.

367. American Academy of Pediatrics. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and SIDS // Pediatrics. – 1992. - Vol. 89. – P. 1120-1126.
368. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn. Guidelines for prevention of group B streptococcal (GBS) infection by chemoprophylaxis // Pediatrics. – 1992. – Vol. 90. - P. 775-778.
369. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Hemophilus influenza type by conjugate vaccine // Pediatrics. - 1988. - Vol. 81. - P. 908-911.
370. Anaerobic bacteria in nonspecific vaginitis / C.A. Spiegel [et al.]. // N. Engl. J. Med. - 1980. - Vol. 303. - P. 601-607.
371. Anagrus, C. Chlamydia-like symptoms can have another etiology. Mycoplasma genitalium - an important and common sexually transmitted disease / C. Anagrus, B. Lore // Lakartidningen. - 2002. - Vol. 99. - P. 4854-4855.
372. Anagrus, C. Mycoplasma genitalium: prevalence, clinical significance, and transmission / C. Anagrus, B. Lore, J.S. Jensen // Sex. Transm. Infect. - 2005. - Vol. 81. - P. 458-462.
373. Annells, M.F. Polymorphisms in immunoregulatory genes and the risk of histologic chorioamnionitis in Caucasoid women: a case control study / M.F. Annells, Ch.G. Mullighan, S.L. Heatley // B. M. C. Pregnancy Childbirth. - 2005. - Vol. 5. - P. 4.
374. Antepartum cultures for Ureaplasma urealyticum are not useful in predicting pregnancy outcome. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group / J.C. Carey [et al.]. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1991. - Vol. 164. - P.728-733.
375. Antibodies to Ureaplasma urealyticum in women with intraamniotic infection and adverse pregnancy outcome / S.Horowitz [et al.]. // Act. Obstet. Gynecol. Scand. - 1995. - Vol. 74. - P. 132-136.
376. Aplin, J.D. The cell biology of human implantation / J.D. Aplin // Placenta. – 1996. - Vol. 17. - P. 269-275.

377. Arias, F. Placental histology and clinical characteristics of patients with preterm premature rupture of membranes / F. Arias, L. Radriguez, S.C Rayne // *Obstet. Gynecol.* - 1997. - Vol. 89. - P. 265-271.
378. Arntzen, K.J. TNF, IL-1, IL-6, IL-8 and soluble TNF receptors in relation to chorioamnionitis and premature labor / K.J. Arntzen, A.M. Kjollesdal, J. Halgunset // *J. Perinat. Med.* - 1998. - Vol. 26. - P. 17-26.
379. Arthur, C.R. Breastfeeding education, treatment, and referrals by female physicians / C.R. Arthur, R. Saenz, W.H. Replogle // *J. Hum. Lact.* - 2003. - Vol. 19, №3. - P. 303-309.
380. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group / S. L. Hillier [et al.]. // *N. Engl. J. Med.* - 1995. - Vol. 333. – P. 1737-1742.
381. Association between *Mycoplasma genitalium* and acute endometritis / C.R. Cohen [et al.]. // *Lancet.* - 2002. - Vol. 359. – P. 765-766.
382. Association of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* with some indicators of nonspecific vaginitis / L. Cedillo-Ramirez [et al.]. // *Rev. Latinoam. Microbiol.* - 2000. - Vol. 42. - P. 1-6.
383. Association of post-cesarean delivery endometritis with colonization of the chorioamnion by *Ureaplasma urealyticum* / W.W. Andrews [et al.]. // *Obstet. Gynecol.* - Vol.85. - P. 509-514.
384. Association of *Ureaplasma urealyticum* (biovar 2) with nongonococcal urethritis / T. Deguchi [et al.]. // *Sex. Transm. Dis.* - 2004. - Vol. 31. - P. 192-195.
385. Association of *Ureaplasma urealyticum* in the placenta with perinatal morbidity and mortality / R.B. Kundsinn [et al.]. // *N. Engl. J. Med.* - 1984. - Vol. 310. - P. 941-945.
386. A systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand / M.E. Seddon [et al.]. // *Quality in health care.* – 2001. - Vol. 10. – P. 152-158.

387. Baier, R.J. Failure of erythromycin to eliminate airway colonization with *Ureaplasma urealyticum* in very low birth weight infants / R.J. Baier, J. Loggins, T.E. Kruger [et al.]. // B. M. C. Pediatr. - 2003. - Vol. 3. - P. 10.
388. Baird, D. The causes and prevention of stillbirths and first week deaths / D. Baird, J. Walker, A.M. Thomson // J. Obstet. Gynaecol. Br. Comm. - 1954. - Vol. 61. - P. 433.
389. Baker, J.E. Community hospitals in Oxfordshire: their effect on the use of specialist inpatient services / J.E. Baker, M. Goldacre, J.A. Muir Gray // J. Epid. Com. Health. - 1986. - Vol. 40. - P. 117-120.
390. Baker, R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations / R. Baker // Br. J. Gen. Pr. - 1996. - Vol. 46. - P. 601-605.
391. Balcarek, K.B. Neonatal screening for congenital CMVI by defenition of viruses in saliva / K.B. Balcarek, W. Warren // J. Inf. Dis. - 1993. - Vol. 167, №6. - P. 1433-1436.
392. Banerji, D. Primary health care: selective or comprehensive? / D. Banerji // W. Health F. - 1984. - Vol. 5. - P. 312-315.
393. Bartlett, I.G. Bacterial flora of the vagina: quantitative study / I.G. Bartlett, B.F. Polk // Rev. Infect. Dis. - 1984. - Vol. 6. - P. 67-72.
394. Bedregal, P. Paquete básico de prestaciones basados en evidencia para el nivel primario de atención: una propuesta [Evidence-based basic package for primary care services: a proposal] / P. Bedregal, R.A. Atun, N. Bosanquet // Rev. Med. Ch. - 2000. - Vol. 128. - P. 1031-1038.
395. Been, J.V. Histological chorioamnionitis and respiratory outcome in preterm infants / J.V. Been, L.J.I. Zimmermann // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed. - 2009. - Vol. 94. - P. 218-225.
396. Berman, J.M. Low birth weights, prematurity and endometritis association with prenatal infection / J.M. Berman, B.V. Harrison // JAMA. - 1987. - Vol. 257, №4. - P. 1189-1194.

397. Biovar diversity of *Ureaplasma urealyticum* in amniotic fluid: distribution, intrauterine inflammatory response and pregnancy outcomes / M. Kim [et al.]. // *J. Perinat. Med.* - 2003. - Vol. 31. - P. 146-152.
398. Boerma, W.G.W. Service profiles of general practitioners in Europe / W.G.W. Boerma, J. Van Der Zee, D. Fleming // *Br. J. Gen. Pr.* - 1997. - Vol. 47. - P. 481-486.
399. Bonita, Ruth Basic epidemiology / R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellstrom. -2th. ed. - Geneva: WHO, 2006. - 225 p.
400. Borch-Christensen, H. The Nordi Baltic perinatal death classification / H. Borch-Christensen // *Act. Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* - 1997. - Vol. 164. - P. 40-42.
401. Boris, S., Barbes C. Role played by lactobacilli in controlling the population of vaginal pathogens / S. Boris, C. Barbes // *Microbes Infect.* - 2000. - Vol. 2, №5. - P. 543-546.
402. Bowden, F.J. *Trichomonas vaginalis* epidemiology: parameterising and analysing a model of treatment interventions / F.J. Bowden, G.P. Garnett // *Sex. Transm. Infect.* - 2000. - Vol. 76. - P. 248-256.
403. Brown, Z.A. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time labor / Z.A. Brown // *N. Engi. J. Med.* - 1991. - Vol. 324. - P. 1247-1252.
404. Brunelle, B.W. The ompA Gene in *Chlamydia trachomatis* Differs in Phylogeny and Rate of Evolution from Other Regions of the Genome / B.W. Brunelle, G.F. Sensabaugh // *Infect. Immun.* - 2006. - Vol.74. - P.578-85.
405. Burton, J.P. Improved understanding of the bacterial vaginal microbiota of women before and after probiotic instillation / J.P. Burton, P. Cadieux, G. Reid // *Appl. Envi-ron Microbiol.* - 2003. - Vol. 69. - P. 97-101.
406. Caselli, D. Congenital double infection by human immunodeficiency virus and human cytomegalovirus / D. Caselli, A. Maccabrini, M. Furione // *Pediatr. Infect. J.* - 1993. - Vol.12, №6. - P. 533-535.

407. Chembartseva, N.J. Frequency and structure of fetal anomalies in Voronezh / N.J. Chembartseva, I.V. Chembartseva // XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. – Washington: Book of Abstracts, 2000. - P. 39.
408. Child and adolescent health and development. Progress report 2004. - Geneva: WHO, 2005. -75 p.
409. Chlamydial persistence: beyond the biphasic paradigm / R.J. Hogan [et al.]. // Infect. Immun. - 2004. - Vol.72. - P. 1843-55.
410. Chorioamnionitis: its association with pregnancy outcome and microbial infection / P.A. Quinn [et al.]. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1987. - Vol. 156. - P. 379-387.
411. Chorioamnionitis, mechanical ventilation, and postnatal sepsis as modulators of chronic lung disease in preterm infants / L.J. Van Marter [et al.]. // J. Pediatr. -2002. - Vol. 140. - P. 171-176.
412. Choriodecidual Inflammation: A Harbinger of the Preterm Labor Syndrome / P.L. Grigsby [et al.]. // Repr. Sc. - 2010. - Vol. 17. - P. 85-94.
413. Chronic Ureaplasma urealyticum amnionitis associated with abruptio placentae / W. Foulon [et al.]. // Obstet. Gynecol. - 1986. - Vol. 68. - P. 280-282.
414. Cleavage of host keratin 8 by a Chlamydia-secreted protease / F. Dong [et al.]. // Infect. Immun. - 2004. - Vol. 72. - P. 3863-8.
415. Cnattingius, S. Early pregnancy screening for intrauterine growth retardation / S.Cnattingius // Early Hum. Dev. - 1984. - Vol. 10. - P. 365-370.
416. Colonization and transmission of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis from mothers to full and preterm babies by normal vaginal delivery / K.B. Chua [et al.]. // Med. J. Malaysia. - 1999. - Vol. 54. - P. 242-246.
417. Colonization by Ureaplasma urealyticum and chronic lung disease in premature newborn infants under 32 weeks of gestation / A. Galetto Lacour [et al.]. // Arch. Pediatr. - 2001. - Vol. 8. - P. 39-46.
418. Comparison of polymerase chain reaction assay with culture for detection of genital mycoplasmas in perinatal infections / N. Luki [et al.]. // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. - 1998. - Vol.17. - P. 255-263.

419. Control of the microbial flora of the vagina by H₂O₂ - generating lactobacilli / S.J. Klebanoff [et al.]. // J. Infect. Dis. - 1991. - Vol. 169. - P. 94-109.
420. David, E. Clinics in Obstetrics and Gynecology, infection in obstetrics / E. David // Co Ltd. London, 1983. - 151 p.
421. David, F. C. Predicting spontaneous preterm birth / F.C. David // B. Medic. J. - 2002. - Vol. 132. - P. 134-138.
422. Davis, K. The Danish health system through an American Lens / K. Davis // Health pol. - 2002. - Vol. 59. - P. 119-132.
423. Debattista, J. Immunopathogenesis of chlamydia trachomatis infections in women / J. Debattista, P. Timms, J. Allan // Fertil. Steril. - 2003. - Vol. 79, №6. - P. 1273-87.
424. Degradation of the proapoptotic proteins Bik, Puma, and Bim with Bcl-2 domain 3 homology in Chlamydia trachomatis-infected cells / F. Dong [et al.]. // Infect. Immun. - 2005. - Vol. 73. - P. 1861-4.
425. Deguchi, T. Mycoplasma genitalium: another important pathogen of nongonococcal urethritis / T. Deguchi, S. Maeda // J. Urol. - 2002. - Vol. 167. - P. 1210-1217.
426. Detection of bacterial vaginosis-related organisms by real-time PCR for Lactobacilli, Gardnerella vaginalis and Mycoplasma hominis / M.R. Zariffard [et al.]. // FEMS Immunol. Med. Microbiol. - 2002. - Vol. 34. - P. 277-281.
427. Detection of Mycoplasma genitalium in the genitourinary tract of women by the polymerase chain reaction / H.M. Palmer [et al.]. // Int. J. STD AIDS. - 1991. - Vol. 2. - P. 261-263.
428. Detection of Ureaplasma urealyticum by polymerase chain reaction in the urogenital tract of adults, in amniotic fluid, and in the respiratory tract of newborns / A. Blanchard [et al.]. // Clin. Infect. Dis. - 1993. - Vol. 17. - P. 148-153.
429. Diagnostic assessment of Mycoplasma genitalium in culture-positive women / J.B. Baseman [et al.]. // J. Clin. Microbiol. - 2004. - Vol. 42. - P. 203-211.

430. Differential Regulation of Inflammatory Cytokine Secretion by Human Dendritic Cells upon Chlamydia trachomatis Infection / A. Gervassi [et al.]. // Infect. Immun. - 2004. - Vol. 72. - P. 7231-9.
431. Disseminated Mycoplasma fermentans in AIDS patients: several case reports / J.G. Ainsworth [et al.]. // Int. J. STD AIDS. - 2000. - Vol. 11. - P. 751-755.
432. Ditfurth, M.V. Der immunologisch begynte fruhabort / M.V. Ditfurth, U. Kuhn // Geburtsh. U. Perinat. - 1989. - Vol. 193. - P. 247-250.
433. Dodson, M.G. Microorganisms and premature labor / M.G. Dodson, S.J. Fortunato // J. Reprod. Med. - 1988. - Vol.33, №1 - P. 87-96.
434. Donders, G.G. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion / G.G. Donders, B. Bulck, J. Caudron // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2000. - Vol.183. - P. 431-437.
435. Dudley, D.J. Pre-term labor: an intra-uterin inflammatory respons syndrome? / D.J. Dudley // J. Reprod. Immunol. - 1998. - Vol. 36, №1-2. - P. 93-109.
436. Eddy, D.M. What Care Is Essential? What Services Are Basic? / D.M. Eddy // J. Am. Med. Assoc. // 1991. - Vol. 265. - P. 786-788.
437. Eschenbach, D.A. Bacterial vaginosis: Emphasis on Upper Genital Tract Complications / D.A. Eschenbach // Obstet. Gyn.Clin. Nort. Am. - 1989. - Vol.16, №3. - P. 593-610.
438. Evidence-based medicine and cost-effectiveness / G.C. Brown [et al.]. // J. Health Care Finance. - 1999. - Vol. 26. - P. 14-23.
439. Falk, L. Signs and symptoms of urethritis and cerviicitis among women with or without Mycoplasma genitalium or Chlamydia trachomatis infection / L. Falk, H. Fredlund, J.S. Jensen // Sex. Transm. Infect. - 2005. - Vol. 81. - P. 73-78.
440. Fari, A. Les infection en gynecologie / A. Fari // J. Ginec. Obstet. Biol. Reprod. - 1983. - Vol. 12, №2. - P. 225-241.
441. Faro, S. Antibiotic usage in pelvic infections / S. Faro // J. Reprod. Med. - 1988. - Vol. 33. - P. 566-576.

442. Garry, D. A comparison of rapid amniotic fluid markers in the prediction of microbial invasion of the uterine cavity and preterm delivery / D. Garry, R. Figuerosa // *Am. J. Obstetr. Gynecol.* - 1996. - Vol. 175, №5. - P. 1336-1341.
443. General practice in urban and rural Europe: The range of curative services / G. Wienke [et al.]. // *Soc. Sc. Med.* - 1998. - Vol. 47. - P. 445-453.
444. Genetic heterogeneity of *Mycoplasma hominis* clinical isolates detected during observation of patients with recurrent urogenital inflammation / A.E. Soroka [et al.]. // *Bull. Exp. Biol. Med.* - 2001. - Vol. 132, №1. - P. 663-665.
445. Genital mycoplasmas in preterm infants: prevalence and clinical significance / S. Izraeli [et al.]. // *Eur. J. Pediatr.* - 1991. - Vol. 150. - P. 804-807.
446. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States / W.P. Welch [et al.]. // *N. Eng. J. Med.* - 1993. - Vol. 328. - P. 621-627.
447. Germain, A.M. Preterm labor: placental pathology and clinical correlation / A.M. Germain, J. Carvajal, M. Sanchez // *Obstet. Gynecol.* - 1999. - Vol. 94, №2. - P. 284-293.
448. Gibbs, R.S. A review of premature birth and subclinical infection / R.S. Gibbs // *Clin. Perinatal.* - 1995. - Vol. 22, №2. - P. 281-342.
449. Giese, K.-P. Chlamydieninfektionen und pelviskopische Befunde / K.-P. Giese // *Zbl. Gynak.* - 1987. - Vol. 109, №5. - P. 295-300.
450. Ghidini, A. Antenatal corticosteroids and placental histology in preterm birth / A. Ghidini, J. C. Pezzullo // *Placenta.* - 2001. - Vol. 22, №5. - P. 412-419.
451. Gomez, R. Prematur labor and intra-amniotic infection clinical aspects and role of the cytokines in diagnostics and pathophysiology / R. Gomes, F. Chezzi, R. Romero // *Clin. Perinatal.* - 1995. - Vol. 22, №2 - P. 281-342.
452. Goncalves, L.F. Intrauterine infection and prematurity / L.F. Goncalves, T. Chaiworapongsa, R. Romero // *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* - 2002. - Vol. 8. - P. 3-13.

453. Granata, A.V. Using cost-effectiveness analysis to make optimal decisions / A.V. Granata, A.L. Hillman // *Ann. Int. Med.* - 1998. - Vol. 128. - P. 56-63.
454. Gray, Y. Xanthogranulomatous salpingitis and oophoritis: a case report and review of the literature / Y. Gray, N.P. Libbey // *Arch. Pathol. Lab. Med.* - 2001. - Vol. 125, №2. - P. 260-263.
455. Greci, L.S. Is amniotic fluid analysis the key to preterm labor? A model using interleukin-6 for predicting rapid delivery / L.S. Greci, G.J. Gilson, B. Nevils // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 1998. - Vol. 179. - P. 172-178.
456. Grenabo, L. Urinary infection stones caused by *Ureaplasma urealyticum*: a review / L. Grenabo, H. Hedelin, S. Pettersson // *Scand. J. Infect. Dis. Suppl.* - 1988. - Vol. 53. - P. 46-49.
457. Guerina, N.G. Management strategies for infections diseases in pregnancy / N.G. Guerina // *Semin. Perinatol.* - 1994. - Vol. 18, №4. - P. 305-320.
458. Haefner, H.K. Current evaluation and management of vulvovaginitis / H.K. Haefner // *Clin. Obstet. Gynecol.* - 1999. - Vol. 42, №2. - P. 184-195.
459. Harder, J.U. Etiology of recurrent pregnancy loss and outcome of subsequent pregnancies / J.U. Harder, D.F. Archer // *Obstet. Gynecol.* - 1983. - Vol. 62. - P. 274-581.
460. Hay, P.E. Diagnosis of bacterial vaginosis in a gynaecology clinic / P.E. Hay, D. Taylor-Robinson, R.F. Lamont // *Brit. J. Obstet. Gynaec.* - 1992. - Vol. 99, №1. - P. 63-66.
461. Health and Health Behaviour among Young People. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents/ International Report. - Denmark, 2000. - 133 p.
462. Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study: Research Protocol for the 2001/2002 Survey. - HBSC International Centre. - Scotland, 2001. - 362 p.
463. Heat Shock Protein 60 Is the Major Antigen Which Stimulates Delayed-Type Hypersensitivity Reaction in the Macaque Model of *Chlamydia trachomatis*

Salpingitis / A.B. Lichtenwalner [et al.]. // Infect. Immun. - 2004. - Vol. 72. - P. 1159-61.

464. Hitti, J. Amniotic fluid infection, cytokines, and adverse outcome among infants at 34 weeks' gestation or less / J. Hitti, P. Tarczy-Hornoch // Obstet. Gynecol. - 2001. - Vol. 98, №6. - P.1080-1088.

465. Holt, J. Perinatal deaths in Norwegian county 1986–96 classified by the Nordic-Baltic perinatal classification: Geographical contrasts as a basis for quality assessment / J.Holt // Act. Obstet. Gynecol. Scand. - 2000. - Vol. 79. - P. 107-112.

466. Holst, E. Bacterial vaginosis: microbiological and clinical findings / E. Holst, B. Wathne // Eur. J. Clin. Microbiol. - 1987. - Vol. 6, №2. - P. 536-541.

467. Horner, P. The case for further treatment studies of uncomplicated genital Chlamydia trachomatis infection / P. Horner // Sex. Transm. Infect. – 2006. - Vol. 82. - P. 340-343.

468. Human antibody responses to a Chlamydia-secreted protease factor / J. Sharma [et al.]. // Infect. Immun. - 2004. - Vol. 72. - P.7164-71.

469. Jansone, M. Perinatal problems and quality assurance in Latvia – a country in economic transition / M. Jansone, G. Lazdane // Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. - 1997. - Vol. 164. - P. 31-33.

470. Jensen, J.S. Mycoplasma genitalium: the aetiological agent of urethritis and other sexually transmitted diseases / J.S. Jensen // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. - 2004. - Vol. 18. - P. 1-11.

471. Johansen, K.S. Quality development in perinatal care – the OBSQID project. OB Stetrical Quality Indicators and Data / K.S. Johansen, M. Hod // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 1999. - Vol. 64, №2. - P. 167-72.

472. Johnson, R.M. Murine Oviduct Epithelial Cell Cytokine Responses to Chlamydia muridarum Infection Include Interleukin-12-p70 Secretion / R.M. Johnson // Infect. Immun. - 2004. - Vol. 72. - P.3951-60.

473. Joste, N.E. Histology and Ureaplasma urealyticum culture in 63 cases of first trimester abortion / N.E. Joste, R.B. Kundsinn, D.R. Genest // Am. J. Clin. Pathol. - 1994. - Vol. 102. - P. 729-732.

474. Jun, J.K. Interleukin 6 determinations in cervical fluid have diagnostic and prognostic value in preterm premature rupture of membranes / J.K. Jun, B.H. Yoon, R. Romero // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2000. - Vol. 183, № 4. - P. 868-873.
475. Impact of introducing near patient testing for standard investigations in general practice / E. Rink [et al.]. // *B. M. J.* - 1993. - Vol. 307. - P. 775-778.
476. Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: Risk factors and severity / A. Duerr [et al.]. // *Obstet. Gynecol.* - 2003. - Vol. 101, №3. - P. 548-556.
477. Infection with *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* and the development of chronic lung disease in preterm infants / R. Iles [et al.]. // *Acta Paediatr.* - 1996. - Vol. 85. - P. 482-484.
478. Influence of labor induction on obstetric outcomes in patients with prolonged pregnancy: a comparison between elective labor induction and spontaneous onset of labor beyond term / B. Bodner-Adler [et al.]. // *Wien. Klin. Wochenschr.* - 2005. - Vol. 117, №7-8. - P. 287-292.
479. Intramolecular Dimerization Is Required for the Chlamydia-Secreted Protease CPAF To Degrade Host Transcriptional Factors / F. Dong [et al.]. // *Infect. Immun.* - 2004. - Vol. 72. - P. 869-75.
480. Is *Mycoplasma hominis* a vaginal pathogen? / O.P. Arya [et al.]. // *Sex. Transm. Infect.* - 2001. - Vol. 77. - P. 58-62.
481. Kanno, M. Late recurrence of resistant *Trichomonas vaginalis* vaginitis: relapse or re-infection? / M. Kanno, J.D. Sobel // *Sex Transm. Infect.* - 2003. - Vol. 79, №3. - P. 260-261.
482. Kaufman, D. Clinical microbiology of bacterial and fungal sepsis in very-low-birth-weight infants / D. Kaufman, K.D. Fairchild // *Clin. Microbiol. Rev.* - 2004. - Vol. 17. - P. 638-680.
483. Keeling, J.W. Classification of perinatal death / J.W. Keeling // *Arch. Dis. Child.* - 1989. - Vol. 64. - P. 1345-1351.

484. Kelly, V.N. Isolation of genital mycoplasmas from the blood of neonates and women with pelvic infection using conventional SPS-free blood culture media / V.N. Kelly, S.M. Garland, G.L. Gilbert // Pathology. - 1987. - Vol. 19. - P. 277-280.
485. Kim, C.J. Acute funisitis of preterm but not term placentas is associated with severe fetal inflammatory response / C.J. Kim, B.H. Yoon, S.S. Park // Hum. Pathol. - 2001. - Vol. 32, №6. - P. 623-629.
486. Kim, C.J. Umbilical arteritis and phlebitis mark different stages of the fetal inflammatory response / C.J. Kim, B.H. Yoon, J.B. Moon // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2001. - Vol. 185, №2. - P. 496-500.
487. Klein, L.L. Use of microbial cultures and antibiotics in the prevention of infection-associated preterm birth / L.L. Klein, R.S. Gibbs // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2004. - Vol. 190. - P. 1493-1502.
488. Kovalchuk, L.V. Cytokine-secretory function of human leukocytes of peripheral blood expressing Toll-like receptors. The role of different ligands / L.V. Kovalchuk, M.V. Khoreva, A.S. Varivoda // Abstr. of the Congress «Immune-Mediated Diseases: from Theory to Therapy», JAPAIR. - 2005. - Vol. 1. - P. 91-92.
489. Kukner, S. Treatment of vaginitis / S. Kukner, T. Ergin, N. Cicek // Intern. J. Gynecol. Obstet. - 1996. - Vol. 52, №1. - P. 43-47.
490. Kutzin, J.A. descriptive framework for country_level analysis of health care financing arrangements / J.A. Kutzin // Health Policy. - 2001. - Vol. 56, №3. - P. 171-204.
491. Langhoff-Roos, J. Potentially avoidable perinatal deaths in Denmark, Sweden and Lithuania as classified by the Nordic-Baltic classification / J.Langhoff-Roos // Br. J. Obstet. Gynaecol. - 1998. - Vol. 105, №11. - P. 1189-1194.
492. Leese, B. Change in general practice and its effects on service provision in areas with different socioeconomic characteristics / B. Leese, N. Bosanquet // B. M. J. - 1995. - Vol. 311. - P. 546-550.
493. Lichtenwalner, A.B. Heat Shock Protein 60 Is the Major Antigen Which Stimulates Delayed-Type Hypersensitivity Reaction in the Macaque Model of

Chlamydia trachomatis Salpingitis / A.B. Lichtenwalner // Infect. Immun. - 2004. - Vol. 72. - P. 1159-61.

494. Lindmark, G. Quality assurance – a process for improving perinatal care / G. Lindmark // Act. Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. - 1997. - Vol. 164. – P. 22-24.

495. Lochmiller, R.L. Trade-offs in evolutionary immunology: just what is the cost of immunity? / R.L. Lochmiller, C. Deerenberg // Oikos. - 2000. - Vol. 88, №1. - P. 87-98.

496. Lung pathology in premature infants with Ureaplasma urealyticum infection / R.M. Viscardi [et al.]. // Pediatr. Dev. Pathol. - 2002. - Vol. 5. - P. 141-150.

497. Lyon, A. Chronic lung disease of prematurity. The role of intra-uterine infection / A.Lyon Eur. J. Pediatr. - 2000. - Vol. 159. - P. 798-802.

498. Macinko, J. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998 / J. Macinko, B. Starfield, L. Shi // Health S. R. - 2003. - Vol. 38, №3. - P. 831-865.

499. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems / M. Calnan [et al.]. // Family practice. - 1994. - Vol. 11. - P. 468-478.

500. Mardh, P.-A. The vaginal ecosystem / P.-A. Mardh // Amer. J. Obstet. Gynecol. - 1991. - Vol. 165, №4. - P. 1163-1168.

501. Mardh, P.A. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis / P.-A. Mardh // Curr. Opin. Infect. Dis. - 2004. - Vol. 17, №1. - P. 49-52.

502. Mark, D.B. Fundamentals of economic analysis / D.B. Mark, T.A. Simons // Am. Heart. J. - 1999. - Vol. 137, №5. - P. 38-40.

503. Mark, S.P. The use of the polymerase chain reaction to detect bacteria in amniotic fluid in pregnancies complicated by preterm labor / S.P. Mark, M.S. Croudhan-Minihane, S.J. Kilpatrick // Obstet. Gynec. - 2000. - Vol. 95. - P. 909-912.

504. Martius, J. The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, chorioamnionitis, and prematurity-a review / J. Martius, D.A. Eschenbach // Arch. Obstet. Gynecol. - 1990. - Vol.247. - P.1-13.
505. Massage therapy effects on depressed pregnant women / T. Field [et al.]. // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. - 2004. - Vol.25, №2. - P. 115-122.
506. Maternal genital colonization with *Ureaplasma urealyticum* promotes preterm delivery: association of the respiratory colonization of premature infants with chronic lung disease and increased mortality / D.A. Kafetzis [et al.]. // Clin. Infect. Dis. - 2004. - Vol. 39. - P. 1113-1122.
507. Maternal vaginal microflora during pregnancy and the risk of asthma hospitalization and use of antiasthma medication in early childhood / C.S. Benn [et al.]. // J. All. Clin. Im. - 2002. - Vol. 110. - P. 72-77.
508. Mazneikova, V. Vaginal candidiasis-treatment protocols using miconazole and fluconazole / V. Mazneikova // Akush. Ginekol. (Sofia). - 2003. - Vol. 42. - P. 30-34.
509. Maynard, A. Care and health care reform: the need to reflect before reforming / A. Maynard, K.K. Bloom // Health policy. - 1995. - Vol. 31. - P. 171-181.
510. Mc Donaid, H.M. Vaginal infection and preterm labor / H.M. Mc Donaid, J. O'Loughlin // Br. J. Obstet. Gynecol. - 1998. - Vol. 31, №2. - P. 480-487.
511. Mc Ilhaney, J. Sexually transmitted infection and teenage sexuality / J. Mc Ilhaney // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2000. - Vol. 183, № 1. - P. 334-339.
512. Mc Gregor, J.A. Association of cervicovaginal infections with increased vaginal fluid phospholipase A2 activity / J.A. Mc Gregor, J.R. French, W. Jones // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1992. - Vol. 167, №6. - P. 1588-1594.
513. Midtrimester vaginal *Mycoplasma genitalium* in women with subsequent spontaneous preterm birth / G.C. Lu [et al.]. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2001. - Vol. 185. - P. 163-165.

514. Mogilevkina, I. Using the Nordic-Baltic perinatal death classification to assess perinatal care in Ukraine / I. Mogilevkina // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2002. - Vol. 100, №2. - P. 152-157.
515. Monif, G. Classification and pathogenesis of vulvovaginal candidiasis / G. Monif // Amer. J. Obstet. Gynec. - 1983. - Vol. 152, №7. - P. 935-939.
516. Mossialos, E. Citizens views on health care systems in the 15 member states of the European Union / E. Mossialos // Health Ec. - 1997. - Vol. 6. - P. 109-116.
517. Mucopurulent cervicitis and Mycoplasma genitalium / L.E. Manhart [et al.]. // J. Infect. Dis. - 2003. - Vol. 187. - P. 650-657.
518. Murray, C.J. A framework for assessing the performance of health systems / C.J. Murray, J. Frenk // Bul. World Health Org. - 2000. - Vol. 78, №6. - P. 717-731.
519. Mycoplasma genitalium: a cause of male urethritis? / J S. Jensen [et al.]. // Genitourin. Med. - 1993. - Vol. 69. - P. 265-269.
520. Mycoplasma genitalium in the cervixes of Japanese women / M. Uno [et al.]. // Sex. Transm. Dis. - 1997. - Vol. 24. - P. 284-286.
521. Negishi, H. Correlation between cytokine levels of amniotic fluid and histological chorioamnionitis in preterm delivery / H. Negishi, H. Yamada // J. Perinatal. Med. - 1996. - Vol. 24, №6. - P. 633.
522. Neonatal colonization by Ureaplasma urealyticum and the development of bronchopulmonary dysplasia / B. Acosta [et al.]. // Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. - 1999. - Vol. 17. - P. 493-497.
523. Neu, H.C. Issues in Gram-positive infections: the present and the future / H.C. Neu // J. Antimicrob. Chemotherapy. - 1988. - Vol. 21. - Suppl. C. - P. 167-169.
524. Nicholson, T.L. Chlamydia trachomatis Lacks an Adaptive Response to Changes in Carbon Source Availability / T.L. Nicholson, K. Chiu, R.S. Stephens // Infect. Immun. - 2004. - Vol. 72. - P. 4286-9.
525. Nguyen, T.T. Cephalosporin and penicillin / T.T. Nguyen, J.A. Garibaldi // J. Calif. Dent. Assoc. - 1994. - Vol. 22, №8. - P. 46-55.

526. Nonspecific vaginitis: role of *Haemophilus vaginalis* and treatment with metronidazole / T.A. Pheifer [et al.]. // *N. Engl. J. Med.* - 1978. - Vol. 298. - P. 1429-1434.
527. O'Brien, B. Principles of economic evaluation for health care programs / B. O'Brien // *J. Rheumatol.* - 1995. - Vol. 22, № 7. - P. 1399-1402.
528. Obstetric and gynecologic infections disease // Ed. by J.G. Paastorec. - New York: Raven Press, 1996. - 708 p.
529. Odds, F.C. Comparative analysis of morphological and biochemical changes in *Candida albicans* / F.C. Odds, A.B. Abbott, T.A.G. Reed // *Europ. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol.* - 1983. - Vol. 15, №4. - P. 37-43.
530. Ollikainen, J. Perinatal *Ureaplasma urealyticum* infection increases the need for hospital treatment during the first year of life in preterm infants / J. Ollikainen // *Pediatr. Pulmonol.* - 2000. - Vol. 30. - P. 402-405.
531. Orton, P. Shared care / P. Orton // *Lancet.* - 1994. - Vol. 344. - P. 1413-1415.
532. Pacora, T.F. Funisitis and chorionic vasculitis: the histological counterpart of the fetal inflammatory response syndrome / T.F. Pacora, E. Chaiworapongsa, Y. Mayon // *J. M.-F. Neon. Med.* - 2002. - Vol. 11. - P. 18-25.
533. Pearlman, M.D. An incremental dosing protocol for women with severe vaginal trichomoniasis and adverse reaction to metronidazole / M.D. Pearlman, C. Yashar, S. Ernst // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* - 1996. - Vol. 174, №3. - P. 934-936.
534. Pelvic actinomycosis / B. Gorisek B [et al.]. // *Wien. Klin. Wochenschr.* - 1999. - Vol. 111, №15. - P. 603-607.
535. Perdigon, G. Lactic acid bacteria and their effect on the immune system / G. Perdigon, R. Fuller, R. Raya // *Curr. Is. Intest. Microbiol.* - 2001. - Vol. 2, №1. - P. 27-42.
536. Placental infection with *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum*: clinical correlation / J.E. Embree [et al.]. // *Obstet. Gynecol.* - 1980. - Vol. 56. - P. 475-481.

537. Polymorphisms in the *Chlamydia trachomatis* Cytotoxin Locus Associated with Ocular and Genital Isolates / J.H. Carlson [et al.]. // *Infect. Immun.* - 2004. - Vol. 72. - P.7063-72.
538. Pregnancy estriol, estradiol, progesterone and prolactin in relation to birth weight and other birth size variables / L.A. Mucci [et al.]. // *Can. Caus. Contr.* - 2003. - Vol. 14, №4. - P. 311-318.
539. Prevalence of hydrogen peroxide-producing lactobacillus species in normal women and women with bacterial vaginosis / D.A. Eschenbach [et. al.]. // *J. Clin. Microbiol.* - 1989. - Vol.27. - P. 251-256.
540. Production of broad spectrum antimicrobial substance by lactobacillus reuteri / L.T. Axelsson [et al.]. // *Microb. Ecology. Health Dis.* - 1989. - Vol. 2. - P. 131-136.
541. Prospective study of neonatal genital mycoplasma colonization and infection / F. Bonnin [et al.]. // *Arch. Pediatr.* - 1995. - Vol. 2. - P. 636-642.
542. Provider continuity and quality of medical care: a retrospective analysis of prenatal and perinatal outcomes / C.L. Shear [et al.]. // *Med. Care.* - 1983. - Vol. 21. - P. 1204-1210.
543. Publication bias in health economic studies / J. Sacristan [et al.]. // *Pharmacoecon.* - 1997. - Vol. 11. - P. 289-290.
544. Putz, J. Appearance of inflammatory Cytokines interleukin-1-beta and interleukin-6 in amniotic fluid during labor and intrauterine pathogen colonization / J. Puts // *Z. Geburtshilfe Neonatal.* - 1998. - Vol. 202, №1. - P. 14-18.
545. Randomized clinical trial of extended spectrum antibiotic prophylaxis with coverage for *Ureaplasma urealyticum* to reduce post-cesarean delivery endometritis / W.W. Andrews [et al.]. // *Obstet. Gynecol.* - 2003. - Vol. 101. - P. 1183-1189.
546. Rampling, M.W. Haemorheology and the inflammatory process / M.W. Rampling // *Clin. Hemorheol. Microcirc.* - 1998. - Vol. 19, №2. - P. 129-32.
547. Rapid detection of *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum*, and *Ureaplasma urealyticum* organisms in genitourinary

samples by PCR-microtiter plate hybridization assay / T. Yoshida [et al.]. // J. Clin. Microbiol. - 2003. - Vol. 41. - P. 1850-1855.

548. Recent Declines in New York City Infant Mortality Rates / D.R. Andrew [et al.]. // Pediatrics. - 1998. - Vol. 101, №4. - P. 682-688.

549. Relationship of amniotic fluid markers of intra-amniotic infection with histopathology in cases of preterm labor with intact membranes / A. O. Odido [et al.]. // J. Perinatol. - 1999. - Vol. 19, №6. - P. 407-419.

550. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion / G.G. Donders [et al.]. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2000. - Vol. 183. - P. 431-437.

551. Relationships of vaginal Lactobacillus species, cervical Chlamydia trachomatis, and bacterial vaginosis to preterm birth / J. Martius. Obstet. [et al.]. // Gynecol. - 1988. - Vol. 71. - P. 89-95.

552. Responses to laboratory psychosocial stress in postpartum women / M. Altemus [et al.]. // Psychosom. Med. - 2001. - Vol. 63, №5. - P. 814-821.

553. Richardus, J.H. An European concerted action investigating the validity of perinatal mortality as an outcome indicator for the quality of antenatal and perinatal care / J.H. Richardus // J. Perinat. Med. - 1997. - Vol. 25, №4. - P. 313-324.

554. Richardus, J.H. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons / J.H. Richardus // Med. Care. - 1998. - Vol. 36, №1. - P. 54-56.

555. Rifkin, S.B. Why health improves: defining the issues concerning «comprehensive primary health care» and «selective primary health care» / S.B. Rifkin, G. Walt // S. Sc. Med. - 1986. - Vol. 23. - P. 559-566.

556. Rivo, M.L. Improving access to health care through physician workforce reform / M.L. Rivo, D. Satcher // J. Am. Med. As. - 1993. - Vol. 270. - P. 1074-1078.

557. Robertson, J.A. Serotypes of Ureaplasma urealyticum in spontaneous abortion / J.A. Robertson, L.H. Honore, G.W. Stemke / Pediatr. Infect. Dis. - 1986. - Vol. 5. - P. 270-272.

558. Ross, J. D. C. *Mycoplasma genitalium* as a sexually transmitted infection: implications for screening, testing, and treatment / J.D.C. Ross, J.S. Jensen // *Sex. Transm. Infect.* - 2006. - Vol. 82. - P. 269-271.
559. Rowling, S.E. Imaging of the fallopian tubes / S.E. Rowling, P. Ramchandani // *Semin. Roentgenol.* - 1996. - Vol. 31, №4. - P. 299-311.
560. Ryden-Bergsten, T, The health care costs of heart failure in Sweden / T. Ryden-Bergsten, F. Andersson // *J. Intern. Med.* - 1999. - Vol. 246, №3. - P.275-284.
561. Saji, F. Immunological aspects of chorionamnionitis / F. Saji // *Am. J. Reproduct. Immunol.* - 1998. - Vol. 40. - P. 254.
562. Sanchez, P.J. Vertical transmission of *Ureaplasma urealyticum* from mothers to preterm infants / P.J. Sanchez, J.A. Regan // *Pediatr. Infect. Dis. J.* - 1990. - Vol. 9. - P. 398-401.
563. Schroeder, S.A. Specialty distribution of US physicians-the invisible driver of health care costs / S.A. Schroeder, L.G. Sandyy // *N. En. J. Med.* - 1993. - Vol. 328. - P. 961-963.
564. Schwebke, J. R. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* isolates with resistans to metronidazole and tinidazole / J.R. Schwebke, F.J. Barrientes // *Antimicr. Ag. Chemother.* - 2006. - Vol. 50, №12. - P. 4209-4210.
565. Scott, J.R. Immunologic aspects of recurrent abortion and fetal death / J.R. Scott, N.S. Rote // *Obstet. Gynecol.* - 1997. - Vol. 70, №4. - P. 645-656.
566. Semczuk, M. Salpingitis and tudal pregnancy in patients treated at the first Clinic of Surgical Gynecology in Lublin between the years 1978-1988 / M. Semczuk, C.Z. Szymanski // *Ginecol. Pol.* - 1994. - Vol. 65, №3. - P. 129-135.
567. Sen, K. Health Care Reforms in Developing Countries / K. Sen, M. Koivusalo // *Intern. J. Pl. Man..* - 1998. - Vol. 13. - P. 199-215.
568. Serological investigation of *Mycoplasma genitalium* in infertile women / H.F. Clausen [et al.]. // *Hum. Reprod.* - 2001. - Vol. 16. - P. 1866-1874.
569. Sharkey, A. Citokines and implantation / A. Sharkey // *Rev. Reprod.* - 1998. - Vol. 3, №1. - P. 52-61.

570. Sherman, D.J. Chorioamnionitis caused by gram-negative bacteria as an etiologic factor in preterm birth / D. J. Sherman, J. Tovbin, T. Lazarovich // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. - 1997. - Vol. 16. - P. 417-440.
571. Shurshalina, A.V. The ratio of cytokine levels in genital herpes during various phases of infection / A.V. Shurshalina, V.N. Veryasov, G.T. Sukhikh // Bull. Exp. Biol. Med. - 2001. - Vol. 132, №1. - P. 660-662.
572. Simms, I. Pelvic inflammatory disease Epidemiology: what do we know and what do we need to know / I. Simms, J.M. Stephenson // Sex. Transm. Inf. – 2000. - Vol. 76. - P. 80-87.
573. Sison, A.V. Maternal fetal infections / A.V. Sison // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. - 1992. - Vol. 4, №1. - P. 48-54.
574. Smith, W. Estrogens and urogenital tract / W. Smith // Acta Obst. and gynecol. Scand. Suppl. - 1993. - Vol. 72, №157. - P. 1-26.
575. Soman, M. Risk factors for early neonatal sepsis / M. Soman, B. Green, J. Daling // Am. J. Epidemiol. - 1985. - Vol. 121. - P. 712-719.
576. Sonnex, C. Influence ovarian hormones on urogenital infection / C. Sonnex // Sex Transm Infect. - 1998. - Vol. 74. - P. 11-19.
577. Soper, D. Trichomoniasis: under control or undercontrolled? / D. Soper // Am. J. Obstetr. Gynecol. - 2004. - Vol. 190, №1. - P. 281-290.
578. Starfield, B. Primary Care / B. Starfield // J. Amb. C. Man. - 1993. - Vol. 16. - P. 27-37.
579. Starfield, B. Primary care and health. A cross national comparison / B. Starfield // J. Am. Med. As. - 1991. - Vol. 266. - P. 2268-2271.
580. Stray-Pedersen, B. New aspects of perinatal infections / B. Stray-Pedersen // Am. Med. - 1993. - Vol. 25. - P. 295-300.
581. Struzziero, E. Chlamidia trachomatis and sterility / E. Struzziero, M. Corbo // Minerva ginec. - 1994. - Vol. 46, №11. - P. 607-608.
582. Taylor-Robinson, D. The future of bacterial vaginosis-related research / D. Taylor-Robinson // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 1999. - Vol. 67. - P. 35-38.

583. The association of *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma genitalium* with bacterial vaginosis: observations on heterosexual women and their male partners / F.E. Keane [et al.]. // *Int. J. STD AIDS*. - 2000. - Vol. 11. - P. 356-360.

584. The generalist role of specialty physicians: Is there a hidden system of primary care? / R.A. Rosenblatt [et al.]. // *J. Am. Med. As.* - 1998. - Vol. 279. - P. 1364-1370.

585. Transmission of *Ureaplasma urealyticum* from mothers to full and preterm infants / M.J. Alfa [et al.]. // *Pediatr. Infect. Dis. J.* - 1995. - Vol. 14. - P. 341-345.

586. Tsuda, A. The relationship between amniotic fluid interleukin-6 concentration and histologic evidence of chorioamnionitis / A. Tsuda, T. Ikegami, H. Hirano // *Act. Obstet. Gynecol. Scand.* - 1998. - Vol. 77, №5. - P. 515-520.

587. Toti, P. Chorioamnionitis and fetal/neonatal brain injury / P. Toti // *Biol. Neonate*. - 2001. - Vol. 79, № 3-4. - P. 201-205.

588. Unger, J.P. Selective primary health care: a critical review of methods and results / J.P. Unger, J.R. Killingsworth // *Soc. Sc. Med.* - 1986. - Vol. 22. - P. 1001-1013.

589. *Ureaplasma urealyticum* and its association with chronic lung disease in Asian neonates / P. Agarwal [et al.]. // *J. Paediatr. Child. Health*. - 2000. - Vol. 36. - P. 487-490.

590. *Ureaplasma urealyticum* cervical colonization as a marker for pregnancy complications / S. Horowitz [et al.]. // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* - 1995. - Vol. 48. - P. 15-19.

591. *Ureaplasma urealyticum* in the development of postpartum endometritis / W. Chaim [et al.]. // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* - 2003. - Vol. 109. - P. 145-148.

592. *Ureaplasma urealyticum* infection of the placenta in pregnancies that ended prematurely / R.B. Kundsinn [et al.]. // *Obstet. Gynecol.* - 1996. - Vol. 87. - P. 122-127.

593. *Ureaplasma urealyticum* intrauterine infection: role in prematurity and disease in newborns / G.H. Cassell [et al.]. // *Clin. Microbiol. Rev.* - 1993. - Vol. 6. - P. 69-87.
594. Ustun, C. Subclinical chorioamnionitis as an etiologic factor in preterm deliveries / C Ustun, I. Kocak, S. Baris // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* - 2001. - Vol. 72, №2. - P. 109-115.
595. Van Weel, C. Primary Care tomorrow / C. Van Weel // *Lancet.* - 1994. - Vol. 344. - P. 1276-1279.
596. Vazquez, J.A. Mucosal candidiasis / J.A. Vazquez, J.D. Sobel // *Infect. Dis. Clin. North. Am.* - 2002. - Vol. 16, №4. - P. 793-820.
597. Walley, T. Drugs, money and society / T. Walley // *Br. J. Clin. Pharm.* - 1995. - Vol. 39. - P. 343-345.
598. Walsh, J.A. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries / J.A. Walsh, K.S. Warren // *Soc. Sc. Med.* - 1980. - Vol. 14. - P. 145-163.
599. Wegmann, T.G. Cells promot placental growth and prevent spontaneous abortion / T.G. Wegmann, T. Maternal // *Immunol. Lett.* - 1988. - Vol. 17, №4. - P. 297-302.
600. Wigglesworth, J.S. Monitoring perinatal mortality / J.S. Wigglesworth // *A pathophysiological approach. Lancet.* - 1980. - Vol. 2, №8196. - P. 684-686.
601. Winbo, I.G. A computer-based method for cause of death classification in stillbirths and neonatal deaths / I.G. Winbo // *Int. J. Epidemiol.* - 1997. - Vol. 26, №6. - P. 1298-1306.
602. Winbo, I.G. NICE, a new cause of death classification for stillbirths and neonatal deaths. Neonatal and Intrauterine Death Classification according to Etiology / I.G. Winbo // *Int. J. Epidemiol.* - 1998. - Vol. 27, №3. - P. 499-504.
603. World Health Organization Progress report 2004-2005: child and adolescent health and development/ World Health Organization. Progress report 2004-2005: child and adolescent health and development. - Geneva: WHO, 2006. - 97 p.

604. World health statistics 2007. - Geneva: WHO, 2007. - 86 p.

605. Zhylka, N. The state of reproductive health in Ukraine / N. Zhylka, T. Irkina, V. Steshenko - Kiev: Ministry of Public Health, National Academy of Science, Institute of Economy (in Ukrainian), 2001. - P. 68.

Репозиторий ГрГМУ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

У Т В Е Р Ж Д А Ю

Первый заместитель Министра

_____ **Р.А.Часнойть**

16 июля 2009 г

Регистрационный № 052-0509

**КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ
КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПРИДАТКОВ МАТКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ
ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ И
СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

инструкция по применению

«Способ определения типа системной реакции организма человека» [патент
№8760, приоритет от 24.07.2003 года]

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский
университет».

АВТОР:

кандидат медицинских наук Наумов Игорь Алексеевич

Гродно 2009

Цель разработки инструкции: улучшение ближайших и отдаленных результатов лечения, а также восстановление репродуктивной функции при хронических воспалительных заболеваниях придатков матки неспецифической этиологии при оказании пациентам плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях посредством разработки и внедрения в практику работы организаций здравоохранения усовершенствованных алгоритмов диагностики.

Область применения инструкции: акушерство и гинекология, общественное здоровье и здравоохранение.

Уровень внедрения инструкции: организации здравоохранения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь.

Впервые в Республике Беларусь предложены новые критерии формирования клинических групп пациентов с обострением хронических воспалительных заболеваний придатков матки. Применение на практике разработанных критериев, основанных на определении типа системной реакции организма с использованием современных иммунологических методик, позволяет прогнозировать течение воспалительного процесса гениталий и обеспечить оказание плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Инструкция предназначена для врачей акушеров-гинекологов, оказывающих в организациях здравоохранения плановую медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Перечень необходимого оборудования, реактивов, препаратов, изделий медицинской техники и др.:

- штатное оснащение лабораторий организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь населению,
- отсасыватель медицинский,

- камера для создания кожно-вакуумных пузырей [патент на полезную модель от 15.09.2003 г.].

Показания к применению инструкции: хронические воспалительные заболевания придатков матки (маточных труб, яичников) в стадии обострения.

Противопоказания для применения: патологические процессы кожных покровов в области выполнения диагностической пробы кожно-вакуумных пузырей.

Описание технологии использования методики.

Последовательно выполняют ниже перечисленные этапы диагностического алгоритма.

I этап – определение ведущего клинического синдрома и локализации патологического процесса:

1. Жалобы;
2. Анамнез;
3. Общее и специальное гинекологическое исследование;
4. УЗИ органов малого таза.

II этап – установление этиологии воспалительного процесса и постановка диагноза:

1. Общий анализ крови и мочи;
2. Биохимическое исследование крови (включая определение общего белка и его фракций, СРБ, билирубина);
3. Иммуноглобулины (А, М, G) сыворотки крови;
4. Бактериоскопия влагалищных мазков, окрашенных по Грамму;
5. Посев на аэробную (*Enterococcus*, *Escherichia*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Candida*) и анаэробную (*Bacteroides*, *Actinomyces*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Mycoplasma* и др.) микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам;
6. ПИФ и ПЦР секрета слизистой влагалища и цервикального канала;

III этап – применение «Способа определения типа системной реакции организма человека» [патент №8760, приоритет от 24.07.2003 года] для оценки степени тяжести воспаления и прогноза дальнейшего течения заболевания с целью формирования клинических групп «риска» и обеспечения дифференцированного подхода к оказанию плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам с обострением хронического воспалительного процесса придатков матки.

Алгоритм выполнения пробы для определения типа системной реакции организма человека:

1. Обрабатывают участок кожи плеча или предплечья 70% спиртом этиловым для отделения эпидермиса от дермы.
2. На обработанный участок кожи устанавливают камеру для создания кожно-вакуумных пузырей (рисунок 1).

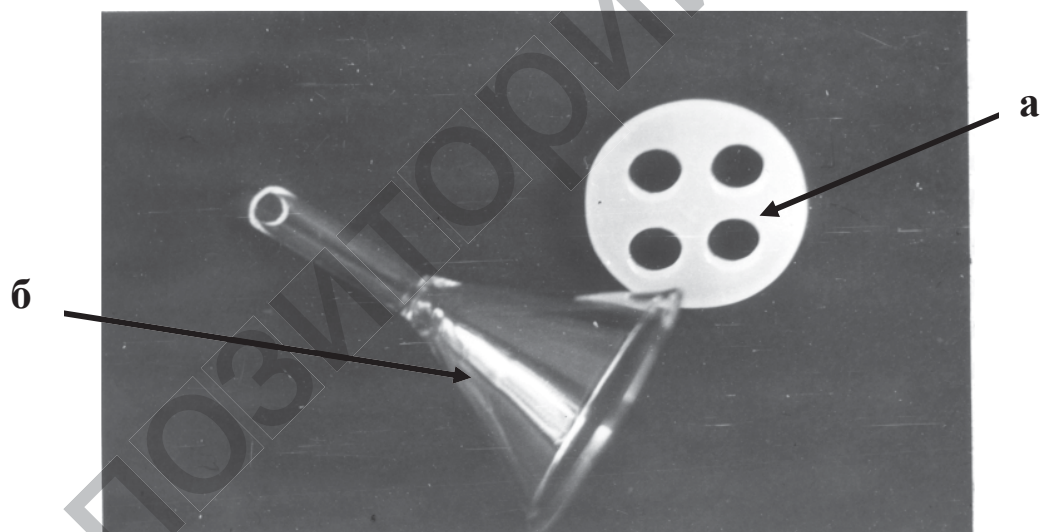


Рисунок 1 - Составляющие части вакуумной камеры для формирования кожно-вакуумных пузырей

(а – корпус камеры, б – съемное основание камеры)

Указанная камера представляет собой лабораторное изделие из стекла, и состоит из съемного основания в виде плоского цилиндра диаметром 30 мм высотой 2-3 мм, в котором имеются четыре отверстия диаметром до 5,5 мм. Полый конусовидный корпус камеры имеет основание до 34 мм, который на

расстоянии 30 мм от основания жестко соединяется с переходником (полый цилиндр диаметром до 5 мм и высотой до 15 мм). Размеры корпуса камеры и основания сконструированы таким образом, что нижний край корпуса выступает над нижней плоскостью основания на 0,5-1 мм. Съемное основание камеры позволяет производить обработку антисептиками всех поверхностей самого основания и корпуса.

3. С помощью медицинского аспиратора в камере создают отрицательное давление ($- 0,6 \text{ кг/см}^2$), которое необходимо поддерживать в течение 30-35 минут. К этому времени на участках кожи, в месте расположения отверстий основания вакуумной камеры формируются 4 пузыря (рисунок 2).

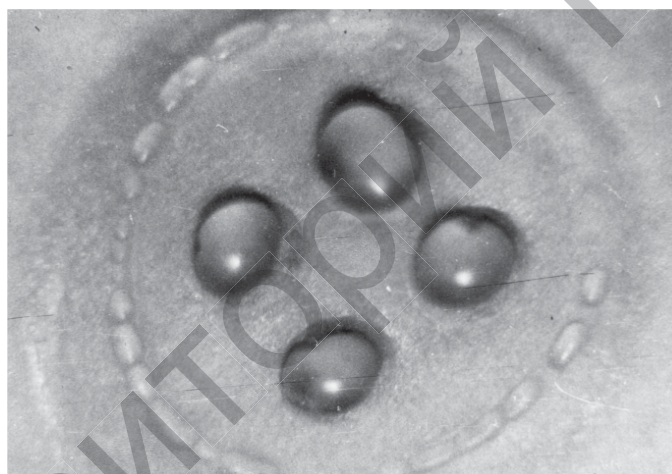


**Рисунок 2 - Кожно-вакуумные пузыри диаметром 4-5 мм,
которые образуются на коже предплечья**

Механизм формирования кожно-вакуумных пузырей изображен на рисунке 3.

4. С целью сохранения пузырей не поврежденными в течение 24 часов на данный участок кожи помещают стерильный марлевый тампон, который фиксируют медицинским лейкопластырем.

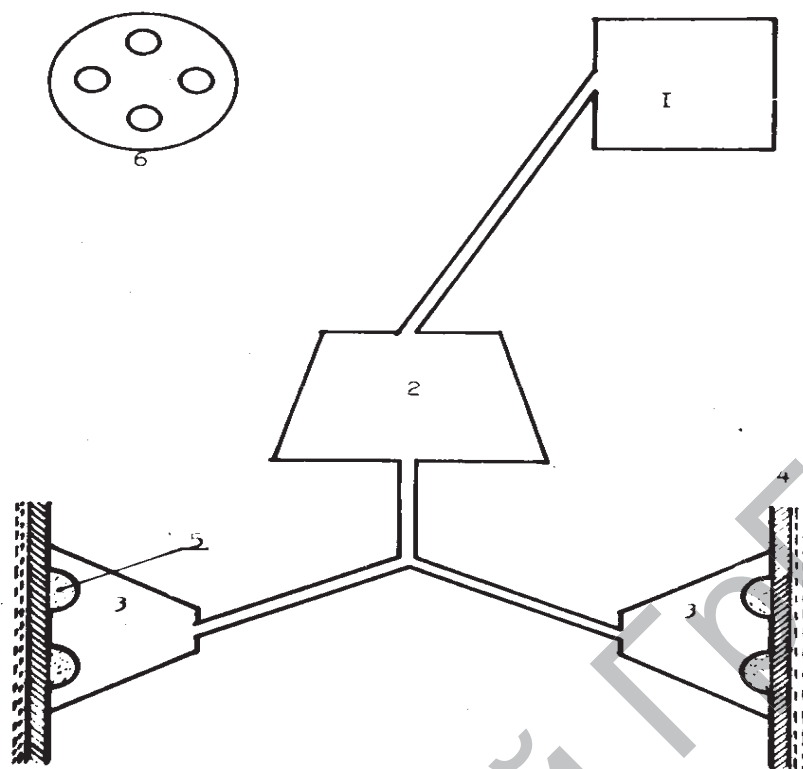


Рисунок 3 - Механизм формирования кожно-вакуумных пузырей (1 - источник отрицательного давления; 2 - буферная емкость; 3 – вакуумные камеры; 4 - кожно-вакуумные пузыри; 5 - основание кожно-вакуумных пузырей; 6 - съемное основание камеры).

5. Через 6 и 24 часа из пузырей забирают жидкость для подсчета количества лейкоцитов в единице объема пузырьной жидкости. Для этого пузыри вскрывают с помощью пинцета с остро заточенными браншами, надрывая их у основания, и с помощью микропипетки забирают всю жидкость. Первую часть жидкости используют для подсчета количества лейкоцитов в камере Горяева. Вторая часть пузырьной жидкости помещается на предметное стекло, высушивается, фиксируется метанолом и окрашивается по Романовскому. После окраски определяется относительное содержание различных форм лейкоцитов. Третья часть забранной пузырьной жидкости из микропипетки погружается в стерильную пробирку с антикоагулянтом (используется гепарин - 20 ЕД/мл) и используется для проведения

иммунологических исследований. Мононуклеарную взвесь получают на одноступенчатом градиенте фиколл-верографина плотностью $1,077 \text{ г/см}^3$.

6. Для оценки субпопуляций лимфоцитов используют концентрированные диагностикумы - фиксированные частицы, покрытые моноклональными антителами (мАТ) против CD3 (Т-лимфоциты), CD4 (Т-хелперы), CD8 (Т-супрессоры), CD19 (В-лимфоциты), CD16 (натуральные киллеры), CD25 (рецептор к интерлейкину-2) антигенов, разведенные в 2 раза раствором Хенкса. В круглодонные лунки иммунологических планшет или микропробирки вносят по 25 мкл CD-диагностикума и лимфовзвеси. Инкубируют 25 мин при 37°C . После центрифугирования при 1000 об/мин (3 мин) оставляют на 1 час при 4°C в холодильнике. Надосадочную жидкость сливают, к осадку добавляют 25 мкл 0,12% раствора глутарового альдегида. Мазки фиксируют 70%-ным спиртом этиловым и окрашивают по Романовскому. Определение концентрации иммуноглобулинов проводят методом радиальной иммунодиффузии по Манчини.

7. В зависимости от полученных типов иммунограмм пациентов разделяют на 3 группы:

- I группа (высокий риск развития гнойных осложнений) – гиперэргический тип иммунограммы (таблица 1): характеризуется устойчивой динамикой в течение суток нарастания моноцитарной эмиграции в пузырную жидкость с перекрестом между 6 и 12 часами исследования, снижением удельного веса Т-хелперов и увеличением удельного веса Т-супрессоров, снижением иммунорегуляторного индекса до 0,8-0,9. Пациентам I группы необходимо проведение комплексной противовоспалительной, антибактериальной и инфузионной терапии в условиях гинекологического стационара в соответствии протоколом лечения, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Беларусь (Приказ МЗ РБ №66 от 05.02.2007 года «Об утверждении клинических протоколов»).

Таблица 1. Гипоергический тип иммунограммы.

Показатели иммунограммы	6 часов	24 часа
Абсолютное количество лейкоцитов в 1 мм ³	970-1420	980-1870
Нейтрофилы, %	52,9±5,1	31,2±3,1
Макрофаги, %	44,7±2,8	65,3±3,8
Лимфоциты, %	1,74±0,32	1,13±0,64
<i>Т-лимфоциты (CD 3), %</i>	46,3±1,9	48,2±2,7
<i>Т-хелперы (CD 4), %</i>	26,4±2,2	26,8±2,1
<i>Т-супрессоры (CD 8), %</i>	30,6±2,6	29,5±2,3
<i>Иммунорегуляторный индекс (CD 4/CD 8)</i>	0,8-0,9	0,8-0,9
<i>В-лимфоциты (CD 19), %</i>	14,6±1,4	13,7±1,2
Иммуноглобулины А, г/л	1,3-1,4	1,2-1,4
Иммуноглобулины М, г/л	1,1-1,4	1,1-1,4
Иммуноглобулины G, г/л	8,4-9,8	9,3-10,1

- II группа (средний риск) - гиперергический тип иммунограммы (таблица 2): незначительная в течение суток динамика нейтрофильной и моноцитарной эмиграции в пузырную жидкость, увеличение удельного веса Т-хелперов и уменьшение удельного веса Т-супрессоров, увеличение иммунорегуляторного индекса до 1,5-1,7.

Таблица 2. Гиперергический тип иммунограммы

Показатели иммунограммы	6 часов	24 часа
Абсолютное количество лейкоцитов в 1 мм ³	2140-2570	3610-3990
Нейтрофилы, %	77,4±1,6	70,3±2,2
Макрофаги, %	20,4±1,4	25,4±2,1
Лимфоциты, %	2,43±0,21	3,11±0,53
<i>Т-лимфоциты (CD 3), %</i>	44,4±2,1	45,8±1,8
<i>Т-хелперы (CD 4), %</i>	37,2±2,3	35,7±1,8
<i>Т-супрессоры (CD 8), %</i>	22,5±2,7	20,5±1,3
<i>Иммунорегуляторный индекс (CD 4/CD 8)</i>	1,5-1,7	1,5-1,7
<i>В-лимфоциты (CD 19), %</i>	23,4±1,4	22,6±2,2
Иммуноглобулины А, г/л	1,7-2,1	1,8-2,2
Иммуноглобулины М, г/л	1,3-1,4	1,4-1,5
Иммуноглобулины G, г/л	12,6-14,2	12,3-14,8

Пациенты II группы проходят курс лечения в условиях дневного стационара женской консультации согласно протоколу лечения, утвержденному Министерством здравоохранения Республики Беларусь (Приказ МЗ РБ №66 от 05.02.2007 года «Об утверждении клинических протоколов»).

- III группа (низкий риск) - нормоэргический тип иммунограммы пузырной жидкости (таблица 3): значительное устойчивое преобладание нейтрофильной эмиграции в пузырную жидкость с постепенным на протяжении суток нарастанием моноцитарной эмиграции лейкоцитов, иммунорегуляторный индекс на протяжении суток составляет 1,1-1,3.

Таблица 3. Нормоэргический тип иммунограммы

Показатели иммунограммы	6 часов	24 часа
Абсолютное количество лейкоцитов в 1 мм ³	1670-2120	2410-3540
Нейтрофилы, %	67,6±3,5	55,2±4,4
Макрофаги, %	27,3±3,2	39,9±3,9
Лимфоциты, %	1,96±0,40	3,00±0,70
<i>T-лимфоциты (CD 3), %</i>	49,4±2,6	59,3±1,9
<i>T-хелперы (CD 4), %</i>	31,6±2,1	31,9±1,8
<i>T-супрессоры (CD 8), %</i>	26,6±4,6	26,5±3,4
<i>Иммунорегуляторный индекс (CD 4/CD 8)</i>	1,1-1,2	1,1-1,3
<i>B-лимфоциты (CD 19), %</i>	13,6±2,9	12,5±1,1
Иммуноглобулины А, г/л	1,5-1,8	1,8-1,9
Иммуноглобулины М, г/л	1,1-1,2	1,1-1,2
Иммуноглобулины G, г/л	10,6-12,2	10,3-11,8

Пациенты III группы могут получать лечение в амбулаторных условиях в соответствии с протоколом лечения, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Беларусь (Приказ МЗ РБ №66 от 05.02.2007 года «Об утверждении клинических протоколов»).

Перечень возможных осложнений или ошибок при выполнении и пути их устранения:

1. Инфицирование кожного дефекта после забора жидкости из полости кожно-вакуумных пузырей. Для предупреждения данного осложнения все манипуляции следует выполнять в условиях процедурного кабинета с соблюдением правил асептики и антисептики, использовать только стерильный инструментарий.

Репозиторий ГРГМУ

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

Р.А.Часнойть

2009 г.

Регистрационный № 125-1709



ЛЕЧЕНИЕ
КОЛЬПИТОВ И ДИСБИОЗОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ
У БЕРЕМЕННЫХ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Гродненский государственный медицинский университет», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно», УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и охраны здоровья»

АВТОРЫ: доктор медицинских наук, профессор М.В.Кажина, доктор медицинских наук, профессор П.С.Русакевич, врач акушер-гинеколог, аспирантка Л.Ф.Чигарева, кандидат медицинских наук И.А.Наумов, кандидат медицинских наук, доцент Т.Ю.Егорова, кандидат медицинских наук В.А.Лискович, кандидат медицинских наук, доцент В.Л.Силява, заведующая микробиологической лабораторией Л.В.Новомлинова, врач-бактериолог Т.В.Некрашевич, заведующая женской консультацией Е.В.Головко

Гродно, 2009

Инструкция предназначена для повышения эффективности лечения воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалищного кольпобиотопа у беременных женщин путем использования комплексного системного подхода к их диагностике и лечению. Она обеспечивает емкое изложение современных основ патогенеза, клиники, диагностики и лечения кольпитов (кандидозного, трихомонадного, гонорейного, хламидиозного и др. характера), а также дисбиотических процессов (бактериальный вагиноз) различной этиологии у беременных. Содержит выборочный анализ современных научных отечественных и зарубежных источников по возможностям применения лекарственных средств у беременных и восполняет пробел существующих учебников, учитывая все современные подходы в оценке указанных выше заболеваний.

Область применения – акушерство и перинатология.

Уровень внедрения – женские консультации, акушерско-гинекологические кабинеты поликлиник, сельских врачебных амбулаторий, объединенные родильные дома, акушерско-гинекологические стационары различных уровней (I-II-III), многопрофильные больницы оказания специализированной медицинской помощи беременным женщинам.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

- перечень необходимого оборудования в лечебно-профилактическом учреждении, оказывающего медицинскую помощь беременным с дисбиотическо-воспалительными изменениями влагалища и других отделов нижнего генитального тракта должен соответствовать имеющимся директивным установкам;
- используемые для лечения нарушений кольпобиотопа у беременных фармакологические препараты из различных фармакологических групп с международным названием должны быть разрешены к применению МЗ Республики Беларусь.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

А. Кольпит (вагинит) – инфекционно-воспалительный процесс во влагалище, обусловленный действием условно-патогенных микроорганизмов (*E. coli*, стрептококков, стафилококков и др.), факультативных и облигатных анаэробов, а также различных специфических микроорганизмов и простейших. Термин «кольпит» подразумевает развитие воспалительной реакции во влагалище в результате адгезии на влагалищном эпителии патогенной микрофлоры. Этому понятию соответствуют **первичные кольпиты**: трихомониаз, кандидоз, условно-бактериальный вагиноз. Облигатные внутриклеточные инфекции, такие как гонококки, хламидии вызывают **вторичные кольпиты**, так как формально они не вегетируют на влагалищном эпителии.

Б. Дисбиоз – это нарушение микробиоценоза влагалища, при котором происходит значительное снижение лактобациллярной микрофлоры и нарушение микробных ассоциантов.

Отдельно выделяемые показания к применению предлагаемого метода:

- а) **первичные** воспалительные, дисбиотические и смешанные поражения влагалища у беременных;
- б) **вторичные** воспалительные, дисбиотические и смешанные поражения влагалища у беременных.

В диагностическом плане наиболее корректным показателем наличия кольпита является бактериоскопия влагалищного мазка. Практическому врачу следует помнить, что на результаты бактериоскопии влагалищного мазка оказывают влияние трубные, маточные и цервикальные бели (патологические выделения). Поэтому, несмотря на кажущуюся простоту, диагноз «кольпит» далеко не всегда отражает сущность патологического процесса.

Это касается беременных женщин, когда в результате гормонально-морфологических изменений слизистой влагалища происходят изменения в нормальном его микробиоценозе в сторону уменьшения лактобациллярной

флоры, увеличения количества условно-патогенной, облигатной и факультативной анаэробной микрофлоры.

Понятие «условно-патогенные» для клинициста имеет весьма размытые очертания, так как при обнаружении такой флоры (при наличии воспалительной реакции слизистой оболочки) у беременных, перед врачом встает сложная проблема выбора лечения.

Дальнейшая информация данной инструкции позволит разрешить многие вопросы эффективной терапии кольпитов (дисбиозов) во время беременности.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- указание в анамнезе на непереносимость препаратов;
- онкологические заболевания влагалища, шейки матки и вульвы;
- кровотечения из половых путей неясного генеза;
- противопоказания, указанные в справочниках и аннотациях к применению лекарственных средств.

ТЕХНОЛОГИЯ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

А. ПЕРВИЧНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ, ДИСБИОТИЧЕСКИЕ И СМЕШАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Определение. Бактериальный вагиноз (БВ) – это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, обусловленный дисбиозом кольпобиотопа, сопровождающийся патологическими белями у женщин репродуктивного возраста. БВ не является облигатным сексуально-трансмиссивным заболеванием. Однако имеются данные о возможной адгезии, в частности, гарднерелл на уретральном эпителии, что, при определенных условиях (сексуальные контакты во время месячных, иммунная компрометация любой этиологии), может быть причиной сексуальной трансмиссии. БВ практически не встречается в виде моноинфекции.

Этиология. Причинный фактор – избыточный рост в кольпобиоте преимущественно анаэробных микроорганизмов (*Mobiluncus spp.*, *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.* и др.) с торможением роста *Lactobacillus spp.* и формированием дисбиоза кольпобиотопа.

Клиника и диагностика. Клинико-лабораторные тесты: характерно наличие минимум трех из четырех признаков (критерии Амсела):

- патологические выделения из влагалища (густые, сливкообразного характера, беловатого цвета);
- pH влагалища > 4.5;
- аминный тест положительный;
- нативный мазок из выделений: присутствие «ключевых» клеток (эпителиальные клетки с появлением гранул из-за адгезии бактерий).

Ведение и лечение пациенток

Проведение терапии БВ у беременных является обязательным условием (таблица 1).

Таблица 1. Основные препараты для лечения БВ при беременности

Препараты	Триместр беременности		
	первый	второй	Третий
Повидон-йод * (при смешанном инфицировании)	Свечи вагинальные (200 мг) 1 раз в сутки на ночь 7 дней	Применять с осторожностью, если риск инфицирования превышает токсичность препарата. Свечи (200 мг) назначают 1 раз в день на ночь в течение 5-7 дней*	
Клиндамицин*	2% крем или 100 мг (вагинальная таблетка) вводят на ночь во влагалище в течение 3 дней; или перорально назначают по 300 мг (капсулы) 2 раза в день в течение 7 дней		
Метронидазол*	Противопоказан	0,75% вагинальный гель – 1 раз в день 5 дней или вагинальные свечи 500 мг 1 раз в день на ночь, 7-10 дней	
Комбинированный препарат, содержащий 200 мг тернидазола, 100 мг неомицина сульфата, 100 тыс. ЕД нистатина, 3 мг преднизолона	1 вагинальная таблетка в сутки перед сном в течение 10 дней		

Комбинированный препарат для местной терапии с 100 мг гексамидина, 0,5 мл 20% хлоргексидина биглюконата, 300 мг хлорокрезола	Местно в разведении 1:10 (с последующим ополаскиванием водой)
Аскорбиновая кислота, вагинальные таблетки (250 мг); лактоза (670 мг), гипромелоза (60 мг)	1 вагинальная таблетка на ночь в течение 6 дней

Примечание: * – применение препарата возможно, но с осторожностью, если риск внутриутробного инфицирования, гнойно-септических осложнений или невынашивания беременности превышает токсичность препарата;

NB! Интравагинальное применение препаратов всегда предпочтительнее иных способов (пероральный, парентеральный), так как системная абсорбция кольпотелия во время беременности ограничена.

«Повидон-йод» является *препаратом выбора*. Он обладает выраженным бактерицидным, спороцидным, противовирусным действием, активным против большинства патогенных микроорганизмов, вызывающих клинику кольпита (таблица 2).

Таблица 2. Микробный спектр действия «Повидон-йода»

Грамотрицательные бактерии	Грибы
<i>Aerobacter aerogenes</i> <i>Bacteroides spp.</i> <i>Citrobacter spp.</i> <i>Edwardsiella spp.</i> <i>Escherichia spp.</i> <i>Haemophilus coli</i> <i>Herellea spp.</i> <i>Klebsiella spp.</i> <i>Mimea plymorpha</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Proteus spp.</i> <i>Pseudomonas spp.</i> <i>Salmonella spp.</i> <i>Serratia spp.</i> <i>Shigella spp.</i>	<i>Aspergillus spp.</i> <i>Candida spp.</i> <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Epidermophyton floccosum</i> <i>Microsporon audouini</i> <i>Nocardia</i> <i>Penicillium spp.</i> <i>Pityrosporon ovale</i> <i>Saccharomyces carlsbergensis</i> <i>Trichophyton</i>
Грамположительные бактерии	Трепонемы
<i>Bacillus spp.</i> <i>Clostridium spp.</i> <i>Corinebacterium spp.</i> <i>Diplococcus pneumoniae</i>	<i>Treponema pallidum</i>

<i>Diphterioides spp.</i> <i>Micrococcus flavus</i> <i>Sarcina lutea</i> <i>Stafilococcus spp.</i> <i>Streptococcus spp.</i>	
Кислотно-резистентные бактерии	Вирусы
<i>Mycobacterium spp.</i>	<i>Adenoviridae</i> <i>Paramyxovirus</i> <i>Rotavirus</i> <i>Papoviridae</i> <i>Coxsackie virus</i> <i>Poliovirus</i> <i>Rhinovirus</i> <i>Herpesviridae</i> <i>Rubivirus</i> <i>Influenzavirus</i> <i>HTLV III</i> <i>HIV</i>
-	Простейшие
-	<i>Entamoeba histolytica</i> <i>Trichomonas vaginalis</i>

Характерной особенностью препарата, позволяющей применять его более широко во время беременности, является возможность редукции системного действия путем приема йодированной соли в дозах суточной потребности, а также отсутствие влияния препарата на формирование и функционирование щитовидной железы внутриутробного плода.

Показания и форма препарата (Повидон-йод) при использовании у беременных:

1. Санация половых путей у беременных с кольпитами неясного генеза за 3-5 дней до родоразрешения (предпочтительны вагинальные суппозитории).
2. Экстренная санация половых путей и профилактика интранатального инфицирования плода при преждевременных родах, тенденции к длительному (более 6 ч) безводному периоду (предпочтителен раствор препарата в разведении 1:10).
3. Экстренная интранатальная профилактика инфицирования плода (предпочтителен раствор препарата в разведении 1:10).

Методология и эффективность. Первоначально проводят клинико-микробиологическое обследование пациентов с признаками кольпита, устанавливают микробиологический его характер. Наиболее часто встречаются различные доминирующие штаммы микроорганизмов, такие как: *E.coli*, *S.aureus*, различные анаэробы (*Mobiluncus spp.*, *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.* и др.). Затем проводят собственно лечение по схеме. «Повидон-йод» наиболее часто применяют в свечах и в виде спринцеваний в разведении 1:10 с водой 1 раз в сутки в течение 10 дней.

После окончания терапии препаратом, последующим этапом является *восстановление микрофлоры влагалища*. Для этого назначают пре-, про- и эубиотики различного характера: кисломолочные продукты (бифидокефир, Мечниковская простокваша типа «Беллакт» и др.) в сочетании с пероральным и/или интравагинальным применением «Бифидум- и «Лактобактерина» – по 5 доз каждого на 1 процедуру в течение не менее 10 дней; либо назначают аскорбиновую кислоту (250 мг) для вагинального применения – по 1 таблетке на ночь в течение 6 дней.

Критериями оценки (комплексный подход) результатов терапии «Повидон-йодом» служат:

а) *клинические данные* – проявления кольпитов имеют явную тенденцию к уменьшению уже после 3-й процедуры использования препарата;

б) *бактериоскопическая картина* (спустя 48 ч после последнего спринцевания) влагалищного мазка: крайне скудное содержание микрофлоры во влагалище, наличие кислой среды («закисление» влагалища йодистыми препаратами), с возможностью пробиотического эффекта и отсутствие случаев непереносимости;

в) *данные бактериологического типирования* доминирующей микрофлоры вагинального биотопа после лечения препаратом до начала пробиотической терапии.

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Определение. Это инфекционно-воспалительное заболевание влагалища и других отделов нижнего генитального тракта (вульва, влагалищная часть шейки матки), вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*, являющееся наиболее частой причиной обращения женщин к акушеру-гинекологу.

Этиология. Возбудитель вульвовагинального кандидоза (ВВК) – *Candida albicans*. Это дрожжеподобный грибок, который входит в состав нормальной микрофлоры кишечника. На фоне иммунной недостаточности возбудитель может выступать в качестве оппортунистического патогена, с развитием локального или генерализованного кандидоза. Персистенции грибковой флоры в генитальном тракте (носительство) способствуют: сама беременность с ее длительным (9 мес.) иммунодефицитом, приём накануне беременности стероидных гормонов, оральных контрацептивов, длительное лечение антибиотиками, сахарный диабет и другие факторы. В 24-45% случаев вульвовагинальный кандидоз сочетается с бактериальным вагинозом, так как они имеют общие патогенетические закономерности возникновения.

Клиника и диагностика. Критерии диагностики ВВК подразделяют на клинические и параклинические.

А. Клинические критерии:

- отек, гиперемия слизистой влагалища и вульвы;
- наличие скрипилов и трещин на коже вульвы, промежности, больших половых губ;
- сателлитные очаги на коже;
- «творожистые» налеты на слизистой влагалища.

Б. Параклинические критерии:

- влагалищная pH 4.0–4.5;
- отрицательный аминный тест;
- микроскопия:

- а) *нативного* препарата из отделяемого влагалища – наличие дрожжеподобных грибов или псевдогрибов;
- б) *окрашенного* мазка по Граму – выявление псевдогрибов или дрожжевых грибов;
- бактериологическое исследование влагалищных выделений («золотой» стандарт диагностики) – рост грибов на питательных средах в титре более 10^4 КОЕ/мл.

Ведение и лечение пациенток

Отличается следующими особенностями:

1) при отсутствии клинической манифестации (**«бессимптомное носительство»**) вульвовагинального кандидоза у беременных, когда титр грибов менее нормативного показателя (3-5% встречаемости) при посеве на среду Сабуро, – *лечение не проводят*.

2) при наличии клинической манифестации во время гестации с воспалительной реакцией в нижнем отделе генитального тракта, чаще фибринозного характера (**«истинный» ВВК у беременных**), согласно рекомендациям ВОЗ применяют *только препараты местного действия* (таблица 3);

3) системные антимикотики («Флуконазол») в редких случаях могут применяться при беременности, когда имеется высокий реальный риск кандидозного септического осложнения; в проспективных исследованиях исходов беременности после применения флуконазола в первом триместре беременности не отмечено связи его применения с увеличением риска тератогенности; препарат назначают консилиумом врачей с подписанием информированного согласия пациентки.

Таблица 3. Препараты выбора для местного лечения «истинного» ВВК у беременных с учетом срока гестационного процесса

Препараты	Триместр беременности		
	первый	второй	третий
Повидон-йод	По 1 вагинальной свече (200 мг) вводят 1 раз в день на ночь в течение 7-14 дней		
Натамицин	По 1 вагинальному суппозиторию (100 мг) вводят на ночь в течение 3-6 дней		
Изоконазол	1 влагалищный шарик (600 мг изоконазола нитрата) вводят однократно на ночь; при необходимости повторное введение препарата проводят через 1 неделю		
Бутоконазол	5 г крема (содержимое 1 аппликатора) вводят интравагинально 1 раз в сутки		
Сертоконазол*	1 вагинальный суппозиторий (300 мг) вводят однократно на ночь, при необходимости повторное введение осуществляют через 1 неделю		
Клотримазол*	Противопоказан	1 вагинальную таблетку (500 мг) вводят однократно; или – по 1 вагинальной таблетке (100 мг) вводят интравагинально на ночь 1 раз в день в течение 3 дней; или – в той же форме (по 100 мг) – в течение 6 дней	По 1 вагинальной таблетке (100 мг) вводят на ночь в течение 6-12 дней. При рецидивирующем кандидозе может применяться доза препарата в 500 мг еженедельно
Эконазола нитрат	Противопоказан	• Острый неосложненный кандидозный вагинит у беременных: 1) по 1 свече (150 мг) интравагинально на ночь в течение 3 дней; 2) по 1 свече (50 мг) 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 7 дней • Хронический кандидозный вагинит у беременных: 1) по 1 свече (150 мг) на ночь интравагинально в течение 3 дней, с повторением курса через 7 дней; 2) по 1 свече (50 мг) во влагалище 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 7 дней	
Миконазола нитрат* 7	Противопоказан	1 вагинальный суппозиторий (100 мг) вводят на ночь в течение 7 дней	
Комбинированный препарат, содержащий 500 мг нифуратела и 200 000 ЕД нистатина*	Лечение проводят только по строгим показаниям (проходит через плацентарный барьер): 1 вагинальный суппозиторий вводят 1 раз в день на ночь в течение 8 дней		
Тиоконазол*	Противопоказан	1 вагинальный суппозиторий вводят на ночь однократно	

Примечание:* применение препарата возможно, но с осторожностью, если риск внутриутробного инфицирования, гнойно-септических осложнений или невынашивания беременности превышает токсичность препарата

ТРИХОМОНИАЗ (ТРИХОМОНОЗ)

Определение. Это инфекционно-воспалительное заболевание эпителия урогенитальной сферы беременных женщин, локализующееся во влагалище и других отделах (уретра, парауретральные протоки), передающееся преимущественно половым путем. Частота его составляет от 20 до 40% всех обращений в акушерско-гинекологическую клинику и до 60% – в кожно-венерологические учреждения.

Этиология. Возбудитель трихомониаза – *Trichomonas vaginalis*, относящийся к типу простейших (примитивные эукариоты), классу жгутиковых, семейству Trichomonadidae (факультативный анаэроб).

Клиника и диагностика. Наиболее типичны следующие симптомы:

- обильные пенистые (желтовато-зеленые) выделения с неприятным запахом;
- дизурия и диспареуния;
- зуд вульвы и влагалища;
- гиперемия вульвы, влагалища, шейки матки («клубничная» шейка матки, цервицит) и мочевого тракта (уретра, парауретральные ходы);
- возрастание влагалищной pH > 4.5;
- отрицательный аминный тест;
- наличие в нативном мазке из отделяемого влагалища подвижных жгутиковых, и/или – *Trichomonas vaginalis* в окрашенном мазке (инструкция по лабораторной диагностике трихомоноза – приказ МЗ РБ № 487 от 20.05.2009);
- выявление возбудителя в других методах диагностики (цитологическом из шейки матки, культуральном, полимеразной цепной реакции в реальном времени).

Ведение и лечение пациенток

Основные принципы ведения беременных следующие:

- 1) проведение лечения трихомоноза во время беременности является обязательным условием (таблица 4);
- 2) в первом триместре общее лечение процистоцидными препаратами не показано, метод выбора – местная терапия специфическими средствами;
- 3) процистоцидное лечение дополняют протеолитическими ферментами с иммуномодулирующими свойствами и гепатопротекторами, согласно общепринятых протоколов;
- 4) исключение (скрининг) сопутствующих инфекций;
- 5) проведение лечения всех половых партнеров беременной независимо от наличия у них клинических симптомов;
- 6) половое воздержание на весь период лечения и до завершения лечения всех партнеров.

Таблица 4. Основные препараты для купирования трихомонадного кольпита у беременных

Препараты	Триместр беременности		
	первый	второй	третий
Повидон-йод	1 вагинальную свечу (200 мг) вводят 2 раза в день (утром и перед сном) в течение 7 дней (острое течение заболевания); или по – 200 мг 1 раз в день на ночь в течение 10 дней (хроническое течение, стертая клиническая картина болезни)	Не рекомендуется. При необходимости проведения терапии вопрос о назначении препарата врач решает индивидуально (используют свечи вагинальные по 200 мг 1 раз в день на ночь в течение 7-14 дней)	
Метронидазол*	Противопоказан	• При остром процессе – назначают вагинальные суппозитории (500 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дней. • При хроническом течении – (варианты перорального применения): – по 500 мг 1 раз в день (на ночь) в течение 14 дней; – по 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней;	

		– по 2 г – однократно. • В особых случаях возможно одновременное применение вагинальных таблеток (500 мг) – по 1 таблетке на ночь в течение 10 дней
Комбинированный препарат (вагинальные таблетки), содержащий по 100 мг метронидазола и миконазола нитрата**	Противопоказан	1 вагинальную таблетку, смоченную водой вводят глубоко во влагалище 1 раз в сутки (на ночь) в течение 10 дней
Комбинированный препарат (вагинальные суппозитории), содержащий по 500 мг метронидазола и 100 мг миконазола нитрата**	Противопоказан	Назначают по строгим показаниям и под тщательным наблюдением врача (1 вагинальный суппозиторий на ночь в течение 14 дней, либо – утром и на ночь в течение 7 дней)
Орнидазол	Противопоказан	После 24 недель назначают по 500 мг (1 табл.) 2 раза внутрь в течение 7-10 дней (острое инфицирование), или в той же дозе – 10-14 дней (хроническое инфицирование). При последовательном назначении перед приемом внутрь нифуратела препарат используют в той же суточной дозе, но только в течение 5 дней
Нифуратель	По 1 табл. (200 мг) внутрь 3 раза в день на протяжении 7-10 (острый процесс) или 10-14 дней (хронический процесс)	
Комбинация орнидазола (500 мг) и нифуратела (200 мг)	Назначают последовательно 5-дневный курс орнидазола (по 500 мг 2 раза в день внутрь) с последующим переходом на нифуратель – по 200 мг (1 табл.) 3 раза в день также в течение 5 дней (курс лечения суммарно 10 дней)	
Комбинированный препарат (вагинальные суппозитории), содержащий 500 мг нифуратела и 200 000 ЕД нистатина**	Только по строгим показаниям (ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода). При необходимости – по 1 свече во влагалище 1 раз в день на ночь в течение 8-10 дней	
Клотримазол**	Противопоказан	По 1 вагинальной табл. (100 мг) вводят 1 раз в день (на ночь) в течение 6 дней
Тинидазол**	Противопоказан	2 г внутрь однократно

Примечание:* Безопасность метронидазола для беременных окончательно не доказана; не рекомендуется проведение пульс-терапии (проникает через плацентарный барьер); предпочтительный метод – местное назначение с учетом клинического течения заболевания; препарат можно применять на всех стадиях беременности и во время кормления в невысоких терапевтических дозах (в проспективных исследованиях не отмечено связи его применения с увеличением риска тератогенности («Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. – М.: – Медицинская литература. – 2004 г. – С. 207)).

****** Применение препарата возможно, но с осторожностью, если риск внутриутробного инфицирования, гнойно-септических осложнений или невынашивания беременности превышает токсичность препарата.

Б. ВТОРИЧНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ, ДИСБИОТИЧЕСКИЕ И СМЕШАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ

Вторичные кольпиты (дисбиозы) – это такие заболевания (состояния), которые характеризуются клиникой воспаления влагалища (или без него), при которых эпителий влагалища изменяется вторично под действием патологических белей из более высокорасположенных отделов генитального тракта (выше наружного отверстия цервикального канала). К таким заболеваниям во время беременности можно отнести хламидийную, гонорейную, уреа-, микоплазменную инфекции.

Хламидийная инфекция

Определение. Это одна из наиболее частых и распространенных инфекций, передающаяся половым путем, вызывающая нарушения менструальной и репродуктивной функции у женщин (сальпингоофорит, трубное бесплодие, эктопическая беременность после восходящего инфицирования, уретрит, цервицит и др.), часто сопровождающаяся отдаленными «сателлитами» и осложнениями различной локализации (конъюнктивит, артрит, проктит).

Этиология. Хламидии – облигатные внутриклеточные бактерии. Основной возбудитель – *Chlamydia trachomatis* (серотипы D-K) – вызывает острый уретрит, цервицит и острые заболевания органов таза. Воспалительная реакция влагалища (кольпит) и на вульве (вульвит) всегда вторична и опосредована обильными патологическими белями. Важная особенность – бессимптомное инфицирование (до 80%).

Клиника и диагностика. Наиболее типичны следующие симптомы:

А. Общие клинические данные:

- обильные патологические бели;
- наличие цервицита (слизисто-гнойного);
- дизурия и диспареуния;
- нарушения менструальной функции (аномальные маточные кровотечения, в том числе и посткоитальные);
- хроническая тазовая боль;
- возможные дополнительные признаки: конъюнктивит (внесезонный), артрит и др.

Б. Специфические маркеры инфекции при беременности.

Беременность, сопровождаемая хламидийной инфекцией, ассоциируется с наличием различных осложнений гестации (преждевременного разрыва плодных оболочек, изменений ФПК воспалительного характера – плацентита, хориоамнионита, многоводия, невынашивания беременности инфекционного генеза и др.).

Другими важными клиническими маркерами хламидийного процесса при беременности служат цервикальная эктопия («эрозия» шейки матки), цервицит и уретрит.

Точную диагностику у беременных на всех уровнях (инструкция МЗ РБ № 486 по лабораторной диагностике хламидиоза от 20.05.2009) инфицирования организма *Chlamidia trachomatis* («хламидийная персистенция») и/или хламидийных заболеваний генитального тракта проводят *методом амплификации нуклеиновых кислот (МАНК)*, или *ДНК-РНК-гибридизации (ПЦР)*. Возможно также использование комплекса (не менее двух-трех) методов определения антигена *C. trachomatis* (РИФ, или ИФА видоспецифических антител (Ig) классов М, А, G, культуральное исследование на среде клеток фибробластов McCoу).

Ведение и лечение пациенток

Наиболее приемлемы следующие правила:

1) обследование всех беременных на *C. trachomatis* *обязательно* и как можно раньше по срокам беременности;

2) обследование и лечение половых партнеров предупреждает возможные реинфекции у будущей матери;

3) проведение обследования и лечения хламидийного поражения у женщин во время беременности является мерой профилактики осложнений гестации и послеродового периода у матери и ребенка;

4) осуществление купирующего лечения хламидийного заболевания у беременной женщины (**с момента выявления**) является **обязательным**, но с учетом наличия фетоплацентарного комплекса; **препаратами выбора** являются антибиотики из группы макролидов (таблица 5);

5) иммуномодулирующая (интерфероны), пробиотическая и местная терапия проводится осторожно, дифференцированно, с учетом возможного влияния на внутриутробный плод и нежелательного побочного действия в организме;

6) общие основные принципы терапии при этом аналогичны всем инфекциям, передающимся половым путем (ИППП).

Таблица 5. Антихламидийная купирующая терапия у беременных

Препараты	Триместр беременности		
	первый	второй	третий
Эритромицин*	Противопоказан	500 мг 4 раза в день в течение 21 дня	
Азитромицин*	1 г внутрь однократно, затем по 500 мг 1 раз в день 10 дней		
Джозамицин*	По 500 мг (1 табл.) внутрь 3 раза в день в течение 14 дней, или по 750 мг (1,5 табл.) 2 раза в день в течение 7 дней		

Гонорея

Определение. Это венерическое заболевание, при котором в основном поражается эпителий уретры, эндоцервикса, прямой кишки, глотки и конъюнктивы. Кольпит, сопутствующий гонорейной инфекции у беременных женщин чаще носит вторичный характер.

Этиология. Возбудитель – грамотрицательный внутриклеточный диплококк *Neisseria gonorrhoeae*, обладающий тропностью, в первую очередь, к слизистым оболочкам мочеполового тракта, выстланных цилиндрическим эпителием и – других вышеуказанных эпителиальных мишеней. Передача

инфекции осуществляется от человека к человеку при прямом контакте и попадании инфицированного секрета на слизистую оболочку.

Эпидемиологическими факторами риска по выявлению *N. gonorrhoeae* у беременных *служат*: молодой возраст беременной, отсутствие мужа, первая беременность, низкий уровень доходов, наличие инфекций, передающихся половым путем (особенно гонореи) в анамнезе.

Клиника и диагностика. Основные клинические проявления заболевания у беременных подразделяют на часто- и редко встречающиеся симптомы. При этом бессимптомное течение встречается достаточно редко.

А. Часто встречающиеся симптомы:

- обильные, или патологические выделения из влагалища и цервикального канала с наличием эрозий на стенках влагалища;
- вульвовагинит с клиническими проявлениями (жжение, зуд, диспареуния, контактные кровотечения при половом акте);
- слизисто-гнойный цервицит (менее 50% пациенток) и не всегда означает гонорейное поражение;
- прерывание беременности в малые сроки (самопроизвольный аборт);
- постабортные воспалительные заболевания органов малого таза (септический аборт);
- прерывание беременности в большие сроки (преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, преждевременные роды, родовая и послеродовая лихорадка, гнойный конъюнктивит у новорожденных, или неонатальный сепсис).

Резюме: септический аборт, несвоевременное излитие околоплодных вод, лихорадочное состояние в родах рассматривают при этом как ***клинические факторы риска*** развития гонорейной инфекции у беременных.

Б. Редко встречающиеся симптомы:

- боль в нижней части живота, болезненность при пальпации этой области (клиника сальпингита) – наблюдается исключительно только в I триместре беременности;

- диссеминированная гонококковая инфекция (повышение температуры, петехиальная или прочая сыпь, ассиметричная артралгия, тендосиновит, артрит, менингит, эндокардит).

Диагноз гонорейной инфекции у беременных (идентификация возбудителя) проводят путем исследования отделяемого мочеполовых органов, прямой кишки, других субстратов, согласно приказу МЗ РБ по лабораторной диагностике № 485 от 20.05.2009 г.

- Микробиологический метод типирования гонококка **является во всех случаях обязательным** для подтверждения диагноза заболевания и одновременно позволяет определить антибиотикочувствительность.

- Тесты амплификации нуклеиновых кислот (определение ДНК-антигена), обладающие высокой чувствительностью в верификации диагноза, могут использоваться со всеми образцами.

Они наиболее показаны у бессимптомных пациенток, так как обладают большей чувствительностью, чем микробиологические методы установления диагноза.

- Микроскопическое исследование нативного мазка из отделяемого мочеполовых органов позволяет немедленно поставить диагноз в большинстве симптоматических случаев (визуализация диплококков и лейкоцитов); в остальных случаях исследование носит вспомогательный характер.

Ведение и лечение пациенток

- Обследование проводится на любом сроке беременности, но во второй ее половине забор материала осуществляют особо осторожно (провоцирование угрозы прерывания беременности).

- Антибактериальное лечение во время беременности **всегда обязательно** и проводится в соответствии с диагнозом **при любом сроке гестации** (таблица 6).

- Противопоказаны тетрациклины, фторхинолоны, аминогликозиды.
- Общие принципы лечения гонорейной инфекции у беременных аналогичны другим инфекциям, передающимся половым путем (ИППП).

Таблица 6. Антибактериальное лечение гонорейной инфекции у беременных и при лактации

Препараты	Триместр беременности		
	первый	второй	третий
А. Базисные препараты			
Цефтриаксон	1 г внутримышечно однократно		
Цефиксим	Внутрь 400 мг однократно		
Спектиномицин (может быть и альтернативным препаратом)	4 г внутримышечно однократно (в каждую ягодицу по 2 г)		
Б. Альтернативные препараты			
Эритромицин	Первые 2 дня по 400 000 ЕД внутрь 6 раз в сутки, затем по 400 000 ЕД 5 раз в сутки (курсовая доза 8,8 млн. ЕД)		
Джозамицин	500 мг 3 раза в сутки 10 дней		
Бензилпенициллина натриевая соль	Начальная доза по 600 000 ЕД внутримышечно, затем – по 400 000 ЕД каждые 3 часа в течение 2 суток (курсовая доза 6,6 млн. ЕД)		

Урогенитальные воспалительные изменения у беременных, ассоциированные с инфицированием микоплазмами

Определение. Это инфекционно-воспалительные поражения мочеполовой системы у беременных женщин, обусловленные генитальными микоплазмами, как самыми распространенными инфекционными агентами половых путей женщины в различных микробных ассоциациях.

В МКБ 10 пересмотра отсутствует понятие «мико– и уреаплазмоз», но есть рубрика А 49.3 – «Инфекция, вызванная микоплазмой, неуточненная».

Этиология и патогенез. Возбудители – микроорганизмы семейства Mycoplasmataceae. В урогенитальном тракте человека вегетируют только шесть (из 16) видов микоплазм: Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma primatum, Mycoplasma spermatophilum, Mycoplasma penetrans.

За исключением Mycoplasma genitalium (абсолютный генитальный патоген), все остальные виды являются условно-патогенными

комменсалами урогенитального тракта. Они способны при неблагоприятных провоцирующих условиях, даже в низких титрах, чаще в ассоциации с другими патогенными или условно-патогенными микроорганизмами, вызывать инфекционно-воспалительные процессы в мочеполовых органах небеременных и беременных.

Общеизвестно, что у беременных частота обнаружения микоплазм увеличивается в 1,5-2 раза, а степень инфицированности тканей зависит либо от гормонального фона, либо – от изменений других условий среды их обитания, связанных с физиологическими процессами в организме человека, в частности от иммунного статуса. В различных микробных ассоциациях генитальные микоплазмы являются **самыми распространенными инфекционными агентами в половых путях женщины с воспалительными изменениями**.

Вместе с тем, отсутствие закономерности между выделением *U. urealyticum* и субъективными и объективными данными у больных с уретритами до и после лечения позволило заключить, что данный микроорганизм (моновариант) не является этиологическим агентом заболеваний мочеполовых органов у человека.

Клиника и диагностика

- Заболевание не имеет патогномоничных для данного вида инфицирования симптомов.
- Особо часто выявляется ассоциация микоуреаплазм с другими инфектами (особенно анаэробами).
- Этиологическая роль уреаплазм доказана у женщин в развитии острого уретрального синдрома с дизурическими проявлениями, бактериальным циститом (в том числе наличием у 10% пациенток хронических его форм).
- Во время беременности инфицирование генитального тракта беременных *U. urealyticum* и развитие воспалительных заболеваний половых путей, с ней ассоциированных, всегда неразрывно связаны с такими осложнениями гестацикак:

- невынашиванием и привычной потерей беременности;
- преждевременным разрывом плодных оболочек и возникновением хориоамнионита, плацентита (подтверждается выделением генитальных микоплазм в ткани плаценты, маточных трубах, эндометрии при спонтанных абортах, преждевременных родах и мертворождении);
- формированием хронической формы плацентарной недостаточности;
- возникновением основного порока развития у плода – дисплазии почек различной степени тяжести, приводящей к развитию хронического пиелонефрита.

Диагностические подходы. При инфекциях, ассоциированных с генитальными микоплазмами, для исследования используют мочу, клинический материал уретры, шейки матки, влагалища, околоплодную жидкость, органы плода при самопроизвольных абортах или мертворождениях (данные выписных эпикризов).

Маркеры воспалительного процесса (наличие лейкоцитов) относительно часто обнаруживаются при *микроскопическом исследовании* образцов, полученных из цервикального канала, и, как правило, эти изменения расцениваются как следствие генитальной инфекции. При этом наличие лейкоцитарной реакции в мазках из эндоцервикса не коррелирует с обнаружением инфекционных агентов.

При наличии воспалительного процесса в нижнем этаже генитального тракта и подтверждении наличия возбудителя культуральными методами, *кольпоскопические изменения* определяются только в 25% случаев.

Определение возбудителя (U. Urealyticum) у беременных **методом** ПЦР (высококчувствительный и специфичный метод) **не носит никакой диагностической значимости.**

Бактериологические (культуральные) посевы субстратов на твердые среды (например, Mycoplasma IST), являются наиболее эффективными для идентификации Урогенитальных микоплазм в любом варианте. При выявлении (особенно неоднократно) культуральным методом диагностических

титров ($\geq 10^4$ КОЕ/мл) возбудителя у беременных (небеременных) с помощью набора Mycoplasma IST, зарегистрированного в Республике Беларусь, одновременно определяют чувствительность выявленного возбудителя к 8 наиболее известным антибиотикам. Однако последний метод отличается длительностью выполнения, низкой чувствительностью и большой стоимостью.

Известно также, что *M. hominis*, *U. urealyticum* и *M. genitalium* отличаются слабой иммуногенностью, а поэтому определение их специфических антител не является целесообразным.

Ведение и лечение пациенток.

Лечение отличается этапностью и комплексностью с соблюдением ниже перечисленных правил.

I этап

- При наличии клинических симптомов заболевания («воспалительные» знаки) или – маркеров инфицированности урогенитального тракта у беременных данными возбудителями (качественная и количественная диагностика) *лечение во время беременности обязательно, начиная с момента его выявления, но с учетом гестационного срока.*

- Методом выбора служит терапия антибиотиками макролидного ряда (табл.ца 7).

- В зарубежных стандартах по сексуально-трансмиссивным заболеваниям (STD), при отсутствии клинически выраженных симптомов инфицирования гениталий данными комменсалами, проведение терапии является *относительно не показанным мероприятием*;

- В решении совместного российского консенсуса акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, урологов, неонатологов (2006) **проведение терапии** любого инфицирования уреамикоплазмами у беременных, независимо от его массивности, является **непременным условием** с позиции оптимизации перинатальных исходов;

- Для беременных белорусского региона такая терапия является оптимально достаточным методом лечения, позволяющим существенно сократить перинатальные потери.

Таблица 7. Антибактериальное лечение инфицирования урогенитального тракта у беременных уреа-, микоплазмой и ассоциированных с ней воспалительных поражений

Название препарата	Триместр беременности		
	первый	второй	третий
А. Базисное лечение			
Повидон-йод*	200 мг (вагинальные свечи) 1 раз в день (на ночь) в течение 7-14 дней	Не рекомендуется, или в том же режиме (см. 1-й триместр)	
Эритромицин основание*	Противопоказан	Внутри по 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней	
Джозамицин*	500 мг (1 табл.) 3 раза в сутки в течение 10 дней		
Спирамицин	1 таблетка (3 млн. МЕ) внутрь 3 раза в день в течение 10 дней		
Б. Альтернативное лечение			
Эритромицин основание*	Противопоказаны	Внутри по 250 мг 4 раза в день в течение 14 дней	
Эритромицин этилсукцинат		Внутри по 400 мг 4 раза в день в течение 14 дней	
Азитромицин	Внутри 1 г однократно		

Примечание:* применение препаратов возможно, но с осторожностью, если риск внутриутробного инфицирования, гнойно-септических осложнений или невынашивания беременности превышает токсичность препарата

II этап – восстановление микрофлоры влагалища:

А. Аскорбиновая кислота (250 мг) для вагинального применения – 1 таблетка на ночь во влагалище в течение 6 дней; и/или

Б. Назначение наиболее известных пробиотиков:

- «Ацилакт» (1 вагинальная свеча содержит 10^5 лактобацилл) – вводят 1 раз в день на ночь на протяжении 10-30 дней;
- «Бифидумбактерин» (свечи, содержащие 5 доз) – закладывают во влагалище 1 раз в день на ночь в течение 10 дней; или «Бификол»;
- «Лактобактерин» (свечи, порошок);
- Комбинированные препараты, содержащие лакто- и бифидобактерии;
- Ежедневные спринцевания, или рыхлые тампоны во влагалище с кисломолочными продуктами: Мечниковской простоквашей, ацидофиллином, бифидокефиром, йогуртом, активиа.

ВТОРИЧНЫЙ ДИСБИОЗ КОЛЬПОБИОТОПА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Определение. «Дисбиоз кольпобиотопа» – качественно-количественный дисбаланс в микробиоценозе влагалищного биотопа, обусловленный нарушением симбионтных взаимоотношений между нормальной микрофлорой влагалища: лактобациллами и условно-патогенными микробами (анаэробами, грибами, стафилококками, стрептококками и др.).

Этиология. Причины дисбиотических нарушений кольпобиотопа во время гестации:

- сама беременность, сопровождающаяся самым длительным из всех известных физиологических иммунодефицитом;
- терапия до беременности антибактериальными, кортикостероидными средствами, комбинированными оральными контрацептивами, гестагенами, цитостатиками;
- погрешности в диете;
- наличие сопутствующего дисбиоза желудочно-кишечного тракта;
- иммунокомпрометированность организма (ВИЧ и другие «медленные» инфекции; TORCH);

- сахарный диабет;
- различные другие сексуально-трансмиссивные заболевания, сопутствующие беременности;
- экстрагенитальная патология;
- сопутствующие другие осложнения беременности.

Клиника и диагностика

Характеризуется разной степенью выраженности и различными сочетаниями таких симптомов, как бели (от серозных до гнойных) с одорированием (вплоть, до зловонного), зуд, жжение, диспареуния и др.

Для диагностики используют:

- *микроскопический метод* (окраска по Грамму), с определением степени чистоты влагалища, типа микробиоценоза по Е.Ф. Кира (1995);
- качественную (ПЦР) диагностику (реже);
- количественную микробиологическую (культуральную) диагностику – посевы на среды (более часто), с определением диагностических титров возбудителей и чувствительности к известным антибактериальным средствам.

Ведение и лечение пациенток

- Основными **диагностическими мероприятиями** во время беременности должно быть обследование на ИППП, оппортунистические инфекции (кандидоз) с целью доказательного подтверждения степени колонизации или исключения инфекций, требующих стандартной антибактериальной химиотерапии.

- При подтверждении дисбиоза назначают следующее местное лечение: тёплые сидячие ванны, подмывания наружных гениталий жидким мылом с фитопрепаратами (тимьян, ромашка, шалфей) 3-4 раза в день, влагалищные ванночки (10 мин) и спринцевания влагалища фитоантисептиками (календула, ромашка). Иногда простые мероприятия гигиенического плана способствуют

санации и восстановлению нормальных взаимоотношений в микробном биотопе влагалища.

- К проводимому местному лечению травами можно добавить общеизвестные, не противопоказанные беременным, химические антисептики (таблица 8). При этом используемое лекарственное средство определяется микрофлорой-возбудителем.

Для лечения ятрогенного дисбиоза у беременных используют заместительную терапию пробиотиками (см. лечение инфицирования урогенитального тракта уреа-микоплазмой).

Таблица 8. Коррекция дисбиотических изменений кольпобиотопа у беременных с учетом характера выявленной условно-патогенной микрофлоры

Микрофлора кольпобиотопа у беременных	
Грамположительная	Грамотрицательная
Хлоргексидин (1 суппозиторий вводят во влагалище 1 раз в день в течение 10 дней)	Налидиксовая кислота (2-3 триместр)
Комбинированный препарат для местного применения, содержащий 100 мг гексамидина диизотионата, 0,5 мл 20% раствора хлоргексидина биглюконата, 300 мг хлорокрезола – применяют местно во влагалище в разведении с водой в соотношении 1:10	Пипемидиновая кислота (2 триместр)
Повидон-йод (свечи, раствор, мыло)	Нитрофураны (фурагин, фуразолидон, нифурател (только до 38 недель))

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРЕДЛАГАЕМОГО МЕТОДА И ПУТИ ЕГО УСТРАНЕНИЯ

(перечень условий при лечении кольпитов и дисбиоза у беременных)

Основными аспектами, определяющими тактику применения препаратов во время беременности, являются следующие:

- понимание мультимикробной картины кольпита и дисбиоза;
- необходимость минимизации системного действия препарата на организм беременной женщины;

- затруднения в формировании нормального биоценоза влагалища после курса антибактериальной терапии;
- получение согласия на использование препарата с информированием беременной о возможном влиянии препарата на плод, а также последствиях отказа от лечения при верифицированном диагнозе. Желательным является собственноручная расписка беременной, подтверждающая информированное согласие беременной на лечение. Иногда требуется дополнительное согласие родственников, в случае необходимости применения препарата с высоким риском токсичности, или в случае отказа пациентки от предлагаемой терапии при наличии реального риска внутриутробного инфицирования или досрочного прерывания беременности;
- применение диагностических методик с высокой степенью доказательности;
- хронология назначения антибактериальных средств в случае неоднократного лечения должна следовать принципу «от простого — к сложному» и/или с учетом антибиотикочувствительности;
- применение любых средств начинается пробно с учетом индивидуальной переносимости препарата, чувствительности слизистых к химическим ингредиентам лекарственных средств, а также исходя из принципов комплаентности. Любой дискомфорт от применения лекарственного средства у беременной женщины должен рассматриваться врачом как осложняющий фактор, требующий внимания и, возможно, смены или отмены препарата. Одновременно следует помнить, что такие симптомы, как усиление зуда, чувство жжения, увеличение количества белей может быть естественной реакцией слизистых на химический агент. Явления эти преходящи (не более 24 часов), не вызывают воспалительной реакции и достаточно легко переносятся беременными. В этом смысле врач настоятельно рекомендует изучать инструкцию к применению препарата перед началом его использования.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

У Т В Е Р Ж Д А Ю

Первый заместитель Министра

_____ Р.А.Часнойть

_____ 10.04. _____ 2009 г

Регистрационный № 022-0309

МЕТОДИКА

ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАНГОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет».

АВТОРЫ:

кандидат медицинских наук Лискович Виктор Андреевич

кандидат медицинских наук Наумов Игорь Алексеевич

доктор медицинских наук, профессор Тищенко Евгений Михайлович

Гродно 2009

Цель разработки инструкции: создание методики комплексной оценки деятельности акушерско-гинекологической службы территориальных лечебно-профилактических организаций.

Область применения инструкции: общественное здоровье и здравоохранение, акушерство и гинекология, неонатология.

Уровень внедрения инструкции: Министерство здравоохранения Республики Беларусь, управления здравоохранения областных исполнительных комитетов, комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета.

Перечень необходимого оборудования, реактивов, препаратов, изделий медицинской техники и др.: формы государственной статистической отчетности, утвержденные Постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.2007 года №382 (с изменениями и дополнением, внесенными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 21.10.2008 года №321):

- форма государственной статистической отчетности 1-аборт (Минздрав) «Отчет об искусственном прерывании беременности»,
- форма государственной статистической отчетности 1-помощь беременным (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»,
- форма государственной статистической отчетности 1-злокачественные новообразования (Минздрав) «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями»,
- форма государственной статистической отчетности 1-ИППП (Минздрав) «Отчет об инфекциях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых, кожных болезнях и чесотке».

Сводная итоговая таблица следующей формы:

Районы	Материнская смертность			Перинаталь-ная смертность			Прегравидар-ная подготовка			Цитологический скрининг		
	К	М	10R	%о	М	1,0R	%	М	0,9R	%	М	0,8R
1.												
2.												
3.												
4...												
ОБЛАСТЬ												
	Использо-вание цитощеток при проведении скрининга			Выявляемость заболеваний при проведении профосмотров			Выявляемость больных сифилисом, гонореей и трихомониа-зом при проведении профосмотров			Выявляемость злокачественных опухолей молочной железы при проведении профосмотров		
	%	М	0,7R	%	М	0,6R	%	М	0,5R	%	М	0,4R
1.												
2.												
3.												
ОБЛАСТЬ												
Районы	Выявляе-мость злокачествен-ных опухолей шейки матки при проведении проф-осмотров			Выявление запущенных форм рака молочной железы при проведении профосмотров			Выявление запущенных форм рака шейки матки при проведении профосмотров			Выявление запущенных форм рака наружных половых органов при проведении профосмотров		
	%	М	0,4R	%	М	0,3R	%	М	0,3R	%	М	0,3R
1.												
2.												
3.												
ОБЛАСТЬ												
Районы	Выявление запущенных форм рака тела матки при проведении проф-осмотров			Выявление запущенных форм рака придатков матки при проведении профосмотров			Распростра-ненность абортoв			Раннее взятие на учет беременности		
	%	М	0,3R	%	М	0,3R	%	М	0,2R	%	М	0,2R
1.												
2..												
3.												
4...												
ОБЛАСТЬ												

Районы	Охват гормональной контрацепцией			Охват внутриматочной контрацепцией			Общее место с учетом дефектного показателя
	%	М	0,1R	%	М	0,1R	
1.							
2.							
3.							
4...							
ОБЛАСТЬ							

Показания к применению инструкции: комплексная оценка деятельности акушерско-гинекологической службы территориальных лечебно-профилактических организаций.

Противопоказания для применения: отсутствуют.

Описание технологии определения ранговых показателей деятельности акушерско-гинекологической службы с указанием этапов:

1. Общие принципы.

1.1. На основании статистических данных, изложенных в формах государственной статистической отчетности, утвержденных Постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.2007 года №382 (с изменениями и дополнением, внесенными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 21.10.2008 года №321: форма государственной статистической отчетности 1-аборты (Минздрав) «Отчет об искусственном прерывании беременности», форма государственной статистической отчетности 1-помощь беременным (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», форма государственной статистической отчетности 1-злокачественные новообразования (Минздрав) «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями»), форма государственной статистической отчетности 1-

ИППП (Минздрав) «Отчет об инфекциях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых, кожных болезнях и чесотке» в организационно-методической службой ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» или областного родильного дома (перинатального центра) производится расчет относительных показателей (К), достигнутых территориальными лечебно-профилактическими организациями.

Оценке подлежат следующие показатели: уровни материнской и перинатальной смертности, охват прегравидарной подготовкой, охват цитологическим скринингом при проведении профилактического гинекологического осмотра, использование цитощеток при проведении цитологического скрининга, выявляемость заболеваний при проведении профилактического гинекологического осмотра, выявляемость больных сифилисом, гонореей, трихомониазом при проведении профилактического гинекологического осмотра, выявляемость рака молочной железы и злокачественных опухолей шейки матки при проведении профилактического гинекологического осмотра, выявление запущенных формы рака наружных половых органов, шейки матки, тела и придатков матки, распространенность аборт, раннее взятие на учет по беременности, охват гормональной и внутриматочной контрацепцией.

1.2. Определение рангового места (М) по величине относительного показателя в простом вариационном ряду.

Наиболее высокому достигнутому относительному показателю присваивается минимальное ранговое место; наименее высокому - максимальное ранговое место.

1.3. Определение коэффициента значимости рангового показателя (А).

Коэффициент значимости рангового показателя находится в интервале от 1 до 0,1 и может иметь следующие значения:

- Перинатальная смертность: $A=1,0$;
- Прегравидарная подготовка: $A=0,9$;

- Цитологический скрининг при проведении профилактического гинекологического осмотра: $A=0,8$;
- Использование цитощеток при проведении цитологического скрининга: $A=0,7$;
- Выявляемость заболеваний при проведении профилактического гинекологического осмотра: $A=0,6$;
- Выявляемость больных сифилисом, гонореей, трихомониазом при проведении профилактического гинекологического осмотра: $A=0,5$;
- Выявляемость злокачественных опухолей молочной железы при проведении профилактического гинекологического осмотра: $A=0,4$;
- Выявляемость злокачественных опухолей шейки матки при проведении профилактического гинекологического осмотра: $A=0,4$;
- Выявление запущенных форм рака молочной железы: $A=0,3$;
- Выявление запущенных форм рака шейки матки: $A=0,3$;
- Выявление запущенных форм рака наружных половых органов: $A=0,3$;
- Выявление запущенных форм рака тела матки: $A=0,3$;
- Выявление запущенных форм рака придатков матки: $A=0,3$;
- Распространенность аборт: $A=0,2$;
- Раннее взятие на учет по беременности: $A=0,2$;
- Охват гормональной контрацепцией: $A=0,1$;
- Охват внутриматочной контрацепцией: $A=0,1$.

Исключение составляет показатель материнской смертности (МС), который равен $A=10$.

1.4. Расчет рангового показателя производится с учетом его коэффициента значимости по формуле $R = A \times M$, где

A - коэффициент значимости рангового показателя,

M – ранговое место.

2. Примеры расчета показателей.

2.1. Расчет показателя материнской смертности (МС) производится по формуле:

$$\frac{\text{Число случаев МС (от прямых и косвенных причин)}}{\text{Число живорожденных}} \times 100\,000.$$

Число живорожденных

Коэффициент рангового показателя (А) МС равен 10.

Определение рангового места (М) по величине относительного показателя в простом вариационном ряду производится следующим образом. Предположим, что в районе В показатель МС составляет 200 на 100 живорожденных, в районе Д он равен 100 на 100 тысяч живорожденных, а в районах Р, К, Щ, С показатель МС равен 0. Таким образом, ранговые места для показателя МС распределятся следующим образом: районы Р, К, Щ, С получают 1 ранговое место, район Д - 5 ранговое место, район В - 6 ранговое место.

Расчет рангового показателя МС производится по следующей формуле:

$$R = A \times M$$

Соответственно, $R_1(P), R_1(K), R_1(Щ), R_1(C) = 0 \times 1 = 0$,

$$R_1(D) = 10 \times 5 = 50,$$

$$R_1(B) = 10 \times 6 = 60.$$

2.2. Расчет показателя перинатальной смертности (ПС) производится по формуле:

$$\frac{\text{Число случаев мертворожденных + число умерших 0-6 суток}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000.$$

Число родившихся живыми и мертвыми

Коэффициент рангового показателя (А) МС равен 1,0.

Определение рангового места (М) по величине относительного показателя в простом вариационном ряду производится следующим образом. Предположим, что в районе В показатель ПС составляет 20%, в районе Д он равен 10,0%, в районах Р от равен 2%, а в районах К, Щ, С показатель ПС равен 0. Таким образом, ранговые места для показателя ПС распределятся

следующим образом: районы К, Щ, С получают 1 ранговое место, район Р – 4 ранговое место, район Д - 5 ранговое место, район В - 6 ранговое место.

Расчет рангового показателя РС производится по следующей формуле:

$$R = A \times M$$

Соответственно, $R_2(K), R_2(Щ), R_2(C) = 0 \times 1 = 0$,

$$R_2(P) = 1 \times 4 = 4,$$

$$R_2(D) = 1 \times 5 = 5,$$

$$R_2(B) = 1 \times 6 = 6.$$

3. Для объективизации оценки деятельности акушерско-гинекологической службы территориальной лечебно-профилактической организации дополнительно вводится показатель дефектов.

Расчет показателя дефектов (k) производится следующим образом.

Коэффициент показателя дефектов (k) располагается в интервале от 0 до 2 и может иметь следующие значения:

- Достоверность предоставляемой информации (k=1,0 – за каждый выявленный факт недостоверной информации),
- Своевременность предоставления информации (k=1,0 – за каждый случай несвоевременного предоставления информации),
- Замечания рецензентов при анализе случаев МС и РС (k=2,0 – за каждое замечание),
- Недостатки, выявленные при проведении плановых проверок (k=2,0 – за каждый выявленный факт).

При наличии нескольких дефектов деятельности акушерско-гинекологической службы определяется суммарный коэффициент показателя дефектов.

4. Расчет суммарного рангового показателя деятельности акушерско-гинекологической службы территориальной лечебно-профилактической организации производится по формуле:

$$R_1+R_2+R_3+.....+R_n$$

$$\text{Сум. R} = \frac{\text{-----}}{L_n - k} * 100, \text{ где}$$

$$L_n - k$$

$R_1+R_2+R_3+.....+R_n$ - сумма ранговых мест, L_n - число ранговых мест, k – суммарный показатель дефектов.

5. Определение итогового места акушерско-гинекологической службы территориальной лечебно-профилактической организации производится по расположению региона в полученном простом вариационном ряду: наименьшему полученному в результате проведенных расчетов суммарному ранговому показателю присваивается соответствующее наименьшее ранговое место, повышение же рангового места находится в прямой зависимости от увеличения величины суммарного рангового показателя.

Перечень возможных осложнений или ошибок при выполнении и пути их устранения:

1. ошибка при расчете показателя. Путь устранения – проверка математических вычислений.
2. ошибка при расчете суммарного рангового показателя деятельности акушерско-гинекологической службы территориальной лечебно-профилактической организации. Путь устранения – проверка математических вычислений.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

У Т В Е Р Ж Д А Ю

Первый заместитель Министра

_____ Р.А.Часнойть

_____ 10.04. _____ 2009 г

Регистрационный № 021-0309

МЕТОДИКА

АНАЛИЗА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет».

АВТОРЫ:

кандидат медицинских наук Лискович Виктор Андреевич

кандидат медицинских наук Наумов Игорь Алексеевич

доктор медицинских наук, профессор Тищенко Евгений Михайлович

Гродно 2009

Цель разработки инструкции: создание методики комплексного анализа перинатальной (младенческой) смертности для последующего принятия организационно-управленческих мер, направленных на ее снижение и выработку научно-обоснованных мер по управлению службой охраны материнства и детства.

Область применения инструкции: общественное здоровье и здравоохранение, акушерство и гинекология, неонатология.

Уровень внедрения инструкции: Министерство здравоохранения Республики Беларусь, управления здравоохранения областных исполнительных комитетов, комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета.

Перечень необходимого оборудования, реактивов, препаратов, изделий медицинской техники и др.:

- формы государственной статистической отчетности 1-помощь беременным (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» и 1-дети (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи детям», утвержденные Постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.2007 года №382 (с изменениями и дополнением, внесенными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 21.10.2008 года №321);
- амбулаторная карта больной;
- индивидуальная карта беременной и родильницы;
- история родов;
- история развития новорожденного (история болезни стационарного больного) - в случае ранней неонатальной смертности;
- протокол разбора случая перинатальной смертности в лечебно-профилактической организации;
- рецензия сотрудника кафедры акушерства и гинекологии и педиатрии (на случай ранней неонатальной смертности);

- протокол патологоанатомического вскрытия;

- решение клинико-анатомической конференции по разбору случая перинатальной смертности;

- копия приказа главного врача лечебно-профилактической организации (при его издании);

- Карта экспертной оценки случая перинатальной (младенческой) смертности следующей формы:

№ п/п	Наименование показателей	Да	Нет	Ко д Ex c e l
Сведения о ребенке				
1.	Ф.И.О.			
2.	Административная территория, на которой зарегистрирован случай младенческой смертности (район, город)			
3.	Дата рождения			
4.	Дата смерти			
5.	Возраст			
6.	Место смерти (ЛПО)			
Сведения о матери				
7.	Ф.И.О.			
8.	Адрес проживания			
9.	ЛПО, в котором наблюдалась по беременности			
10.	Возраст			
11.	Замужем			
12.	Образование			
13.	Социальное положение (подчеркнуть): - студентка - рабочая - служащая - домохозяйка - безработная - прочие			
14.	Профессиональные вредности (подчеркнуть): - физические - химические - психо-эмоциональные - прочие			

15.	Вредные привычки, том числе у мужа (партнера) (подчеркнуть): - курение - алкоголизм - наркомания			
16.	Социально-бытовые условия – проживание - в отдельной квартире достаточной площади, - в отдельной квартире недостаточной площади, - в общежитии, - на квартире, - БОМЖ			
17.	Акушерский анамнез: - наличие бесплодия - порядковый номер настоящей беременности			
18.	Количество срочных родов в анамнезе			
19.	Наличие осложненного течения беременности при срочных родах - угроза прерывания - гестоз - прочие (какие)			
20.	Наличие осложненного течения срочных родов: - аномалии сократительной деятельности - гестоз - кровотечения			
21.	Родоразрешение через естественные родовые пути (количество)			
22.	Родоразрешение с применением щипцов (количество)			
23.	Количество операций "кесарево сечение"			
24.	Неблагоприятные исходы срочных родов: - умерло антенатально (количество) - умерло интранатально (количество) - умерло из родившихся живыми (0-6 суток) - умерло из родившихся живыми (позже 7 суток)			
25.	Количество преждевременных родов в анамнезе:			
26.	Наличие осложненного течения беременности при преждевременных родах - угроза прерывания - гестоз - прочие (какие)			
27.	Наличие осложненного течения преждевременных родов: - аномалии сократительной деятельности - гестоз - кровотечения			
28.	Родоразрешение через естественные родовые пути (количество)			
29.	Родоразрешение с применением щипцов (количество)			
30.	Количество операций "кесарево сечение"			
31.	Неблагоприятные исходы преждевременных родов: - умерло антенатально (количество) - умерло интранатально (количество) - умерло из родившихся живыми (0-6 суток) - умерло из родившихся живыми (позже 7 суток)			
32.	Количество выкидышей до 12 недель			
33.	Количество выкидышей в течение 12-21 недель			

34.	Количество аборт			
35.	Наблюдение во внебеременном состоянии:			
	- контрацепция			
	- вид контрацепции (подчеркнуть)			
	- физиологическая			
	- барьерная			
	- гормональная			
	- внутриматочная			
	- предохраняется половой партнер			
	- социально-неблагополучная семья			
	- наличие абсолютных противопоказаний к беременности			
36.	Наблюдение в группе резерва родов			
37.	Преградивающаяся подготовка включала (подчеркнуть):			
	- осмотр врача акушера-гинеколога			
	- осмотр врача-терапевта			
	- осмотр врачами других специальностей			
	- консультацию врачом-генетиком			
	- проведение лабораторного обследования - измерение артериального давления			
	- обследование на наличие инфекций, передающихся половым путем			
	- обследование иммунного статуса организма			
	- лечение выявленных при осмотрах воспалительных заболеваний			
	- лечение других выявленных при осмотрах заболеваний			
	- прием фолиевой кислоты			
	- обследование полового партнера			
	- прием партнером фолиевой кислоты			
	- прочее (указать)			
38.	Показания к консультации в МГЦ до беременности			
39.	Консультирована в МГЦ до беременности			
40.	Консультирована в МГЦ по показаниям (подчеркнуть):			
	- ВПР, аномалии развития, умственная отсталость, глухота, тяжелые нарушения зрения, судороги неясного генеза в семье и у родственников по линии отца и матери.			
	- наличие в анамнезе: рождение детей с болезнью Дауна; ВПР, несовместимых с жизнью; повторных самопроизвольных абортов; - наследственные болезни обмена веществ;			
	- близкородственный брак;			
	- прочие (какие)			
41.	Наблюдение во время настоящей беременности (подчеркнуть):			
	- наблюдалась акушеркой ФАПа			
	- наблюдалась на СВУ			
	- наблюдалась врачом женской консультации			
	- количество посещений за время беременности			
	- срок взятия на учет по беременности			
42.	Наличие осложненного течения данной беременности:			
	Угроза прерывания			
	- в каком сроке была угроза прерывания			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			

	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - отказ женщины, - не выполнен стандарт лечения, - прочее	

	Гестоз			
	- в каком сроке был гестоз			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - отказ женщины, - не выполнен стандарт лечения, - прочее			
	Прочие осложнения			
	Какие (указать)			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - отказ женщины, - не выполнен стандарт лечения, - прочее			
43.	Наличие экстрагенитальных заболеваний			
	Заболевания щитовидной железы			
	Пиелонефрит			
	- были ли обострения			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - отказ женщины, - не выполнен стандарт лечения, - прочее			
	Анемия			
	- степень анемии			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - отказ женщины, - не выполнен стандарт лечения, - прочее			
	Артериальная гипертензия			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - отказ женщины, - не выполнен стандарт лечения, - прочее			

	Пороки сердца			
	- наличие декомпенсации			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			
	- отказ женщины,			
	- не выполнен стандарт лечения,			
	- прочее			
	Сахарный диабет			
	- наличие декомпенсации			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			
	- отказ женщины,			
	- не выполнен стандарт лечения,			
	- прочее			
	Прочие экстрагенитальные заболевания			
	Какие			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			
	- отказ женщины,			
	- не выполнен стандарт лечения,			
	- прочее			
44.	Передавалась ли информация от терапевта к акушеру-гинекологу			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			
	- не выполнен стандарт,			
	- прочее			
45.	Назначались лекарственные препараты амбулаторно:			
	- антибиотики			
	- гипотензивные			
	- инсулины			
	- нестероидные противовоспалительные			
	- гормоны			
	- мочегонные			
	- анальгетики, анестетики			
	- снотворные, транквилизаторы			
	- прочие (какие)			
Наблюдение во время данной беременности				
46.	Исследования на АФП и ХГ проводились			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			
	- отказ женщины,			
	- не выполнен стандарт лечения,			
	- прочее			
47.	УЗ-исследования (количество):			
	- 1 исследование (срок)			
	- 2-е исследование (срок)			
	- 3-е исследование (срок)			

	- 4-е исследование (срок)			
	- дополнительные исследования (срок)			
48.	Наличие показаний к консультации в МГЦ при беременности (подчеркнуть): - ВПР, аномалии развития, умственная отсталость, глухота, тяжелые нарушения зрения, судороги неясного генеза в семье и у родственников по линии отца и матери у беременной. - наличие в анамнезе: рождение детей с болезнью Дауна; ВПР, несовместимых с жизнью; повторных самопроизвольных аборт; - наследственные болезни обмена веществ; - близкородственный брак; - беременность, протекающая с постоянной угрозой прерывания до 15-16 недель. - перенесенные инфекции в I триместре (краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция); - прием медикаментов в I триместре, противопоказанных при беременности. - беременные старше 35 лет, моложе 17 лет. - тератогенные воздействия на производстве и в быту. - беременные с повышенным или пониженным содержанием АФП, ХГ. - беременные, имеющие ультразвуковые маркеры хромосомной патологии: - многоводие; - маловодие; - подозрение на ВПР при предыдущем УЗИ. - прочие.			
49.	Консультирована в МГЦ в сроке			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - отказ женщины - не выполнен стандарт, - прочее			
50.	Показания к родоразрешению в перинатальном центре:			
	- госпитализация в перинатальный центр плановая - в сроке			
	- госпитализация в перинатальный центр экстренная - в сроке			
51.	Обследование (лечение) в женской консультации: - обследование (лечение) соответствует стандарту. - обследование (лечение) неполное, но без отражения на состоянии здоровья беременной. - обследование неполное, несвоевременное, повлекшее ухудшение состояния здоровья беременной.			
51.	Сведения о родах:			
	- нормальные			
	- патологические			
	Гестоз			
	- диагностика полная, своевременная			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	Аномалии сократительной деятельности			
	- диагностика полная, своевременная			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	Преждевременная отслойка плаценты			

	- диагностика полная, своевременная			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	Длительный безводный период (в часах)			
	Клинически узкий таз			
	- диагностика своевременная			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	Тазовое предлежание			
	- диагностика своевременная			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	Обвитие или патология пуповины			
	- диагностика своевременная			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	Внутриутробная гипоксия плода			
	- диагностика своевременная			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
53.	Объем помощи в предродовом блоке: - объем помощи соответствует стандарту. - объем помощи неполный, но без отражения на состоянии здоровья беременной. - объем помощи неполный, несвоевременный, что повлекло ухудшение состояния здоровья беременной.			
54.	Объем помощи в родах: - объем помощи соответствует стандарту. - объем помощи неполный, но без отражения на состоянии здоровья беременной (новорожденного). - объем помощи неполный, несвоевременный, что повлекло ухудшение состояния здоровья беременной (новорожденного).			
55.	Способ родоразрешения:			
	- через естественные родовые пути			
	- наложение щипцов:			
	были показания			
	проводилось планово			
	проводилось экстренно			
	своевременно			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	- выполнена операция "кесарево сечение"			
	проводилась планово по показания (указать)			
	своевременно			

	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	проводилась экстренно по показаниям (указать)			
56.	Необходимость вызова санавиации			
	- вызывалась своевременно			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
57.	Клинический диагноз родильницы: основной			
	- код основного диагноза по МКБ			
58.	Клинический диагноз родильницы: сопутствующий			
	- код сопутствующего диагноза по МКБ			
59.	Осложнения			
60.	Лечение беременной и родильницы в роддоме: - объем помощи соответствует стандарту. - объем помощи неполный, но без отражения на состоянии здоровья беременной (родильницы). - объем помощи неполный, несвоевременный, что повлекло ухудшение состояния здоровья беременной (родильницы).			
61.	Сведения о ребенке:			
	- масса тела при рождении			
	- длина ребенка			
	- ребенок доношенный			
	- степень недоношенности			
62.	Потеря массы тела (в %)			
	- физиологическая или патологическая (подчеркнуть)			
63.	Реанимационные мероприятия в родзале проводились реаниматологом			
	- полные, своевременные			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
64.	Осмотр ребенка неонатологом в родзале проводился			
65.	Обследование ребенка в роддоме: - обследование соответствует стандарту. - обследование неполное, но без отражения на состоянии здоровья новорожденного. - обследование неполное, несвоевременное, что повлекло ухудшение состояния здоровья новорожденного.			
66.	Осмотры ребенка специалистами проводились:			
	- в полном объеме, своевременно			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
67.	Показано было введение курорсурфа: - с первым вдохом - в первый час, - в первые сутки			
68.	Курорсурф введен своевременно и адекватной дозировке			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			

	- не выполнен стандарт, - прочее			
69.	Показан был перевод на ИВЛ: - в первую минуту. - с ухудшением состояния - повторный перевод на ИВЛ			
70.	Перевод на ИВЛ выполнен своевременно, параметры вентиляции адекватные			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
71.	Показано было введение сердечных гликозидов			
72.	Сердечные гликозиды введены своевременно, в адекватной дозировке			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
73.	Показано было введение кортикостероидов			
74.	Кортикостероиды введены своевременно, в адекватной дозировке			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
75.	Прочие назначения (указать)			
76.	Введение осуществлено своевременно, адекватно			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
77.	Необходимость вызова выездной реанимационной неонатальной бригады была			
	- бригада вызвана своевременно			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
78.	Необходимость перевода в специализированное отделение была			
	- ребенок переведен своевременно			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	- перевод на которые сутки жизни			
	- перевод на которые сутки заболевания			
79.	Лечение ребенка в роддоме: - объем помощи соответствует стандарту. - объем помощи неполный, но без отражения на состоянии здоровья новорожденного. - объем помощи неполный, несвоевременный, что повлекло ухудшение состояния здоровья новорожденного.			
80.	Клинический диагноз новорожденного: основной			
	- код основного диагноза по МКБ			
81.	Клинический диагноз новорожденного: сопутствующий			
	- код сопутствующего диагноза по МКБ			

82.	Осложнения		
Этап ОИТР новорожденных			
83.	Дата поступления		
84.	Возраст при поступлении		
85.	Диагноз при поступлении:		
	- код диагноза по МКБ		
86.	Состоянии при поступлении		
87.	Находился на ИВЛ		
88.	ИВЛ:		
	- длительность		
	- повторный перевод (на какие сутки пребывания)		
89.	Состояние ухудшилось на который час (сутки) пребывания		
90.	Проведение консилиума		
91.	Консилиум собран через какой временной интервал после констатации ухудшения состояния		
92.	Решение консилиума выполнено		
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):		
	- не выполнен стандарт,		
	- прочее		
93.	Выполнение решения консилиума привело к улучшению состояния ребенка		
94.	Была необходимость созыва повторного консилиума		
95.	Повторный консилиум собран через какой временной интервал после возникновения необходимости его созыва		
96.	Решение повторного консилиума выполнено		
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):		
	- не выполнен стандарт,		
	- прочее		
97.	Выполнение решения повторного консилиума привело к улучшению состояния ребенка		
98.	Существовала необходимость вызова консультантов по санавиации		
99.	Привлечение консультантов по санавиации		
100.	Консультанты прибыли через какой временной интервал после возникновения необходимости		
101.	Была необходимость перевода в специализированный педиатрический стационар		
102.	Перевод осуществлен		
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):		
	- ребенок нетранспортабельный,		
	- не ставился вопрос о переводе,		
	- не взят выездной бригадой,		
	- прочее		
103.	Перевод осуществлен:		
	- на какие сутки пребывания в ОИТР,		
	- через какой временной интервал от момента возникновения показаний		
104.	Длительность пребывания в ОИТР		
105.	Обследование в ОИТР:		
	- обследование соответствует стандарту.		
	- обследование неполное, но без отражения на состоянии		

	здоровья новорожденного. - обследование неполное, несвоевременное, что повлекло ухудшение состояния здоровья новорожденного.			
106.	Лечение: - объем помощи соответствует стандарту. - объем помощи неполный, но без отражения на состоянии здоровья новорожденного. - объем помощи неполный, несвоевременный, что повлекло ухудшение состояния здоровья новорожденного.			
107.	Заключительный клинический диагноз ребенка: основной - код основного диагноза по МКБ			
108.	Клинический диагноз сопутствующий - код сопутствующего диагноза по МКБ			
109.	Осложнения			

Этап специализированного отделения детской больницы				
110.	Дата поступления			
111.	Состояние при поступлении			
112.	Возраст при поступлении			
113.	Доставлен (подчеркнуть): - выездной реанимационной бригадой, - машиной скорой помощи, - самостоятельно.			
114.	Диагноз ребенка при поступлении в детскую больницу: - код диагноза по МКБ			
115.	Необходимость проведения интенсивной терапии: - в приемном покое больницы - в отделении реанимации - в специализированном отделении детской больницы			
116.	Интенсивная терапия в приемном покое оказывалась: - если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
117.	Оказание по-синдромной терапии в приемном покое: - при нейротоксикозе - гипертермическом синдроме - дыхательной недостаточности - сердечной недостаточности - прочее (указать)			
118.	Необходимость перевода в отделение реанимации			
119.	Через какой временной интервал от момента поступления переведен в отделение реанимации: - если «не переведен», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
120.	Интенсивная терапия в отделении реанимации: - если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
121.	Оказание по-синдромной терапии в отделении реанимации:			

	- при нейротоксикозе			
	- гипертермическом синдроме			
	- дыхательной недостаточности			
	- сердечной недостаточности			
	- прочее (указать)			
122.	Находился на ИВЛ:			
	- длительность			
	- повторный перевод (на какие сутки пребывания)			
123.	Состояние ухудшилось на который час (сутки) пребывания			
124.	Проведение консилиума			
125.	Консилиум собран через какой временной интервал после констатации ухудшения состояния			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			
	- не выполнен стандарт,			
	- прочее			
126.	Выполнение решения консилиума привело к улучшению состояния ребенка			
127.	Была необходимость созыва повторного консилиума			
128.	Повторный консилиум собран через какой временной интервал после возникновения необходимости его созыва			
129.	Решение повторного консилиума выполнено			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			
	- не выполнен стандарт,			
	- прочее			
130.	Выполнение решения повторного консилиума привело к улучшению состояния ребенка			
131.	Необходимость привлечение консультантов по санавиации			
132.	Консультанты привлечены			
133.	Консультанты прибыли через какой временной интервал после возникновения необходимости			
134.	Была необходимость перевода в вышестоящий специализированный стационар			
135.	Перевод осуществлен			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть):			
	- ребенок нетранспортабельный,			
	- не ставился вопрос о переводе,			
	- не взят выездной бригадой,			
	- прочее			
136.	Перевод осуществлен:			
	- на какие сутки пребывания в ОИТР,			
	- через какой временной интервал от момента возникновения показаний			
137.	Длительность пребывания в отделении реанимации			
138.	Обследование в отделении реанимации:			
	- обследование соответствует стандарту.			
	- обследование неполное, но без отражения на состоянии здоровья новорожденного.			
	- обследование неполное, несвоевременное, что повлекло ухудшение состояния здоровья новорожденного.			
139.	Лечение в отделении реанимации:			
	- объем помощи соответствует стандарту.			
	- объем помощи неполный, но без отражения на состоянии здоровья новорожденного.			

	- объем помощи неполный, несвоевременный, что повлекло ухудшение состояния здоровья новорожденного.			
140.	В какое специализированное отделение поступил (указать)			
141.	Интенсивная терапия в отделении оказывалась:			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
142.	Оказание по-синдромной терапии в специализированном отделении:			
	- при нейротоксикозе			
	- гипертермическом синдроме			
	- дыхательной недостаточности			
	- сердечной недостаточности			
	- прочее (указать)			
143.	Состояние ухудшилось на который час (сутки) пребывания			
144.	Проведение консилиума			
145.	Консилиум собран через какой временной интервал после констатации ухудшения состояния			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
146.	Выполнение решения консилиума привело к улучшению состояния ребенка			
147.	Была необходимость созыва повторного консилиума			
148.	Повторный консилиум собран через какой временной интервал после возникновения необходимости его созыва			
149.	Решение повторного консилиума выполнено			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
150.	Выполнение решения повторного консилиума привело к улучшению состояния ребенка			
151.	Необходимость привлечение консультантов по санавиации			
152.	Консультанты привлечены			
153.	Консультанты прибыли через какой временной интервал после возникновения необходимости			
154.	Была необходимость повторного перевода в отделение реанимации			
155.	Перевод осуществлен			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
156.	Была необходимость перевода в вышестоящий специализированный стационар			
157.	Перевод осуществлен			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - ребенок нетранспортабельный, - не ставился вопрос о переводе, - не взят выездной бригадой, - прочее			
158.	Перевод осуществлен: - на какие сутки пребывания в отделении,			

	- через какой временной интервал от момента возникновения показаний			
159.	Длительность пребывания в отделении			
160.	Обследование в педиатрическом стационаре: - обследование соответствует стандарту. - обследование неполное, но без отражения на состоянии здоровья ребенка. - обследование неполное, несвоевременное, что повлекло ухудшение состояния здоровья ребенка.			
161.	Лечение в педиатрическом стационаре: - объем помощи соответствует стандарту. - объем помощи неполный, но без отражения на состоянии здоровья ребенка. - объем помощи неполный, несвоевременный, что повлекло ухудшение состояния здоровья ребенка.			
162.	Заключительный клинический диагноз ребенка: основной			
	- код основного диагноза по МКБ			
163.	Клинический диагноз сопутствующий			
	- код сопутствующего диагноза по МКБ			
164.	Осложнения			
Этап детской поликлиники (ФАП, СВУ)				
165.	Ребенок наблюдался в детской поликлинике, СВУ, ФАПе (подчеркнуть)			
166.	Группа «риска» после выписки из роддома			
167.	Группа здоровья			
168.	На какие сутки выписан из роддома на участок			
169.	Сведения о новорожденном из роддома переданы своевременно			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
170.	Сведения о новорожденном из роддома переданы полные			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
171.	На какие сутки после выписки из роддома осуществлен первичный патронаж			
172.	Находился на грудном вскармливании (сколько месяцев)			
173.	Нетанатогенные заболевания ребенка за время наблюдения с кодом по МКБ:			
174.	Лечение проводилось:			
	- амбулаторное			
	- полное, своевременное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
	- стационарное			
	- полное, своевременное			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			

175.	Осмотры ребенка специалистами проводились своевременно в полном объеме			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
176.	Лабораторное обследование ребенка проводилось своевременно в полном объеме			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
177.	Привит по возрасту			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
178.	Обследование на педиатрическом участке до момента возникновения танатогенного заболевания (СВУ, ФАПе): - обследование соответствует стандарту. - обследование неполное, но без отражения на состоянии здоровья ребенка. - обследование неполное, несвоевременное, что повлекло ухудшение состояния здоровья ребенка.			
179.	Лечение на педиатрическом участке до момента возникновения танатогенного заболевания (СВУ, ФАПе): - объем помощи соответствует стандарту. - объем помощи неполный, но без отражения на состоянии здоровья ребенка. - объем помощи неполный, несвоевременный, что повлекло ухудшение состояния здоровья ребенка.			
180.	Дата танатогенного заболевания			
181.	Возраст ребенка при возникновении танатогенного заболевания			
182.	Обращение за медпомощью (подчеркнуть): - на ФАП - к врачу СВУ - в участковую больницу - к участковому педиатру - в скорую помощь - в приемный покой педиатрического стационара			
183.	Обращение за медпомощью на которые сутки от начала заболевания			
184.	Осматривал ребенка: - участковый врач-педиатр - врач АВОП (СВУ) - фельдшер ФАПа - врач скорой помощи			
185.	По результатам осмотра даны необходимые рекомендации в полном объеме			
186.	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
187.	Заведующий отделением (поликлиникой) информирован о состоянии ребенка			

	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
188.	Проведение консилиума			
189.	Консилиум собран через какой временной интервал после констатации ухудшения состояния			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
190.	Выполнение решения консилиума привело к улучшению состояния ребенка			
191.	Была необходимость созыва повторного консилиума			
192.	Повторный консилиум собран через какой временной интервал после возникновения необходимости его созыва			
193.	Решение повторного консилиума выполнено			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
194.	Выполнение решения повторного консилиума привело к улучшению состояния ребенка			
195.	Необходимость привлечение консультантов			
196.	Консультанты привлечены			
197.	Консультантами осмотрен через какой временной интервал после возникновения необходимости			
198.	Была необходимость госпитализации			
199.	Госпитализация осуществлена			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
200.	На которые сутки от начала заболевания госпитализирован			
201.	Заключительный клинический диагноз ребенка: основной - код основного диагноза по МКБ			
202.	Клинический диагноз сопутствующий - код сопутствующего диагноза по МКБ			
203.	Осложнения			
Этап скорой медицинской помощи				
204.	Прибытие врача скорой помощи (время после вызова)			
205.	Диагноз врача скорой помощи			
205.	Осмотр ребенка производился			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
206.	Медпомощь ребенку оказывалась в полном объеме			
	- если «нет», то указать причину (подчеркнуть): - не выполнен стандарт, - прочее			
207.	Транспортировка ребенка в специализированный стационар осуществлялась			

208.	Дефекты транспортировки: - не налажена дыхательная поддержка - не адекватная кардиотоническая терапия - не адекватная анальгезия - прочие (указать)			
209.	Медпомощь оказанная врачом скорой помощи: - обследование и лечение соответствует стандарту. - обследование и лечение неполное, но без отражения на состоянии здоровья ребенка. - обследование и лечение неполное, несвоевременное, что повлекло ухудшение состояния здоровья ребенка.			
210.	Патологоанатомический клинический диагноз: основной - код основного диагноза по МКБ			
211.	Патологоанатомический диагноз сопутствующий - код сопутствующего диагноза по МКБ			
212.	Осложнения			
Отрицательные отклонения в оказании медицинской помощи (перечислить конкретно по каждому уровню):				
213.	- на уровне женской консультации			
	- родильного зала			
	- неонатологической службы			
	- детской консультации			
	- СВУ			
	- ФАПа			
	- специализированного педиатрического стационара			
	- скорой медицинской помощи			
214.	Случай смерти разобран: ЛКК (1), клинико-анатомической конференции (2), районном комитете по разбору детской (перинатальной) смертности (3), врачебной конференции в поликлинике (4)			
215.	Меры дисциплинарного взыскания за допущенные нарушения в оказании медпомощи применялись			
	- если применялись, то какие и к кому (указать)			
216.	Принятые меры организационного характера (указать)			

Главный врач ЛПО

ФИО

Дата _____

Показания к применению инструкции: разработка организационно-управленческих мер, направленных на снижение перинатальной смертности и выработка научно-обоснованных мероприятий по повышению качества оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи.

Противопоказания для применения: отсутствуют

Описание технологии анализа перинатальной смертности с указанием этапов (организационный алгоритм представлен на рисунке).

1. Все случаи перинатальной (младенческой) смертности подлежат патологоанатомическому исследованию. В течение 10 дней патологоанатомической службой выдается в лечебно-профилактические организации оформленная документация.

2. В территориальных лечебно-профилактических организациях в течение 20 дней с момента возникновения случая перинатальной (младенческой) смертности проводится разбор каждого случая на всех этапах оказания медицинской помощи беременной, роженице, родильнице и ребенку.

В областных детских больницах и областных родильных домах (перинатальных центрах) под руководством главных специалистов управлений здравоохранения облисполкомов (комитета по здравоохранению Минского горисполкома) проводятся клинико-анатомические конференции по разбору всех случаев соответственно младенческой и перинатальной (включая раннюю неонатальную) смертности.

Для участия в клинико-анатомической конференции из районов области приглашаются письменным уведомлением заместитель главного врача, курирующий родовспоможения и детства; главные районные акушеры-гинекологи и педиатры, специалисты, участвовавшие в оказании медицинской помощи беременной, роженице, родильнице и ребенку.

По результатам разбора случая на клинико-анатомической конференции оформляется решение (заключение), формулировку которого предлагает председатель конференции, его заместитель или один из сопредседателей. Решение клинико-анатомической конференции подписывается председателем конференции, патологоанатомом и секретарем.



Рисунок – Организационный алгоритм проведения анализа случаев ПС

В решении клинико-анатомической конференции должны быть отражены следующие пункты:

- краткий клинико-анатомический эпикриз,
- лечебно-профилактическая организация, в которой наступила смерть больного, и причина наступления тяжелого состояния (естественное течение заболевания, позднее обращение за медицинской помощью, запоздалое оказание медицинской помощи, запоздалая диагностика, неправильный диагноз, неадекватное (неправильное) лечение, отказ в госпитализации, объективные трудности диагностики и др.),
- в случаях расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов указать его категорию (I, II или III) и причину (недообследование,

трудность диагностики, неправильное оформление, редкость патологии, кратковременность пребывания в стационаре, тяжесть состояния больного и др.). В случаях совпадения диагнозов, своевременность установления клинического диагноза,

- основные отрицательные отклонения в наблюдении, обследовании и лечении ребенка (матери), а также дефекты ведения медицинской документации,

- рекомендации и выводы по разбираемому случаю.

Решение клинико-анатомической конференции по разбору случаев перинатальной (младенческой) смертности в 7-дневный срок должно быть выслано в адрес главного врача каждой лечебно-профилактической организации, в которой оказывалась медицинская помощь беременной, роженице, родильнице и ребенку для сведения и принятия управленческого решения. Один экземпляр решения конференции должен быть передан в патологоанатомическое бюро (отделение) и хранится в протоколе патологоанатомического вскрытия.

По результатам проведенных разборов каждого случая перинатальной (младенческой) смертности в территориальной лечебно-профилактической организации с учетом решения клинико-анатомической конференции заполняются Карты экспертной оценки случая перинатальной (младенческой) смертности).

3. Не позднее 20-ти дневного срока с момента возникновения случая перинатальной (младенческой) смертности в организационно-методические отделения (кабинеты) областных детских больниц (на случай младенческой смертности) или областных родильных домов (перинатальных центров) (на случай мертворождения или ранней неонатальной смертности) передается следующая медицинская документация:

- амбулаторная карта больной;
- индивидуальная карта беременной и родильницы,
- история родов,
- история развития ребенка (в случае младенческой смертности),

- карта стационарного больного (в случае младенческой смертности),
- протокол разбора случая перинатальной (младенческой) смертности в каждой лечебно-профилактической организации, в которой оказывалась медицинская помощь беременной, роженице, родильнице и новорожденному,
- протокол патологоанатомического вскрытия,
- решение клинико-анатомической конференции по разбору случая перинатальной (младенческой) смертности,
- копия приказа главного врача лечебно-профилактической организации (при его издании),
- Карта экспертной оценки случая перинатальной (младенческой) смертности).

4. Полученную документацию сотрудники организационно-методических отделений (кабинетов) передают по описи для рецензирования на кафедры акушерства и гинекологии и педиатрии (на случай младенческой смертности) медицинского высшего учреждения образования или при отсутствии территориального медицинского ВУЗа в администрацию вышестоящего перинатального центра. В случаях младенческой (перинатальной) смертности от ВПР рецензирование также осуществляется сотрудниками медико-генетических центров (отделений медико-генетического консультирования).

Рецензирование должно быть завершено в течение 7 дней с момента получения.

Рецензия должна включать:

- анализ медицинской документации;
- объем и качество лечения;
- недостатки в наблюдении и лечении;
- оценка качества разбора случая в лечебно-профилактической организации (ЛКК, клинико-анатомическая конференция, анкета и т.д.);
- выводы и предложения.

5. По окончании рецензирования вся вышеуказанная медицинская документация поступает в организационно-методические отделения (кабинеты)

соответственно областных детских больниц или родильных домов (перинатальных центров), сотрудниками которых проводится комплексный анализ перинатальной (младенческой) смертности в регионе.

6. Сотрудниками организационно-методических отделений (кабинетов) на оперативных донесениях на каждый случай перинатальной (младенческой) смертности и статистических данных, изложенных в формах государственной статистической отчетности 1-помощь беременным (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» и 1-дети (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи детям», утвержденных Постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.2007 года №382 (с изменениями и дополнением, внесенными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 21.10.2008 года №321) ежемесячно с нарастающим итогом определяется уровень показателя перинатальной (младенческой) смертности в территориальных лечебно-профилактических организациях.

7. Сотрудниками организационно-методических отделений (кабинетов) на основании предоставленной медицинской документации оценивается полнота и качество заполнения Карт экспертной оценки на каждый случай перинатальной (младенческой) смертности, при необходимости – данные уточняются.

На основании полученной документации и данных Карт экспертной оценки составляется компьютерная база данных на все случаи перинатальной (младенческой) смертности.

8. Сотрудниками организационно-методических отделений (кабинетов) на основании компьютерной базы данных на все случаи перинатальной (младенческой) смертности ежемесячно с нарастающим итогом проводится их комплексный анализ, включающий:

- обязательную оценку динамики показателя и его составляющих на административных территориях (район, область),
- анализ структуры причин перинатальной (младенческой) смертности на административных территориях (район, область),

- объем и качество медицинского наблюдения на прегравидарном этапе, во время беременности, в родах и послеродовом периоде (в случае младенческой смертности – дополнительно анализируются объем и качество медицинской помощи ребенку в родильном стационаре и специализированном стационаре, на амбулаторно-поликлиническом уровне, уровне оказания скорой медицинской помощи) с выявлением отрицательных отклонений в наблюдении и лечении по каждому случаю,

- анализ социально-демографических характеристик родильниц и матерей, у которых были зарегистрированы случаи перинатальной (младенческой) смертности,

- анализ качества разбора каждого случая в лечебно-профилактической организации (ЛКК, клинико-анатомическая конференция, Карта и т.д.) с выявлением отрицательных отклонений по каждому случаю,

- формируются выводы и предложения.

9. Комплексный анализ перинатальной (младенческой) смертности ежемесячно в срок до 25 числа месяца следующего за отчетным передается в управление здравоохранения областного исполнительного комитета (комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета) с целью дальнейшего принятия управленческих решений по совершенствованию существующей в регионе системы перинатального наблюдения, а также в организационно-методическое отделение ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»).

10. В организационно-методическом отделении ГУ «РНПУ «Мать и дитя» на основании компьютерной базы данных проводится ежемесячный с нарастающим итогом анализ перинатальной (младенческой) смертности на административных территориях Республики Беларусь, включающий:

- обязательную оценку динамики показателя и его составляющих по административным территориям (район, область, РБ),

- анализ структуры причин перинатальной (младенческой) смертности на административных территориях (район, область, РБ),

- объем и качество медицинского наблюдения на прегравидарном этапе, во время беременности, в родах и послеродовом периоде (в случае младенческой смертности – дополнительно анализируются объем и качество медицинской помощи ребенку в родильном стационаре и специализированном педиатрическом стационарах, амбулаторно-поликлинических ЛПО, службе скорой медицинской помощи) с выявлением отрицательных отклонений в наблюдении и лечении по каждому случаю перинатальных потерь с формулированием общих недостатков в разрезе административных территорий.

На основании комплексного анализа перинатальной (младенческой) смертности на административных территориях обеспечивается формирование выводов и предложений по совершенствованию оказания перинатальной помощи главному педиатру и главному акушеру-гинекологу Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

11. Главный акушер-гинеколог и главный педиатр управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов (комитета по здравоохранению Минского горисполкома) ежеквартально обобщают материалы анализа перинатальной и младенческой смертности, деятельности лечебно-профилактических организаций с внесением конкретных предложений по совершенствованию медицинской помощи и принятию управленческих решений руководством управлений здравоохранения облисполкомов (комитета по здравоохранению Минского горисполкома).

12. Главный акушер-гинеколог и главный педиатр Министерства здравоохранения Республики Беларусь на основании предоставленного из ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» комплексного анализа перинатальной и младенческой смертности на административных территориях обеспечивают разработку оперативных мероприятий по совершенствованию оказания перинатальной помощи для предоставления последних руководству Минздрава для принятия управленческих решений.

Перечень возможных осложнений или ошибок при выполнении и пути их устранения:

3. ошибка при заполнении анкеты на случай перинатальной смертности. Путь устранения – проверка правильности заполнения на основании данных первичной медицинской документации.

Репозиторий ГРГМУ