

Страницы истории

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Наумов И. А.^{1*}, кандидат медицинских наук,
Тищенко Е. М.², доктор медицинских наук

¹ Кафедра общей гигиены и экологии УО «Гродненский государственный медицинский университет», 230015, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Горького, д. 77

² Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «Гродненский государственный медицинский университет»

РЕЗЮМЕ В историческом аспекте изучена организация диспансерного наблюдения пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов. На основе данных государственной статистической отчетности описаны ресурсное обеспечение и нормативно-правовая база оказания медицинской помощи пациенткам с данными заболеваниями в Гродненской области за 1954–1994 гг. Установлено, что в эти годы в Гродненской области отсутствовали единые организационные подходы к выявлению, регистрации и диспансеризации женщин с воспалительными заболеваниями половых органов.

Ключевые слова: воспалительные заболевания женских половых органов, диспансеризация, нормативы, статистика.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: medsestr@grodmu.by

Интенсивная динамика жизни постиндустриального общества усиливает влияние социального фактора на состояние репродуктивного здоровья женщин [1, 5], которое является надежным индикатором, характеризующим уровень развития гражданских институтов в стране [2]. Результаты научных исследований в данной области призваны выявить имеющиеся резервы по укреплению репродуктивного здоровья [7]. Причем эти исследования должны носить конкретный характер, в частности, отражать региональную специфику [3, 4, 6, 8, 9]. Однако в настоящее время практически отсутствуют работы, в которых в исторической ретроспективе были бы изучены различные

аспекты медицинской помощи пациенткам с воспалительными заболеваниями женских половых органов (ВЗЖПО) как одной из основных медико-социальных групп «риска». Без совершенствования технологий ее организации и действовавшей нормативной базы не возможно сформировать соответствующую медико-организационную модель охраны РЗ данного контингента женщин.

Цель исследования – на основе комплексного исторического анализа изучить организационные формы диспансерного наблюдения пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов для поиска путей и методов их совершенствования.

HISTORICAL ASPECTS OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION MANAGEMENT IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF GENITAL ORGANS

Naumov I. A., Tishchenko E. M.

ABSTRACT Prophylactic medical examination management in patients with inflammatory diseases of genital organs was studied historically. Recourses provision and standard-legal ground for medical aid rendering to patients with these diseases in Grodno region in 1954–1994 were described on the base of state statistical reports. It was stated that there were no common management approaches to detection, registration and prophylactic medical examination of women with inflammatory diseases of genital organs.

Key words: inflammatory diseases of genital organs in women, prophylactic medical examination, standards, statistics.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Методической основой исследования послужил системный подход. На основании данных государственной статистической отчетности изучены вопросы организации и нормативно-правовая база медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО в Гродненской области за 1954–1994 гг. как периода, предшествовавшего современному историческому этапу, ознаменованному избранием первого Президента Республики Беларусь.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программ EXCEL, STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что на протяжении длительного исторического периода нормативные документы Министерства здравоохранения СССР (МЗ СССР) не регламентировали порядок диспансерного наблюдения пациенток с ВЗЖПО. Так, введение в практику работы организаций здравоохранения диспансерного метода наблюдения за сельским

населением и контрольной карты диспансерного наблюдения было начато в 1952–1955 гг. Причем «Инструкция о работе женско-детской и женской консультации», утвержденная Наркомздравом СССР 23.08.1937 г., которой в этот период руководствовался персонал женских консультаций, не требовала их обязательного применения при диспансеризации пациенток с ВЗЖПО.

Характерной является динамика охвата диспансерным наблюдением пациенток с аднекситами: при низком уровне первичной заболеваемости в связи с неполной регистрацией патологии, составлявшем 0,2 на 10 000 женщин в 1954 г., доля пациенток, охваченных диспансеризацией, не превышала 70% (рис. 1).

Более низкими оказались показатели охвата диспансерным наблюдением пациенток с хроническими сальпингоофоритами (ХРО) (рис. 2).

Охват диспансерным наблюдением пациенток с острыми вагинитами и аднекситами не позволял в полной мере обеспечить качество медицинской

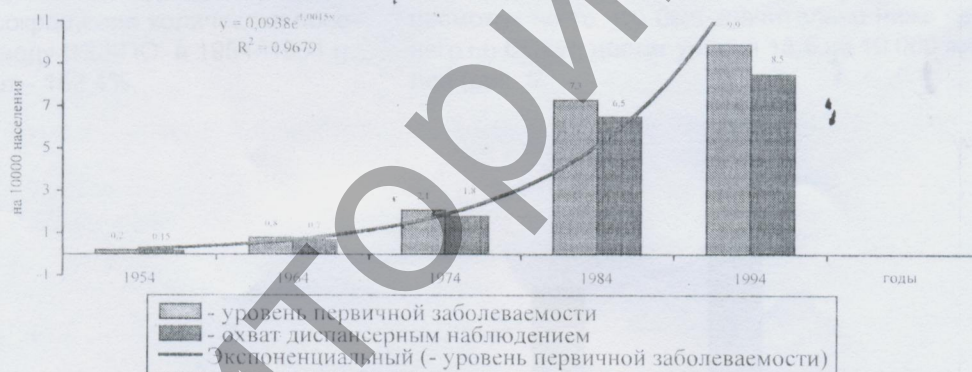


Рис. 1. Уровень первичной заболеваемости и охват диспансерным наблюдением пациенток с острыми аднекситами в 1954–1994 гг.

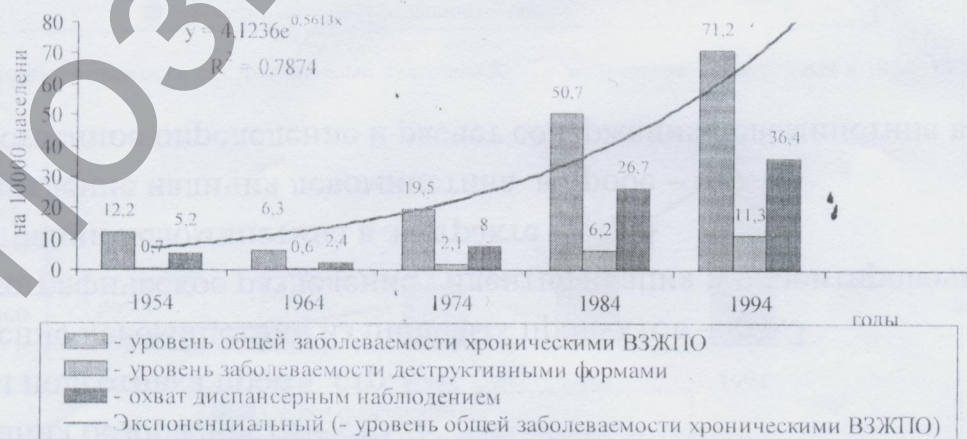


Рис. 2. Уровень общей заболеваемости ХРО, в том числе деструктивными формами, и охват диспансерным наблюдением пациенток в 1954–1994 гг.

помощи и предотвратить хронизацию воспалительного процесса с последующим формированием гнойно-воспалительных деструктивных форм ВЗЖПО в связи с несовершенством методов терапии. Это в значительной мере определяло потребность пациенток в оказании им экстренных видов медицинской помощи и, соответственно, уровень госпитализации. Например, в 1954 г. из 207 выполненных лапаротомий 33,8% составили операции по поводу гнойных образований придатков матки, включая 9 экстирпаций и 56 надвлагалищных ампутаций матки (рис. 3). Причем значительное большинство экстренных лапаротомий выполнено у пациенток с угрожающими жизни состояниями: при развитии гнойного перитонита или сепсиса после генерализации процесса – $82,61 \pm 3,73\%$ в 1954–1994 гг. Однако при низкой послеоперационной летальности (0,03–0,2%) и небольшом числе случаев первичной инвалидности (11 случаев за 40 лет) у значительного большинства женщин исходом заболевания являлось последующее полное или частичное ограничение репродуктивной функции.

О существенных недостатках в диспансеризации свидетельствует и сокращение количества посещений врачей по поводу ВЗЖПО: в 1954–1964 гг. темп убыли составил – 153,1%.

Реализация вступивших в силу в 1960–1970-е гг. приказа МЗ БССР от 15.11.1963 г. № 112 «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья детей», постановления Совета Министров БССР от 23.03.1965 г. № 131 «О дополнительных мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья детей», приказов МЗ СССР от 25.05.1970 г. № 169 «О мерах по дальнейшему улучшению акушерско-гинекологической помощи в стране» и от 10.11.1975 г. № 318 «Об охране здоровья женщин» позволила обеспечить более активное внедрение диспансерного метода (рис. 4).

Стремление достичь количественных показателей не всегда обеспечивало должный уровень эффективности диспансеризации пациенток с ВЗЖПО, составивший 26,4% в 1974 г. Так, в письме МЗ СССР от 08.04.1974 г. № 02-14/19 отмечалось, что действовавшие нормативные акты не обеспечили «совершенствование методов обследования больных, улучшение преемственности между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарами». Это приводило к необоснованному росту показателя госпитализации в гинекологические стационары региона, который, несмотря на то что был значительно ниже среднего по СССР, достиг уровня 18,5 на 10 000 жителей (рис. 5).

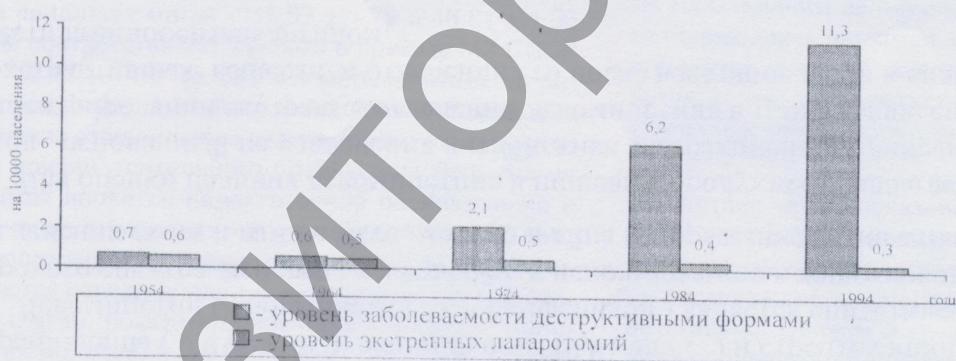


Рис. 3. Уровни общей заболеваемости деструктивными формами ХРС и экстренных лапаротомий в 1954–1994 гг.

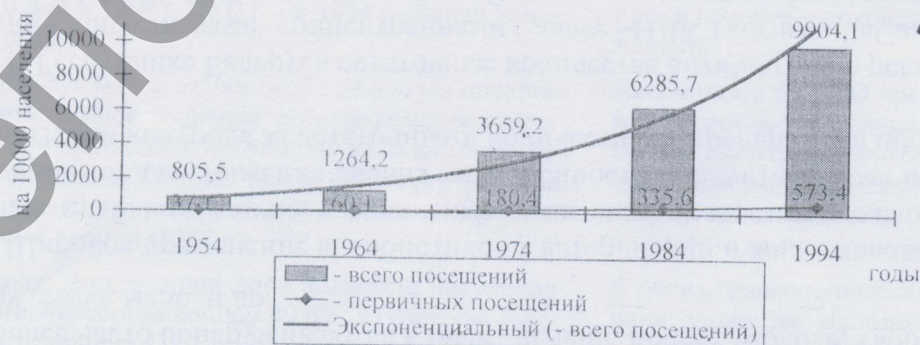


Рис. 4. Динамика частоты посещений женских консультаций в 1954–1994 гг.

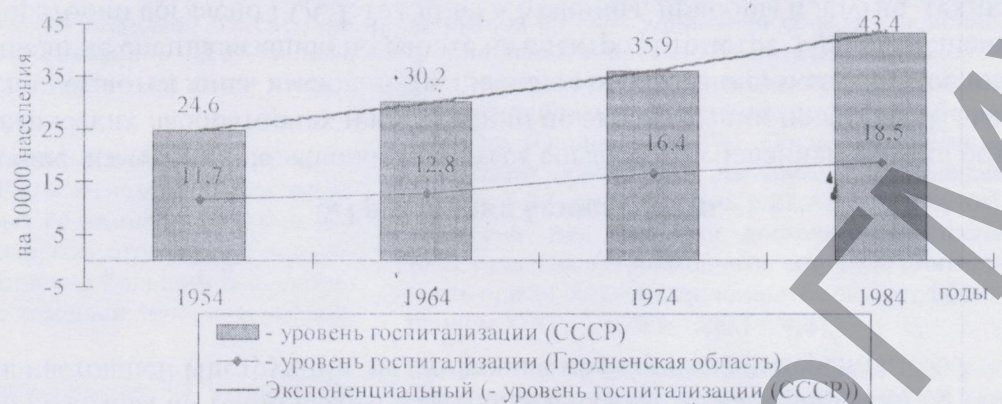


Рис. 5. Уровень госпитализации в гинекологические стационары (СССР и Гродненская область) в 1954–1984 гг. (на 10 000 населения)

О значительных недостатках в обследовании пациенток на уровне первичной медицинской помощи свидетельствует и тот факт, что до середины 1970-х гг. средняя длительность госпитализации и продолжительность временной утраты трудоспособности при лечении пациенток с гнойными формами ХРС в стационаре были весьма значительными: после экстирпации матки — $33,01 \pm 3,46$ и $32,92 \pm 3,16$ дня соответственно, а после надвлагалищной ампутации матки — $21,63 \pm 2,18$ и $22,74 \pm 2,31$ дня, после операций на придатках матки — $15,82 \pm 1,79$ и $16,81 \pm 1,56$ дня соответственно. Причем в приказе МЗ СССР от 16.11.1971 г. № 820 «О мероприятиях по рациональному использованию коечного фонда в детских стационарах» указывалось, что «... одной из причин длительного пребывания больных на койках является недостаточное обследование и лечение в условиях поликлиники: 65% больных, подлежащих плановой госпитализации, не обследуются перед направлением в стационар». В связи с этим, показатели коечного фонда гинекологических отделений были высокими. Так, оборот койки за 40 лет возрос в 1,5 раза. Соответственно, произошло и существенное сокращение среднего времени простоя гинекологической койки: с 1,6 дня в 1954 г. до 0,7 — в 1994 г. (более чем в 1,5 раза).

Используя метод экспертной оценки, мы провели сравнительное изучение заболеваемости городского и сельского населения в гинекологических отделениях областного и районного центров (Гродненского роддома и Сморгонской ЦРБ) в данный период (1983 г.).

Установлено, что при доле сельского населения в регионе, составлявшем 49,6%, в гинекологическом отделении Гродненского роддома удельный вес сельских жительниц составил только 8,0% из

общего числа пациенток ($n = 377$). В Сморгонской ЦРБ ($n = 246$) он оказался выше (32,9%), но также был значительно меньшим, чем в структуре населения района в целом. Причем ситуацию еще более усугубляло отсутствие системы разноразовного оказания медицинской помощи, так как гинекологическое отделение Гродненского роддома не исполняло функцию областного учреждения акушерско-гинекологической службы.

Какуказывалось в приказе МЗ СССР от 23.09.1981 г. № 1000, «одним из главных недостатков в работе поликлиник» является «недостаточная ответственность» при обследовании и лечении пациенток, о чем свидетельствует высокая доля поступивших для дообследования: соответственно 70,9 и 82,1%.

Отсутствие четких показаний для госпитализации и оказания медицинской помощи в стационарных условиях имело следствием несвоевременность госпитализации пациенток: 40,0 и 41,9% соответственно. Причем в гинекологическое отделение Гродненского роддома жительницы сельских поселений несвоевременно поступили в 100% случаев. Кроме того, с целью госпитализации при отсутствии направления самостоятельно обратились в приемный покой соответственно 3,7 и 4,1% женщин.

Пациентки с ВЗЖПО преобладали в обоих гинекологических стационарах, причем в Сморгонской ЦРБ их доля составила 68,3%, более чем в 4 раза превышая удельный вес женщин, поступивших по поводу невынашивания беременности — второй по частоте группе пациенток.

В обоих гинекологических стационарах преобладали пациентки молодого репродуктивного возраста (23–28 лет) — 48,1 и 54,2%. Второе рейтинговое место заняли женщины в возрасте 29–39 лет

(28,3 и 33,3%), третье – 18–22 лет (14,2 и 8,3%). Кроме того, в Гродненском роддоме 7,5% составили пациентки 40–49 лет (Сморгонь – 3,6%) и лишь незначительную долю (1,9%) – 50 лет и старше (Сморгонь – 0,6%).

Среди госпитализированных в обоих стационарах большинство составляли женщины с обострением ХРС, доля которых превышала 60% (рис. 6). Однако в гинекологическом отделении Гродненского роддома существенно большим был удельный вес пациенток с тяжелым течением заболевания.

У лиц с ВЗЖПО, большинство из которых составляли женщины молодого репродуктивного возраста, дефекты в обследовании на уровне первичной медицинской помощи еще более усугублялись отклонениями в организации лечебно-диагностических мероприятий в стационарных условиях. Так, существовал значительный резерв для сокращения сроков обследования, диагностического и предоперационного периода. Неоправданно удлиненными сроки обследования были соответственно у 14,6 и 29,3% пациенток ($p < 0,05$), необоснованно дублировались обследования, проведенные в ЖК у 27,1 и 53,7% женщин ($p < 0,05$), несвоевременно проводились консультации специалистами у 14,3 и 2,8% в них нуждавшихся ($p < 0,05$). В Гродно в 4,2% случаев назначенные консультации вообще проведены не были. Имелся резерв и для комплексного лечения не только основного заболевания, но и сопутствующей патологии: соответственно 35,3 и 41,5%. Врачами Гродненского роддома в 6,9% случаев зарегистрировано расхождение клинического диагноза и диагноза при направлении.

Недостаточная оперативная активность врачей гинекологического отделения Сморгонской ЦРБ и нарушения в организации лечебно-диагностического процесса ограничивали доступность медицинской помощи для пациенток с ВЗЖПО, сни-

жали ее качество и делали ее более финансово затратной за счет удлинения сроков стационарного лечения и временной нетрудоспособности. Так, более трети (37,5%) пациенток Сморгонской ЦРБ находились на стационарном лечении более 14 суток (Гродно – 23,6%). Причем максимальные сроки пребывания на койке, составившие $37,29 \pm 3,37$ суток (Гродно – $27,42 \pm 2,28$ суток), выявлены при развитии деструктивных форм ХРС, превышая минимальную среднюю длительность пребывания в стационаре больных с обострением ХРС – $16,29 \pm 1,26$, $t = 4,31$.

Однако в действовавших до середины 1990-х гг. нормативных актах (приказ МЗ СССР от 22.04.1981 г. № 430 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женских консультаций», приказ МЗ БССР от 25.02.1988 г. № 24 «Об улучшении выявления больных гонореей и трихомониазом акушерами-гинекологами и урологами») так и не были определены единые организационные подходы к диспансеризации женщин с ВЗЖПО, а в диспансерные группы не входили лица с неспецифическими инфекционными заболеваниями, вагинальным кандидозом и инфекциями, передающимися половым путем. Кроме того, в связи с отсутствием разноуровневой системы госпитализации и соответствующих показаний значительное большинство пациенток лечились амбулаторно (при этом листки временной нетрудоспособности не выдавались, а при ее анализе по отчетной форме № 16 не учитывался этиологический фактор заболеваемости), не проводилось систематическое прегравидарное оздоровление женщин, не осуществлялось взаимодействие акушерско-гинекологической и смежных служб по выявлению и санации экстрагенитальной патологии.

Несмотря на издание «Временного положения о порядке проведения ежегодной диспансеризации всего населения», утвержденного приказом МЗ СССР от 31.07.1985 г. № 1026, и приказа МЗ

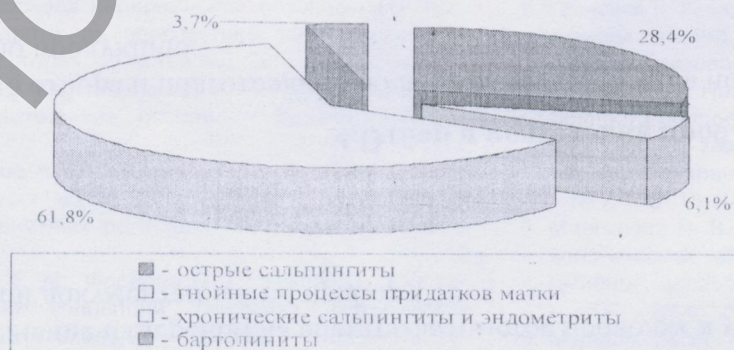


Рис. 6. Нозологическая структура пациенток с ВЗЖПО в гинекологическом отделении Гродненского роддома

СССР от 30.05.1986 г. № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», в 1994 г. в сравнении с 1984 г. охват пациенток с ВЗЖПО диспансерным наблюдением даже уменьшился и составил $63,91 \pm 2,46\%$ и $81,84 \pm 2,36\%$ соответственно.

Проведенный анализ «взятых на диспансерный учет» в 1994 г. (на 100 женщин) позволил установить, что $81,57 \pm 2,69\%$ пациенток подлежали наблюдению по поводу гинекологических заболеваний и $18,43 \pm 1,98\%$ – контрацепции. В структуре диспансеризируемой гинекологической патологии в 1994 г. доля ВЗЖПО составила почти 50%.

Анализ взятых на диспансерный учет с ИППП и другими (в том числе условно-патогенными) инфекционными процессами показал, что $24,43 \pm 3,75\%$ случаев приходилось на ВК, $7,29 \pm 1,37\%$ – на трихомониаз, $12,38 \pm 2,25\%$ – на бактериальный вагиноз. Более половины находившихся 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 женских консультаций, которые 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

(без учета этиологического фактора) и эктропион. Цервициты (без учета инфекта) составляли $7,23 \pm 1,18\%$, цервикальная интраэпителиальная неоплазия – $4,7 \pm 1,13\%$, лейкоплакия – $3,6 \pm 0,94\%$.

Третью рейтинговую группу составили пациентки с воспалительными процессами придатков матки (учет этиологического агента не проводился) – $11,47 \pm 2,27\%$, из которых более половины нуждались в оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Причем в 1985–1994 гг. уровень госпитализации еще более увеличился, а наиболее высокие темпы роста зарегистрированы в самом крупном стационаре региона – гинекологическом отделении Гродненского роддома ($+22,1\%$), что приводило к перегрузке коечного фонда и в связи с отсутствием разноразмерной системы госпитализации ограничивало доступность медицинской помощи пациенткам из районов области.

Таким образом, в 1954–1994 гг. в регионе отсутствовали единые организационные подходы к диспансеризации пациенток с ВЗЖПО, что не позволило обеспечить решение задачи по укреплению их репродуктивного здоровья. Резервами повышения качества медицинской помощи являлись своевременное и полное выявление ВЗЖПО, организация обследования и лечения пациенток разных диспансерных групп, создание системы разноразмерной госпитализации с разработкой соответствующих показаний, обеспечение преемственности между первичной медицинской помощью и стационаром, сокращение сроков диагностического и предоперационного периодов, своевременное обследование и лечение не только основного, но и сопутствующих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкая В. В. Особенности репродуктивного здоровья и новые подходы к повышению репродуктивного потенциала населения Ростовской области // Семья – основа национальной безопасности: проблемы адаптации, перспективы развития: матер. «круглого стола». – Ростов н/Д, 2007. – С. 35–41.
2. Альбицкий В. Ю., Никольская Л. А., Абросимова М. Ю. Фетотинфантильные потери. – Казань, 1997. – 168 с.
3. Богдасаров А. Ю., Родкина Р. А. Воспалительные заболевания матки и придатков в экологически неблагоприятных регионах. – Ульяновск, 1999. – 128 с.
4. Вихляева Е. М., Фролова О. Г., Токова З. З. О региональной концепции снижения материнской смертности // Экология человека. – 1995. – № 1. – С. 94–102.
5. Галкин Р. А., Гусарова Г. И., Линева О. И. Реализация программы планирования семьи в условиях реформ здравоохранения. – Самара, 1998. – 184 с.
6. Гасников В. К. Особенности управления здравоохранением региона в условиях социально-экономических преобразований. – Ижевск, 2006. – 360 с.
7. Камаев И. А., Поздеева Т. В. Заболеваемость и особенности репродуктивного здоровья студенток высших учебных заведений // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 2. – С. 18–21.
8. Мингалёва Н. В. Медико-социальные аспекты гинекологической заболеваемости // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 4. – С. 21–24.
9. Мурашко М. А., Котова Е. Г. Региональные аспекты акушерской помощи // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 81–84.