

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

И.А. Наумов
Е.М. Тищенко

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТКАМ В 1944-1994 годы
(на примере Гродненской области)**

Монография

Гродно
ГрГМУ
2012

УДК 614:618.1-002(476.6)

ББК 51.1(4Бен),08

Н 34

Авторы: зав. каф. общей гигиены и экологии УО «ГрГМУ», д-р мед. наук, доц. И.А. Наумов;
декан медико-диагностического факультета УО «ГрГМУ», д-р мед. наук, проф. Е.М. Тищенко.

Рецензенты: проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения ГУО «БелМАПО», д-р мед. наук, проф. Э.А. Вальчук;
зав. каф. акушерства и гинекологии УО «ГрГМУ», канд. мед. наук, доц. Т.Ю. Егорова.

Наумов, И.А.

Н 34 Воспалительные заболевания женских половых органов: организация медицинской помощи пациенткам в 1944-1994 годы (на примере Гродненской области) : монография / И.А. Наумов, Е.М. Тищенко. – Гродно : ГрГМУ, 2012. – 248с.
ISBN 978-985-558-085-1

В монографии представлены основные этапы и формы оказания медицинской помощи пациенткам с воспалительными заболеваниями половых органов в период 1944-1994 гг.

Издание рассчитано на организаторов здравоохранения, врачей акушеров-гинекологов и других специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи населению; студентов медицинских высших учреждений образования.

УДК 614:618.1-002(476.6)

ББК 51.1(4Бен),08

ISBN 978-985-558-085-1

© Наумов И.А., Тищенко Е.М., 2012

© УО «ГрГМУ», 2012

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
ЖК	– женская консультация
ЖРС	– женская репродуктивная система
ИППП	– инфекции, передающиеся половым путем
МЗ	– Министерство здравоохранения
МКБ-Х	– международная классификация болезней X пересмотра
НБ	– невынашивание беременности
НИВЗ	– неспецифические инфекционные воспалительные заболевания
ОЗ	– организация здравоохранения
ПМП	– первичная медицинская помощь
РЗ	– репродуктивное здоровье
ФАП	– фельдшерско-акушерский пункт
ХРС	– хронический сальпингит
ЦРБ	– центральная районная больница
ЭГП ЭГП	– экстрагенитальная патология

ВВЕДЕНИЕ

Проблема воспалительных заболеваний женских половых органов (далее – ВЗЖПО) на протяжении многих лет остается одной из наиболее актуальных в клинической практике в связи с их высокой частотой, несмотря на имеющиеся успехи в профилактике, диагностике и лечении.

ВЗЖПО оказывают негативное влияние на состояние репродуктивного здоровья женщины, ее способность к рождению здорового ребенка. Поэтому совершенствование организации оказания медицинской помощи пациенткам с данной патологией – одна из важнейших задач современного здравоохранения, от решения которой зависит прогноз социально-экономического развития общества.

В настоящее время в Республике Беларусь отсутствуют комплексные исследования, в которых на современной доказательной базе в исторической ретроспективе был бы дан комплексный анализ социально-экономической эффективности деятельности учреждений акушерско-гинекологической службы с учетом совершенствования нормативно-правового и ресурсного обеспечения на основе изучения конечных результатов оказания медицинской помощи пациенткам с воспалительными заболеваниями половых органов.

Восполнить существующий пробел позволяет настоящая монография. Рамки исторического периода исследования (1944-1994 гг.) дали возможность комплексно изучить показатели деятельности учреждений акушерско-гинекологической службы (далее – АГС), начиная с периода восстановления деятельности акушерско-гинекологической службы Гродненской области после освобождения региона от немецко-фашистских захватчиков, до начала новейшего исторического периода в развитии Республики Беларусь.

Авторами впервые собраны и подвергнуты научному анализу организационно-правовые документы, регулировавшие вопросы организации оказания медицинской помощи данному контингенту женщин, изучены вопросы ресурсного обеспечения, а также объемы амбулаторной и стационарной

помощи пациенткам, охарактеризованы в динамике уровни, нозологическая структура и тенденции развития заболеваемости воспалительными заболеваниями половых органов, степень влияния данной патологии на уровни репродуктивных и перинатальных потерь.

Авторы выражают надежду, что данное исследование послужит отправной точкой для определения стратегии по совершенствованию технологий организации медицинской помощи пациенткам с воспалительными заболеваниями половых органов.

ГЛАВА 1

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

1.1 Воспалительные заболевания женских половых органов как важная медико-социальная проблема

Инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов представляют серьезную медицинскую и социальную проблему в акушерстве и гинекологии [218]. Практические гинекологи сталкиваются с рядом трудностей при лечении заболеваний инфекционного генеза. В настоящее время до 80% таких заболеваний проявляются в хронических формах, имеют рецидивирующий характер. Они трудно поддаются лечению антибиотиками и антибактериальными препаратами [346].

ВЗЖПО занимают лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости [78, с. 199-202; 240], оказывают существенное влияние на здоровье миллионов пациенток детородного возраста [290] и являются наиболее частой причиной нарушения их репродуктивного здоровья (далее – РЗ) [305]. Согласно данным литературы, ВЗЖПО составляют 60-65% среди амбулаторных и до 30% среди стационарных пациентов [242]. Ежегодно 1-2% женщин, живущих половой жизнью, заболевают вагинитами, сальпингоофоритами, эндометритами и параметритами различной этиологии [257; 338]. Предполагается, что к 2020 г. каждая из двух женщин, достигшая 25-30-летнего возраста, перенесёт острое ВЗЖПО и будет длительно наблюдаться у гинеколога [296].

В современных условиях увеличивается число хронических вялотекущих форм воспалительных заболеваний гениталий со стертой симптоматикой. Многие авторы рассматривают воспалительные процессы половых органов как дебют большинства гинекологических заболеваний. Так, по мнению В.Н. Серова и соавт. (2003 г.), хронический воспалительный процесс в половых органах ответственен за формирование такой патологии, как эндометриоз, миома матки,

гиперпластические процессы, бесплодие различного генеза, неопластические заболевания шейки матки, а также функциональные расстройства, нарушающие нормальное течение беременности [56].

1.2 Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов

В настоящее время в отечественной литературе принято деление всех ВЗЖПО на 2 группы.

Первую из них составляют заболевания, не связанные с родами [74], вторую – послеродовые инфекции [206]. В каждой из указанных групп выделяют подгруппы и отдельные нозологические формы [248; 331].

Следует, однако, отметить, что и у акушерских, и у гинекологических больных вследствие микробной инвазии поражаются одни и те же органы и ткани (вагиналище, матка, маточные трубы). Следовательно, развиваются соответствующие заболевания (вагинит, эндометрит, сальпингит) с разницей лишь в пути проникновения инфекционного агента в орган-мишень [148].

Несмотря на большое количество научных работ, посвященных ВЗЖПО [112; 311; 343; 352], в настоящее время в мире все еще отсутствует единая их этиологическая и топическая классификация. В Международной классификации болезней X пересмотра (далее – МКБ-X) раздел по ВЗЖПО представлен недостаточно последовательно:

1. Воспалительные болезни яичников, маточных труб, тазовой клетчатки и брюшины:

- острый сальпингит и оофорит;
- хронический сальпингит и оофорит:
 - гидросальпинкс;
- сальпингит и оофорит, не уточненные как острые, подострые или хронические:
 - абсцесс (маточной трубы, яичника, тубо-овариальный);
 - оофорит;
 - пиосальпинкс;
 - сальпингит;

- сальпингит и оофорит (гонококковый, туберкулезный);
- сальпингоофорит;
- воспаление придатков матки (аднекстумор);
- острый параметрит и тазовая флегмона;
- хронический или неуточненный параметрит и тазовая флегмона:
 - абсцесс (широкой связки, прямокишечно-маточного углубления, дугласова пространства, параметрия, позадиматочного пространства) хронический или неуточненный;
 - тазовая флегмона у женщин;
 - острый или неуточненный тазовый перитонит у женщин;
 - тазовые перитонеальные спайки у женщин:
 - бесплодие, связанное с перитубарными спайками;
 - другой хронический тазовый перитонит у женщин;
 - другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов и тканей;
 - неуточненные воспалительные болезни женских тазовых органов и тканей:
 - тазовая инфекция или воспаление у женщин БДУ (без дополнительных указаний).

2. Воспалительные болезни матки:

- острые;
- хронические;
- неуточненные:
 - эндометрит (гонококковый);
 - эндомиометрит;
 - метрит;
 - миометрит;
 - периметрит;
 - пиометра;
 - абсцесс матки.

3. Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы:

- цервицит и эндоцервицит:
 - цервицит (с упоминанием или без упоминания об эрозии

или эктропионе);

- эндоцервицит (с упоминанием или без упоминания об эрозии или эктропионе);

- гонококковая инфекция (острая шейки матки;

• вагинит и вульвовагинит:

- вагинит, вульвит или вульвовагинит;

- БДУ;

- герпетический;

- вызванный острицами;

- трихомонадный;

- вульвовагинальный кандидоз;

• киста большой железы преддверия влагалища (бартолиновой);

• абсцесс большой железы преддверия влагалища (бартолиновой);

• другие абсцессы вульвы:

- абсцесс вульвы;

- фурункул вульвы;

• изъязвление вульвы:

- БДУ;

- при синдроме Бехчета;

- при простом герпесе;

• другие;

• неуточненные [134, с. 29-32].

В связи с этим, при изучении особенностей статистического учета приходится учитывать, что ряд заболеваний не входили не только в ранее действовавшие международные классификации, но и в МКБ-Х, что значительно затрудняет их регистрацию. Так, например, не подлежат регистрации бактериальный вагиноз (далее – БВ) и неспецифические инфекционные воспалительные заболевания (далее – НИВЗ), а также 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+ [148].

Значительные затруднения возникают при шифровке и регистрации микоплазменной инфекции. Так, *Mycoplasma hominis* относится к условно-патогенной микрофлоре [332; 354], кроме того, повышение ее численности ассоциируется с БВ [31; 195; 279]. В МКБ-Х 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. В этой связи возникают сложности как в постановке диагноза, так и в его шифровке [148].

Данные особенности регистрации приводят к тому, что врач, установивший диагноз, вынужден проводить его под шифром, который лишь приближенно отражает суть заболевания. В связи с этим, до настоящего времени не изученной остается многолетняя динамика заболеваемости и отсутствуют мониторинговые исследования ВЗЖПО. Кроме того, 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» [148].

1.3 Особенности микробиоценоза репродуктивного тракта в норме и при развитии патологических процессов

Воспалительные заболевания гениталий чаще всего имеют восходящий характер, начинаясь с вульвовагинитов, цервицитов. Причем, инфекционные заболевания вульвы и влагалища прочно занимают первое место в структуре акушерско-гинекологических заболеваний [287; 297; 363], причем в последнее десятилетие среди женщин многих стран мира зарегистрирован рост заболеваемости [52; 180; 247]. К ним относятся основные, наиболее распространенные формы вагинитов, такие как кандидозный, бактериальный и трихомонадный. Смешанные формы вульвовагинальных инфекций встречаются довольно часто – до 25-30% случаев [266; 278; 350]. Инфекционно-воспалительные заболевания

женских половых органов, вызываемые различными возбудителями, передаваемыми половым путем, или неспецифической микрофлорой, представляют серьезную медицинскую и социальную проблему.

Результаты эпидемиологических исследований показали, что 28-40% пациенток акушерско-гинекологических клиник страдают вагинитами. По современным данным, вагиниты у женщин репродуктивного возраста обусловлены наличием бактериального инфицирования (40-50%), вульвовагинального кандидоза (20-25%) и трихомониаза (10-15%). У 15-20% пациенток отмечается смешанная инфекция. Достаточно часто встречается бактериальный вагиноз, который выявляется у 24% практически здоровых и у 61% пациенток с клиническими проявлениями неспецифического вагинита [22].

Возможность возникновения и степень выраженности воспалительных процессов женской половой системы, в том числе вагинитов и цервицитов, зависят от состояния микробиоценоза влагалища. Вагинальный микробиоценоз или совокупность влагалищной микрофлоры у женщин репродуктивного возраста состоит из постоянно обитающих и транзиторных микроорганизмов. Доминирующими бактериями влагалищной среды являются лактобациллы (95-98%). Среди транзиторных микроорганизмов влагалища чаще других встречаются эпидермальные стафилококки, коринебактерии, бактероиды, превателлы, микоплазмы, грибы и др. [10].

Антимикробная устойчивость генитального тракта обеспечивается сложным комплексом защитных приспособлений: анатомо-физиологическими особенностями слизистых оболочек половых путей, иммунной системой, фагоцитарными клетками, гуморальными противобактериальными факторами и нормальной микрофлорой [138]. К анатомо-функциональным барьерам полового тракта женщин относятся: сомкнутость половой щели, слущивание многослойного плоского эпителия, кислая среда влагалища, нормальная микрофлора влагалища, слизистая пробка канала шейки матки и выраженное сужение просвета в области внутреннего зева и перешейка [75]. Одним

из важных компонентов локальной противoinфекционной защиты является естественная микрофлора влагалища и цервикального канала [31].

Влагалище заселяется лактобактериями вскоре после рождения девочки, их количество нарастает в репродуктивный период и уменьшается в перименопаузе. Они конкурируют с другими микроорганизмами (в частности, с *Gardnerella vaginalis* и *Candida albicans*) за прилипание к эпителию стенок влагалища, что необходимо для колонизации бактерий и их длительного существования. Лактобациллы создают кислую среду благодаря образованию молочной и других кислот, продуцируемых ими путём ферментации глюкозы, преобразованной из гликогена эпителиальных клеток влагалища. В норме рН влагалища составляет 3,8-4,2, что способствует угнетению роста анаэробов. Лактобациллы продуцируют также перекись водорода, что является одним из механизмов бактериального антагонизма. У здоровых женщин выделенные штаммы лактобактерий обладают высокой пероксидпродуцирующей способностью в 80-100% случаях. Кроме этого, считается, что лактобактерии стимулируют иммунную систему макроорганизма [132].

Нормальный биоценоз влагалища, отличающийся строгой эстрогензависимостью, способствует поддержанию высоких концентраций факторов его самоочищения и является первой линией защиты репродуктивной системы от инфекций. К факторам самоочищения или защиты влагалища также относят достаточный уровень эстрогенов в организме и наличие в содержимом влагалища иммуноглобулинов.

Шейка матки является второй линией защиты репродуктивной системы от инфекций. Слизь, выделяемая шейкой матки, служит биологическим фильтром, препятствующим проникновению бактериальной флоры из влагалища в вышележащие отделы половой системы. Защитные свойства слизистой пробки обусловлены бактерицидностью, протеолитической активностью, иммунологической активностью (в слизи представлены иммуноглобулины всех классов). Нередко, в 67,7% случаев,

воспалительным процессам сопутствует эктопия шейки матки, осложненная ее форма [216]. Наличие цервицитов и эктопии значительно ухудшает защитные свойства шейки матки, что способствует распространению патогенных микроорганизмов в вышележащие отделы половой системы и возникновению воспалительных заболеваний матки и придатков.

Вытеснение одних условно-патогенных микроорганизмов другими приводит к патологическим сдвигам в вагинальном микробиоценозе, причиной которых может быть лечение антибиотиками, цитостатиками, гормонами; эндокринная патология (сахарный диабет); использование оральных контрацептивов; любые состояния, приводящие к нарушению иммунного статуса.

В развитии воспалительного процесса, эффективности лечебных мероприятий и исходе заболевания имеет значение состояние иммунологической реактивности [131]. При воспалительных заболеваниях иммунная система неизбежно вовлекается в процесс ответа на патогенный агент, при этом сама превращается в объект поражения [215].

Микробиоценоз репродуктивного тракта представляет собой сложную систему, в состав которой входят микроорганизмы практически всех таксонов. Функционирование этой системы обеспечивается взаимодействием между макроорганизмом и представителями микрофлоры, а также внутренними взаимодействиями между микроорганизмами в составе ассоциации. Взаимодействие микрофлоры и макроорганизма представляет собой многоуровневый комплекс, обеспечивающий формирование динамичной и многокомпонентной микроэкосистемы, которая призвана поддерживать физиологическое равновесие в урогенитальном тракте и обеспечивать профилактику патологических процессов [180].

Взаимодействия между микроорганизмами в составе ассоциации носят сложный характер, так как влияние микроорганизмов друг на друга в составе ассоциации, а также на макроорганизм в целом невозможно свести к простой сумме взаимодействий отдельных членов ассоциации. Также

необходимо учитывать многоуровневый и часто неоднозначный характер влияния внешних и внутренних факторов на членов ассоциации, что создает трудности в оценке механизмов реализации взаимодействий непосредственно в микроэкосистеме, а также влияния на макроорганизм [228]. Можно выделить несколько вариантов взаимоотношений внутри микробных ассоциаций: активация или синергизм, при котором микроорганизмы активизируют процессы жизнедеятельности друг друга; антагонизм, при котором микроорганизмы взаимно подавляют действие друг друга; индифферентные микроорганизмы – не влияют на активность других микроорганизмов [169].

Антагонистическому взаимодействию принадлежит важная роль, в формировании колонизационной резистентности уrogenитального тракта, которая обеспечивается нормальной микрофлорой. Колонизационная резистентность подразумевает совокупность механизмов, обеспечивающих стабильность количественного и видового состава нормальной микрофлоры, что предотвращает заселение уrogenитального тракта патогенными микроорганизмами или чрезмерное размножение условно-патогенных микроорганизмов, входящих в состав нормального микроценоза, и распространение их за пределы экологической ниши [132].

Антагонистическая форма взаимодействия микроорганизмов также имеет важное прикладное значение, например, для создания биопрепаратов, лечебные свойства которых основаны на антагонизме разных видов микроорганизмов. Примером такой формы взаимодействия является угнетение роста дрожжей актиномицетами, продуцирующими нистатин, а также действие плесневых грибов, продуцирующих антибиотики, на рост других микроорганизмов [10].

Активирующее взаимодействие приводит к взаимному усилению воздействия микроорганизмов, что, как правило, способствует формированию симбиоза и возникновению устойчивой полимикробной ассоциации [3].

В современных условиях характер течения инфекций урогенитального тракта имеет ряд особенностей, которые обусловлены как изменяющимися биологическими свойствами патологических агентов, так и сексуально-поведенческими особенностями пациенток. В качестве основных характеристик течения инфекционных процессов в урогенитальном тракте можно выделить: многоочаговость воспалительного процесса – одновременное поражение нескольких органов с тенденцией к распространению инфекционного процесса; микстинфицирование – наличие ассоциаций возбудителей инфекционной природы, принадлежащих к различным видам; персистирующий характер течения инфекционного процесса – длительное латентное течение без значимых клинических проявлений; трудность постановки диагноза с помощью скрининговых методов лабораторной диагностики; неэффективность традиционных терапевтических мероприятий и серьезность возникающих осложнений [254].

Несмотря на то, что в настоящее время показано, что специфика развития ВЗЖПО определяется взаимодействием макроорганизма пациентки [12; 334] и инфекта [130, с. 134-140; 276], выявляемого при ее обращении в организацию здравоохранения либо активно медицинским персоналом [293; 360], при проведении профилактических осмотров населения все еще не алгоритмирован процесс формирования групп «риска» по развитию ВЗЖПО, что не позволяет своевременно разрабатывать и осуществлять в полном объеме как профилактические, так и диагностические мероприятия.

Весьма вариабельны также представления о макроорганизменных факторах «риска» развития ВЗЖПО [39; 51; 215]. В литературе показано, что такие медико-социальные характеристики пациенток, как их семейный статус, возраст [85; 223], профессиональная принадлежность [54; 137; 233; 353] в определенной мере являются индикаторами их полового поведения [133], что, безусловно, оказывает влияние на «риск» возникновения воспалительных заболеваний гениталий и нарушений в женской репродуктивной системе (далее – ЖРС) [275; 333; 351]. Однако

проведенные исследования касались преимущественно клинических аспектов проблемы и не носили системного характера, что не позволило до настоящего времени выявить соответствующие закономерности и разработать профилактические мероприятия.

Инфекционный характер впервые наступивших воспалительных изменений гениталий не вызывает сомнений [107, с. 49–53; 244; 259; 262]. В последующем у большинства пациенток с хроническими процессами микробный фактор уже не играет существенной роли в возникновении обострений [132; 261; 356]. Так, на стерильность содержимого маточной трубы при хроническом сальпингите (далее – ХРС) и полости матки при хроническом эндометрите указывают многие исследователи [141, с.32; 295]. Под влиянием неспецифических факторов развивается картина, воспроизводящая в большей или меньшей степени первоначальный патологический процесс [131; 322], который оказывает длительное выраженное негативное влияние на функционирование ЖРС [50; 100; 319]. Однако до настоящего времени процесс выявления как острых, так и хронических ВЗЖПО основан на обращаемости пациенток с клиническими проявлениями патологического процесса в организации здравоохранения (далее – ОЗ). При этом активное выявление заболеваний носит спорадический характер, что обусловлено отсутствием стандартизированных подходов к определению периодичности проведения гинекологических профилактических осмотров «здоровых» женщин и формированию по их результатам медико-организационных групп «риска» по развитию ВЗЖПО, а также системы поэтапного наблюдения, контроля и управления состоянием здоровья этих пациенток. Не налажен также компьютерный мониторинг состояния здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов с учетом их медико-социальных характеристик и результатов корригирующих мероприятий.

1.4 Бактериальный вагиноз и роль инфекций, передающихся половым путем в развитии воспалительных заболеваний женских половых органов

Клинические проявления инфекционного процесса во влагалище проявляются в виде вагинита или БВ, то есть дисбиоза с четкой микробиологической характеристикой, характеризующейся резким снижением лактобактерий и доминированием облигатно-анаэробных бактерий и микроаэрофилов.

В полимикробной природе БВ ведущую роль играют облигатно анаэробные бактерии [169; 255; 302]. 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 [10; 299; 326]. Отмечено также значительное распространение грам-отрицательной флоры (кишечная палочка, энтерококк) [22; 183; 329]. Однако, несмотря на достаточно выраженную клиническую картину, до настоящего времени не разработаны организационные мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенткам, что при отсутствии корригирующих мероприятий ведет к развитию воспалительного процесса во влагалище и стойким нарушениям РЗ [300].

В настоящее время каждая третья женщина в мире когда-либо имела, по меньшей мере, один эпизод грибковой инфекции; частота вагинального кандидоза (далее – ВК) составляет 18-29% [46] и постоянно увеличивается [328], причем кандидоз мочеполовой системы у женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин [47; 285]. Считается, что в 30-40% случаев передача инфекции происходит половым путем [68], однако только у 5-25% половых партнеров женщин с ВК выявляют носительство грибов [37]. При этом титр колонизации кожи головки полового члена чаще всего низкий и недостаточен для инфицирования влагалища [340]. Следует отметить и то, что многие женщины, страдающие рецидивирующим ВК, не живут половой жизнью [232]. Кроме

того, против роли половой передачи ВК свидетельствует низкая эффективность лечения половых партнеров в профилактике рецидивов заболевания [318]. Имеются данные о том, что при рецидивирующем ВК резервуаром грибов и источником реинфекции влагалища служит желудочно-кишечный тракт, при этом у большинства больных вагинальные и кишечные штаммы идентичны [46].

Согласно другой точке зрения, ведущее значение в развитии ВК имеет активация эндогенной грибковой инфекции вследствие нарушения защитной роли нормальной микрофлоры влагалища [13; 283], в том числе при местном или системном применении антибиотиков [181]. Так, по данным ряда авторов, антибиотикотерапия (далее – АБТ) инфекций, передающихся половым путем (далее – ИППП), сопровождается возникновением ВК или кандидоносительства у 18-40% пациенток [104; 167; 336], что, по-видимому, обусловлено снижением титра лактобацилл или нарушением видового их соотношения [267; 345] и нарушениями местного иммунного статуса [308; 323] вследствие временного дефекта локального Т-лимфоцитарного ответа [320]. Однако до настоящего времени процесс оценки выраженности нарушений в функционировании ЖРС при ВК носит весьма приблизительный характер ввиду отсутствия соответствующих методик.

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости ИППП [69], которым принадлежит основная роль в возникновении воспалительных заболеваний органов малого таза (далее – ВЗОМТ), а степень вирулентности которых служит решающим фактором при распространении процесса [282].

Социально-экономический кризис 1990-х гг. привел к росту заболеваемости ИППП [217], уровень которой и в настоящее время остается далеким от оптимального [306; 372]. Поэтому данные инфекции отнесены к группе тех социально значимых болезней, борьба с которыми требует принятия стратегических решений и мер на государственном уровне.

Медико-социальная значимость ИППП обусловлена не

только их широким распространением, но и тем, что вспышки данных инфекций носят периодический характер [3, с. 118]. Они имеют тяжелые последствия для пациенток [89; 109], негативно влияют на сексуальную функцию [190], значительно увеличивают «риск» передачи ВИЧ-инфекции [245], наносят ощутимый экономический ущерб государству [142, с. 214].

Исследования, которые оценивали бы экономический ущерб ИППП для общества, проведены в США, где ежегодно регистрируется более 12 миллионов новых случаев заражения. В этой стране в ценах 1994 г. полная стоимость лечения ИППП оценивается в 17 млрд. долларов ежегодно. Эта сумма включает как общую стоимость лечения ИППП (исключая ВИЧ и СПИД) и их осложнений (10 млрд. долларов), так и стоимость лечения переданного половым путем ВИЧ и СПИДа (6,7 млрд. долларов) [167]. Этим данным 10 лет. С тех пор реальная стоимость доллара и цены на энергоносители значительно возросли, поэтому эти цифры также можно увеличить в несколько раз.

Зарегистрированное снижение активного выявления больных ИППП указывает на позднюю обращаемость пациенток, недостаточную выявляемость инфицированных и позволяет предполагать значительное превышение реальной их распространенности в структуре вагинитов и сальпингитов над официально зарегистрированной [33, с. 43-48]. При этом практически неизученными остаются региональные особенности заболеваемости вагинитами и сальпингитами специфической этиологии, а также медико-социальные характеристики и состояние РЗ пациенток.

Рост заболеваемости ИППП регистрируется, начиная с подросткового возраста. Этому способствуют возрастные особенности организма; характер репродуктивного поведения: раннее начало половой жизни, неустойчивость сексуальных отношений, промискуитет; недостаточное соблюдение гигиенических требований; безответственное отношение к своему здоровью, свойственное этому возрасту.

При исследовании состояния микрофлоры репродуктивного тракта сексуально активных девушек-

подростков с воспалительными заболеваниями придатков матки выявлены изменения, укладывающиеся в картину бактериального вагиноза, у 42% больных, увеличение содержания факультативно-анаэробных микроорганизмов – у 67,7%, облигатных анаэробов – у 70,9%, наличие урогенитальных микоплазм – у 6,5%, уреоплазм – у 19,4%, хламидий – у 9,6% пациенток. У 3,2% пациенток выявлены трихомонады и у 9,8% – гонококки. Воспалительные процессы придатков матки протекали на фоне выраженных патологических изменений вагинального биоценоза. Осложненные формы воспалительных заболеваний придатков матки отмечены у подростков в 67,7% случаев: в виде пиосальпинксов и tuboовариальных образований (22,5%), пельвиоперитонита и перитонита (45,2%) [21].

Последствиями генитального хламидиоза, перенесенного в подростковом возрасте, являются бесплодие, хронические воспалительные заболевания урогенитального тракта, невынашивание беременности. Несмотря на малосимптомное течение, длительный воспалительный процесс при персистенции хламидий ведет к рубцовым изменениям тканей и аутоиммунным сдвигам в организме. Переходя интраканаликулярно из цервикального канала в эндометрий, а иногда и в маточные трубы, хламидии могут под влиянием лечения исчезнуть из влагалища и шейки матки, оставаясь в расположенных выше участках полового тракта. Некоторые случаи первичного пельвиоперитонита, перисальпингита и периаппендицита (аппендикулярно-генитальный синдром) являются проявлением распространенного хламидиоза [303].

Среди ИППП, вызывающих острые вагиниты, по данным Всемирной организации здравоохранения, первое место по частоте занимает трихомониаз, которым ежегодно в мире заболевают 170 млн. человек [263; 312]. До 72% случаев заражение происходит от больного сексуального партнера, чаще при внебрачных половых связях [136]. Женщины, имеющие случайные половые связи, страдают трихомониазом в 3,5 раза чаще, чем имеющие одного полового партнера [138, с. 34].

Эпидемиология трихомониаза до настоящего времени изучена недостаточно, тем не менее выявлено, что наиболее высокий уровень заболеваемости этой инфекцией наблюдается среди женщин из неблагополучных групп населения. Трихомонадное носительство встречается у 40-50% пациенток со смешанной урогенитальной инфекцией, а в 30-56% случаев трихомониаз является причиной воспалительных заболеваний урогенитального тракта у женщин [365].

Относительно невысокая распространенность трихомониаза в индустриально развитых странах объясняется выявлением *Trichomonas vaginalis* при скрининговом микроскопическом исследовании влагалищных мазков, скринингом беременных женщин и широким применением препаратов для лечения анаэробных инфекций.

До половины случаев трихомонадной инфекции протекают бессимптомно. Однако даже при отсутствии клинических проявлений инфицирование *Trichomonas vaginalis* может приводить к неблагоприятным последствиям, так как установлена взаимосвязь урогенитального трихомониаза и развития воспалительных заболеваний органов малого таза (далее – ВЗОМТ) и бесплодия.

Трихомониаз редко протекает в виде моноинфекции. У большинства (70-90%) пациенток *Trichomonas vaginalis* входит в состав ассоциатов микроорганизмов, наиболее часто включающих микоплазмы (47,3%), гарднереллы (31,4%), уреоплазмы (20,9%), хламидии (18,2%), грибы (15,7%), а также гонококки (29,1%) [3]. Одним из факторов, обуславливающих формирование подобных ассоциатов, является способность трихомонад осуществлять незавершенный фагоцитоз различных микроорганизмов и вирусов, создавая резервуар патогенной флоры в организме и защищая ее от воздействия факторов иммунной системы и лекарственных средств. Излечение от трихомонадной инфекции приобретает особую важность, поскольку она может стать причиной неэффективности терапии и рецидива других генитальных инфекций.

Актуальна проблема и хронического урогенитального трихомониаза [342], так как часто данное заболевание представляет собой смешанный протозойно-бактериальный процесс [365]. Трихомонады способны поглощать, но не обязательно переваривать практически всех известных возбудителей ИППП, вызывая тем самым их интратрихомонадную персистенцию и вертикальный транспорт [188], в том числе и *Neisseria gonorrhoea* [339, с. 94], что в условиях отсутствия организационных стандартов оказания медицинской помощи пациенткам со специфическими вульвовагинитами создает значительные трудности для врачей акушеров-гинекологов при осуществлении диспансерного наблюдения.

Распространение восходящей инфекции приводит к развитию воспалительных процессов матки, придатков матки и яичников. Причем, в последние годы введен термин «воспалительные заболевания органов малого таза» (ВЗОМТ). Одни авторы к этим заболеваниям относят только воспалительные процессы яичников, труб, тазовой брюшины [113], другие же присоединяют и воспаление тела матки [34, с. 8-17]. Во ВЗОМТ не включены воспалительные заболевания шейки матки, хотя она расположена также в малом тазу и представляет с телом матки «функциональное единое образование» [189, с. 17].

Ряд исследователей стремятся уже в определении данной патологии отразить этиологический фактор, характеризуя ВЗОМТ как распространенное грозное осложнение инфекций, передающихся половым путем, – гонорей и хламидиоза. Другие авторы указывают, что наряду с этими распространенными инфекциями важную роль играют микроорганизмы, вызывающие бактериальный вагиноз, анаэробные бактерии, нормальные эндогенные микроорганизмы женского нижнего полового тракта, и лишь 60% случаев ВЗОМТ связаны с присутствием агентов, передаваемых половым путем. В то время как одни исследователи определяют ВЗОМТ как осложнения ИППП, другие указывают на возможность их развития у девочек до

начала половой жизни вследствие гематогенного или лимфогенного распространения инфекции. Таким образом, существуют многочисленные противоречия во взглядах на диагностические подходы и лечебную тактику, характер скрининга и контроль за отдаленными результатами лечения, оценку этиологического и патогенетического значения различных микроорганизмов, обнаруживаемых в половых путях женщин с ВЗОМТ и т.д.

В индустриально развитых странах ежегодно среди женщин 15-39 лет ВЗОМТ выявляются в 10-13 из 1000 случаев, достигая 20 на 1000 случаев у женщин в возрасте 20-24 лет [240]. За последние годы во всем мире зафиксирован рост числа ВЗОМТ – на 13%, и на 25% – у женщин, использующих внутриматочные контрацептивные средства (далее – ВМС), причем, в 3 раза увеличилась частота тубоовариальных образований воспалительной этиологии [175]. Начавшееся заболевание в большинстве случаев прогрессирует [286]. При обострениях ХРС развивается выраженная клиническая картина, требуется все большее количество лекарственных средств для лечения, что, несомненно, наносит ощутимый экономический ущерб персонально пациентке и государству в целом.

В Великобритании частота ВЗОМТ составляет 1,7% среди женщин в возрасте 18-45 лет, посещающих врача общей практики.. Причем, в этой стране количественная оценка заболеваемости ВЗОМТ затруднена в связи с тем, что статистическая информация базируется в основном на данных, полученных из стационаров, в то время как многие пациентки лечатся амбулаторно. Тем не менее, известно, в частности, что за последние 10 лет число женщин в возрасте 20-24 года с диагнозом ВЗОМТ увеличилось в 1,5 раза и с тех пор существенного снижения заболеваемости отмечено не было, возрастает число случаев, резистентных к антибиотикам, наибольший риск заболеваемости отмечается в возрастной группе 16-19 лет, при этом хронические ВЗОМТ встречаются чаще у более старших пациенток [361].

В США до 1992 г. ежегодно регистрировалось 800 тыс.

случаев заболеваемости ВЗОМТ, это составляло 1% сексуально активных женщин в стране, при этом четверть заболевших госпитализировались, а с 1992 г. в год поражается уже 1 млн женщин.

В ряде исследований отмечается, что увеличение заболеваемости ВЗЖПО является следствием возрастающей миграции населения и урбанизации [28]. Кроме того, в распространении ВЗОМТ подчеркивается все более негативная роль социальных и поведенческих факторов, снижающих иммунную защиту [30]. К социальным факторам относятся хронические стрессовые ситуации [176], низкий уровень жизни (недостаточное и нерациональное питание) [166], хронический алкоголизм, курение и наркомания [260; 294]. Поведенческие факторы включают в себя ранние сексуальные дебюты, высокую частоту половых контактов, большое число половых партнеров [83], нетрадиционные формы половых контактов (орогенитальный, анальный), половые отношения во время менструации и т.д. [90]. Однако роль социальных и поведенческих факторов трактуется разными авторами неоднозначно [97; 201] и требует дополнительного изучения.

Имеются в литературе указания на такие факторы «риска» ВЗОМТ, как послеродовые осложнения, наличие инвазивных процедур в анамнезе (лапароскопия), перенесенный туберкулез.

Отдельные авторы придерживаются мнения, что возрастающая частота обнаружения ВЗОМТ определяется совершенствованием организационных мероприятий по диагностике патологии [126; 208; 227], что позволяет в последующем выработать адекватную лечебную тактику [110, с. 132-154; 119]. Однако применяемые в настоящее время диагностические методики технически сложны, дают приблизительную оценку тяжести воспалительного процесса, не содержат четких критериев для формирования клинко-организационных групп пациентов для их направления на лечение в разного типа ОЗ.

Большое внимание в проанализированной литературе уделяется и проблемам «омоложения» заболеваемости ВЗОМТ [148, с. 18-21]. Из общего числа пациенток 70% составляют

женщины моложе 25 лет, 75% – нерожавшие. В некоторых странах Западной Европы и США общая заболеваемость сальпингитами у пациенток в возрасте от 15 до 39 лет достигает 10-13 случаев на 1000 женщин [375, с. 337]. При этом наибольшие темпы роста заболеваемости ВЗОМТ отмечены в возрасте 20-24 лет – в 1,4 раза, и 25-29 лет – в 1,8 раза [73]. Выделяют факторы «риска» у подростков в связи с поведенческими и физиологическими особенностями: они реже применяют барьерные контрацептивы, чаще меняют половых партнеров, причем уровень инфицированности последних оказывается более высоким, у них чаще выявляется цервикальная эктопия и повышенная проницаемость цервикальной слизи. Однако на протяжении длительного исторического периода скрининговые исследования заболеваемости ВЗЖПО не проводились.

Многие исследователи утверждают, что ВЗЖПО являются значимыми факторами, провоцирующими ухудшение РЗ вследствие недостаточного уровня санитарной культуры пациенток; ранних сексуальных дебютов и промискуитета [239]; случайных половых связей [114]; низкой сексуальной культуры и ослабления брачно-семейных отношений; роста распространенности вредных привычек [71]; увеличения частоты заболеваний мочеполовой системы [88, с. 68]; ЭГП [21; 45; 192] и ее хронизации; снижения иммунной и неспецифической резистентности организма [75]; низкого уровня прегравидарной подготовки супружеских пар [116]; недостаточно высокого уровня специализированной помощи женщинам в процессе выполнения репродуктивной функции [160]; отсутствия должного учета влияния патологии на плод и новорожденного и возможностей своевременного их устранения [150; 230]. Как отмечают исследователи, под воздействием указанных выше факторов развивается акушерско-гинекологическая патология в форме нарушений специфических функций женского организма с вовлечением в цепь патологических реакций эндокринной, нервной, иммунной и других систем организма [243; 344; 364], осложняющая течение беременности и родов, в значительной

мере угрожающая здоровью новорожденных [182, с. 100-123]. Однако до настоящего времени исследования медико-социальных характеристик пациенток не носят системного характера и касаются, преимущественно, ИППП [225].

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 [23, с. 39-44]. У пациенток с ВЗОМТ в 6 раз чаще, чем у здоровых, наблюдается эндометриоз, их в 6 раз чаще оперируют по поводу внематочной беременности, у них в 8 раз чаще, чем в основной популяции, удаляется матка [211, с. 98].

В структуре заболеваемости ВЗОМТ особое место занимают гнойные поражения маточных труб и яичников, на долю которых приходится от 4 до 10% [355]. Патологический процесс при этом протекает с выраженными нарушениями в функционировании ЖРС, характеризуясь полиорганными поражениями [128, с. 63-67; 194], и является одной из основных причин снижения и потери трудоспособности женщин [82, 256].

В США, где стационарное лечение получают только 11% пациенток с ВЗОМТ, последние являются ведущей причиной госпитализации пациенток, что делает данную патологию главной гинекологической проблемой в США [286]. Однако до настоящего времени отсутствуют исследования сравнительной медико-экономической эффективности лечения пациенток с ХРС в условиях разного типа ОЗ.

Следует также отметить, что, по данным авторов США, терапия ВЗЖПО чрезвычайно обременительна финансово. Так, средняя стоимость лечения одной пациентки с хроническим ВЗОМТ в США составляет 2150 долларов, при этом у женщин с хронической тазовой болью она достигает 6350 долларов, с эктопической беременностью – 6840 долларов, с бесплодием – 12700 долларов. В целом экономические расходы здравоохранения США, связанные с данной патологией,

превышают 4 млрд долларов в год [373]. Основная их часть обусловлена осложнениями ВЗОМТ, прежде всего, хронической болью в малом тазе, бесплодием и эктопическими беременностями [32]. Кроме того, следует отметить, что при гнойном поражении придатков матки возникает реальная угроза не только здоровью, но и жизни пациентки [12, 40]. Летальность пациенток с гнойными ВЗОМТ составляет от 5 до 15% [34, с. 86].

Восходящий путь инфекции является преобладающим в генезе ВЗОМТ [84, с. 16, рисунок 1; 324], что особо свойственно стафилококкам и стрептококкам [95, с. 72, таблица 7; 246]. Воспалительный процесс может развиваться и в результате активизации нормальной эндогенной флоры влагалища, например, при ослаблении местного иммунитета или изменениях в эндокринной системы вследствие внешнего воздействия – роды, аборт [70; 156; 163; 193], ВМС [32; 108]. Не исключена возможность лимфогенного и гематогенного распространения инфекции [207, с. 18], а также вследствие первичного инфицирования брюшины при холецистите, панкреатите, пиелонефрите [65; 347].

Основным пусковым моментом развития острых ВЗОМТ является инвазия микроорганизмов. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище, за исключением лакто- и бифидобактерий, могут принимать участие в развитии воспалительного процесса [34].

В литературе приводятся противоречивые данные по вопросам частоты встречаемости различных этиологических факторов при острых аднекситах. Так, А.Н. Стрижаков и А.Н. Подзолкова (1996) наиболее часто выделяли облигатные анаэробные микроорганизмы: бактероиды, пептококки, пептострептококки [207]. Поскольку большинство анаэробов – сапрофиты, в клинической практике они приобретают реальную значимость только при наличии повреждений эпителия маточных труб. Исследования показали, что роль анаэробной микрофлоры состоит в обладании потенцирующим влиянием на рост и размножение аэробов [3]. Согласно материалам работ последнего десятилетия, анаэробные

микроорганизмы чаще всего встречаются в сочетаниях с грамположительными (энтерококки) и грамотрицательными (кишечная и синегнойная палочки) аэробами [37]. В условиях эксперимента показано, что анаэробно-аэробные сообщества более устойчивы к фагоцитозу и внутриклеточному уничтожению, так как они продуцируют более полный набор важнейших ростовых факторов [52]. Поэтому такие смешанные микробные ассоциации обладают синергическим потенциалом, что повышает их патогенную роль в развитии воспалительных процессов.

Следует также отметить, что внедрение современных инвазивных диагностических и лечебных методов, к сожалению, способствовало росту ВЗОМТ, возбудителями которых являются условно-патогенные микроорганизмы [325; 361]. Анаэробы представляют собой этиологический фактор ВЗОМТ в 80% случаев, 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%, клостридиями – в 5% [274]. Анаэробам принадлежит доминирующая роль в развитии tuboовариальных абсцессов, сальпингита, пельвиоперитонита, эндометрита, параметрита, тазовых инфильтратов, а также абсцессов бартолиновых желез [335; 348]. При этом воспалительные процессы, вызванные эндогенной флорой, как правило, характеризуются стертой клинической симптоматикой и торпидным течением с частыми обострениями. Однако до настоящего времени не разработаны четкие показания для лечения пациенток в амбулаторных и стационарных условиях.

Высокая частота ВЗЖПО непосредственно обусловлена и повышением устойчивости патогенной микрофлоры к антибиотикотерапии (далее – АБТ), особенно при гнойных процессах [101, с. 169-176], что нередко имеет следствием затяжное течение ВЗЖПО и хронизацию патологического процесса. Таким образом, и для этих пациенток актуальной проблемой является разработка критериев для оказания им медицинской помощи по стандартизированным протоколам в

разного типа ОЗ.

Общей закономерностью развития острых воспалительных аднекситов является то, что причиной их чаще всего служат не отдельные патогенные бактерии, а сложные микробные сообщества, нередко состоящие из представителей аэробной и анаэробной микрофлоры [68].

Следует учитывать, что в начале патологического процесса лишь один инфекционный агент инициирует воспалительный процесс и изменяет функционирование локальных иммунных механизмов, подготавливая тем самым благоприятную почву для дальнейшего инфицирования условно-патогенными микроорганизмами [23, 49]. Наиболее часто такими «инициаторами» выступают гонококки и хламидии [265; 304].

Так, роль *Chlamydia trachomatis*, как этиологического фактора ВЗОМТ, в последние годы признается большинством исследователей [226; 271; 191].

Эпидемиологические исследования показывают большую распространенность урогенитального хламидиоза в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2007 г. число новых случаев составило 120 млн, тогда как в 1989 г. оно было равным 50 млн [375]. Так, в Германии частота инфекции возросла с 8,9% в 1994 г. до 9,7% в 2007 г., в Венгрии – с 9,3% в 1993 г. до 14,5% в 2007 г. Среди пациенток с ИППП в Марокко *Chlamydia trachomatis* встречается в пределах от 50 до 70% наблюдений. В Индии хламидии обнаружены у 14,2% женщин с бесплодием и у 45,6% пациенток с ВЗОМТ, в Китае данным возбудителем инфицированы 9,3% населения.

Среди населения США, где рассматриваемая инфекция относится к самым распространенным трансмиссионным заболеваниям, ею страдают 2% белого населения, 3% мексиканских эмигрантов, 7% афроамериканцев [360]. Результаты исследования на урогенитальные инфекции студенток Балтиморского университета показали, что 15,7% из них инфицированы хламидиозом, а пик заболеваемости учащихся университетов Флориды приходится на август-сентябрь – 10,70%, в то время как среднегодовой уровень

составляет 8,74% [305]. *Chlamydia trachomatis* обнаруживают в 6,1% случаев при изнасиловании, в 27,6% исследований при применении ВМС, а также у 8-17% женщин, направляемых на аборт [290].

Урогенитальный хламидиоз встречается у 27,5-31,1% сексуально активных подростков, у 9,2% подростков-правонарушителей, у 18,7% беременных подростков, у 25-26,3% детей с вульвовагинитами [75; 83; 249].

Первичным очагом поражения, как правило, является слизистая оболочка шейки матки [144; 280; 303], частота поражения которой, по данным разных авторов, составляет от 23% до 93% [23, с. 20; 216].

Хламидийные сальпингиты составляют 25-40% всех случаев заболеваний [367], причем, *Chlamydia trachomatis* является моноагентом только у 20% больных [337], у 68% пациенток определяются и иные возбудители [317]. Так, 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 [250; 284; 307; 359]. Одновременно три различные инфекции диагностируются у 11% пациенток, 4-5 инфекций – у 6% женщин с ВЗОМТ [102; 249; 369]. Это в значительной мере ухудшает течение заболевания, существенно облегчает передачу ВИЧ-инфекции, является кофактором прогрессирования патологического процесса [58; 277].

Тем не менее, до настоящего времени не разработаны стандартизированные методы выявления ВЗЖПО на прегравидарном этапе с учетом этиологического фактора и особенностей иммунологической реактивности организма в связи с отсутствием соответствующих методик. Это, в свою очередь, не позволило сформировать клинко-организационные группы пациенток с ХРС для определения порядка оказания им плановой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Объектом интенсивных дискуссий по поводу возникновения ВЗОМТ выступает этиологическая роль уреаплазм и микоплазм [241; 258; 370].

Эти микроорганизмы являются так называемыми мембранотропными агентами. Они паразитируют на мембранах эпителиальных клеток, незначительная часть популяции может присутствовать внутриклеточно.

Микоплазмы обнаруживают во влагалищной микрофлоре практически у всех женщин, однако подавляющее число видов является сапрофитами и их выделение еще не свидетельствует об участии в воспалительном процессе [272; 321].

Широкое распространение генитальных микоплазм среди клинически здоровых женщин разного возраста позволяет рассматривать эти микроорганизмы как комменсалы, которые способны приобретать патогенные свойства при определенных условиях: присоединение иных инфекционных агентов, изменение физиологического и иммунного статуса и др.

Хотя генитальные микоплазмы входят в состав эндогенной микрофлоры влагалища, однако их колонизационная частота зависит от сексуальной активности женщины. При достижении половой зрелости заселение урогенитального тракта данными микроорганизмами происходит при половых контактах и коррелирует с числом сексуальных партнеров [255; 307].

Учитывая, что для микоплазменной инфекции характерна длительная персистенция и латентное течение, специфическая терапия, приводящая к клиническому благополучию, часто не обеспечивает элиминации возбудителя из организма. Персистирующие микоплазмы могут активироваться под влиянием различных провоцирующих факторов. Генитальные микоплазмы встречаются у 80% женщин с симптомами генитальной инфекции и 51% женщин с нарушениями репродуктивной функции, причем редко существуют в виде моноинфекции. Наиболее частыми являются ассоциации генитальных микоплазм с факультативно-анаэробными микроорганизмами – до 75-80% случаев [256; 282].

В настоящее время считается, что *Mycoplasma genitalium* является абсолютным патогеном и вызывает патологические состояния, приводящие к нарушению репродуктивной функции женщин. Еще два вида (*Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma*

urealiticum) рассматриваются как возможные этиологические агенты при исключении всех других причин воспаления и могут вызывать различные по локализации воспалительные процессы только при определенных условиях. Обнаружение генитальных микоплазм при отсутствии жалоб и патологических изменений расценивают как носительство.

При наличии хронических ВЗЖПО уреоплазменная и хламидийная инфекции отмечены у 70% пациенток, а в случае бесплодного брака в половых путях супругов практически всегда можно обнаружить уреоплазмы и хламидии [4; 270]. «Риск» развития воспалительного процесса (при присоединении сопутствующей инфекции, изменении гормонального фона, иммунного статуса и т.д.) при этом сохраняется. Кроме того, если женщина сексуально активна, сохраняется возможность инфицирования половых партнеров. Необходимо также учитывать, что выделение микоплазм из канала шейки матки у женщин репродуктивного возраста вне беременности не превышает 13,3%, при вагинитах увеличивается до 23%, а при эктопиях шейки матки достигает 35,9% [187; 251; 357].

Микоплазмы способны длительно противостоять иммунной системе человека, развиваясь на фоне иммунодефицита, и, в свою очередь, вызывая его. Чувствительность организма к инфекциям, в том числе и к микоплазменным, в значительной степени определяется иммуногенетическими особенностями организма. По отношению к другим микроорганизмам микоплазмы выступают и как синергисты, и как триггеры, приводя к манифестации воспалительного процесса.

Имеются данные, что у женщин-носительниц *Mycoplasma hominis* БВ выявляется в 40% случаев, у женщин без *Mycoplasma hominis* – в 9,3%. Частота обнаружения *Ureaplasma urealyticum* при бактериальном вагинозе достигает 46% и выше. Частое совместное выявление генитальных микоплазм с анаэробной микрофлорой обусловлено способностью *Gardnerella vaginalis* выделять янтарную кислоту, которая используется другими микроорганизмами. В свою очередь

уреаплазмы и микоплазмы, активно использующие в своей жизнедеятельности кислород, способствуют усиленному размножению анаэробных бактерий [248].

1.5 Роль воспалительных заболеваний половых органов в формировании осложнений беременности и родов

ВЗЖПО в значительной мере осложняют процесс репродукции: следствием их наличия в анамнезе пациенток или во время беременности является развитие осложнений гестации – неразвивающаяся беременность, самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды [99; 170; 184; 238; 374], врожденные пороки развития (далее – ВПР) [92], гестоз [143], аномалии прикрепления и предлежания плаценты [252; 358], плацентиты и хориоамниониты [268; 341], фетоплацентарная недостаточность и хроническая гипоксия плода [42; 77, с. 245-268; 214], внутриутробное инфицирование (далее – ВУИ) [197; 313].

Так, в настоящее время трихомонадная инфекция у беременных является многоочаговым заболеванием, при котором инфицируется мочеиспускательный канал, нередко мочевого пузыря, вульва, влагалище и прямая кишка [263]. При этом у $\frac{3}{4}$ беременных, больных трихомониазом, заболевание протекает без каких-либо свойственных ему клинических симптомов. Однако, несмотря на отсутствие клинической картины, *Trichomonas vaginalis* оказывает выраженное патологическое воздействие на организм беременной [293]. Так, установлено, что концентрационные уровни альфа-дефензинов в нейтрофилах вагинального отделяемого и уровень цервикального ИЛ-8 у беременных с бессимптомным течением трихомониаза значительно выше в сравнении со значениями соответствующих концентрационных уровней неинфицированных беременных [301]. У беременных с трихомонадной инфекцией период гестации осложняется угрозой прерывания, фетоплацентарной недостаточностью и синдромом задержки внутриутробного развития плода, хронической внутриутробной гипоксией плода.

Если поражение трихомонадами беременной произошло

на ранних сроках (до формирования хориоамниотических оболочек), то беременность может прерваться в результате самопроизвольного выкидыша [359].

Трихомонады, проявляя себя как тканевые паразиты, вызывают деструкцию и метаплазию эпителия и тканей, что обусловлено тем, что *Trichomonas vaginalis* имеет от 11 до 23 различных протеиназных активностей, большинство из которых являются лизосомальными. Среди паразитирующих простейших, клеточные протеиназы *Trichomonas vaginalis* являются наиболее многочисленными. Сравнительно недавно определили большой гликопротеид (200 кДа), вызывающий отсоединение монослоя клеток в культуре. Этот гликопротеид получил название «клеточный разъединяющий фактор». Он рассматривается как условно-патогенный фактор, с помощью которого паразит проникает в межклеточное пространство, и, разрыхляя ткань, способствует проникновению бактерий и формированию очага воспаления. Возможно, именно этот механизм играет существенную роль в процессе разрыва околоплодных оболочек у рожениц, провоцируя тем самым у беременных с трихомонадной инфекцией преждевременные роды и рождение детей с низкой массой тела [374].

Исход беременности у женщин с генитальным хламидиозом чаще, чем в общей популяции, неблагоприятен за счет прекращения беременности на ранних сроках (замершая беременность, ранний выкидыш) [51]. Почти в 40% случаев, у женщин, инфицированных хламидиями, регистрируются преждевременные роды [359].

Во время беременности частота обнаружения уреа- и микоплазм увеличивается в 1,5-2 раза. У женщин с привычным невынашиванием беременности этот показатель вне беременности достаточно велик и составляет 24,4%. Беременность способствует повышению колонизации урогенитального тракта данными патогенами, что объясняется изменениями иммунного и гормонального статуса женщины. При этом высока частота осложненного течения гестационного процесса: число случаев угрозы прерывания беременности составляет 67,5-98%, гестозы наблюдаются в 60-75%,

плацентарная недостаточность – в 15-56% наблюдений, мало- или многоводие – в 5,4% [371].

Осложненные ВЗЖПО роды – это несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода, аномалии отделения последа, гипотония матки, кровотечения и др. [186, с. 183-190]. В значительной мере указанные осложнения объясняются тем, что беременность является классической «моделью» физиологической иммуносупрессии [60, с. 187-201; 264], 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 [20, с. 53, таблица 2; 172; 204]. Кроме того, нарушения микробиоценоза влагалища играют существенную роль в возникновении послеродовых гнойно-септических осложнений у рожениц и новорожденных [2; 362; 371]. По данным Г.К. Степанковской и С.Я. Сольского (1989), послеродовой эндометрит встречается у 22% рожениц, инфицированных хламидиями [206]. Однако до настоящего времени отсутствует организационный алгоритм формирования в ЖК групп «риска» по развитию осложнений беременности и родов у пациенток с высоким инфекционным «риском» и ВЗЖПО, не организован компьютерный мониторинг состояния их РЗ с учетом медико-социальных характеристик.

В 1971 году Всемирная организация здравоохранения выделила TORCH-комплекс как группу вирусных и бактериальных инфекций, вызывающих стойкие структурные изменения в организме матери и плода [27, с. 7; 273; 327]. При изучении структуры инфекционных поражений при анализе случаев перинатальной смертности (далее – ПС) установлено, что наиболее часто встречаются микоплазмоз (12%), герпес (10%), хламидиоз (8%), острые респираторные вирусные инфекции (8%), цитомегаловирусная инфекция (6%), грибы рода кандиды (2-3%), гепатит В и листериоз (1-2%) [171; 269; 315]. Причем конкретный характер поражения плода зависит от вида возбудителя, его численности и вирулентности, характера инфекционного процесса, пути проникновения от беременной к

плоду: наиболее частого восходящего, характерного для ИППП [11, с. 26, рисунок 1; 96; 368], а также нисходящего и трансмурального [9; 310; 316].

Сам процесс ВУИ может происходить антенатально и интранатально [41; 59]. «Риск» перинатального инфицирования составляет 20-50% для микоплазменной инфекции и 20-40% – для хламидийной. Степень возможных нарушений зависит как от способности плода к иммунному ответу, так и от защитных резервов организма матери. Инфекционные эмбриопатии возникают с 3 по 12 неделю [43, с. 47-51], фетопатии регистрируются с 16 недель беременности и могут вызываться до момента наступления родов [152; 309]. Поздний фетальный период инфицирования наблюдается с 6 месяцев, при этом могут развиваться энцефалит, гепатит, пневмония, интерстициальный нефрит [229, с. 201-219]. Под влиянием вирусов в позднем фетальном периоде появляются функциональные нарушения: признаки незрелости, дисэмбриогенетические стигмы, снижение адаптационных возможностей плода, гипоксические энцефалопатии, отставание в умственном и физическом развитии [23, с. 66-67, таблицы 3, 4; 118]. Однако, несмотря на рост пораженности ВУИ [314; 366], до настоящего времени процесс организации медицинской помощи таким группам новорожденных не алгоритмирован.

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений у беременных с наличием ВЗЖПО является привычное невынашивание беременности (далее – НВ). 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 НВ с последующим обязательным обследованием и комплексом мер по подготовке к беременности [149]. Однако до настоящего времени критерии формирования медико-организационных групп таких пациенток не определены.

Исследования последних лет показали, что у женщин с привычным НБ диагноз «хронический эндометрит» гистологически верифицирован у 73% пациенток, в 87% случаев наблюдается персистенция условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии [288; 289; 298]. Смешанная вирусная инфекция сочетается с персистенцией 2-3 и более анаэробных и аэробных бактерий [373] и характеризуется привлечением в очаг хронического воспаления мононуклеарных фагоцитов, естественных киллеров, Т-хелперов [281; 301], что препятствует созданию локальной иммуносупрессии в преимплантационный период, необходимой для формирования защитного барьера и предотвращения отторжения наполовину чужеродного плода [205; 253; 292]. Пациентки с привычным НБ, в свою очередь, представляют собой группу «риска» по развитию фетоплацентарной недостаточности, определяемой как причина задержки внутриутробного развития плода, гипотрофии плода и его хронической внутриутробной гипоксии [6, с. 25-32], и, в конечном итоге, возможности его антенатальной гибели [125, с. 8-10]. Однако до настоящего времени не стандартизированы подходы к организации обследования и лечения данной группы пациенток в амбулаторных и стационарных условиях.

Практически в 80% случаев беременность у пациенток с ВЗЖПО сопровождаются различными видами патологии: анемия, хронический пиелонефрит, болезни системы кровообращения, гестоз [8; 213]. За последнее десятилетие число родов, осложненных указанными заболеваниями, возросло в 2-3 раза [224]. По данным Дуды И.В. и Силявы В.Л. (2000), экстрагенитальная патология (далее – ЭГП) или гинекологическая патология регистрируются у каждой второй беременной [79]. Однако в большинстве опубликованных работ по этой проблеме рассматриваются клинические аспекты оказания медицинской помощи данному контингенту [330; 349] без учета состояния пациенток, их социального положения и социально-бытовых условий, а также иных социально-гигиенических характеристик семьи. Недостаточность такого

рода информации не позволяет в полной мере осуществлять профилактику осложнений не только течения беременности и родов, но и заболеваний новорожденных.

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 [165, с. 23, таблица 2.1; с. 24, таблица 2.1.1; с. 42. таблица 3.3]. Следует отметить, что у значительной доли женщин ЭГП выявляется впервые только во время гестации. Савченко И.М. (2001) объясняет данное обстоятельство недостатками в существующей системой прегравидарного оздоровления молодых женщин [191], так как врачи акушеры-гинекологи женских консультаций (далее – ЖК) располагают сведениями о характере ЭГП беременных не более чем у 15% из них [222]. Достаточно информированы они только в 30% случаев, что, несомненно, затрудняет определение правильной тактики диспансерного наблюдения и ведения родов [76]. В связи с этим, до настоящего времени не определены организационные подходы к диспансеризации и направлению пациенток с наличием экстрагенитальных заболеваний в профильные соматические стационары и не разработан соответствующий алгоритм действий медицинского персонала по госпитализации беременных, страдающих ЭГП. Все это способствует росту заболеваемости беременных и новорожденных и оказывает негативное влияние на уровень перинатальных потерь, который является интегрированным для оценки общественного развития.

Таким образом, ВЗЖПО представляют собой крупную медико-социальную проблему, которая, несмотря на постоянное развитие медицинских и организационных технологий, до настоящего времени не решена. Однако в Республике Беларусь отсутствуют работы, в которых на современной доказательной базе в исторической перспективе были бы изучены различные аспекты медицинской помощи данному контингенту пациенток с учетом совершенствования сети, кадрового потенциала и нормативной базы АГС, что

позволило бы выявить нерешенные проблемы и раскрыть их причины, а также при эффективном взаимодействии перинатальных служб гарантировать качество и доступность медицинской помощи пациенткам на прегравидарном этапе, во время беременности и родов, а также в послеродовом периоде.

Репозиторий ГРГМУ

ГЛАВА 2

ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОВ И ОБОРУДОВАНИЯ

2.1 Методология исследования

В работе были применены санитарно-статистический и исторический методы исследования.

В ходе проведенных исследований при использовании данных, полученных при выкопировке из первичной медицинской документации учреждений АГС Гродненской области за 1944-1994 гг., изучены параметры состояния здоровья пациенток с ВЗЖПО, проживавших в городской и сельской местности в указанный период.

Для изучения медико-социальной значимости ВЗЖПО по данным обращаемости и профилактических медицинских осмотров женского населения, а также с использованием данных Анкет по результатам деятельности учреждений АГС, утвержденных приказом управления здравоохранения Гродненского облисполкома «О проведении ретроспективного анализа деятельности АГС Гродненской области» от 24.04.2004 г. №241, были изучены уровни и структура заболеваемости воспалительными заболеваниями половых органов в регионе среди пациенток, проживавших в городской и сельской местности Гродненской области в 1944-1994 гг. Кроме того, за указанный период времени изучены сведения по обследованию женщин на ИППП, ведение диспансерных групп пациенток с ВЗЖПО, хирургическая активность врачебного персонала, динамика родов, аборт и осложнений после прерываний беременности, а также ряд иных разделов.

Оценка материально-технических и кадровых возможностей оказания медицинской помощи в учреждениях АГС при развитии у пациенток острой и хронической воспалительной патологии женских половых органов проведена на основе официальных данных Госкомстата Республики Беларусь и областного статистического управления; Министерства здравоохранения (далее – МЗ)

Республики Беларусь; управления здравоохранения Гродненского облисполкома; организационно-методического отдела Гродненской областной клинической больницы; организационно-методического отделения Гродненского областного клинического перинатального центра; ОЗ Гродненской области; нормативно-правовых актов органов управления здравоохранением СССР и БССР за 1944-1994 гг.

2.2 Статистические методы анализа

Для обработки данных, полученных в результате проведенных исследований, применены методы вариационной статистики. При этом были измерены средняя арифметическая величина (M), ошибка средней арифметической (m) и стандартное отклонение (δ). Визуализация распределения параметров в группах была проведена при использовании графических методов: частотные гистограммы, круговые диаграммы, линейные графики. Оценка разности между генеральными долями (частотами) осуществлялась с помощью параметрического t -критерия Стьюдента. Нулевая гипотеза отвергалась при значениях $p < 0,05$.

Нормальность распределения данных была проверена путем построения гистограмм, вычисления коэффициентов эксцесса и асимметричности выборки. В ряде случаев с этой целью использовали тесты Колмогорова-Смирнова и Шапиро–Уилка.

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

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

Процедуры анализа и моделирования временных рядов заболеваемости ВЗЖПО были выполнены методом, разработанным Боксом и Дженкинсоном (1976), основанном на авторегрессии и расчете интегрированного скользящего среднего (ARIMA). Коэффициенты модели временного ряда

были 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.

Исследовательская база сформирована в электронном виде, статистические расчеты и диаграммы были выполнены с применением компьютерных программ Microsoft Excel, STATISTICA 6.0 [38].

ГЛАВА 3

РОЛЬ ПЕРСОНАЛА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВЫЯВЛЕНИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

За годы Великой Отечественной войны и оккупации здравоохранение Гродненщины, в том числе и АГС, понесло огромные материальные и кадровые потери.

Существовавшая в довоенный период сеть учреждений АГС была практически полностью разрушена [111; 117]. Погибли или покинули территорию региона многие медицинские работники. Так, только в г. Гродно немецко-фашистскими оккупантами были убиты 75 врачей, фармацевтов и медицинских сестер. Тем не менее, даже в этот тяжелейший для страны период организация оказания медицинской помощи женщинам и детям, а также обеспечение ее качества оставались важнейшими задачами органов исполнительной власти [139; 140; 143].

В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 08.07.1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждения ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства», и Постановлением Совнаркома БССР от 10.01.1945 г. №22 «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей» восстановление деятельности учреждений АГС региона осуществлялось по мере освобождения административных территорий и продолжалось вплоть до окончания войны.

Основополагающим являлось решение кадровой проблемы [17].

3.1 Штатные нормативы и укомплектованность врачам персоналом учреждений АГС

На момент освобождения в большинстве районов области врачей акушеров-гинекологов не было. Приступавшие же к работе врачи по мере их возвращения из эвакуации или демобилизации были выпускниками как Виленского университета, так и медицинских высших учреждений образования бывшей Российской империи (Киевского университета) и СССР (Минского медицинского института и т.д.) (рисунок 3.1).

Фамилия и имя	год рождения	национальность	образование	год окончания	учебное заведение	специальность	категория	стаж работы	место работы	срок службы	замечания
Иванов Иван Иванович	1909	бел	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	10	10 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Петров Петр Петрович	1902	рус	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	16	16 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Сидоров Сидор Сидорович	1874	пол	врач акушер-гинеколог	1901	Мед. фак. Киевского ун-та	врач акушер-гинеколог	43	43 лет	Новогрудок	с 1944	Киевский университет
Васильев Василий Васильевич	1909	бел	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	6	6 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Михайлов Михаил Михайлович	1909	бел	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	10	10 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Смирнов Смирнов Смирнович	1912	бел	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	10	10 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Козлов Козлов Козлович	1894	пол	врач акушер-гинеколог	1919	Мед. фак. Киевского ун-та	врач акушер-гинеколог	7	7 лет	Новогрудок	с 1944	Киевский университет
Левин Левин Левович	1910	пол	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	12	12 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Смирнов Смирнов Смирнович	1918	бел	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	6	6 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Смирнов Смирнов Смирнович	1904	пол	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	11	11 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Смирнов Смирнов Смирнович	1915	пол	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	6	6 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет
Смирнов Смирнов Смирнович	1916	пол	врач акушер-гинеколог	1936	Мед. фак. Виленского ун-та	врач акушер-гинеколог	6	6 лет	Новогрудок	с 1944	Минский университет

Рисунок 3.1 – Медицинский персонал Новогрудской больницы (1944 г.)

В 1944 г. г. Гродно в медицинскую помощь СССР оказывали только 2 врача акушера-гинеколога и 4 акушерки, работавшие как в роддоме, так и в ЖК (рисунок 3.2).

Наркомздрав СССР
 49800

Здравоохран. отчетн. ф. № 19
 На осн. пост. Экономсовета при СНК СССР, стр. № 3 от 30.11.1940 г.
 утверждено ЦУНХУ Госплана СССР, № 36 от 18.12.1940 г.

Отчет представляет консультирования женская, детская, женская и детская (самостоятельная, входящая в состав амбулатории, поликлиники) в рай (гор) здравоохранения за год — 5 января, за квартал — 5 числа следующего за отчетным кварталом месяца.

ОТЧЕТ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

за _____ полугодие (год) 194_ г.

название консультации Женская консультация

район Гродненск область (край), БССР

название населенного пункта: город, рабочий поселок, селение (подчеркнуть) Гродно

консультация самостоятельная, входит в состав Женской консультации

консультация имеет: молочную кухню, физиотерапевтический кабинет, лабораторию, социально-правовой кабинет, пункт грудного молока, санитарно-выставку (подчеркнуть)

1. Штаты консультации

Всего должностей (штатных) на конец отчетного года	В том числе						Из общего числа врачебных должностей			
	врачей	в том числе			Средн. медперсонал	Младшего медперсонала	Процента персонала	Штатных	Занятых	
	всего	педиатров	акушеров-гинекологов	всего	в т.ч. участковых патронажных сестер					
Штатных	11 1/2	3 1/2	2	6	2	1 1/2	0,5	В физиотерапевтическом кабинете (отделении)	1	2
Занятых	9	2	2	4	1	1 1/2	1,5	В лаборатории		

роме врачей акушеров-гинекологов и педиатров прием ведется следующими специалистами

нет

2. Состояние под наблюдением консультации беременных женщин на начало отчетного полугодия

Всего	Поступило под наблюдение консультации			Закончено беременностей в отчетном полугодии			Установлено, что аборт начат искусственно вне лечебного учреждения	Въезды из поднаблюдения	Осталось под наблюдением беременных женщин на конец отчетного полугодия		
	Всего	До 3-х месяцев	От 3-х до 7-ми месяцев	Свыше 7-ми месяцев	Родами	Абортами					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
356	1256	196	686	374	758	55	39	—	—	53	707

3. Обслужено консультацией женщин

а) женщинами, родившими в отчетном полугодии, сделано посещений консультации	До родов		В послеродовом периоде	
	а)	б)	а)	б)
б) к ним сделано посещений патронажной службы	6593	1202	1221	110

з числа родивших в отчетном полугодии женщин имело декретный отпуск 215 человек

в обз них родивших: а) ранее установленного консультацией срока от 1 до 10 дней 47 чел.
 от 11 дней и более 26 чел.

б) позже установленного консультацией срока от 1 до 10 дней 49 чел.
 от 11 дней и более 25 чел.

з числа получивших отказ в производстве аборта: 69 чел.

Закончили беременность в отчетном полугодии: а) родами 12 б) абортами 2

Раздел "Штаты" заполняется только на конец отчетного года

Рисунок 3.2 – Отчет Гродненской ЖК за 1944 г.

Медицинскую помощь пациенткам Новогрудского района оказывал 1 врач акушер-гинеколог, который также работал как в роддоме, так и в ЖК (рисунок 3.3).

1944

Штатное Расписание (утверждено)
Государственной Штатной Комиссией
№ 23079 от 4 июля 1944
Играет утверждена в количестве 23 единиц
с "Медицинские зарплатные" по 5 долям
использованы опладды в 1030 руб. в год

Штатное Расписание
Министерства Консультации и Молодой Курсы в Новогрудке

Наименование должности	должностей оплады в год	грант зарплата в месяц	Примечание
Медицинский персонал			
Заведующий - врач	1 800	- 800	
Врач	2 600	- 1200	
Мужская	2 375	- 750	
Лаборант-химик	4 370	- 1500	
Врач-гинеколог	2 310	- 620	
Медицинский персонал	2 260	- 620	
Рентгенолог	3 220	- 675	
Рентгенолог	2 220	- 675	
Итого Медицин.	18 5270	- 6715	
Админ.хозяйственный персонал			
Курьер	1 350	- 350	
Адм.хозяйственный	1 250	- 250	
Врач-инженер	1 115	- 115	
Итого	1 200	- 200	
Рентгенолог	1 115	- 115	
Итого Адм.хозяйств.	5 1030	- 1030	
Итого	23 4300	- 7445	

Зав. Миндконсультации
Курьер

Рисунок 3.3 – Штатное расписание Новогрудской женско-детской консультации в 1944 г.

Несмотря на то, что, как информировала 02.07.1944 г. газета «Советская Белоруссия», «наркомат здравоохранения СССР направил в Беларусь около 600 врачей и других

медицинских работников», из их числа менее 0,3% прибыли для работы в учреждения АГС Гродненской области, это к концу 1945 г. позволило несколько смягчить остроту кадрового вопроса. Так, в этот период в Новогрудской больнице из 7-ми имевшихся должностей врачей занятыми были уже 5 (рисунок 3.4).

Здравоохр. отчетн. № 1

НКЗар. в СССР. Здравоохр. отчетн. ф. № 1

Утверждено ЦУНХУ Госплана СССР
№ 685 от 23. 11. 1938 года

Отчет представляется всеми больницами, кроме больниц сельского врачебного участка.

ОТЧЕТ БОЛЬНИЦЫ

за полугодие 1945 г.

Название учреждения Районная больница в Новогрудке

ССР Обл.(край), БССР Бясаповицкий Район Новогрудск

Населенный пункт: город, рабочий поселок, селение (подчеркнуть)

Тип учреждения: больница общия, специальная больница, районная больница, клиника, стационар научно-исследовательского института, прочий стационар, амбулатория, диспансер (подчеркнуть)

Учреждение имеет (подчеркнуть, вписать недостающее):

- а) рентгеновский кабинет
- б) физиотерапевтический кабинет,
- в) клинику диагностическую лабораторию
- г) зубохирургический кабинет,
- д) аптеку,
- е) кабинет переливания крови,¹
- ж) патолого-анатомическое отделение,
- з)

1. Штаты больницы

Должностей (ставок) на конец отчетного периода <u>30.06</u>	В том числе						
	Всего должностей	врачей (без зубных)	зубных врачей	среднего медперсонала (без фармацевтов)	фармацевтов	младшего медперсонала	прочего персонала
	1	2	3	4	5	6	7
Штатных	81	7	-	245	-	24	205
Занятых	64	5	-	22	-	22	15

	Из общего числа врачебных должностей	
	штатных	занятых
В физиотерапевтическом кабинете	-	-
В рентгеновском кабинете	-	-
В лаборатории	-	-

¹ О деятельности кабинета переливания крови составляется самостоятельный отчет по соответствующей форме. Общие сведения о числе переливаний крови и штатах кабинета включаются в общий отчет больницы

Рисунок 3.4 – Отчет Новогрудской ЦРБ за 1945 г.

Прибывавшие по окончании медицинских институтов молодые специалисты, а также врачи из других регионов страны в первоочередном порядке направлялись на работу в областной центр: в 1946 г. в г. Гродно работали уже 13 врачей акушеров-гинекологов.

Кроме того, в 1944 г. для работы в должностях врачей акушеров-гинекологов прибыли: в Лиду – Круглик А.М. (родилась в 1905 г., окончила в 1940 г. Витебский медицинский институт), в Сморгонь – Матвеевко Т.Ф., в Щучин – Преснов С.И., в Новогрудок – Корвигова А.Д. (окончила в 1932 г. Минский медицинский институт). В 1946 г. на работу в Новогрудок приехала врач акушер-гинеколог Мессерман А.Б. (родилась в 1920 г., окончила в 1941 г. Ташкентский медицинский институт), а в 1948 г. – врач Короткина С.С. (родилась в 1922 г., окончила Уфимский медицинский институт).

Приоритет в решении кадровой проблемы позволил к концу 1949 г. обеспечить все центральные районные больницы (далее – ЦРБ), за исключением Свислочского района, врачами акушерами-гинекологами, преимущественно выпускниками Минского (позже – Витебского) государственного медицинского института (в единичных случаях – иных медицинских институтов СССР) (рисунок 3.5).



Рисунок 3.5 – Машницкая Л.П. – заведующая Лидской ЖК с 1949 г. – выпускница Минского медицинского института [5]

В связи с переводом сети учреждений здравоохранения на новую номенклатуру в соответствии с пунктом 13 приложения №4 к приказу МЗ СССР от 21 ноября 1949 г. №870 «О номенклатуре учреждений здравоохранения и утверждении инструкции по ее применению» (далее – приказ от 21.11.1949 г. №870) были пересмотрены штаты персонала каждой ОЗ с учетом их мощности, структуры и деятельности «в целях:

а) высвобождения излишнего персонала в учреждениях, теряющих свою самостоятельность по новой номенклатуре и включаемых в состав других учреждений;

б) увеличения должностей (за счет высвобожденных) в учреждениях, штаты которых не достигли уровня, предусмотренного типовыми штатами и штатными нормативами и нуждающихся в дополнительных должностях в связи с реорганизацией».

Министрам здравоохранения союзных республик к 15-му числу первого месяца каждого квартала предписывалось представлять в МЗ СССР «донесения об общем числе высвобожденного, за истекший квартал, излишнего персонала в учреждениях, потерявших свою самостоятельность при введении новой номенклатуры, а также отдельно о фактическом увеличении за счет высвобожденных должностей штаты других учреждений с распределением этих данных по следующим группам:

а) врачебные должности;

б) должности среднего медицинского персонала;

в) должности младшего медицинского персонала;

г) должности хозяйственного персонала».

Причем, как отмечалось в пункте 14 приложения №4 к приказу МЗ СССР от 21.11.1949 г. №870 «оформление всех намечаемых изменений в штатах учреждений должно проводиться своевременно, через вышестоящие органы, которым предоставлено право утверждать штаты учреждений – по подчиненности – через Советы Министров союзных и автономных республик, исполкомы краевых, областных и городских (в городах республиканского подчинения) советов депутатов трудящихся и через Государственную Штатную

комиссию при Совете Министров СССР в отношении учреждений, не подпадающих под действие типовых штатов административно-хозяйственного персонала».

Приказами МЗ СССР от 27.03.1951 г. №278 «О структуре и штатных нормативах медицинского персонала сельских районных и участковых больниц» (далее – приказ от 27.03.1951 г. №278), от 26.12.1955 г. №282-м «О штатных нормативах медицинского персонала и работников кухонь районных больниц при установлении штатов городских больниц и поликлиник (амбулаторий), расположенных в городах, поселках городского типа и рабочих поселках с численностью населения до 25 тысяч включительно» были определены нормативы должностей учреждений АГС, что привело к увеличению в них штатов врачей акушеров-гинекологов (рисунок 3.6).

Для обслуживания одного цехового участка в 1500 рабочих приказом МЗ СССР от 21.11.1949 г. №870 устанавливались 3,35 врачебных должностей, при обслуживании рабочих в стационаре, поликлинике – по терапии, хирургии, акушерству и гинекологии (по остальным специальностям в зависимости от производственных условий обслуживаемого предприятия); а также для проведения профилактической работы в цехах.

Однако возросшие в соответствии с этими нормативными документами потребности во врачебных кадрах удовлетворялись не в полном объеме [19]. Так, в 1954 г. укомплектованными были только 82,4% должностей (рисунок 3.7).

Бюджет Местный
\$ _____

Отчет представляется рай(гор)здравотделу за год 10 января:
а) родильными домами;
б) больницами в городах и рабочих поселках, имеющими родильное отделение (палату), акушерско-гинекологическое отделение, гинекологическое отделение, женскую консультацию;
в) несоединенными поликлиниками в городах и рабочих поселках, имеющими женскую консультацию;
г) несоединенными женскими консультациями.

ОТЧЕТ РОДИЛЬНОГО ДОМА
за 1953 г.

Наименование родильного дома или больницы, в состав которой входит родильное, акушерско-гинекологическое, гинекологическое отделение, женская консультация Новогрудский родильный дом

Область (край), АССР Беларусь, район Новогрудский

Населенный пункт: город, рабочий поселок, (подчеркнуть) Новогрудок ул. Советская 56
наименование и почтовый адрес

Родильный дом имеет (имеющееся подчеркнуть, не вошедшее в перечень — вписать):

Консультацию
Отделения (палаты): а) нормальное акушерское д) гинекологическое на базе рай. больницы.
б) наблюдательное е) септическое
в) патологии беременности ж) _____
г) детское

Вспомогательные отделения (кабинеты): а) физиотерапевтический кабинет
б) кабинет ЛФК
в) зубопротезный кабинет } на базе рай. поликли.
г) рентгеновский кабинет
д) для биохимическую лабораторию
е) патолого-анатомическое отделение (кабинет)
ж) рентгеновский кабинет } на базе рай. аптеки
з) аптека
и) _____
к) _____

Число врачебных участков 2

I. ШТАТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА (ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ)

	Всего должностей на конец отчетного года	в том числе								
		врачей (без зубных)	эпидемиологов	акушеров-гинекологов	педиатров	терапевтов	рентгенологов	лаборантов	патолого-анатомов	зубных врачей
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Штатных	30.25	4.75	2	2	0.25	0.5	-	-	-	-
Занятых	28.75	4.5	2	2	-	0.5	-	-	-	-

(Продолжение табл. I)

	всего среднего медицинского персонала	из них				помощников провизоров	младшего медицинского персонала	прочего персонала	из них сопоставимых работников
		акушеров	медицинских сестер в палатах для новорожденных	участки вых. сестер женских консультаций					
	11	12	13	14	15	16	17	18	
Штатных	11	5.5	4.5	1	-	8	6.5	0.5	
Занятых	11	5.5	4.5	1	-	7.75	5.5	0.5	

Из числа занятых должностей врачей-ординаторов — акушеров-гинекологов 2

из них работающих: а) в стационаре и консультации 2

б) только в консультации . . . -

Рисунок 3.6 – Отчет Новогрудского роддома – штаты (1953 г.)

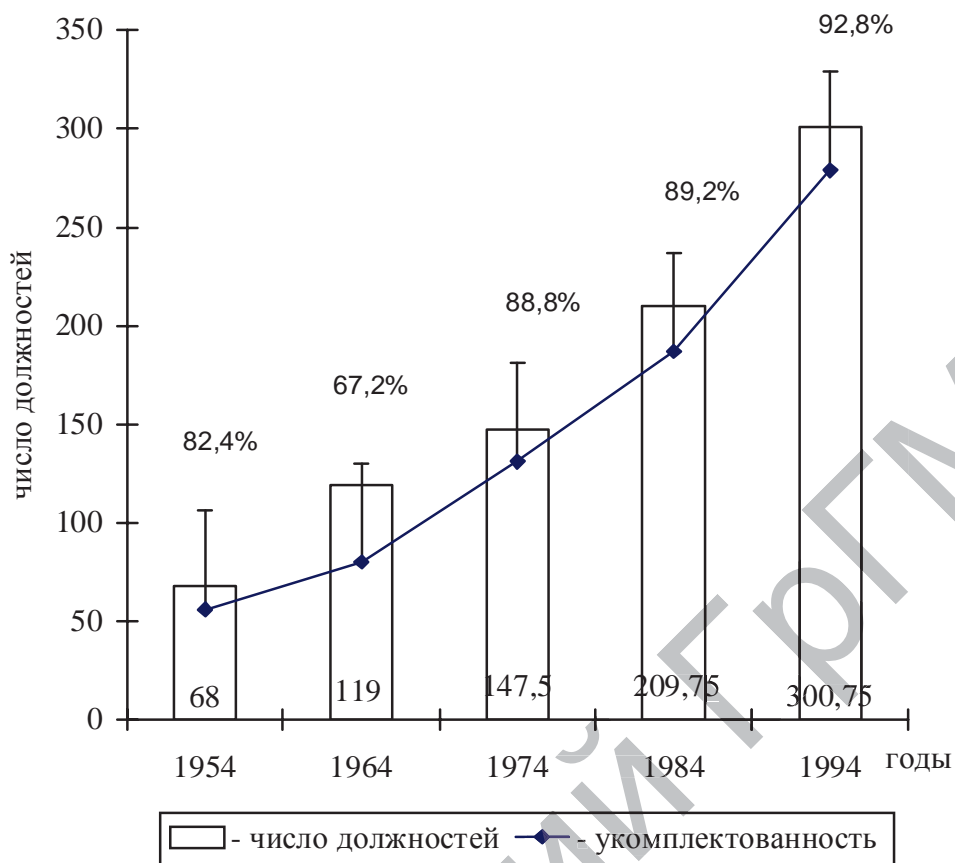


Рисунок 3.7 – Динамика укомплектованности врачами акушерами-гинекологами учреждений АГС в 1954–1994 гг.

Это существенно ограничивало доступность медицинской помощи и затрудняло своевременное выявление и санацию ВЗЖПО. Так, в отчете облздравотдела Гродненского облисполкома за 1953 г. при анализе исполнения приказа МЗ СССР от 15.02.1951 г. №143 «О борьбе с женской гонореей» отмечалось, что в ряде учреждений работа по организации выявления ВЗЖПО и венерических заболеваний «стоит еще не на должной высоте (Скидель, Мосты, Волковыск, 2-я горбольница г. Гродно)».

Издание приказа МЗ СССР от 04.03.1957 г. №33–М «Об организационной структуре и штатных нормативах медицинского персонала районных больниц сельских районов, объединенных с районными санэпидстанциями, и сельских участковых больниц» (далее – приказ от 04.03.1957 г. №33–М), в котором при определении потребности женского населения в медицинской помощи и обосновании нормативов стала

применяться методика, основанная на углубленном изучении заболеваемости по обращаемости и экспертной оценке фактического объема помощи, полученной пациентками за определенный отрезок времени, послужило основанием для дальнейшего значительного расширения штатов врачебного персонала учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь (рисунок 3.8).

УТВЕРЖДАЮ:

Штат в количестве 177,5 единиц
с месячным фондом зарплаты 9123 р.83 к.
и годовым фондом зарплаты в сумме 107174 р.

27 января 1964 года

Ген. зав. Гродненским облздравотделом *Сосис Лоренко*

ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ
медицинского административно-хозяйственного персонала
Скидельской больницы № 2 на 125 коек на 1964 год.
Составлен на основании приказа Министерства здравоохранения СССР № 33 от 4 марта 1957 г. и приказа № 711 от 4 августа 1961 г.

Административно-хозяйственный персонал.

№	Должность	К-во		Фонд		Гри
		мес-ный	год-ный	зарпл. в м-ц	зарпл. в год	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Главврач	1	120	-	120	1560
2.	Зам.гл.врача по хозяйству	1	50	-	50	600
3.	Ст.бухгалтер	1	50	-	50	600
4.	Бухгалтер	1	45	-	45	540
5.	Счетовод-кассир	1	36	-	36	432
6.	Кладовщик	1	41	-	41	492
7.	Мед.статистик	2	40	-	80	960
8.	Электрик-ремонтёр	1	41	-	41	492
ИТОГО:		9			473	5676

Врачебный персонал

9.	Зам.главрача по лечебно-профилактической работе	1	110-50	-	110-50	1326
----	---	---	--------	---	--------	------

Заведующие отделениями

10.	Терапевтическим	1	95	-	95	1140
11.	Хирургическим	1	95	-	95	1140
12.	Акушерско-гинекологическим /включая женконсультацию/	1	95	-	95	1140
	Инфекционным	1	95	-	95	475

Рисунок 3.8 – Штатное расписание медицинского и административно-хозяйственного персонала Скидельской больницы №2 на 1964 г. (начало)

	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Зав. рентгенкабинетом	I	80	12	-	92	1104		
15. Зав. детским отделением /включая детконсультацию/	I	95	-	-	95	1140		
ИТОГО: 6			12		567	6138		
Врачи-ординаторы								
1. Терапевт	I	95	-	-	95	1140		
2. Терапевт-инфекционист	I	80	12	-	92	1104		
3. Хирург	I	95	-	-	95	1140		
4. Фтизиатр	I	95	14-25	-	109-25	1311		
5. Дерматолог-венеролог	I	85	-	-	85	1020		
6. Офтальмолог	0,5	80	-	-	40	240с 1/7		
7. Невропатолог	0,5	72-50	-	-	36-25	217-50		
8. Отоларинголог	I	80	-	-	80	960		
9. Педиатр	I	72-50	-	-	72-50	870		
10. Зубные врачи	2	67-50	-	-	135	1610		
ИТОГО: 10			26-25		840	9612-50		
Средний и младший персонал медработников								
1. Ст. медсестра	I	62-50	-	-	62-50	750		
2. Операционная медсестра	I	60	-	-	60	720		
3. Сестра-хозяйка	I	37-50	-	-	37-50	450		
ИТОГО: 3					160	1920		
Стационар								
1. Медсестры	20	-	-	-	1121-25	13455		
2. Акушерки	4,5	-	-	-	268-75	3225		
3. Санитарки	21	-	-	-	886-72	10640-64		
ИТОГО: 45,5					2276-72	27820-64		
Детско-женская консультация								
1. Патронажная м/сестра	2	52-50	-	-	105	1260		
2. Фельдшер-акушерка	I	62-50	-	-	62-50	750		
3. Санитарка	2	35	-	-	70	840		
4. Медсестра прививочн. кабинета	I	60	-	-	60	720		
ИТОГО: 6					297-50	3570		

Рисунок 3.8 – Штатное расписание медицинского и административно-хозяйственного персонала Скидельской больницы №2 на 1964 г. (окончание)

В связи с этим, к середине 1960-х гг. показатель укомплектованности уменьшился и составил только 67,2%. Причем, в сельских учреждениях АГС, в которых работали

всего 7,5% врачей из общего количества медицинского персонала, показатель укомплектованности не превышал 43%: по одному специалисту работали в трех ЦРБ, в семи городских и в девяти горпоселковых больницах.

Тем не менее, и в этих условиях многим коллективам удавалось добиваться высокой культуры и качества медицинской помощи, например, Свислочской ЦРБ (главный врач Н.А.Турко), что было отмечено в приказе МЗ СССР от 31.07.1963 г. №395 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению стационарного обслуживания населения СССР» (далее – приказ от 31.07.1963 г. №395).

Еще более расширились штаты учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, с изданием приказов МЗ СССР от 11.11.1966 г. №830 «О штатных нормативах медицинского персонала и работников кухонь районных больниц при установлении штатов городских больниц и поликлиник (амбулаторий), расположенных в городах, поселках городского типа и рабочих поселках с численностью населения до 25 тысяч включительно», от 26.09.1978 г. №900 и от 11.10.1982 г. №999 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек» (рисунок 3.9).

Установление нормативной численности врачей акушеров-гинекологов предусматривало также ее увеличение «для оказания амбулаторной помощи всему населению по месту жительства и месту работы (учебы), в том числе для обеспечения диспансеризации...» (п. 1.1.1.2 приказа МЗ СССР от 29.12.1983 г. №1495 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь родильных домов, акушерских отделений (палат), отделений (палат) для новорожденных и ЖК»).

Кроме того, ряд должностей акушеров-гинекологов в Гродненском роддоме и ЦРБ был введен решением местных исполнительных комитетов «для обеспечения круглосуточного врачебного наблюдения». В связи с этим, общее их количество в 1994 г. в сравнении с 1954 г. значительно увеличилось.

ПРИЛОЖЕНИЕ

к решению Исполкома Новоградского
Райсовета депутатов трудящихся
№ 5 "12" марта 1974г.

ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ

медицинского и административно-хозяйственного персонала
Новоградского родильного дома на 80 коек на 1974 год.
Составлено на основании приказа по Министерству Здравоохранения
СССР за № 233 от 10/IV-1965 года.

Наименование должностей	Итого штатных единиц	Должн. связей	Надбавки	Итого в месяц	Примечание
2.	3.	4.	5.	6.	7.
В РА Ч И					
Главный врач	1,0	170-00	-	170-00	
Зав. женск. консульт.	1,0	155-00	15/10	180-00	
Врач-ордин. жен. консульт.	1,5	155-00	-	232-50	
Врачи-ордин. стацион.	2,5	125-00	-	313-50	0,5 с 1-го сеп- тября.
"	3,0	135-00	-	405-00	
Врачи-гинекологи для оказания экстренной хирургич. помощи	2,5	155-00	-	387-50	
Врач-ордин. педиатр	1,5	155-00	22-50	255-00	
Врач-лаборант	0,5	125-00	-	62-50	
Врач-анестезиолог	1,0	145-00	-	145-00	
Терапевт жен. консульт.	0,5	145-00	-	72-50	с 1-го сентяб-
И Т О Г О :	15,0			2222-50	
СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ					
Старшая акушерка	1,0	75-00	-	75-00	
Акушерка смотровой	1,0	70-00	-	70-00	
"	1,0	75-00	-	75-00	
Акушерка родовой и предродовой палаты	1,0	80-00	8-00	88-00	
"	2,0	110-00	8-00	236-00	ср 149 от 12/10 л 37

Рисунок 3.9 – Штатное расписание медицинского и административно-хозяйственного персонала Новоградского роддома на 1974 г. (начало)

	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	1,5	75-00	-	112-50		
Акушерка физиолог.отд.	4,0	75-00	8-00	332-00		
"	0,5	75-00	-	37-50		
Акушерка observ.отд.	3,5	75-00	-	262-50		
"	1,0	80-00	-	80-00		
Акушерка женск.конс.	1,0	70-00	-	70-00		
"	0,5	70-00	-	35-00		
"	1,0	75-00	8-00	83-00		
М/с для обслуж.новорожд.						
физиол. отд.еления	6,0	72-00	-	432-00		
"	3,0	67-50	-	202-50		
М/с для обслуж.новорожд.						
обсерв. отделения	1,0	67-50	-	67-50		
"	1,5	65-00	-	97-50		
"	1,0	76-00	-	76-00		
М-с физиотерап.кабин.	1,0	72-00	10-00	82-80		
М/с гинекол. отдел.	3,5	72-00	-	252-00		
"	1,0	76-00	-	76-00		
М-с анестезистка	2,0	72-00	-	144-00		
М/с операционной	1,0	76-00	-	76-00		
М/с для выдачи справок	1,0	72-00	-	72-00		
Медрегистратор	1,0	67-50	-	67-50		
Лаборант жен.консульт.	0,5	67-50	-	33-75		
Лаборант стационара	1,0	76-00	-	76-00		
М/с перевязочная	1,0	67-50	-	67-50		
И Т О Г О :	44,5			3379-55		
МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ						
Сестра-хозяйка	1,0	66-25	-	66-25		
С-ка для обслуж.смотр.	4,0	60-00	-	240-00		
С-ка для обслуж.родовой	4,0	60-00	-	240-00		
С-ка послеродов. палаты						
физиологич. отделения	4,0	60-00	-	240-00		
С-ка observ. отд.	4,0	60-00	-	240-00		
С-ка физиол. отдел.для						
обслуж. новорожденных	5,0	60-00	-	300-00	0,5 с I-го апреля	
С-ка для обслуж. новорожд.						
observ. отделения	2,0	60-00	-	120-00	с I-го апреля	

Рисунок 3.9 – Штатное расписание медицинского и административно-хозяйственного персонала Новогрудского роддома на 1974 г. (окончание)

Однако, несмотря на увеличение числа врачей и повышение обеспеченности ими более чем в 4 раза в связи с ежегодными выпусками с середины 1960-х гг. акушеров-гинекологов Гродненским государственным медицинским институтом, показатель укомплектованности так и не достиг нормативных значений (рисунок 3.10).

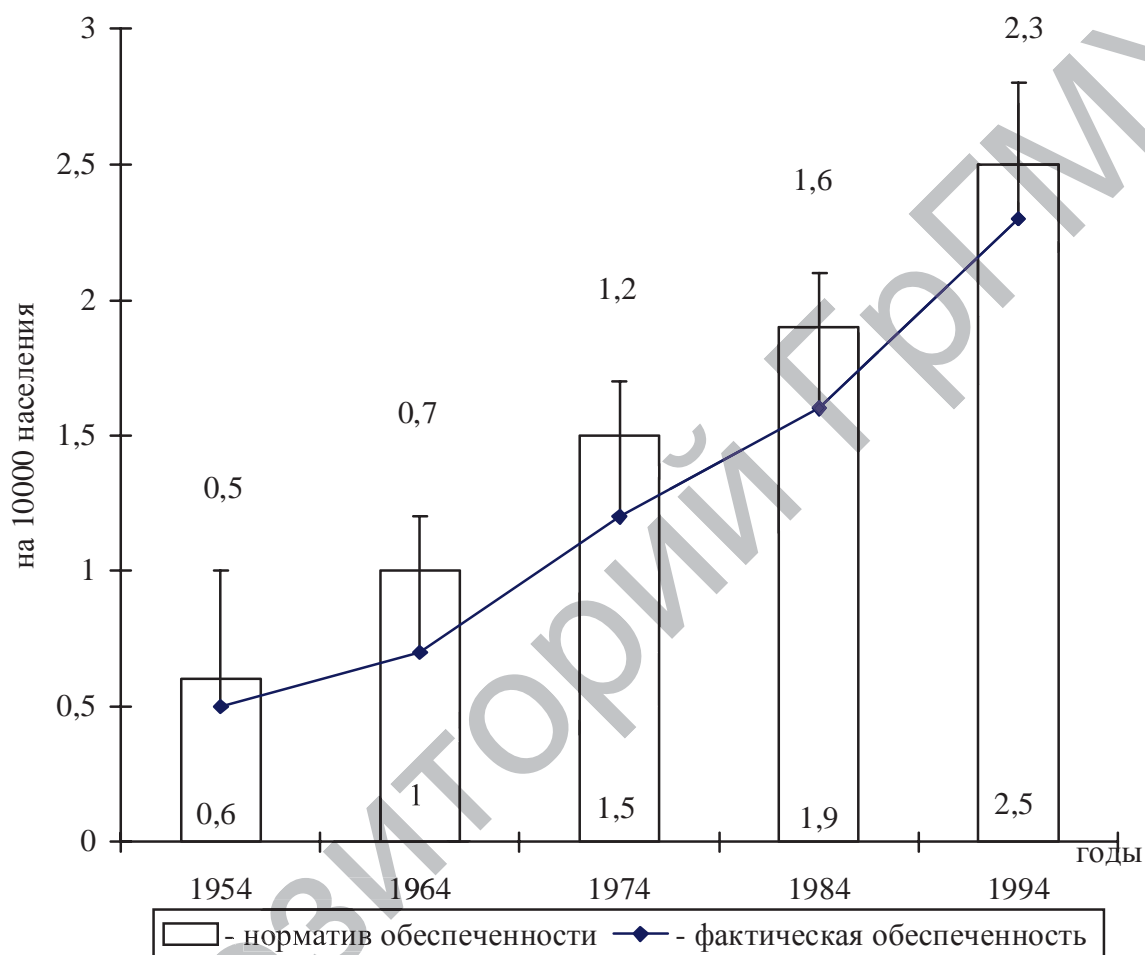


Рисунок 3.10 – Динамика обеспеченности врачами учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, в 1954-1994 гг.

При этом на протяжении рассматриваемого периода коэффициент совместительства составлял 1,2. Как отмечалось в приказе МЗ СССР от 23.12.1986 г. №1263 «О мерах по устранению серьезных недостатков в работе по охране здоровья детей раннего возраста и снижению детской смертности» (далее – приказ от 23.12.1986 г. №1263), «численность населения на многих акушерских территориальных участках значительно превышает штатные

нормативы; особенно велика нагрузка врачей акушеров-гинекологов в сельской местности... Требуется улучшения работа по организации дородовой диагностики состояния плода, предупреждению наследственных и врожденных заболеваний, по вопросам семейно-брачных отношений и санитарно-гигиенического воспитания молодой семьи, совершенствованию акушерско-гинекологической помощи женщинам-работницам промышленных предприятий. Недостаточно осуществляется контроль за созданием женщинам необходимых условий труда и выводом их из производств с вредными условиями труда... В связи с недостаточной квалификацией врачебных кадров продолжают иметь место ошибки в ведении родов, оказании реанимационной помощи роженицам и новорожденным, больным детям с пневмонией и инфекционными заболеваниями». В тоже время «МЗ союзных республик допускают безответственное отношение к подготовке, использованию и повышению квалификации врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, медицинских сестер для детских лечебно- профилактических учреждений».

3.2 Штатные нормативы и укомплектованность средним медицинским персоналом учреждений АГС

Наряду с врачами, активно участвовали в оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО акушерки. Так, акушерками Лидского роддома в 1944 г. работали выпускницами акушерских школ Варшавы, Вильно, Могилева и Минска Е.Г.Копач (родилась в 1912 г.), О. Башко-Тарнапович (родилась в 1915 г.), И.Ф. Дубовик (родилась в 1915 г.), Н.И. Ступ (родилась в 1887 г.), И.А. Шмеддинг (родилась в 1879 г.), С.А. Касмаевич (родилась в 1915 г.), Т.К. Крако (родилась в 1917 г.), И.И. Артимович (родилась в 1913 г.). Причем, в 1944-1945 гг. в связи с отсутствием врачебных кадров они самостоятельно оказывали медицинскую помощь, в том числе и в ЖК.

В соответствии с Постановлениями Совнаркома БССР от 28.03.1944 г. «О подготовке медицинских сестер для

республики» и от 19.03.1945 г. «О подготовке колхозных медсестер в системе общества Красного Креста» для восстановления численного состава среднего медицинского персонала, значительно сократившегося за годы оккупации, уже в 1944 г. в г. Гродно были открыты фельдшерско-акушерская и фармацевтическая школы, объединенные в 1948 г. в одну (существовала до 1962 г.), внесшую существенный вклад в подготовку кадров АГС (рисунки 3.11, 3.12).



Рисунок 3.11 – Гродненская фельдшерско-акушерская школа в 1948 г. [5]

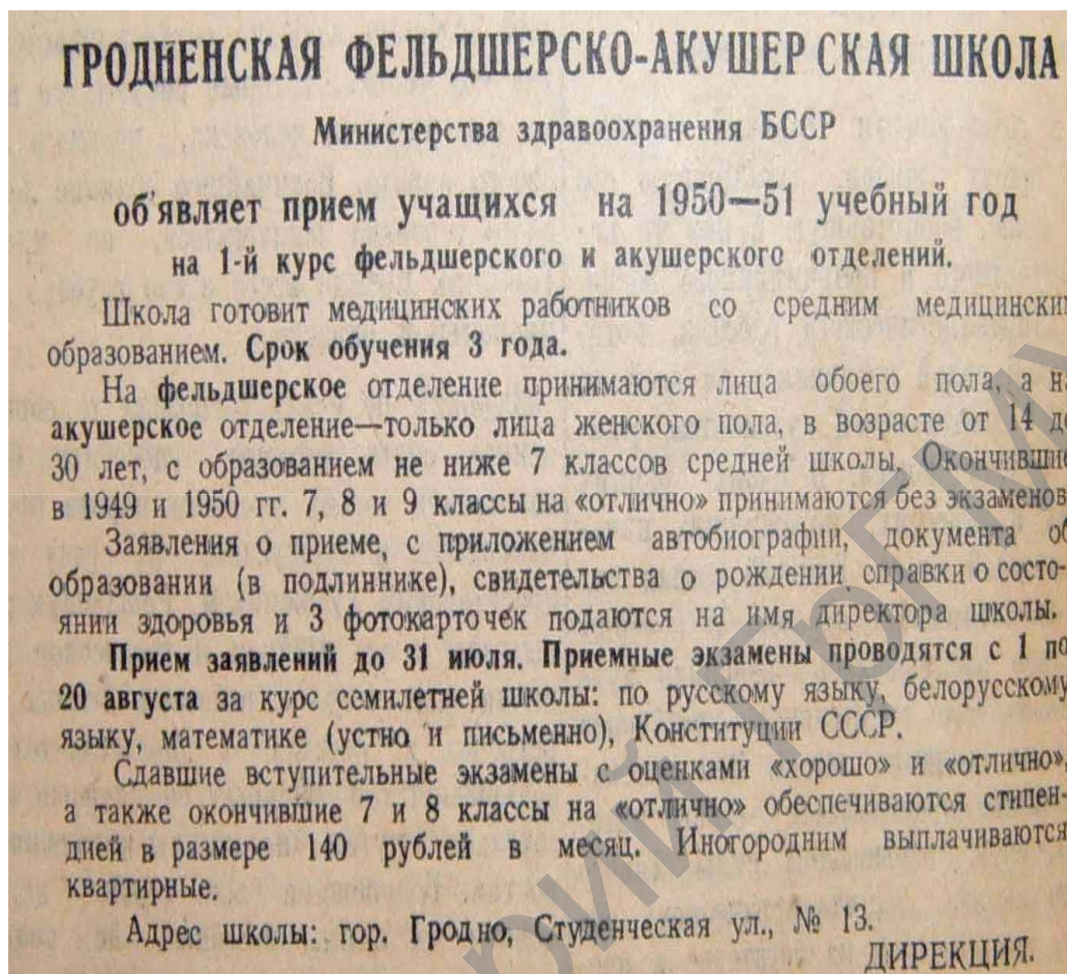


Рисунок 3.12 – Объявление о приеме учащихся на 1950-1951 учебный год в Гродненскую фельдшерско-акушерскую школу в газете «Гродненская правда» [5]

Однако в первое послевоенное пятилетие вследствие того, что подготовка акушерок в регионе только разворачивалась, а направление медицинского персонала из других республик не могло компенсировать имевшийся недостаток физических лиц, их количество было значительно ниже довоенного уровня.

Принятие Постановления Совета Министров БССР от 05.08.1950 г. №975 «О мероприятиях по улучшению медицинского обслуживания сельского населения» и издание приказа от 27.03.1951 г. №278 позволили улучшить сложившуюся ситуацию. Однако и в 1954 г. из общего числа развернутых в штатах учреждений акушерских должностей укомплектовать удалось только 73,9% (работали 345 специалистов среднего звена) (рисунок 3.13).

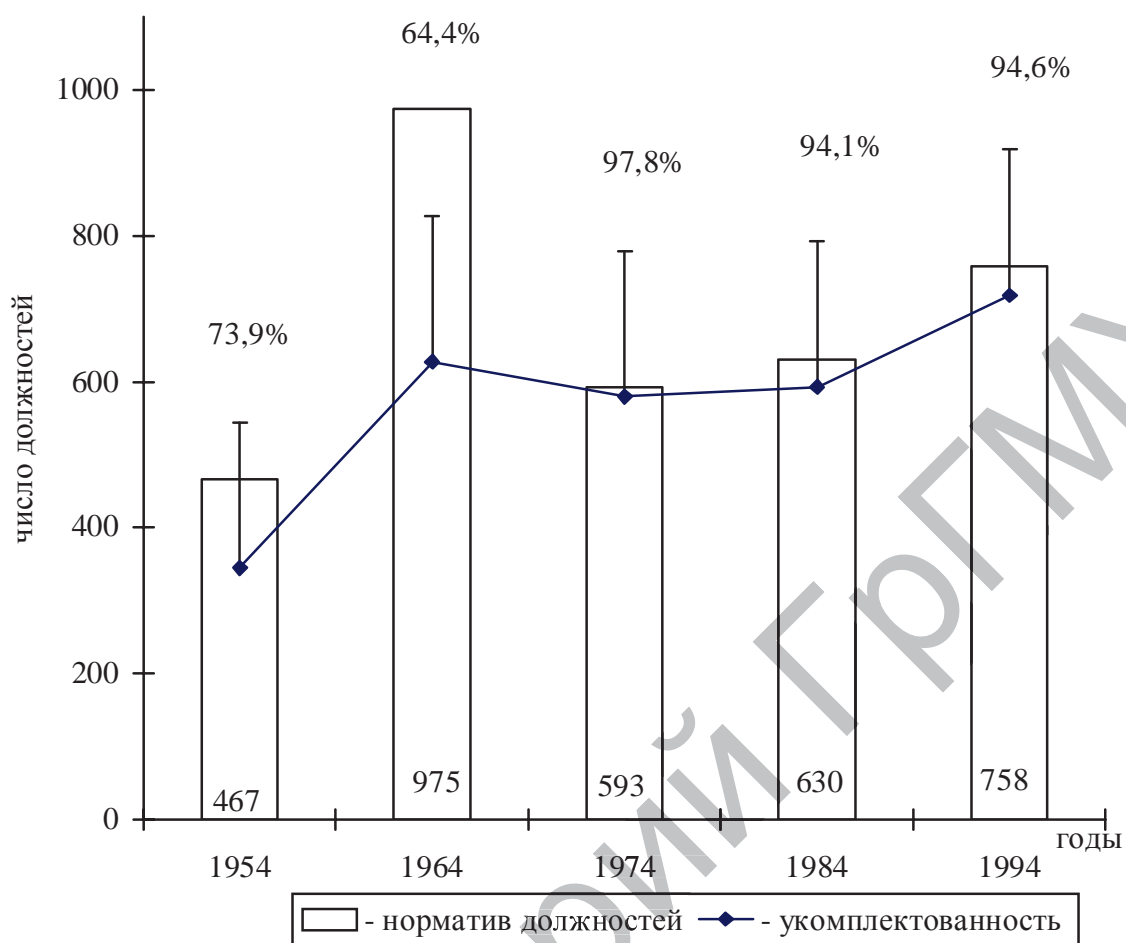


Рисунок 3.13 – Динамика укомплектованности акушерками учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, в 1954-1994 гг.

С изданием приказа от 04.03.1957 г. №33–М штаты среднего медицинского персонала в учреждениях, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, развернутых в сельской местности, значительно расширились, в связи, с чем к середине 1960-х гг. при дефиците подготовленных кадров некомплектованными оставались 257 должностей. Кроме того, как отмечалось в приказе МЗ СССР от 27.07.1973 г. №566 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению работы фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП) страны» (далее – приказ от 27.07.1973 г. №566), «одной из причин недостаточной укомплектованности ФАПов является текучесть медицинских кадров в сельской местности, обусловленная, в основном, неудовлетворительными жилищно-бытовыми и производственными условиями работников

пунктов».

В соответствии с увеличением количества врачебных должностей в учреждениях, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, и особенно в связи с открытием новых ФАПов, к 1994 г. количество должностей акушерок увеличилось в 1,6 раза и достигло 758. При этом, несмотря на значительное увеличение их общего количества, кадровый дефицит сохранился, а коэффициент совместительства составил 1,1. Причем, имели место случаи, когда на должность акушерок назначались специалисты без наличия соответствующего образования (рисунок 3.14).

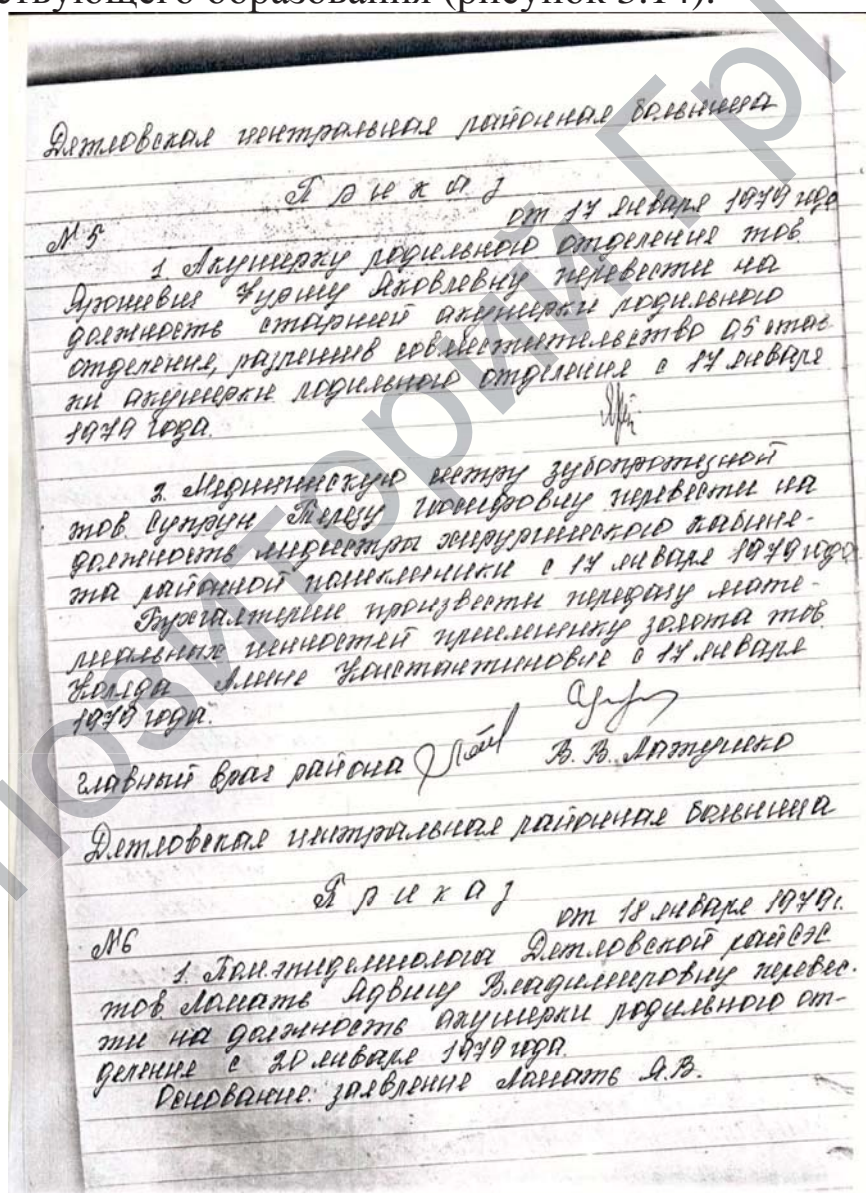


Рисунок 3.14 – Приказ главного врача Дятловской ЦРБ (1979 г.)

В приказе от 27.07.1973 г. №566 также отмечалось, что «в большинстве областей, краев, республик недостаточно проводится работа по аттестации заведующих фельдшерско-акушерскими пунктами. Во многих случаях ограничено проводится повышение квалификации медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов, мало используются такие хорошо зарекомендовавшие себя формы работы, как повышение квалификации на курсах в районных и областных (краевых, республиканских) лечебных учреждениях, очно-заочное обучение, прерывистые семинары.

Уровень организационно-методической работы и руководства областных (краевых, республиканских) и центральных районных больниц фельдшерско-акушерскими пунктами во многих случаях еще недостаточный. Выезды врачей часто носят формальный характер, не даются конкретные предложения по улучшению работы фельдшерско-акушерских пунктов, нет проверки выполнения предложений, данных ранее».

Все это не могло не оказывать отрицательного влияния на доступность медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО, особенно проживавшим в сельских поселениях.

3.3 Квалификационные характеристики врачебного персонала АГС

Качество медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО в значительной мере определялось квалификацией персонала АГС, которая, как свидетельствуют приказы МЗ СССР от 14.07.1947 г. №860 «О штатно-организационных нормативах и направлениях специализации и усовершенствования врачебных кадров», от 27.02.1948 г. №110 «О результатах проверки работы Института акушерства и гинекологии АМН СССР» и от 02.08.1948 г. №489 «О состоянии здравоохранения в Белорусской ССР», была недостаточно высокой [72]. Поэтому в послевоенные годы в Гродненской области, основываясь на существовавшем опыте [163], усилиями главного акушера-гинеколога областного отдела здравоохранения П.Е. Терешкова была организована работа по повышению квалификации

врачей акушеров-гинекологов: в частности, ежегодно проводилось областное совещание, организовывались двухнедельные курсы по повышению квалификации, ежегодно проводились 4-6 межрайонных обучающие конференции, на которые вызывались с мест наименее подготовленные врачи.

Установлено, что к середине 1950-х гг. уже 89,3% врачей акушеров-гинекологов имели квалификационные категории (все – вторую), что позволяло им успешно овладевать оперативной техникой (рисунок 3.15).

Как отмечено в отчете облздравотдела Гродненского облисполкома за 1953 г., «если акушеры-гинекологи области в 1949 г. владели техникой основных операций только в 15%, то в 1952 г. – в 42%». Тем не менее, в рассматриваемый период все еще не имели категорий врачи Берестовицкой, Вороновской, Зельвенской, Ивьевской, Мостовской, Свислочской, Сморгонской и Щучинской ЦРБ.

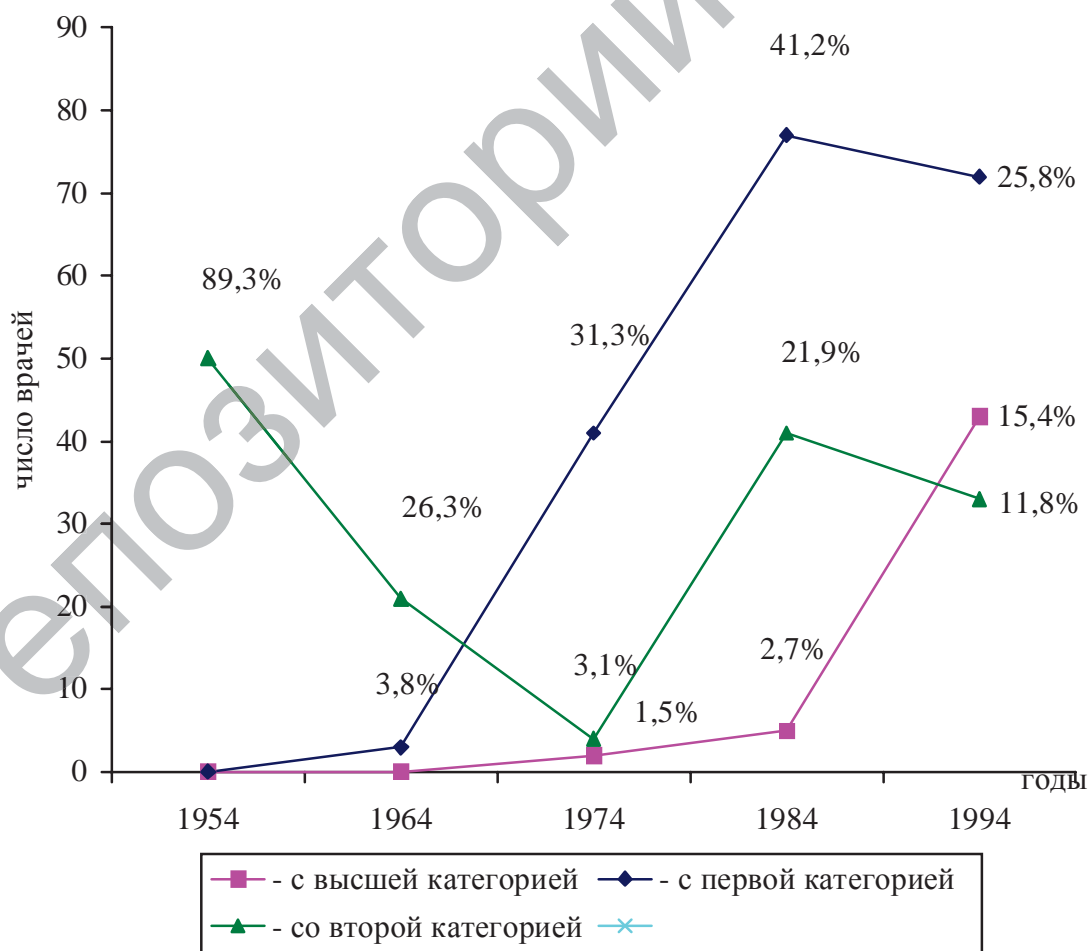


Рисунок 3.15 – Динамика категорийности врачей в 1954–1994 гг.

Учитывая сложившуюся ситуацию с квалификацией врачебных кадров, Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 14.01.1960 г. №58 «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» (далее – Постановление от 14.01.1960 г. №58) было предписано «провести мероприятия по значительному расширению и улучшению системы усовершенствования медицинских кадров, по созданию условий для повышения их квалификации без отрыва от работы», а также «разработать и осуществить мероприятия, направленные на улучшение организации труда врачей, имея в виду освобождение их от выполнения не свойственных им функций». Кроме того, предусматривалась необходимость разработки и утверждения в шестимесячный срок положение об аттестации врачей и ее осуществление в течение трех «в соответствии с практической и теоретической подготовкой врачей по специальности».

Однако, несмотря на предпринимаемые усилия, к середине 1960-х гг. доля категорированных специалистов сократилась до 30,0% и оставалась достаточно низкой на протяжении последующих тридцати лет. Так, в приказе МЗ СССР от 09.01.1986 г. №55 «Об организации работы родильных домов (отделений)» (далее – приказ от 09.01.1986 г. №55) указывалось, что «в подготовке и повышении квалификации врачей акушеров-гинекологов ... имеются недостатки. Анализ жалоб населения и проверки на местах свидетельствуют о недостаточной квалификации врачей акушеров-гинекологов, которые не владеют современными методами рационального ведения родов, особенно патологических, и оперативной техникой, в том числе операцией кесарева сечения». Кроме того, указывалось, что «проверки организации работы родильных домов (отделений) выявляют грубые нарушения в проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий: применение нестерильного белья в отделениях новорожденных родильного дома, употребление нестерильного питья для новорожденных, несвоевременный перевод заболевших родильниц и

новорожденных в специализированные лечебные учреждения, неправильная обработка и пастеризация грудного молока и предметов ухода, не везде обеспечивается дезинфекция мягкого инвентаря (подушки, матрацы, одеяла и т. п.).

В ряде территорий страны еще недостаточно осуществляется контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в родильных домах (отделениях) и не всегда контролируется выполнение предписаний со стороны санэпидслужбы».

В связи с этим, приказом от 09.01.1986 г. №55 предписывалось «запретить проведение ремонта стационаров родильных домов (отделений) без их закрытия; на время ремонта предоставлять соответствующие помещения для приема родов и госпитализации беременных женщин с патологией. Принять меры к укомплектованию штатов родильных домов (отделений) в соответствии с действующими штатными нормативами и типовыми штатами. Создать бригады специалистов (акушер-гинеколог, педиатр, инфекционист, представитель санэпидслужбы и др.) для срочных и плановых выездов в командировки и оказания практической помощи при заболеваниях родильниц и новорожденных. С целью снижения гнойно-воспалительных заболеваний новорожденных обеспечить строгое выполнение указания Минздрава СССР (№121-9/350-5 от 25.05.1984 г.) о запрещении использования синтетических моющих средств для стирки белья родильных домов (отделений). Обязать главных врачей санитарно-эпидемиологических и дезинфекционных станций ужесточить контроль за соблюдением противоэпидемического режима в родильных домах (отделениях). Проводить ежеквартальный анализ причин заболеваемости родильниц и новорожденных гнойно-септическими заболеваниями в родильных домах (отделениях) и принимать соответствующие меры к ликвидации причин возникновения инфекций».

Также планировалось «разработать и утвердить план повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов и обеспечить обучение их в городских, областных (краевых), республиканских учреждениях оперативной технике, особенно

операции кесарева сечения, рациональному ведению родов, родов с тазовым предлежанием плода».

Разработанные и реализованные мероприятия позволили несколько увеличить долю специалистов с высшей квалификационной категорией в учреждениях АГС, достигшей максимума в 1994 г. – 15,4%. Однако такие специалисты работали только в г. Гродно, а также Вороновской, Кореличской, Ошмянской и Сморгонской ЦРБ.

С середины 1970-х гг. наибольшей среди квалифицированных специалистов была доля врачей с первой категорией, составлявшая от 25,2% до 41,3%. Тем не менее, к концу рассматриваемого периода в целом по области она уменьшилась до 25,8%.

В связи со сложной кадровой ситуацией в соответствии с Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22.09.1977 г. №870 «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» основные усилия направлялись на преимущественное направление молодых специалистов, окончивших высшие медицинские учебные заведения, на лечебно-профилактическую работу в ЦРБ, сельские участковые больницы и амбулатории, а с целью повышения их уровня квалификации предусматривалось осуществлять направление не реже одного раза в пять лет врачей в институты усовершенствования врачей и на факультеты усовершенствования и специализации при медицинских институтах. Причем, от руководителей ОЗ требовалось «усилить работу по воспитанию медицинских работников в соответствии с требованиями Присяги врача Советского Союза, формированию у них марксистско-ленинского коммунистического мировоззрения, высоких моральных качеств, сознательной государственной дисциплины, высокой гражданской ответственности за выполнение своего долга перед народом и государством; развивать и совершенствовать в коллективах учреждений здравоохранения социалистическое соревнование, движение за коммунистическое отношение к труду, наставничество, смотры-конкурсы на лучшего по профессии».

В развитие положений данного Постановления в соответствии с приказом МЗ СССР от 08.04.1980 г. №360 Об утверждении положений о медицинских работниках родильных домов и ЖК (отделений)» (далее – приказ от 08.04.1980 г. №360) врач акушер-гинеколог был обязан систематически повышать профессиональную квалификацию и внедрять в практику работы новые средства лечения, передовые и организационные формы работы, а также вносить предложения о поощрении средних и младших медицинских работников или наложении на них дисциплинарных взысканий за отдельные упущения в работе или нарушение правил внутреннего трудового распорядка.

Кроме того, приказом от 08.04.1980 г. №360 были утверждены квалификационные требования к врачебному персоналу АГС. Так, на должность врача акушера-гинеколога ЖК мог быть назначен врач, прошедший специализацию по акушерству и гинекологии или имеющий опыт работы в области данной специальности. Его основной задачей являлось «оказание квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению участка в ЖК и на дому». Для ее решения врач акушер-гинеколог должен был осуществлять проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, гинекологических заболеваний на основе современных достижений науки и практики; раннее выявление беременных женщин (до 12 недель беременности) и диспансерное наблюдение; выявление беременных женщин, нуждающихся в госпитализации в отделения патологии беременности родильных домов и другие лечебно-профилактические учреждения по профилю заболевания (экстрагенитальные, эндокринные заболевания, иммуноконфликты, и др.); проводить занятия по психопрофилактической и физической подготовки беременных к родам и привлечение их для обучения в «Школе матерей»; своевременно предоставлять отпуска по беременности и родам согласно действующему законодательству; больничного листа в случаях временной нетрудоспособности, направление на

врачебно-консультативную комиссию и ВТЭК в установленном порядке; проводить профилактических гинекологические осмотры женщин с использованием современных методов обследования (кольпоскопия, цитология и др.) с целью раннего выявления и лечения заболеваний, а также диспансеризацию пациенток; проводить санитарно-просветительную работу среди населения и организацию санитарного актива на своем участке.

3.4 Квалификационные характеристики среднего медицинского персонала АГС и организация оказания медицинской помощи пациенткам, проживавшим в сельской местности

Акушерско-гинекологическую помощь пациенткам сельской местности в зоне обслуживания ФАПов оказывали акушерки, функциональные обязанности которых были определены в Положении об акушерке ФАПа, утвержденном приказом от 27.07.1973 г. №566.

Так, в соответствии с данным Положением акушерка должна была выявлять беременных и гинекологических больных и оказывать им соответствующую лечебно-профилактическую помощь. В этих целях акушерка должна была вести амбулаторный прием на ФАПе; обеспечивать патронаж беременных и родильниц на дому; оказывать экстренную акушерскую и гинекологическую помощь с последующим вызовом врача или направлением женщин в соответствующие лечебно-профилактические учреждения, сопровождая их в необходимых случаях лично; вести гинекологических больных на дому; проводить профилактические осмотры женщин (акцент на выявлении ВЗЖПО не делался); выполнять врачебные назначения; проводить простейшие лабораторные исследования, связанные с оказанием лечебно-профилактической помощи беременным и гинекологическим больным; проводить санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам охраны материнства и детства.

Однако, несмотря на издание МЗ СССР ряда нормативных

документов, на протяжении 40 лет категоричность среднего медицинского персонала АГС оставалась низкой, составляя от 69,1% в 1954 г. до 45,2% в 1994 г. Одной из причин сложившейся ситуации был недостаточный уровень организационно-методической работы и руководства деятельностью ФАПов со стороны местных органов управления здравоохранением, что также приводило к серьезным недостаткам в оказании медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО.

Для повышения квалификации специалистов среднего звена АГС организаторы здравоохранения области применяли различные формы и методы работы [231]: от направления на специализацию в медицинские училища, в том числе и за пределы региона (в 1963 г. такого рода обучение прошли 50 акушерок, в том числе в Пинском медучилище – 18 человек, Бобруйском – 12), до проведения обучающих семинаров на базах ЦРБ, которые, однако, были крайне нерегулярными и не могли удовлетворить существующие потребности (в 1963 г. на базах ЦРБ прошли обучение только 20 акушерок) (рисунок 3.16).



Рисунок 3.16 – Врач акушер-гинеколог М.А. Тарасевич проводит обучение акушерок ФАПов на базе Берестовицкой ЦРБ (1960 г.) [5]

В приказе от 27.07.1973 г. №566 отмечалось, что «вследствие отсутствия должного врачебного контроля за работой ФАПов, фельдшера и акушерки ведут в широком объеме самостоятельный прием больных, взрослых и детей, и их лечение, недостаточно выполняют врачебные назначения и профилактические мероприятия. В ряде мест выявлена слабая преемственность в работе ФАПов и соответствующих лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья детей и женщин, следствием чего является ... позднее взятие на учет беременных, недостаточное их обследование и несвоевременное направление к врачу». Причем, данная ситуация сохранялась на протяжении всего рассматриваемого периода. Так, в приказе МЗ СССР от 24.09.1982 г. №950 «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» (далее – приказ от 24.09.1982 г. №950), подчеркивалось, что «... не устранены серьезные недостатки в работе с медицинскими кадрами. Имеются факты нарушения медицинским персоналом своего служебного долга, что вызывает справедливые жалобы населения. Не осуществляются должные меры по закреплению медицинских кадров, созданию для них необходимых трудовых и жилищно-бытовых условий.

Особенно недостаточным является уровень медицинского обслуживания на селе. Медленно устраняются недостатки в организации работы больниц, поликлиник, сельских амбулаторий ... Не получила должного развития профилактическая работа, а также научные исследования в области предупреждения заболеваний. Материально-техническая база многих лечебно-профилактических учреждений остается неудовлетворительной».

Для исправления ситуации планировалось создать надлежащие трудовые и бытовые условия «врачам, среднему медицинскому персоналу и фармацевтическим работникам, особенно работающим в сельских учреждениях здравоохранения; осуществить в сельских районах мероприятия по совершенствованию управления здравоохранением, расширению сети врачебных амбулаторий, развитию скорой и неотложной медицинской помощи; усилить

профилактическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений, организовывать в составе крупных поликлиник отделения профилактики, совершенствовать преемственность в работе лечебно-профилактических учреждений; повысить качество профилактических осмотров и диспансеризации населения, прежде всего женщин и детей».

Не менее важными намеченными мероприятиями были следующие:

«2.4.5. Расширить в 1983-1985 гг. объем подготовки главных врачей учреждений здравоохранения на факультетах усовершенствования и специализации врачей при медицинских высших учебных заведениях и курсах, обратив особое внимание на подготовку главных врачей поликлиник (заведующих поликлиническими отделениями больниц), медико-санитарных частей, станций скорой и неотложной медицинской помощи, участковых больниц и амбулаторий в сельской местности. Обеспечить полное использование путевок, выделяемых органами здравоохранения в ГИДУВы и на факультеты усовершенствования и специализации медицинских институтов.

2.5. Осуществить в сельских районах мероприятия по дальнейшему развитию и укреплению сети учреждений здравоохранения и совершенствованию управления здравоохранением в свете решений майского (1982 г.) Пленума ЦК КПСС.

2.5.1. Обеспечить укомплектование должностей главных врачей центральных районных больниц опытными кадрами. Проводить на факультетах усовершенствования и специализации медицинских институтов и курсах их систематическую подготовку по планированию, организации и управлению здравоохранением. Укомплектовать организационно-методические отделы ЦРБ кадрами специалистов в соответствии с приказами МЗ СССР от 26.10.1978 г. №900 и от 26.02.1982 г. №185. Усилить их роль в организационно-методическом руководстве лечебно-профилактическими учреждениями района.

2.5.2. Обеспечить расширение сети амбулаторий в сельской местности в соответствии с заданиями, утвержденными приказом МЗ СССР от 07.09.1982 г. №900. Осуществлять действенный контроль за своевременным их вводом в эксплуатацию, укомплектованием медицинскими кадрами, оснащением медицинской техникой и санитарным транспортом. Шире использовать предоставленное право вводить при наличии объема работы в штаты амбулаторий в сельской местности помимо должностей врачей терапевтов, педиатров и стоматологов должности других специалистов, в первую очередь акушеров-гинекологов».

С целью усиления охраны здоровья и улучшение медицинской помощи женщинам и детям предусматривалось «обеспечить дальнейшее повышение качества диспансеризации и оздоровления беременных женщин; совершенствовать формы работы ЖК по диспансерному наблюдению беременных «групп риска перинатальной и материнской патологии»; завершить в 1985 г. развитие сети отделений патологии беременности в соответствии с нормативами, установленными приказом МЗ СССР от 31.10.1977 г. №972. Повысить качество профилактических гинекологических осмотров женщин, в первую очередь работниц промышленных предприятий и сельскохозяйственного производства, для чего организовывать в ЖК специальные кабинеты; ежегодно в 1983-1985 гг. утверждать планы развертывания этих кабинетов, повсеместно внедрять в практику кольпоцитологические методы исследования, широко использовать для лечения и оздоровления гинекологических больных санатории-профилактории предприятий, колхозов, совхозов. Завершить в 1983-1987 гг. организацию в республиканских, краевых и областных центрах консультативных кабинетов по медицинской генетике и обеспечить улучшение их работы по диагностике и профилактике наследственных заболеваний. Обеспечить улучшение работы ЖК по предупреждению непланируемой беременности; организовать приемы по контрацепции, проведение широкой разъяснительной работы по профилактике аборт; обеспечить в 1983-1984 гг. обучение

врачей акушеров-гинекологов методам внутриматочной контрацепции».

Кроме того, предусматривалось «осуществлять систематические проверки постановки и эффективности воспитательной работы в коллективах учреждений здравоохранения. Повысить ответственность работников здравоохранения за организацию медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения и культуру их работы. Решительно пресекать факты нарушения Присяги врача Советского Союза, грубого, бездушного отношения к больным и их родственникам, злоупотребления служебным положением и использования его в корыстных целях. Давать принципиальную оценку отрицательным фактам в деятельности медицинских работников, принимать конкретные меры к их устранению. Повысить ответственность руководящих и юридических работников органов и учреждений здравоохранения за обеспечение проведения совместно с профсоюзными, комсомольскими и другими общественными организациями мероприятий по совершенствованию пропаганды советского законодательства в органах и учреждениях здравоохранения».

Однако, как отмечалось в приказе МЗ СССР от 26.02.1982 г. №185 «О мерах по дальнейшему улучшению медицинской помощи сельскому населению» (далее – приказ от 26.02.1982 г. №185), «все еще имеет место значительная текучесть врачебных кадров в сельских местностях ряда республик и областей, что является следствием отсутствия надлежащих производственных и бытовых условий, особенно в ряде участковых больниц и амбулаторий. Несмотря на проведенную работу по состоянию на 1 января 1981 г. 315 участковых больниц и 386 амбулаторий не имели ни одного врача. В некоторых сельских районах неудовлетворительно осуществляется патронаж детей, отсутствует контроль за своевременной госпитализацией».

В приказе от 26.02.1982 г. №185 указывалось, что, «исходя из решений XXVI съезда КПСС и указаний Генерального секретаря ЦК КПСС товарища Л.И. Брежнева,

перед органами здравоохранения, всеми медицинскими работниками стоят большие и ответственные задачи по совершенствованию охраны здоровья и медицинскому обеспечению сельских тружеников, снижению заболеваемости, инвалидности и повышению трудоспособности».

Для решения этих задач предусматривалось «продолжить работу по дальнейшему привлечению средств колхозов и совхозов для строительства в сельских районах учреждений здравоохранения и прежде всего амбулаторий. До 1 июля 1982 г. разработать мероприятия по опережающему развитию амбулаторно-поликлинических учреждений, имея в виду достичь установленного норматива потребности сельского населения в амбулаторно-поликлинической помощи (8,2 врачебных посещений на одного сельского жителя в год) к 1987 г.»

Планировалось также:

«1.15. Обеспечить в течение 1982-1983 гг. полное укомплектование врачами участковых больниц и амбулаторий в сельской местности и усилить работу по профессиональной подготовке врачей лечебно-профилактических учреждений в районах. Ежегодно направлять для работы в эти учреждения врачей, окончивших медицинские вузы, в количествах, обеспечивающих выполнение поставленных задач.

1.1.6. Принять меры к созданию надлежащих производственных и бытовых условий в лечебно-профилактических учреждениях сельских районов для врачей и среднего медицинского персонала. Установить строгий контроль за предоставлением льгот и преимуществ для медицинских и фармацевтических работников этих учреждений, предусмотренных действующим законодательством.

1.1.7. Обеспечить оснащение больниц и амбулаторий в сельских районах, ФАПов современными средствами медицинской техники и другим оборудованием, а также санитарным автотранспортом по действующим нормам и табелям. Обратить особое внимание на обеспечение врачей амбулаторий, фельдшеров и акушерок портативными

аппаратами для диагностики и лечения больных, наборами и укладками.

1.1.8. Принять меры по совершенствованию работы лечебно – профилактических учреждений сельских районов; повышению уровня профилактической и лечебно-диагностической работы, расширению и повышению качества профилактических осмотров и диспансеризации сельских жителей. Усилить работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, повысить уровень пропаганды здорового образа жизни, роли физкультуры и спорта в укреплении здоровья сельского населения; усилить борьбу с вредными привычками-курением и употреблением алкоголя.

1.1.9. Шире использовать медицинских работников ФАПов: фельдшеров, акушеров, патронажных медицинских сестер для проведения среди сельского населения профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, а также мер по санитарно-гигиеническому воспитанию сельских жителей.

1.1.10. Обеспечить дальнейшее развитие специализированной медицинской помощи и приближение ее к сельскому населению в центральных районных больницах и межрайонных отделениях специализированной медицинской помощи. Обеспечить развертывание сети межрайонных специализированных отделений в объемах, согласно приложению 3 и организацию их работы в соответствии с положением, утвержденном приказом МЗ СССР от 23 сентября 1981 г. №1000. Обеспечить расширение их функций по консультативно-диагностической помощи сельскому населению.

1.1.15. Сосредоточить особое внимание на охране здоровья матери и ребенка, разработке и осуществлению дополнительных мер по улучшению оказания медицинской помощи детям и матерям, проживающим в сельских местностях.

1.1.16. Обеспечить первоочередное строительство в сельских районах родильных домов, родительных и детских корпусов в составе центральных районных больниц,

укомплектование их квалифицированными кадрами и оснащение современной медицинской техникой».

Приказом от 26.02.1982 г. №185 было также утверждено Положение о заместителе главного врача ЦРБ по детству и родовспоможению, на которого возлагалась непосредственная «ответственность за состояние охраны здоровья матери и ребенка, уровень и качество оказания медицинской помощи детям и матерям в районе», включая организацию кадрового и материально-технического оснащения учреждений АГС.

В приказе МЗ СССР от 27.10.1982 г. №1059 «О дальнейшем улучшении организации акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности» (далее – приказ от 27.10.1982 г. №1059) было определена необходимость принятия последующих мер «по укомплектованию кадрами врачей акушеров-гинекологов и акушерок лечебно-профилактических учреждений сельской местности, снижению текучести кадров и созданию им надлежащих трудовых и бытовых условий», обеспечению первоочередного направления на повышение квалификации врачей акушеров-гинекологов, работающих в сельской местности по актуальным вопросам акушерско-гинекологической патологии, более широкое использование местных баз «для повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, работающих в сельской местности путем привлечения специалистов кафедр и научно-исследовательских институтов акушерства и гинекологии, руководителей крупных городских учреждений родовспоможения», проведение тематических конференций и совещаний для акушерок, работающих в сельской местности, создание в течение 1983-1985 гг. республиканских школ передового опыта по организации акушерско-гинекологической помощи жительницам сельской местности, повышение уровня профилактической работы ЖК и ФАПов, «обратив особое внимание на ранний охват наблюдением беременных женщин (до 12 недель беременности)» и внедрение в практику их работы научно-обоснованных методов диспансеризации беременных женщин и гинекологических больных,

организацию в ЖК ЦРБ приемов по контрацепции женщин – жительниц сельской местности, проведению на ФАПах широкой разъяснительной работы по профилактике аборта и направлению женщин на внутриматочную контрацепцию в центральную районную больницу, проведение профилактических осмотров с применением кольпоцитологии, развитие выездной медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным, специализированной акушерско-гинекологической помощи на базе ЦРБ, обеспечение оказания экстренной акушерско-гинекологической помощи.

Установлено, что в рассматриваемый период наибольшей была доля акушерок с первой категорией, которая в период 1954-1994 гг. увеличилась более чем в 3 раза – с 9,6% до 33,1%, однако лишь в трех ЦРБ показатель достиг либо превысил 50%. Удельный вес специалистов среднего звена с высшей категорией также был низким, и в 1994 г. составил всего 5,3%: акушерки с высшей квалификационной категорией работали только в г. Гродно, Волковысской, Лидской, Мостовской и Новогрудской ЦРБ (рисунок 3.17).

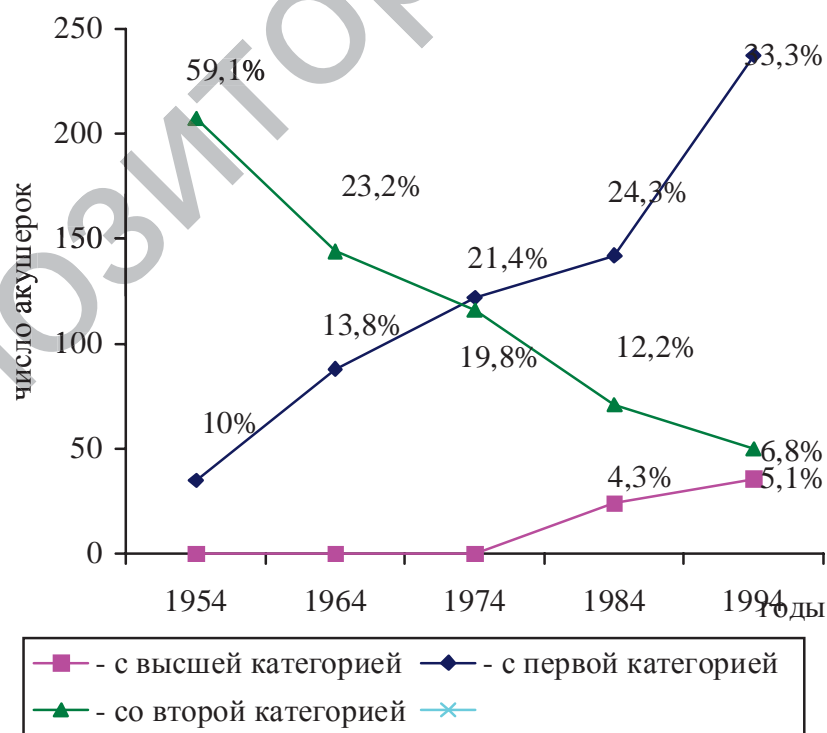


Рисунок 3.17 – Динамика категорийности акушерок в 1954–1994 гг.

В связи с этим, в «Основных направлениях развития охраны здоровья населения и перестройке здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 г.», утвержденных Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 19.11.1987 г. №1318, отмечалось, что «... особую тревогу вызывает состояние работы по охране здоровья матери и ребенка. Родильные дома, детские поликлиники и стационары, ЖК из-за неудовлетворительного оснащения, слабой подготовки кадров не обеспечивают современного уровня профилактики, диагностики и лечения. . В учреждениях родовспоможения, отделениях и палатах для выхаживания недоношенных детей и лечения новорожденных грубо нарушаются санитарно-гигиенические требования.

В серьезном укреплении нуждается материально-техническая база отрасли. Многие больницы, родильные дома, поликлиники, амбулатории и аптеки размещены в приспособленных и даже аварийных помещениях, нуждаются в капитальном ремонте или реконструкции, не имеют центрального отопления, водопровода, канализации, горячей воды. В то же время из года в год не осваиваются средства, выделяемые на сооружение объектов здравоохранения. Действующие типовые проекты лечебно-профилактических учреждений не предусматривают использования в полном объеме современных медицинских технологий. Уровень и качество медицинской помощи не в полной мере отвечают возросшим потребностям советских людей. Медленно внедряются в практику передовой опыт, новые, более эффективные методы выявления заболеваний и их лечения. Не обеспечена преемственность в работе стационарных и внебольничных учреждений.

Допускаются необоснованные отказы в госпитализации, несвоевременная доставка в лечебное учреждение больных, нуждающихся в экстренной помощи, неэффективное использование коечного фонда и лечебно-диагностического оборудования, длительные сроки обследования в больницах, в ряде поликлиник не налажен прием в удобное для населения время», что оказывало отрицательное влияние на выявление и

последующее динамическое наблюдение за пациентками с ВЗЖПО.

Этим же документом предписывалось на период до 2000 г. «считать приоритетным направлением советского здравоохранения всемерное развитие и совершенствование охраны материнства и детства. Необходимо коренным образом перестроить работу амбулаторно-поликлинических учреждений для женщин и детей, родильных домов и детских стационаров, повысить уровень их профилактической деятельности, усилить пропаганду здорового образа жизни. Для обеспечения профилактики заболеваний и повышения уровня здоровья подрастающего поколения совершенствовать систему медицинской помощи женщинам, детям и подросткам на основе интеграции акушерской, терапевтической и педиатрической служб и разработки региональных межведомственных программ».

ГЛАВА 4 УЧРЕЖДЕНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

4.1. Восстановление деятельности сети учреждений акушерско-гинекологической службы

Важнейшим направлением деятельности органов управления здравоохранением Гродненской области в послевоенный период являлось скорейшее возобновление деятельности ОЗ на административных территориях и их материально-техническое обеспечение.

Восстановление сети учреждений АГС началось практически сразу после освобождения области от немецко-фашистских захватчиков. Так, на основании распоряжения Совнаркома БССР уже 06.07.1944 г. возобновилась работа Новогрудской больницы, в состав которой входил роддом на 15 коек.

Размещались учреждения АГС преимущественно в приспособленных помещениях (рисунок 4.1).

Некоторые учреждения были размещены в приспособленных зданиях, покинутых прежними владельцами. Так, акушерско-гинекологическое отделение Дятловской ЦРБ было занимало ряд комнат бывшего дворце Радзивиллов (рисунок 4.2).

Через неделю после освобождения 23.07.1944 г. в г. Гродно была открыта первая государственная больница на 50 коек, размещавшаяся в полуразрушенном бомбардировкой доме, в которой функционировали акушерско-гинекологическое и хирургическое отделения.

В октябре 1944 г. в здании бывшего католического монастыря приказом отдела здравоохранения Исполнительного комитета Гродненского городского Совета депутатов трудящихся в г. Гродно была открыта городская больница (ныне – 2-я городская), в которой функционировало акушерско-гинекологическое отделение (25 родильных и 25 гинекологических коек).



Рисунок 4.1 – Здание, в правом крыле которого в 1944 г. размещалось акушерско-гинекологическое отделение Лидской больницы (современный вид)

До конца 1944 г. родильные и гинекологические отделения возобновили свою работу во всех районных центрах Гродненской области. Одним из последних в декабре 1944 г. в помещении бывшего кожевенного завода было развернуто акушерско-гинекологическое отделение (на 10 коек) Сморгонской районной больницы.

Учитывая, что большинство существовавших в довоенный период больниц было разрушено [196], Совнарком БССР 17.07.1944 г. принял Постановление «О возобновлении работы проектно-технической конторы Народного комиссариата здравоохранения республики» с целью организации капитального строительства ОЗ [26; 178].



Рисунок 4.2 – Здание, в 1944 г. размещалось акушерско-гинекологическое отделение Дятловской больницы (современный вид)

Однако процесс восстановления деятельности учреждений АГС был осложнен значительными объективными трудностями, имел противоречивый характер и требовал мобилизации всех имевшихся организационных, кадровых и материально-технических ресурсов [55; 106]. Так, из средств, направленных в 1944 г. на капитальное строительство в объеме

14,4 млн. руб., из-за отсутствия технического персонала, стройматериалов и транспорта освоенными оказались только 702 тыс. руб.

В связи с этим, в 1944-1945 гг. в ОЗ не удалось развернуть запланированное количество родильных и гинекологических коек [80], открытые акушерско-гинекологические отделения и родильные дома были маломощными (рисунок 4.3), а общее число развернутых в них коек не достигло уровня 1940 г. и составило, соответственно, 86,3% и 43,3%.

Отчет Родильного Дома
за годичный год 1945.

Ваше учреждение: Родильный дом
рай. в.с.с.в. Барановичская район Чош
Ланский пункт: город, рабочий поселок, селение, под-эрикнуто
Новогрудок ул. Советская № 56. обл. Барановичская.

2. Учетным фонд и его использование

Имя отг. зачислен ны.	число кой- коек в отделении		число кой- коек в отделении		число кой- коек в отделении		число кой- коек в отделении		число кой- коек в отделении		число кой- коек в отделении		число кой- коек в отделении		число кой- коек в отделении		число кой- коек в отделении	
	всего	в отделе	всего	в отделе	всего	в отделе	всего	в отделе	всего	в отделе	всего	в отделе	всего	в отделе	всего	в отделе	всего	в отделе
Имени	1	1	15	15	7	274	276	2	3	2339	-	-	-	-	-	-	-	-

3. Для Родильного отделения (мени 1510214)
всего родов всего - 276 в т.ч. е. применены обезболивания. —
о проведенные вети роженицыми койки, дней - 2339.
число числа проведенные родов - все же забранные.
число числа роженицы - жетельныи сельские местностях 149
числа проведенные родов с осложнениями была с включением —
о септические заболевания роженицы — 1
мно:
аревия еглемми —
ложный шипов. 4
одоразрушающие операции 5
иные отделения поезда. 4

Рисунок 4.3 – Отчет об использовании коечного фонда Новоградского роддома (1945 г.)

В 1945 г. количество женско-детских консультаций также было значительно ниже показателей 1940 г. (62,5%), причем, функционировали они преимущественно в городах (таблица 4.1)

Таблица 4.1 – Сеть женско-детских консультаций в Гродненской области в 1945 г.

Гродненская область	Женско-детские консультации	
	Город	Сельская местность
г. Гродно	2	-
Скидельский район:		
а) Скидель	1	-
б) Озеры	-	1
Свислочский район	1	-
Берестовицкий район	-	1
Сопоткинский район	1	-
Лидский район:		
а) Лида	1	-
б) Ваверки	-	1
Василишковский район	1	-
Вороновский район	1	-
Зельвенский район	1	-
Мостовский район	1	-
Радуньский район	-	1
Щучинский район	1	-
Желудокский район	1	-
Порозовский район	-	1
Всего	13	5

Работа учреждений АГС протекала в сложных условиях. Так, в первые послевоенные годы большинство родильных коек (84,5%) размещались в непрофильных отделениях больниц, причем, в приспособленных помещениях, не соответствовавших санитарно-гигиеническим нормам, в связи с чем практиковалась преждевременная выписка родильниц, что являлось грубым нарушением существовавших требований [28; 48]. Кроме того, как отмечалось в решении №126 от 28.02.1945 г. исполкома Гродненского городского Совета депутатов трудящихся «О состоянии больниц г. Гродно», в

учреждениях «имеются перебои с получением продуктов и нет разновидности ассортимента», «наблюдается перегруженность больниц, особенно акушерско-гинекологических отделений во 2-й горбольнице».

Перегруженность и неудовлетворительное санитарно-техническое состояние данного отделения стало основанием для его закрытия и создания в IV квартале 1945 г. самостоятельного Гродненского городского родильного дома на 30 коек (рисунок 4.4) и двух женско-детских консультаций в его составе, которые вскоре получили статус самостоятельных учреждений АГС.

НАРКОМЗДРАВ СССР

Заявитель: отчеты ф. № 19-6
Утверждено ЦСУ Госплана СССР № 10-15 от 7 февраля 1945 г.
Отчет представляют городские женские консультации (самостоятельные, в составе поликлиник, амбулаторий) Райгосразводотделу за год — 5 января, за полугодие — 5 июля.

Отчет городской женской консультации

за 1946 г.

Название консультации: Улицейская женская консультация №1

Область (край) АССР: _____ район: _____

название населенного пункта: город, рабочий поселок, селение (подчеркнуть) г. Гродно

ул. Энгельса д. № 8

консультация самостоятельная, входит в состав _____

консультация имеет физиотерапевтический кабинет, лабораторию, социально-правовой кабинет, школу материнства, санпросветыставку (имеющееся подчеркнуть) Самостоятельная

Число участков по обслуживанию женщин _____, из них замещено акушерками-гинекологами _____, врачами других специальностей _____, средним медперсоналом _____

I. Штаты консультации

Должностей (ваков) на конец отчетного периода	всего	в том числе					Итого штатных	Занятых
		врачей	мидперсонал	мидперсонал	прочего персонала	в т.ч. соц. работников		
5								
73	8, 2, 19, 3, 5, 2	5	2	2	2	1	2	
102	2, 5, 5, 5, 2	5	1	2	2, 5	2, 5	1/2	
28								

II. Обслуживание женщин

1. Обслуживаемые контингенты в районе деятельности консультации

Всего	в том числе со сроками беременности					Закончившая беременность в отчетном периоде		Выбыло из наблюдения до окончания беременности	Отдается под наблюдением консультанта беременных женщин на конец отчетного периода	
	до 3-х мес.	от 3-х до 5 мес.	от 5 мес. свыше 7 мес.	родами	абортными					
556	244	439	874	644	503	1444	03	94	544	60

Установлено, что из общего числа абортов начаты исключительно вне лечебного учреждения _____ абортов; передано дел прокурору _____

В отчетном периоде получали отказ в производстве аборта по медицинским показаниям _____ чел., из них: закончили беременность:

а) родами 15 чел., к ним сделано посещений патронажной сестрой 27

б) абортами 2 чел., к ним сделано посещений патронажной сестрой 4

в) сохраняют беременность на конец отчетного периода _____ чел.

2. Обслуживание консультаций родильниц, проживающих в районе деятельности консультации

Число родильниц в отчетном периоде	Им сделано посещений консульт.	в послеродовом периоде	в послеродовом периоде	к ним сделано посещений патронаж. сестрами	до родов	после родов	Итого числа рождений в отчетном периоде	Раннее установление консульт. срока от 1 до 10 дней и более	Позже установленного консультативного срока от 1 до 11 дней и более		
										до родов	после родов
1444	7404	1303	1100	230			1444	100	42	150	43
251											
460											
412											
321											

Биз ЦСУ 44 20 1150-16, Т.1-10, зак. 2262, тир. 14000, 21.VII-45

Рисунок 4.4 – Отчет Гродненской ЖК №1 за 1946 г.

Однако рассматриваемый период коренным образом изменить ситуацию не удалось. Как отмечалось в решении исполкома Гродненского городского Совета депутатов трудящихся от 14.11.1945 г. №545, «роддом находится в запущенном антисанитарном состоянии. Пребывающие роженицы санобработке не подвергаются, поступают в палату в своем белье и одежде. Температуры роженицы не изолируются, истории болезни ведутся неправильно. Стерилизация материалов и инструментов не проводится. В роддоме нет операционного блока, предродовой комнаты, изолятора и санитарного блока. Бельем и мягким инвентарем роддом не обеспечен» (рисунок 4.5).



Рисунок 4.5 – Здание Гродненского роддома (1952 г.) [5]

Несмотря на принятие Постановления Совета Министров БССР от 14.07.1949 г. №813 «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и родильных домов и улучшению их работы», материально-техническое оснащение учреждений АГС оставалось недостаточным (рисунок 4.6).



Рисунок 4.6 – Здание, в котором размещалась Лидская ЖК (до 2004 г.) [5]

При этом, однако, выделенные на развитие здравоохранения финансовые средства полностью не использовались [7; 61]. Так, в 1950 г. на приобретение медицинского оборудования было израсходовано только 76% запланированных средств, мягкого инвентаря – 93%, а количество средств, направленных на капитальное строительство в сравнении с 1945 г. уменьшилось в 2 раза.

Все это приводило к высокому уровню ПС (без учета маловесных младенцев) [29], превышавшему 35‰ (в 1949 г. мертворождаемость составила 22,0‰, ранняя неонатальная смертность – 15,0‰) и значительной летальности родильниц от гнойно-воспалительных осложнений, составлявшей 0,22% (рисунок 4.7).

230

Отчет Родильного Дома за годный год 1945.

ваши учреждения: Родильный дом
рай. в. в. в. Барановичская район Чортков
пункт: город, рабочий поселок, сельские, под-архивные;
Новогрудок ул. Советская № 56 обл. Барановичская.

2. Учетный фонд и его использование

наименование	Учетный фонд										отделением в других отделениях					
	на начало года	привнесено	использовано	на конец года	на начало года	привнесено	использовано	на конец года	на начало года	привнесено	использовано	на конец года	на начало года	привнесено	использовано	
линии	1	1	15	15	7	274	276	2	3	2339	-	-	-	-	-	-

3. Для Подотделений (линии 15 кв.к.)

всего родов всего - 266 в т.ч. с применением обезболивания. —
о проведенные всеми роженицами койко-дни - 2339.
всего числа проведенные родов - преждевременные —
всего числа рожениц - жительниц сельские местности 149
числа проведенные родов с осложнениями была с эклампсией —
о венерических заболеваниях рожениц —
одно:
закрытие естественных —
ложечкой щипцов. 4
одоразрушающие операции 5
иные отделения поезда. 4

Рисунок 4.7 – Отчет Новогрудского роддома за 1945 г.

В этих сложных условиях на основании Постановления Совета Министров СССР от 17.09.1947 г. №3244 «Об объединении амбулаторий и поликлиник с больницами» с целью совершенствования оказания медицинской помощи МЗ СССР были изданы приказы от 24.09.1947 г. №431 «О проведении объединения больниц и поликлиник (амбулаторий)», от 16.02.1948 г. №431 «О мероприятиях по улучшению лечебно-профилактического обслуживания городского населения», от 20.04. 1948 г. №232 «Об улучшении территориальной участковой системы в обслуживании городского населения» и от 12.01.1949 г. №20 «Об улучшении оперативного руководства работой городских больниц, объединенных с поликлиниками (амбулаториями)», предусматривавшие объединение больниц и поликлиник, в том числе роддомов, гинекологических стационаров и ЖК, а также разукрупнение обслуживаемых поликлинической сетью участков и повышение квалификации специалистов [16; 44; 141; 151; 155; 158; 179; 185; 209].

В изданном в развитие вышеуказанных документов приказе МЗ СССР от 07.05.1948 г. №278 «О проведении объединения родильных домов с ЖК» подчеркивалось, что «первостепенная роль в дальнейшем снижении материнской и детской заболеваемости и смертности принадлежит основным учреждениям родовспоможения – родильному дому и ЖК, которые должны находиться в постоянной органической связи для наиболее квалифицированного обслуживания беременных и новорожденных». В основу же работы объединенного учреждения должны были лечь следующие положения:

«Коллективы работников родильного дома и консультации для женщин должны слиться в единый коллектив, целеустремленно разрешающий поставленные перед ним задачи.

Коллектив объединенного учреждения обязан изучать как материнскую, так и гинекологическую заболеваемость, выяснять причины, порождающие эту заболеваемость и устранять их, руководствуясь в своей работе принципом профилактического направления советской медицины.

С целью улучшения обслуживания беременных и гинекологических больных врачи в своей практической деятельности должны использовать все достижения медицины, причем лечебно-профилактическая работа врачей должна сочетаться с научной работой.

В объединенном учреждении должны быть созданы все условия для повышения теоретических и практических знаний врачей».

Однако, несмотря на меры, предпринятые на протяжении 1948-1949 гг. органами управления здравоохранением, реального объединения роддомов, гинекологических стационаров и ЖК не произошло [62; 64; 120; 122; 199; 200; 219; 237]. Так, например, врачи Гродненского родильного дома вели прием беременных в ЖК, а врачи-гинекологи, работавшие в гинекологическом отделении, вели прием гинекологических больных при 1-й поликлинике.

Совет Министров СССР своим Постановлением СМ СССР от 31.10. 1949 г. №5036 «Об упорядочении сети и установлении единой номенклатуры учреждений здравоохранения» (далее – Постановление от 31.10. 1949 г. №5036) отметил наличие серьезных недостатков в деле организации сети ОЗ. Так, значительная часть самостоятельно существующих учреждений здравоохранения являлись мелкими учреждениями; раздробленность учреждений вела к неправильной расстановке врачей-специалистов, разбуханию штатов административно-хозяйственного персонала, мешала правильной организации снабжение учреждений здравоохранения и руководству их работой; самостоятельное и обособленное существование амбулаторно-поликлинических учреждений создавало «искусственный отрыв врачей, работающих в этих учреждениях, от клиник, больниц и родильных домов, что снижало качество лечебно-профилактической помощи населению»; сеть больниц смешанной специализации, наиболее полно отвечающих требованиям современной медицинской науки и обеспечивающих комплексное, разностороннее обслуживание больных, развита недостаточно; «значительная часть лечебно-

профилактических учреждений развернута в непригодных помещениях или находится на большом расстоянии от обслуживаемых групп населения или друг от друга (амбулатории от больниц)»; «начатое объединение больничных учреждений с амбулаторно-поликлиническими себя оправдало, но осуществляется медленно».

Как отмечалось в приказе от 21.11.1949 г. №870, «...медленное осуществление объединения больничных учреждений с амбулаторно-поликлиническими явилось следствием того, что в ряде городов и районных центров местные органы здравоохранения не придали должного значения организационному упорядочению объединения больниц с поликлиниками, родильных домов с ЖК, детских больниц с детскими консультациями и поликлиниками и допустили при их проведении ряд крупных недочетов, механически объединяя учреждения с нарушением самого принципа объединения... Основная причина недостатков в организационном оформлении объединения больниц с поликлиниками, родильных домов с ЖК, детских больниц с детскими консультациями и поликлиниками, заключалась в недооценке многими руководителями органов здравоохранения проводимой организационной перестройки лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, в непонимании того положения, что объединение больничных учреждений с поликлиническими нельзя проводить в отрыве от перестройки всей сети учреждений здравоохранения города в целом».

Приказом от 21.11.1949 г. №870 указывалось, что «в результате объединения типовым лечебно-профилактическим учреждением является: больница с поликлиникой; больница при промышленном предприятии, входящая в состав медико-санитарной части, с поликлиникой; детская больница с детской консультацией, детской поликлиникой; родильный дом с ЖК; диспансер с соответствующим стационарным учреждением, имеющие соответствие структурных частей стационара и поликлиники по основным специальностям, а также по мощности при обязательной работе лечащих врачей в

стационаре с обслуживанием населения в поликлинике или на участке», а «достижение организации лечебно-профилактических учреждений такого типа должно являться в результате проведения плановой систематической работы по упорядочению сети учреждений здравоохранения города, организационных форм объединения, приведения сети медицинских учреждений в соответствие с новой номенклатурой и типовыми категориями», утвержденными Постановлением от 31.10. 1949 г. №5036.

В пункте 7 приложения №4 к приказу от 21.11.1949 г. №870 отмечалось, что «больничные учреждения, наименование которых не указано в новой номенклатуре (раздел А), как-то: глазные, акушерско-гинекологические, гинекологические, хирургические, кожно-венерологические, онкологические и др. больницы, оказывающие лечебную помощь по одной специальности, в дальнейшем:

а) либо прекращают свое существование как самостоятельные учреждения и включаются в состав общих больниц, родильных домов или соответствующих диспансеров (противотуберкулезного, кожно-венерологического, онкологического и пр.) на правах отделений;

б) либо реорганизуются в общие больницы, имеющие в своем составе, в первую очередь, терапевтическое и хирургическое отделения;

в) либо в отношении акушерско-гинекологических и гинекологических больниц – реорганизуются в родильные дома;

г) либо продолжают временно оставаться самостоятельными учреждениями с разрешения Министра здравоохранения СССР».

В соответствии с пунктом 11 приложения №4 к приказу от 21.11.1949 г. №87011 «поликлиники (амбулатории), детские поликлиники (амбулатории), детские консультации и ЖК самостоятельными учреждениями не являются, они объединяются с больницами и родильными домами ... и временное самостоятельное их функционирование допускается лишь с разрешения Министра здравоохранения СССР».

Открытие новых и закрытие существующих учреждений здравоохранения, поименованных в номенклатуре, утвержденной Советом Министров СССР, производилось только с разрешения Министра здравоохранения СССР или Министра здравоохранения БССР, заведующих областными и городскими (городов республиканского подчинения) отделами здравоохранения в соответствии с порядком, установленным Постановлением Совета Министров СССР от 31 октября №5036.

Для получения от Министра здравоохранения СССР разрешения на открытие каждого новой ОЗ (или на закрытие), а также на перевод в другую типовую категорию Министр здравоохранения БССР представлял мотивированное ходатайство, прилагая к нему справку, подписанную и заверенную соответствующим исполкомом.

Приказом от 21.11.1949 г. №870 в основу работы городских больниц, противотуберкулезных диспансеров, родильных домов был положен участковый принцип медицинского обслуживания населения и установлено, что «врачи-терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, фтизиатры обязательно работают по участковому принципу». При этом основным типом городского врачебного участка предписывалось «считать участок с общим числом населения в 4000 человек. В городах, имеющих недостаток врачебных должностей, разрешить временно устанавливать городские врачебные участки с населением не свыше 5500 человек» (рисунок 4.8).

1953

СССР
Министерство здравоохранения

Здравоохранение, отчетная форма №
Утверждена ЦСУ СССР 25.VI-1953 г. № 1

Бюджет Медицинский

§ _____

Отчет городской больницы
за 1953 год

Название и тип учреждения (для медсанчасти—указать и отрасль промышленности) _____
Новогрудская районная больница

область (край), АССР Барановичская район Новогрудский

Населенный пункт: город, рабочий поселок (подчеркнуть) Новогрудок
ул. Советская № 56 почтовый адрес

Учреждение имеет: подчеркнуть, вписать специальные отделения, не вошедшие в перечень:
а) приемное отделение, б) рентгеновское отделение (кабинет), в) физиотерапевтическое отделение (кабинет), г) отделение грязелечения, д) отделение водолечения, е) врачебно-физкультурный кабинет, ж) кабинет переливания крови, з) кабинет функциональной диагностики, и) кабинет электрокардиографии, к) клиничко-диагностическую лабораторию, л) патолого-анатомическое отделение, м) станцию скорой медицинской помощи, н) аптеку, о) _____

п) _____ р) _____

Число обслуживаемых предприятий _____
из них обслуживаемых участковыми цеховыми врачами _____

Число цеховых участков _____

Число рабочих подростков на предприятиях, обслуживаемых подростковыми кабинетами _____

Число ремесленных училищ, школ ФЗО и ФЗУ _____

Число учащихся в них _____

Число здравпунктов на промышленных предприятиях, обслуживаемых поликлиникой—всего _____
из них врачебных _____

Число врачебных участков:

1) терапевтических 3

2) педиатрических—всего 3
в том числе единого педиатра 3

3) акушерско-гинекологических _____

4) физиатрических _____

Число учреждений, входящих в состав медсанчасти _____
в том числе: поликлиник (амбулаторий) 1
консультаций (женских и детских) 2
санаториев (ночных) _____

Прод _____

т. 8-я тип. № 23-18-У-426 ВР-53 г. т. 40 300×10 з. 1331
Ф 1418 Оп 122321

Рисунок 4.8 – Отчет Новогрудской ЦРБ за 1953 г.

В основу же организации медицинского обслуживания рабочих был положен «цеховой участковый принцип с

основным типом цехового участка для рабочих ведущих отраслей промышленности в 1500 рабочих».

А соответствии с приложением №6 к приказу от 21.11.1949 г. №870 (примерная структура типового городского врачебного участка на 4000 человек населения) выглядела следующим образом (таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Примерная структура типового городского врачебного участка на 4000 человек населения)

Наименование специальностей	Из расчета на 1 врачебный участок	
	число врачебных должностей ординаторов по специальностям	примерное распределение числа больничных коек по специальностям
Терапия	2,0	10,0
Педиатрия	1,25	5,4
Хирургия	0,9	7,6
Акушерство и гинекология	1,0	7,2, в том числе 4,8 родильных и 2,4 гинекологических коек
Офтальмология	0,25	1,0
Отоларингология	0,2	0,6
Неврология	0,25	0,8
Фтизиатрия	0,6	4,2
Дерматовенерология	0,4	1,6
Итого	6,85	38,4

Исходя из числа городских врачебных участков, устанавливалось необходимое количество врачебных должностей и больничных коек по отдельным специальностям для обслуживания населения.

Однако, как свидетельствуют данные Циркулярного письма МЗ СССР от 06.10.1951 г. №01-23/28 «О выполнении Постановления СМ СССР №5036, только в 1951 г., в регионе, как и в целом по стране, была проведена реорганизация оказания акушерско-гинекологической помощи. При этом врачи акушеры роддома стали работать в гинекологическом отделении, а гинекологи – в роддоме. Были также введены

обязательные (с установленной периодичностью) дежурства врачей ЖК в роддомах [66; 67; 86].

4.2 Организация оказания гинекологической помощи

С начала 1950-х гг. оказание гинекологической помощи пациенткам с ВЗЖПО обеспечивалось в учреждениях разного типа, структура которых на протяжении всего последующего рассматриваемого периода существенно не изменилась и представлена на рисунке 4.9.

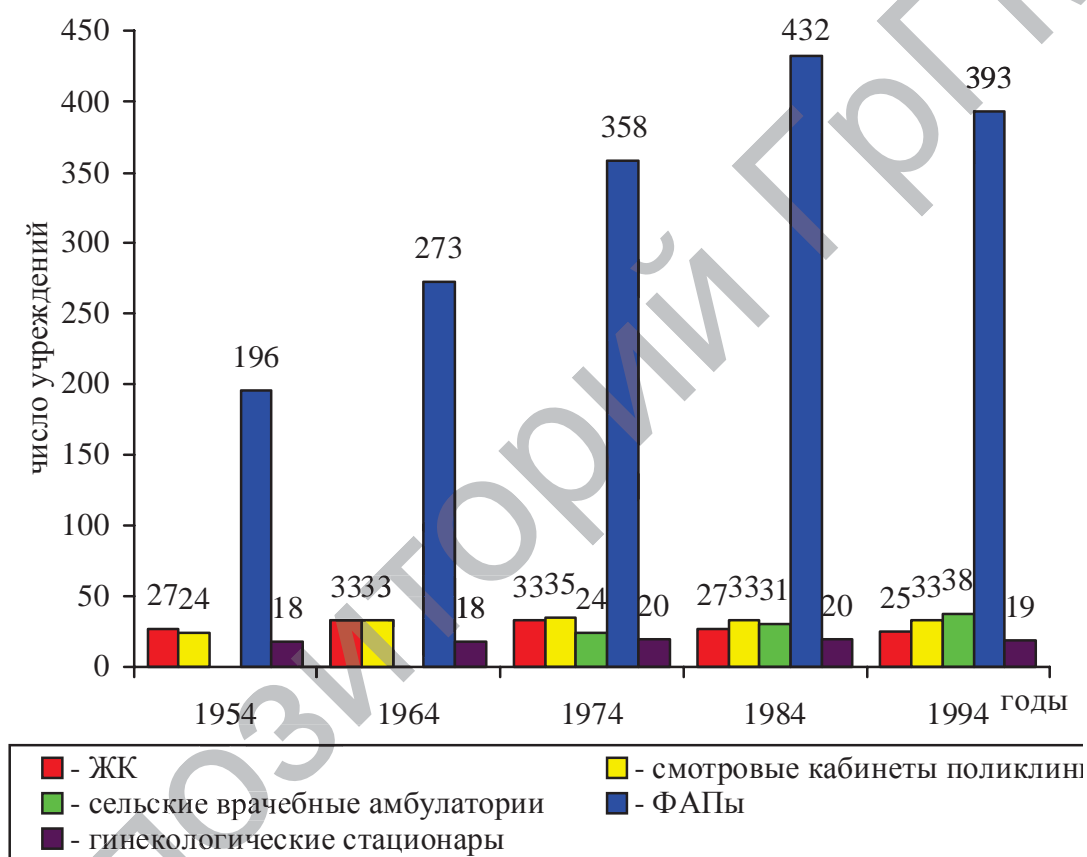


Рисунок 4.9 – Сеть учреждений для оказания гинекологической помощи пациенткам с ВЗЖПО в 1954-1994 гг.

Основными учреждениями АГС амбулаторного типа, на персонал которых возлагались обязанности по выявлению и санации акушерско-гинекологической патологии, являлись ЖК [105], деятельность которых в 1940-50-е гг. регламентировалась «Инструкцией о работе женско-детской и женской консультации», утвержденной 23.08.1937 г. Наркомздравом СССР (далее – Инструкция от 23.08.1937 г.).

В соответствии с данной инструкцией медицинский персонал ЖК оказывал помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным как в самой консультации, так и на дому; проводил профилактические осмотры женщин; организовывал в необходимых случаях патронаж; проводил борьбу с абортами, вел работу по формированию ЗОЖ, оказывал социально-правовую помощь [94].

Районные ЖК обслуживали жительниц не только районного центра, но и всего района (рисунок 4.10).



Рисунок 4.10 – Врач Терешкова С.П. ведет прием в ЖК г. Гродно (1954 г.) [5]

ЖК оказывали медицинскую помощь как непосредственно при обращении пациенток с ВЗЖПО, так и направленным на консультацию акушерками ФАПов или колхозных родильных домов, а также врачами участковых больниц.

Для каждой ЖК определялись границы обслуживаемого района, а также предприятия и учреждения, прикрепленные к ней [142; 159].

На протяжении всего рассматриваемого периода работа территориальной ЖК строилась по принципу участкового обслуживания (рисунок 4.11).



Рисунок 4.11 – Врачи Дятловской ЖК А.М. Шафаревич и Ю.И. Нагуй (1988 г.) [5]

Однако, в отличие от участкового врача-терапевта, врач акушер-гинеколог консультации не мог рассчитывать на дополнительное материальное вознаграждение «за участковость».

Работа ЖК на промышленном предприятии осуществлялась по методу цехового обслуживания.

Один территориальный акушерско-гинекологический участок соответствовал двум терапевтическим (до начала 1980-х гг. 1 врач акушер-гинеколог обслуживал около 4 тыс.

женского населения, впоследствии – 3000-3500 пациенток). При цеховом методе работы 1 врач обслуживал порядка 1500 работниц (рисунок 4.12).

УТВЕРЖДАЮ *Филоненко*

ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ
по Здравпункту в количестве 12 единиц с месячным фондом зарплаты 670 руб.

Главврач *Филоненко*
Гродненского района /Филоненко/
административно-хозяйственного медицинского обслуживающего персонала Здравпункта на 1964 год

	К-во единиц	Ставки	Всего в месяц	Всего в год
1. Зав. здравпунктом	I	74	74	838
2. Зубной врач	I	60	60	720
3. Фельдшер	I	62-50	62-50	750
4. -"-	I	62-50	62-50	750
5. -"-	I	62-50	62-50	750
6. -"-	I	57-50	57-50	690
7. -"-	I	62-50	62-50	750
8. Акушерка	I	62-50	62-50	750
9. Медсестра физкабинета	I	52-50	52-50	630
10. Санитарка	I	41	41	492
11. -"-	I	35	35	420
12. -"-	I	37-50	37-50	450
Итого:	12		670	8040

И.О. Главврача Скидельской больницы *В. Русин* /В. Русин/
Старший бухгалтер *Е. Махутко* /Е. Махутко/

Рисунок 4.12 – Штатное расписание здравпункта (1964 г.)

В амбулаторных условиях выявление ВЗЖПО осуществлялось также в смотровых кабинетах поликлиник, количество которых в 1954-1964 гг. увеличилось на 37,5%. Однако только в поликлиниках областного центра и двух ЦРБ они функционировали в 1,5-2 смены, что ограничивало

доступность медицинской помощи жительницам как городских, так и сельских поселений.

К началу 1950-х гг. приказами МЗ СССР от 01.04.1947 г. «Об установлении типовых штатов фельдшерско-акушерских, фельдшерских и акушерских пунктов», от 29.05.1947 г. №201 «Об улучшении медицинского обслуживания сельского населения», от 15.09.1947 г. №369 «О структуре и нормативах лечебно-профилактических учреждений в сельских районных центрах и типовых штатах медицинского персонала сельских участковых и районных больниц» и от 21.11.1949 г. №870 была упорядочена сеть учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь на селе [49].

В сельских поселениях до середины 1950-х гг. выявление и санация ВЗЖПО осуществлялись преимущественно акушерками ФАПов, деятельность которых регламентировалась Положением о сельском фельдшерском и фельдшерско-акушерском пунктах, утвержденном Наркомздравом СССР 29.06.1939 г. (далее – Положение от 29.06.1939 г.), а также иными нормативными документами, изданными еще в 1920-1930 гг. [57].

В соответствии с Положением от 29.06.1939 г. фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты являлись «первичными лечебно-профилактическими учреждениями на селе», имели свою печать и штамп для оформления выдаваемых им документов, входили в состав СВУ, на территории которых они организовывались, и вели работу под руководством заведующих СВУ.

ФАПы были организованы с расчетом обслуживания населения одного-двух сельсоветов и развертывались, как правило, в месте нахождения одного из сельсоветов, при совхозах, лесоразработках, МТС, торфяных и других предприятиях, и состояли на бюджете сельсовета, на территории которых он находились.

Территория обслуживания ФАПа с точным обозначением ее границ, населенных пунктов и местонахождения пункта устанавливалась заведующим СВУ, в состав которого входил данный пункт, и утверждалась райздравотделом.

На ФАПы возлагались задачи по оказанию бесплатной амбулаторной помощи населению, проживающему на закрепленной за пунктом территории, а также по своевременному направлению во врачебную участковую амбулаторию пациентов с невыясненным диагнозом, с трудно диагностируемым заболеванием и требующих врачебного вмешательства.

При острых заболеваниях и несчастных случаях у пациентов (отравления, кровотечения, ранения) в случаях необходимости оказания срочной врачебной помощи, специалисты ФАПа оказывали первую помощь и, при невозможности транспортировки пациенток в ближайшую врачебную амбулаторию или больницу, экстренно вызывали врача из сельского врачебного участка или райцентра.

Обязанностями акушерки ФАПа являлись «профилактические осмотры женщин; учет всех беременных своего участка и периодический осмотр их; выдача дородового и послеродового отпуска; направление беременных к участковому врачу при наличии осложнений беременности; своевременное помещение рожаящих в родильный дом, своевременное помещение гинекологических больных в стационар, оказание акушерско-гинекологической помощи на дому, проведение санитарно-просветительной работы среди женщин», то есть акцент на проведении профилактических гинекологических осмотров и выявлении ВЗЖПО не делался [63].

С середины 1950-х гг. деятельность акушерок ФАПов, в том числе и по взаимодействию с ЖК, регламентировалась «Положением о сельском ФАПе», утвержденным приказом МЗ СССР от 31.12.1954 г. №481, а в последующий период – аналогичным положением, утвержденным приказом от 27.07.1973 г. №566.

В приказе от 27.07.1973 г. №566 отмечалось, что «ФАП является амбулаторно-поликлиническим учреждением в сельских населенных пунктах и на объектах строительства вне населенных пунктов», «имеет свою смету, круглую печать и штамп с указанием своего наименования» и «находится в

ведении сельского Совета депутатов трудящихся».

Руководство его деятельностью осуществляло больничное или амбулаторно-поликлиническое учреждение, которому ФАП был подчинен.

На персонал ФАПа возлагались обязанности по оказанию населению доврачебной медицинской помощи; участию в текущем санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест; проведению мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости, в том числе инфекционной; профилактику и снижение паразитарных и профессиональных заболеваний, травматизма и отравлений среди колхозников, работников совхозов и других предприятий; снижение смертности, в том числе детской и материнской.

Однако, как отмечено в этом нормативном документе, вплоть до середины 1970-х гг. преемственность в работе ЖК и ФАПов была недостаточной, а «выезды врачей часто носят формальный характер, не даются конкретные предложения по улучшению работы ФАПов, нет проверки выполнения предложений, данных ранее». Кроме того, как отмечалось в приказе от 27.07.1973 г. №566, «значительное число ФАПов все еще неудовлетворительно оснащено медицинским и хозяйственным оборудованием; особенно плохо они обеспечиваются весами, ростомерами, гинекологическими креслами... Органы здравоохранения не принимают должных мер для обеспечения своевременного и полного выделения сельсоветами средств, ассигнований ФАПам на приобретение медицинского оборудования, инвентаря, медикаментов».

Как отмечалось в приказе МЗ СССР от 27.10.1982 г. №1059 «О дальнейшем улучшении организации акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности» (далее – приказ от 27.10.1982 г. №1059) «главным направлением развития акушерско-гинекологической помощи в сельской местности является максимальное приближение врачебной помощи к женщинам – жительницам

села, совершенствование форм и методов профилактической работы и диспансерного наблюдения за ними». С этой целью в 1970-1980-х г. органами и учреждениями здравоохранения на местах была проведена определенная работа, направленная на улучшение качества медицинской помощи женщинам на селе: значительно увеличился объем поликлинической и стационарной врачебной акушерско-гинекологической помощи в ЦРБ и областных больницах, а также при плановых выездах врачебных бригад на село, сократилось число родов в колхозных родильных домах и на койках ФАПов; снизилась смертность беременных, рожениц и родильниц и гинекологическая заболеваемость с временной утратой трудоспособности; внедрены новые организационные формы и методы работы, утвержденные приказами МЗ СССР от 06.12.1979 г. №1230 «О профилактике заболеваний в акушерских стационарах», от 22.04.1981 г. №430 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы ЖК».

Вместе с тем, в приказе от 27.10.1982 г. №1059 констатируется, что «уровень организации и качества акушерско-гинекологической помощи жительницам сельской местности имеет еще существенные недостатки. Не везде местные органы здравоохранения настойчиво добиваются от колхозов, совхозов и производственных объединений выделения средств для строительства и реконструкции родовспомогательных учреждений, между тем многие ФАПы и ЦРБ имеют неудовлетворительную материально-техническую базу. Акушерско-гинекологические отделения и ЖК в сельской местности недостаточно оснащены медицинской аппаратурой, инструментарием, оборудованием; в сельской местности недостаточно используется родильная койка в году. В большинстве областных (краевых) больниц отсутствуют акушерские и гинекологические отделения. ЖК, входящие в состав лечебно-профилактических учреждений сельской местности, как правило, маломощны – в 1981 г. – 60,7% из них имели 1 и менее штатную должность врача акушера-гинеколога... Органами и учреждениями здравоохранения на

местах недостаточно уделяется внимания укомплектованию штатных должностей врачей акушеров-гинекологов в учреждениях сельской местности. На 5151 штатной должности работают 4844 врачей акушеров-гинекологов, остальные 307 штатных должностей занимают совместители, в 1981 г. в стране 42 сельских района ... не имели ни одного врача акушера-гинеколога. Недостаточно уделяется внимания повышению квалификации врачей акушеров-гинекологов, работающих в сельской местности, где только 1% акушеров-гинекологов имеет высшую квалификационную категорию; отмечается также большая текучесть кадров. Неудовлетворительно проводится работа по учету и планированию последиplomного обучения врачей акушеров-гинекологов, работающих в сельской местности. На фельдшерско-акушерских пунктах недостаточно проводится профилактическая работа среди населения. Не везде женщины с отягощенным акушерским анамнезом и патологическим течением беременности своевременно направляются на профилактическую госпитализацию и родоразрешение в соответствующие акушерские стационары... В сельской местности недостаточно четко организована работа по предупреждению непланируемой беременности: в большинстве ФАПов, акушерских и гинекологических отделениях ЦРБ, районных больниц отсутствуют выставки противозачаточных средств, мало научно-популярной литературы о вреде аборта и применении контрацепции, почти не проводится работа с мужьями по предупреждению непланируемой беременности; на местах испытывается недостаток в контрацептивах, особенно внутриматочных и бесшовных резиновых изделиях №2, в основном из-за неправильного расчета потребности и необоснованной заявки».

Таким образом, ни увеличение количества ФАПов, ни регламентация действий акушерок 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 их технической оснащённостью учреждений АГС [210]. Более того, как указывалось в приказе от 27.10.1982 г. №1059, «увеличилось число гнойно-воспалительных заболеваний в акушерских стационарах почти всех союзных республик (с 0,1% 1977 г. до 0,3% 1981 г.)».

С 1966 года в области было начато создание первых СВУ [69], в штате которых была акушерка, с количеством обслуживаемого населения 5-6 тыс. жителей.

В 1970-е гг. работа по упорядочению сети сельских учреждений здравоохранения была продолжена: участковые больницы преобразовывались в сельские врачебные амбулатории или филиалы ЦРБ [121]. В соответствии с приказами МЗ СССР от 07.09.1982 г. №900 и МЗ БССР от 16.02.1983 г. №36 «О мерах по дальнейшему улучшению медико-санитарного обеспечения и охраны здоровья сельского населения» (в развитие Продовольственной программы, 1982 г.) в 1984 г. в сравнении с 1974 г. количество участковых больниц уменьшилось на 21%, а средняя их мощность увеличилась (1954 г. – 14, 1974 г. – 29,4, 1984 г. – 35,5 коек). 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, сельские врачебные амбулатории были крайне недостаточно укомплектованы акушерками, что значительно затрудняло охват сельского населения профилактическими осмотрами, не способствовало росту выявляемости ВЗЖПО на селе и в целом оказывало негативное влияние на качество медицинской помощи в АГС области.

В приказе от 26.02.1982 г. №185 отмечалось, что «в деятельности лечебно-профилактических учреждений и в системе управления здравоохранением ряда сельских районов имеются существенные недостатки: некоторые звенья сельского здравоохранения (амбулаторная врачебная помощь и скорая медицинская помощь) развиваются все еще медленными темпами. Недостаточно оснащаются учреждения здравоохранения сельских районов средствами медицинской

техники... Несмотря на недостаточную материально-техническую базу ряда больниц и амбулаторий сельских районов, все еще в недостаточном объеме привлекаются средства колхозов и совхозов для их строительства, а выделенные капитальные вложения на эти цели осваиваются неудовлетворительно. В X пятилетке за счет средств колхозов предусматривалось построить больниц на 32,22 тыс. коек; фактически введено больниц в эксплуатацию на 22 тысячи коек. Еще значительное число первичных посещений сельских жителей на амбулаторно-поликлиническом приеме делается к средним медицинским работникам... Имело место неправильное отношение некоторых руководителей органов здравоохранения к развитию сети, укреплению материально-технической базы и совершенствованию работы участковых больниц, принижение их роли и значения в системе оказания медицинской помощи сельскому населению... В ряде мест упорядочение сети участковых больниц проводилось без достаточного изучения всех обстоятельств, а иногда и бесконтрольно. Нередко руководители местных органов здравоохранения не занимались лично решением этих вопросов. Не всегда учитывалось состояние путей и средств сообщения между населенными пунктами, реальные возможности обеспечить в любое время оказание стационарной медицинской помощи нуждающимся. В результате допущенных ошибок некоторые участковые больницы реорганизованы без должных оснований».

Следствием необоснованной реструктуризации коечного фонда стала перегрузка городских лечебных учреждений пациентками, проживавшими в сельской местности (рисунок 4.13).

Использование больничных коек городских лечебных учреждений селами района сельскими жителями

№/п/п	Городские коеки	Поступило больных		Из них сельских жителей		% сельских жителей в общей сумме	
		1972.	1973.	1972.	1973.	1972	1973.
Всего в том числе:		12961	14010	7431	8439	57,3	
1.	Тируршеские	2343	2423	1496	1534	63,9	62,9
2.	Теркавешеские	1939	2008	1035	1149	53,4	57,2
3.	Теднатрисские	2432	3169	1507	2403	61,9	75,8
4.	Инджушские	1025	894	547	523	53,4	58,5
5.	Родильные	1523	1663	700	732	45,9	44,0
6.	Тимекашеские	2035	2290	1024	1111	50,3	48,5
7.	Урологические	203	139	102	82	50,5	58,9
8.	Неврологические	170	129	109	54	64,1	41,9
9.	Таларималовские	134	152	84	105	62,7	69,0
10.	Вотаналовские	21	64	15	44	71,4	68,8
11.	Оксаловские	39	29	30	19	76,9	65,5
12.	Ртишатрисские	364	335	312	238	85,7	71,0
13.	Котевекашеские	733	715	470	445	64,1	62,2

Ф140 On 1 W 181 л 86.

86

Рисунок 4.13 – Использование коек городских лечебных учреждений Новогрудского района сельскими жителями в 1972-1973 гг.

Необходимо также отметить, что в 1944-1994 гг. в области реализовался принцип преимущественного медицинского обслуживания работающих (возможность получения

медицинского обследования по месту жительства и работы) [24; 236]. При этом определенную роль в 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 [87].

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 МЗ СССР от 30.05.1969 г. №400 и от 19.06.1984 г. №700 «Об организации профилактических медицинских осмотров», выявляемость ВЗЖПО в этих учреждениях, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, была почти в 10 раз ниже, чем в ЖК, а диспансеризация данной патологии практически не осуществлялась в связи с недостаточным ведомственным контролем [148].

К середине 1950-х гг. в области функционировало 145 гинекологических коек, преимущественно в составе хирургических отделений ЦРБ (гинекологические отделения были развернуты только в двух роддомах) (рисунок 4.14).

2. Коечный фонд и его использование 1945 г.

Название отделения или специальная помощь	Число койко-мест		Число койко-мест, занятых больными в отчетном квартале	Число больных в течение отчетного квартала				Число проведенных койко-дней за квартал	Оценка о закрытии отделения				
	штатных	запасных		состояло на начало отчетного квартала	поступило	выписано	умерло		состояло на конец отчетного квартала	число койко-мест закрытых	число койко-мест	причина закрытия	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Всего	7	5	100	180	73	1781	1666	124	64	26971	-	-	-
В т. ч. отделения:													
Общая													
Терпевческое		9	20	20	19	282	365	84	72	4778	-	-	-
Хирургическое		15	25	30	28	440	404	37	27	11965	-	-	-
Родильное													
Гинекологическое		0,5	10	10	5	233	225	2	41	2481	-	-	-
Заразное		1	20	20	14	545	508	44	8	6323	-	-	-
Детское незаразное			15	15	7	180	169	12	6	1460	-	-	-
Детское заразное													
Туберкулез.			10	5	-	1	1	-	-	14			

В свободные строки вписываются отделения следующих специальностей: туберкулезное для взрослых, туберкулезное детское, нервное, глазное, уха, горла и носа, кожно-венерическое, психиатрическое, малярийное, травматологическое, урологическое, стоматологическое и другие.

Число койк для матерей больных детей _____, проведено матерями койко-дней _____

Из числа поступивших за отчетный квартал больных: а) детей до 12 лет включит. _____, б) жителей сельских местностей 1503

3. Для родотделений (менее 15 койк)

5. Сведения об абортах

Рисунок 4.14 – Отчет Новоградской ЦРБ – коечный фонд (1945 г.)

В 1954–1994 гг. показатель обеспеченности населения региона гинекологическими койками увеличился в 3,7 раза: с 2,4 до 8,8 на 10000 населения (рисунок 4.15).

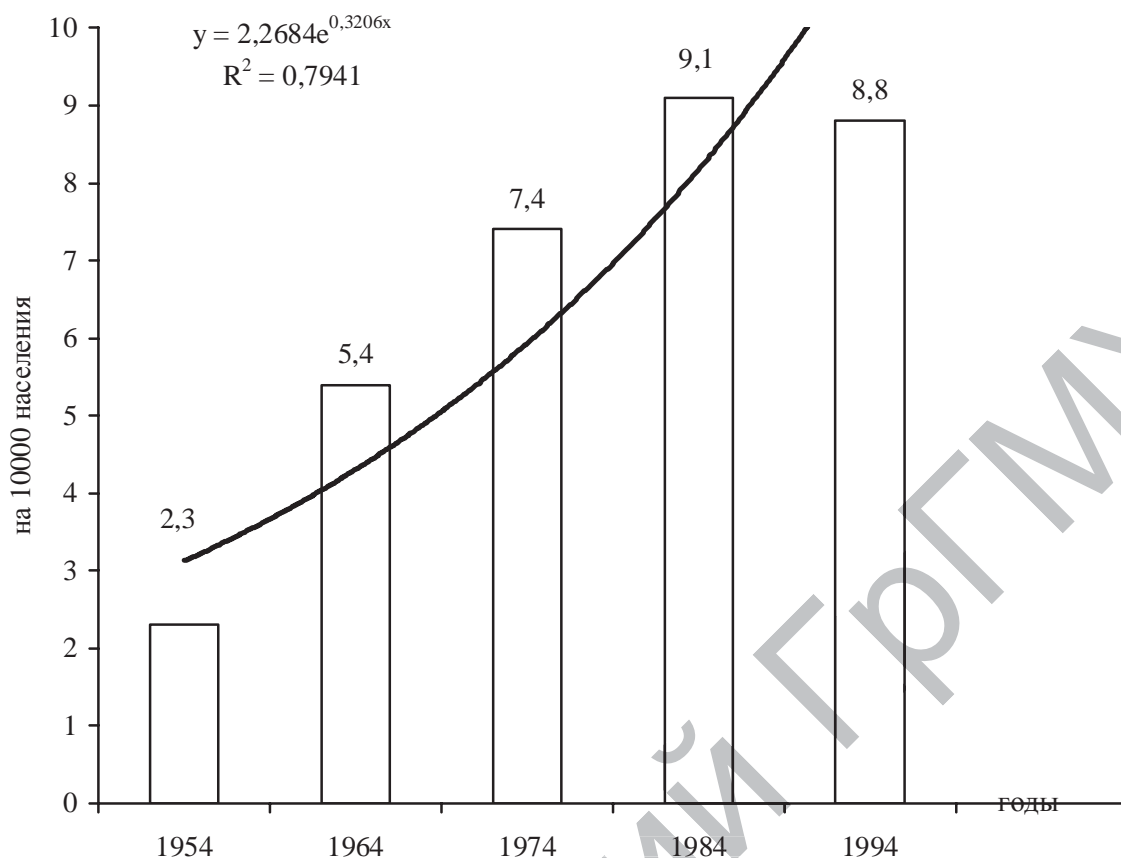


Рисунок 4.15 – Динамика обеспеченности населения гинекологическими койками в 1954-1994 гг.

Наибольшими темпами показатель увеличивался в 1954-1964 гг.: темп прироста составил 135,0%. С середины 1980-х гг. обеспеченность стала уменьшаться с темпом убыли – 33,0%.

Несмотря на то, что еще в приказе от 31.07.1963 г. №395 отмечалось, что «серьезным тормозом в деле дальнейшего развития специализированной медицинской помощи и повышения качества обслуживания населения стационарной помощью являются наличие значительного числа ... мелких специализированных отделений, что неизбежно приводит к распылению врачебных кадров и нерациональному использованию медицинского оборудования и аппаратуры», до конца рассматриваемого периода такие отделения существовали не только в большинстве ЦРБ области, но и некоторых иных ОЗ.

В условиях совершенствование организационной структуры учреждений, оказывавших акушерско-

гинекологическую помощь, в их деятельности имелись и иные существенные недостатки. Так, в акушерско-гинекологических стационарах и ЖК в 1944-1964 гг. часто отсутствовали необходимые медикаменты (глюкоза, анальгин, хлористый кальций, бромистый натрий) и перевязочные средства (бинты, вата). Как отмечалось в приказе от 27.07.1973 г. №566, «органы здравоохранения не принимают должных мер для обеспечения своевременного и полного выделения сельсоветами средств, ассигнований ФАПам на приобретение медицинского оборудования, инвентаря, медикаментов». Однако, как констатировалось в приказе от 09.01.1986 г. №55, в роддомах «имеющаяся дорогостоящая аппаратура не всегда достаточно используется».

Практика планирования без учета сети только по количеству коек [15], без этапа организации медицинской помощи, типа учреждения и его мощности привела к тому, что до конца рассматриваемого периода показатель обеспеченности гинекологическими койками городского населения так и не достиг нормативного, что в условиях нарастающих темпов урбанизации ограничивало доступность медицинской помощи жительницам городских поселений [173; 203]. Также существовали значительные диспропорции в обеспеченности койками городского и сельского населения (таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Показатели обеспеченности населения гинекологическими койками в 1954–1994 гг. (на 10000 населения)

Обеспеченность	Годы							
	1954	1964	1974		1984		1994	
			город	село	город	село	город	село
Нормативная	8,0	8,0	8,0	7,0	10,0	6,0	10,0	6,0
Фактическая	2,4	5,4	7,8	7,4	9,6	6,8	9,0	7,2

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 [18; 234]. К тому же, на протяжении всего рассматриваемого периода средства, особенно на капитальное строительство учреждений АГС, полностью не использовались: 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 превратились в «долгострой», что было характерно и в целом для здравоохранения республики [212, с. 227].

Следствием сложившейся ситуации являлось размещение только 42,4% учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, в помещениях, соответствовавших санитарно-гигиеническим нормам. Так, одной из главных целей определенных отделом здравоохранения Гродненского облисполкома на 1954 г. являлось «привести в должный порядок помещения ФАПов и участковых больниц, изжить однопалатность».

Однако и через 10 лет в приказе от 31.07.1963 г. № 395 констатировалось, что «строительство больниц осуществляется крайне медленно: план ввода их в эксплуатацию из года в год не выполняется. Основной причиной этого является распыление капиталовложений на больничное строительство по многочисленным объектам и отсутствие должного контроля за ходом строительства... Качество строительства лечебно-профилактических учреждений крайне низкое. Одной из причин этого является строительство по проектам, изготовленным местными проектными организациями, без учета современных медико-технологических требований» (рисунок 4.16).

Постановлением от 14.01.1960 г. №58 предписывалось «разработать и осуществить мероприятия по обеспечению выполнения установленных ... заданий по увеличению сети медицинских учреждений, а также по обеспечению квалифицированной медицинской помощью и повышению культуры медицинского обслуживания населения, имея в виду:

а) направлять капитальные вложения, выделяемые на развитие здравоохранения, главным образом на строительство

больниц, поликлиник, родильных домов с тем, чтобы улучшить прежде всего госпитализацию больных туберкулезом, раком, психических больных, а также рожениц и детей раннего возраста;



Рисунок 4.16 – Новое здание родильно-гинекологического отделения Лидской ЦРБ (нетиповой проект, 1970 г.)

б) значительно расширить пропускную способность поликлинических учреждений в городах путем развития сети поликлинических отделений больниц, а также поликлиник и здравпунктов при крупных промышленных предприятиях и повысить качество поликлинического обслуживания населения;

в) оснастить лечебно-профилактические учреждения современным медицинским оборудованием, аппаратурой и инструментами, расширив диагностические лаборатории, рентгеновские, физиотерапевтические, процедурные и другие кабинеты, особенно в поликлиниках;

г) значительно расширить сеть аптек и улучшить снабжение населения медикаментами и предметами санитарии и гигиены;

д) улучшить обеспечение лечебно-профилактических учреждений и станций скорой и неотложной помощи необходимым санитарным и грузовым транспортом;

е) направлять средства, выделяемые на строительство больниц, поликлиник, родильных домов, в первую очередь на укрупнение существующих больничных учреждений, а также на строительство как в городах, так и в сельской местности преимущественно крупных больниц;

ж) создавать в городах и промышленных центрах больницы преимущественно на 300-400 коек, а в крупных городах 600 и больше, как более экономичные в строительстве и эксплуатации, с тем чтобы обеспечить оказание разносторонней квалифицированной медицинской помощи населению;

з) осуществить укрупнение сельских районных больниц, доведя число коек в них до 100-200 и более, оснастив современным медицинским оборудованием и укомплектовав их врачами по всем основным специальностям (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология, стоматология и др.), а также обеспечить укрепление санитарно-эпидемиологических отделов этих больниц».

Постановлением от 14.01.1960 г. №58 одобрялась инициатива передовых колхозов, осуществляющих строительство медицинских учреждений за счет своих средств, и рекомендовалось колхозам направлять выделяемые ими на улучшение здравоохранения средства в первую очередь на расширение и строительство сельских районных и межколхозных (участковых) больниц и аптек, а также ФАПов пунктов (колхозных родильных домов). При этом центральным и местным партийным и исполнительным органам было предписано «всемерно поощрять инициативу колхозов в строительстве за их счет зданий для учреждений здравоохранения и оказывать колхозам помощь в обеспечении этого строительства материалами и оборудованием». Причем, строительство колхозных и межколхозных учреждений здравоохранения должно было осуществляться, как правило, «по типовым проектам межколхозными строительными организациями или, с согласия колхозов, строительными организациями местных Советов депутатов трудящихся», строительство новых сельских участковых больниц менее чем

на 35 коек допускалось только в виде исключения и лишь с разрешения министерства здравоохранения союзной республики.

Следует, однако, отметить, что данное Постановление не было выполнено в полном объеме и сложная ситуация со стороительством учреждений здравоохранения на селе сохранилась до конца рассматриваемого периода [221; 235]. Как отмечалось в приказе от 09.01.1986 г. № 55, «новое строительство идет крайне медленными темпами, плохо осваиваются средства государственных капиталовложений и коммунистических субботников».

Несмотря на предпринятые органами управления здравоохранением усилия, доступность врачебной помощи также оставалась ограниченной, особенно жительницам сельских поселений: число ЖК в сельской местности сократилось почти на 10% (рисунок 4.9), а в существовавших, как отмечалось в Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 05.07.1968 г. №517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране», серьезную проблему «составляли очереди на прием в связи с кадровым дефицитом», «в некоторых учреждениях здравоохранения еще низка организация и культура работы, продолжают иметь место отдельные факты формального отношения медицинских работников к своим обязанностям. На недостаточном уровне проводятся массовые профилактические осмотры населения. Качество и объем медицинской помощи сельскому населению отстают от качества и объема медицинской помощи, оказываемой городскому населению. Учреждения здравоохранения все еще недостаточно оснащены санитарным и специализированным автотранспортом и современным оборудованием и инвентарем. Строительство учреждений здравоохранения в ряде республик, краев и областей осуществляется неудовлетворительно, капитальные вложения распыляются по мелким объектам, качество строительства низкое, средства, выделяемые на эти цели, из года в год используются не полностью, многие проекты учреждений

здравоохранения не отвечают современным требованиям медицинской науки и техники... Указанные выше недостатки свидетельствуют о том, что со стороны МЗ СССР, министерств здравоохранения союзных республик и других министерств и ведомств, а также со стороны партийных и советских органов и профсоюзных организаций не уделяется должного внимания улучшению медицинской помощи населению, охране здоровья советских людей». В связи с этим, заинтересованным организациям предписывалось «принять необходимые меры к развитию и укреплению материально-технической базы здравоохранения, установить строгий контроль за ходом и качеством строительных работ на объектах здравоохранения и за своевременным вводом их в эксплуатацию», «разработать и внести в учет и отчетность о развитии сети учреждений здравоохранения соответствующие изменения», «шире практиковать организацию самостоятельных поликлиник путем строительства новых или выделения для этой цели органам здравоохранения соответствующих помещений»; в целях укрепления материально-технической базы здравоохранения «обеспечить строительство в сельских местностях – центральных районных и районных больниц на 250 – 400 коек, сельских участковых больниц, как правило, на 100 – 150 коек». Причем, планировалось, что, «начиная с 1969 г., строительство лечебно-профилактических учреждений в сельской местности должно осуществляться в комплексе со строительством квартир для медицинских и фармацевтических работников».

Однако, несмотря на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения на селе и увеличение количества ФАПов (рисунок 4.9), внедрение принципов этапности и декларированные в начале 1960-х гг. приоритеты по первоочередному развитию медицинской помощи в сельской местности (решения VII сессии Верховного Совета БССР от 26-27.06.1962 г.), в ее обеспечении пациенткам с ВЗЖПО имелись серьезные трудности. Так, в приказе от 27.07.1973 г. №566 констатировано, что «материально-техническое состояние ... ФАПов продолжает оставаться неудовлетворительным. Значительное число ФАПов все еще

неудовлетворительно оснащено медицинским и хозяйственным оборудованием; особенно плохо они обеспечиваются ... гинекологическими креслами. Обеспечение ФАПов утвержденной медицинской документацией во многих районах осуществляется с перебоями, в связи с чем, ведется произвольная документация», что в значительной мере затрудняло и регистрацию выявленных ВЗЖПО.

Несмотря на предпринятые органами управления здравоохранения усилия, в Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22.09.1977 г. №870 «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» отмечалось, что «развитие сети лечебно-профилактических учреждений, особенно на селе, отстает от растущих потребностей. Имеются недостатки в организации работы поликлиник, родовспомогательных ... и других учреждений здравоохранения. Отмечаются факты неправильной организации режима работы медицинского персонала в ряде лечебно-профилактических учреждений». В связи с этим, планировалось «осуществить широкую программу мероприятий, направленных на дальнейшее улучшение дела охраны здоровья советских людей; сосредоточить внимание органов здравоохранения, всех медицинских работников на совершенствовании организации работы учреждений здравоохранения, профилактике заболеваний и предупреждении травматизма, усилении мероприятий по охране здоровья женщин и детей, развитию материально-технической базы здравоохранения на основе рационального сочетания строительства многопрофильных и специализированных медицинских учреждений; на расширении сети медико-санитарных частей и укреплении ЦРБ и других лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь рабочим промышленных предприятий и сельскому населению; ... повысить качество и культуру оказания медицинской помощи населению на основе широкого внедрения в медицинскую практику достижений науки и техники, передового опыта и научной организации труда, совершенствования профессиональной подготовки и идейно-

политического воспитания медицинских кадров; поднять уровень организаторской деятельности органов здравоохранения, усилить контроль за работой подведомственных учреждений; совершенствовать работу первичных звеньев здравоохранения – поликлиник, учреждений скорой и неотложной медицинской помощи, сельских участковых больниц и амбулаторий; шире привлекать ведущих высококвалифицированных специалистов к консультациям и контролю за качеством лечебно-диагностической работы; ... расширить объем массовых профилактических осмотров и диспансеризации населения, повысить их эффективность и качество». Кроме того, в целях более полного удовлетворения потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи МЗ СССР, Советам Министров союзных республик, министерствам и ведомствам предписывалось «расширить оказание медицинской помощи, в том числе профилактической, и проведение диспансеризации в вечернее время и в субботние дни в соответствии с потребностью населения в этом виде медицинской помощи, режимом работы предприятий, учреждений и организаций, за счет улучшения организации труда медицинского персонала; осуществить начиная с 1978 г. разукрупнение территориальных терапевтических участков, доведя численность обслуживаемого взрослого населения на одного участкового врача – терапевта в 1982 г. в среднем до 2 тыс. человек и к 1985 г. в среднем до 1,7 тыс. человек».

В соответствии с данным Постановлением в проектах народнохозяйственных планов, начиная с 1981 г. Советам Министров союзных республик, министерствам и ведомствам СССР, были даны задания по развитию сети амбулаторно-поликлинических учреждений с выделением целевых бюджетных ассигнований на ее содержание. При этом дальнейшее улучшение охраны здоровья женщин и детей важнейшей государственной задачей. В этих целях планировалось расширить в 1978-1985 гг. сеть детских поликлиник, ЖК, родильных домов, детских больниц с улучшением оснащения указанных учреждений современным

медицинским оборудованием и аппаратурой, а также разрешить создание в 1979 г. в г. Москве на базе Всесоюзного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии МЗ СССР Всесоюзного научно-исследовательского центра по охране здоровья матери и ребенка.

Однако намеченные планы в полном объеме реализовать не удалось, что констатировалось в приказе МЗ СССР от 31.10.1977 г. №972 «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» (далее – приказ от 31.10.1977 г. №972).. Ситуацию также осложняло и начавшееся в середине 1970-х гг. в соответствии с приказами МЗ СССР от 07.09.1982 г. №900 «О штатных нормативах медицинского персонала и работников кухонь районных больниц при установлении штатов городских больниц и поликлиник (амбулаторий), расположенных в городах, поселках городского типа и рабочих поселках с численностью населения до 25 тысяч включительно» и МЗ БССР от 16.02.1983 г. №36 «О мерах по дальнейшему улучшению медико-санитарного обеспечения и охраны здоровья сельского населения» сокращение числа участковых больниц, количество которых к 1984 г. уменьшилось на 21,0%.

С целью повышения доступности и качества медицинской помощи женскому населению, проживавшему в сельской местности, в соответствии с приказом от 31.10.1977 г. №972 планировалось «обеспечить развитие и укрепление ЦРБ как центров специализированной врачебной помощи и организационно-методического руководства всем делом оказания медицинской помощи сельскому населению и довести их мощности к 1985 г. до 250-400 и более коек; организовывать межрайонные специализированные отделения, расширять сеть сельских врачебных амбулаторий, а также развивать передвижные виды амбулаторной врачебной помощи, в том числе для оказания лечебно-профилактической помощи женщинам и детям; повысить уровень профилактической работы на ФАПах, обеспечив постоянное наблюдение за беременными женщинами и детьми, раннее активное

выявление заболевших, оказание доврачебной помощи и госпитализацию; более широко привлекать средства предприятий, совхозов и организаций для строительства по типовым проектам врачебных амбулаторий, участковых и центральных районных больниц».

Было также намечено осуществить расширение сети родильных домов, акушерских и гинекологических отделений, и принять меры к приведению площадей палат в них в соответствие с санитарно-гигиеническими нормами для обеспечения строгого соблюдения правил асептики и антисептики, а также обеспечить первоочередное их оснащение медицинской аппаратурой, в том числе: наркозной и дыхательной, кювезами, включая портативные, дезинфекционными камерами и т. д.

В соответствии с приказом от 31.10.1977 г. №972 для снижения ПС было начато расширение сети отделений (палат) для выхаживания недоношенных детей и патологии новорожденных в ЦРБ, а также были предприняты попытки организации безотказной госпитализации больных новорожденных пневмонией, гриппом, септическими заболеваниями. Дальнейшее развитие получила как ПМП беременным женщинам (разукрупнение акушерско-гинекологических участков в ЖК, установление штатного расписания с введением должностей терапевтов и стоматологов. начало диспансеризации групп «риска»), так и специализированная помощь (при наличии у пациенток ЭГП и послеродовых инфекционных заболеваний, включая организацию в родильных домах на 300 и более коек отделений анестезиологии-реанимации и увеличение числа коек в отделениях патологии беременных).

Однако, как отмечалось в приказе от 24.09.1982 г. №950, «в ряде мест разукрупнение врачебных участков в городах отстает от установленных заданий. Не получила должного развития профилактическая работа...». К середине 1990-х гг. укомплектованность ЖК врачами-терапевтами не превышала 50%, а стоматологами – составляла только 24,6%. К тому же большинство должностей терапевтов ЖК были заняты врачами,

которые не прошли специальную переподготовку по оказанию медицинской помощи беременным, что не позволило организовать своевременное выявление и санацию ЭГП и определяло высокий уровень репродуктивных и перинатальных потерь.

4.3 Организация оказания акушерской помощи

В отличие от гинекологической, система организации акушерской помощи пациенткам с ВЗЖПО в 1954-1994 гг. претерпела существенные изменения. Так, если ее амбулаторная составляющая соответствовала учреждениям, представленным на рисунке 4.6, то в стационарных условиях в 1940–1960-е гг. она оказывалась преимущественно на акушерских койках участковых больниц, в колхозных и городских роддомах (отделениях), а с середины 1960-х гг. – в соответствии с приказом от 31.07.1963 г. №395 – в роддомах (отделениях), развернутых в ЦРБ, позднее – также в акушерско-гинекологических отделениях больниц (приказ МЗ СССР от 23.10.1978 г. №1000 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения»).

По мере восстановления деятельности АГС в Гродненской области быстрыми темпами увеличивалось количество акушерских коек, развернутых как в роддомах, так и в ЦРБ (таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Количество акушерских коек в Гродненской области в 1945-1946 гг.

Населенный пункт	Учреждение	Количество акушерских коек			
		1945 г.			1946 г.
		01.04.	01.07.	01.10.	01.01.
г. Гродно	Родильный дом	15	25	40	40
г. Волковыск	Родильный дом	6	20	20	20
г. Лида	Родильный дом	7	8	10	12
г. Щучин	ЦРБ	6	8	10	11
г. Скидель	ЦРБ	9	9	9	10
Мосты	ЦРБ	3	4	4	8
Желудок	ЦРБ	3	7	10	10
Вороново	ЦРБ	10	10	10	10
Василишки	ЦРБ	-	-	-	5

Населенный пункт	Учреждение	Количество акушерских коек			
		1945 г.			1946 г.
		01.04.	01.07.	01.10.	01.01.
Зельва	ЦРБ	2	3	3	5
Сопоткино	ЦРБ	-	-	3	4
Свислочь	ЦРБ	4	6	8	8
Радунь	ЦРБ	2	3	4	4
Порозово	ЦРБ	3	4	4	7
Берестовица	ЦРБ	4	5	9	9
Всего	Область	74	107	141	165

В 1940-50-е гг. городской или районный роддом, имевший в своем составе свыше 100 коек, состоял из следующих отделений:

- а) приемный покой;
- б) физиологическое, или нормальное, акушерское отделение, имевшее родзал, операционную, палаты для родильниц и палаты для новорожденных;
- в) наблюдательное отделение для рожениц и родильниц с наличием инфекционных заболеваний, имевшее собственный родильно-операционный блок, послеродовые палаты и палаты для новорожденных; в это же отделение госпитализировались родильницы с эндометритом;
- г) септическое отделение или отделение послеродовых заболеваний, предназначенное для пациенток с тяжелыми послеродовыми заболеваниями, включая септические, в котором развертывались отдельный приемный покой с изолированным входом, родильная комната и детская палата;
- д) гинекологическое отделение (оперативное и консервативное).

Менее крупные родильные дома (50-100 коек) могли не иметь септического, а также гинекологического отделений, но в них обязательно должны были быть развернуты наблюдательные («изоляционные») палаты. Небольшие родильные дома (10-60 коек) не имели наблюдательного отделения, но в них для лихорадящих рожениц и родильниц выделялась отдельная палата и соответствующий персонал (рисунок 4.17).

1964
12

УТВЕРЖАЮ:

штат в количестве 93,5 единицы
с месячным фондом заработной платы 4838 р.
50 коп. /четыре тысячи восемьсот
тридцать восемь руб. 50 коп./

Годовой фонд: рублей - по ведомости ссиль

Гл. врач больницы - района:

20 февраля 1964 г.

ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ

Новогрудского родильного дома на 60 коек, утвержденное
в соответствии с приказом по Министерству здравоохра-
нения СССР за № 282 от 26.XI.1955 г.

№ п.п.	наименование должности	штат. единицы	должност. оклад	надбавки		итого в месяц	примечания
				персонал	проч.		
I	2	3	4	5	6	7	8
Врачи							
1.	Глав. врач	1.0	120-	-	-	120-	1140.-
2.	Ординатор роддома	3.5	95-	-	-	332-50	3890.-
3.	Зав. жен. консульт.	1.0	95-	-	-	95-	1140.-
4.	Ординаторы женской консультации	1.5	72-50	-	-	106-75	1305.-
5.	"	1.0	80-	-	-	80-	960.-
6.	Ординатор гинеколог. отделения	1.0	80-	-	-	80-	960.-
7.	Педиатры палаты новорожденных	1.5	95-	-	-	142-50	1710.-
	Итого	10.5	-	-	-	958-75	11.505.-
Средний медперсонал							
8.	Старшая акушерка	1.0	62-50	-	-	62-50	750.-
9.	Акушерки предродовой и родовой палаты	4.5	62-50	-	-	281-25	3345.-
10.	Акушерки послеродов. палаты и палаты патологий	1.0	50-	-	-	50-	600.-
	"	1.0	57-50	-	-	57-50	690.-
	"	2.5	62-50	-	-	156-25	1845.-
11.	Патронажные акушерки	2.0	50-	-	-	100-	1200.-
	"	2.0	57-50	-	-	115-	1310.-

Рисунок 4.17 – Штаты Новогрудского роддома (1955 г.)

В соответствии с Положением о колхозном родильном доме, утвержденном Наркомздравом СССР от 21.01.1938 г. в Гродненской области в 1950-е г. была развернута широкая сеть данных учреждений АГС (к середине 1960-х гг. их количество достигло 28-ми).

Колхозный родильный дом представлял собой родовспомогательное учреждение с постоянными койками, которое создавалось в целях максимального приближения стационарной родильной помощи к сельскому населению и финансировались на 75% – за счет колхозов, на 25% – за счет средств государственного бюджета.

В частности, колхоз был обязан приспособить и отремонтировать помещение родильного дома; предоставить жилье акушерке; обеспечить родильный дом необходимым твердым и мягким инвентарем, медицинским оборудованием и предметами ухода по существовавшим нормам; регулярно снабжать учреждение топливом, водой, а также транспортом; оплачивать расходы по содержанию санитарок и стирке белья; организовать питание родильниц и рожениц, обеспечив их горячей пищей.

В соответствии с Положением о колхозном родильном доме в нем должно было быть не менее 2 и не более 5 послеродовых коек, из расчета 1 койка примерно на 1 тысячу населения, а также следующие «обязательные помещения:

- сени (теплые), в которых родильница оставляет свою верхнюю одежду;
- приемная, причем в случае невозможности выделить специальную комнату для санитарной обработки роженицы, в приемной отгораживается перегородкой место для этой цели, где должен быть устроен котел (куб) для горячей воды;
- родовая палата площадью примерно 10-12 кв. м.;
- послеродовая палата из расчета примерно 6 кв. м. на 1 материнскую койку вместе с детской;
- кухня;
- теплая уборная».

Причем, лихорадящие родильницы подлежали немедленной эвакуации из колхозного родома. Однако в ряде

участковых больниц (Куриловичская – Мостовского района, Новогрудская – Порозовского района, Вертелишеская и Гожская – Гродненского района, Велонская – Волковысского района) из-за недостатка площади в родильных отделениях имелась только одна палата. При этом нарушения санитарно-гигиенических норм часто сопровождались преждевременной выпиской родильниц без проведения соответствующего гинекологического осмотра.

Колхозный родильный дом должен был находиться на расстоянии 6-8 км от врачебного участка. При наличии хорошей дороги, телефонной связи и транспорта это расстояние могло увеличиваться до 10-15 км.

Для непосредственного руководства деятельностью каждый колхозный родильный дом прикреплялся райздравотделом к врачу ближайшего медицинского участка или больницы, который осуществлял контроль деятельности его персонала, осуществляя периодические выезды (не реже одного раза в месяц), а также по вызову акушерки.

Медицинскую помощь в колхозных родильных домах оказывали акушерки. В круг их обязанностей входили «проведение нормальных родов в родильном доме или на дому у колхозниц, которые не в состоянии прибыть в родильный дом; проведение учета и патронажа беременных в районе обслуживаемых родильным домом колхозов; проведение консультационной работы, отбор патологических случаев беременности и своевременное направление их в консультацию, амбулаторию или в участковые (районные) больницы; наблюдение за родильницей и за новорожденным на дому после выписки их из родильного дома (до окончания послеродового периода); дача заключений о сроке беременности на предмет предоставления колхознице родового отпуска и перевода ее в необходимых случаях на более легкую работу; проведение массовой санитарно- и культурно-просветительной работы среди колхозниц».

Акушерка была «обязана вызвать врача в следующих случаях:

а) при всех осложнениях в течении родов, с которыми она

сама не может справиться, как только эти осложнения выяснятся;

б) при кровотечениях, в особенности послеродовых (атонических);

в) при более значительных разрывах мягких половых частей, зашивание которых может вызвать затруднения;

г) в случаях конъюнктивита и нагноения пупка у новорожденного, при затруднениях дыхания, от чего бы оно ни зависело, а также при острых инфекционных болезнях».

Однако в перечень обязанностей акушерок не входили выявление и санация ВЗЖПО, в том числе у беременных, что имело следствием более высокий уровень гнойно-септических осложнений у родильниц и рожениц и ВУИ у новорожденных в этих учреждениях АГС и стало одним из основных аргументов для их закрытия к началу 1980-х гг. и переводу оказания стационарной акушерской помощи сельским жительницам в родильные отделения ЦРБ с соответствующим увеличением числа коек (до 933).

Однако именно в этот период при выраженных темпах снижения рождаемости и нарастающей урбанизации с развитием соответствующим ей образа жизни и факторов поведенческого характера обеспеченность населения больничными койками достигла того предельного уровня эффективности, когда увеличение этого показателя перестало оказывать существенное влияние на уровень младенческой смертности (рисунок 4.18).

С целью дальнейшего совершенствования организации оказания медицинской помощи приказом от 27.10.1982 г. №1059 определялся ряд ее этапов:

- I – ФАП;
- II – участковая больница;
- III – ЦРБ;
- IV – в амбулаторных условиях: ЖК городского роддома, отделения больницы, медико-санитарные части; в стационарных условиях: городские и областные роддома или акушерско-гинекологические отделения областных и городских больниц;

– V – специализированные акушерско-гинекологические учреждения, научно-исследовательские институты и базы кафедр акушерства и гинекологии медицинских институтов [91; 202].

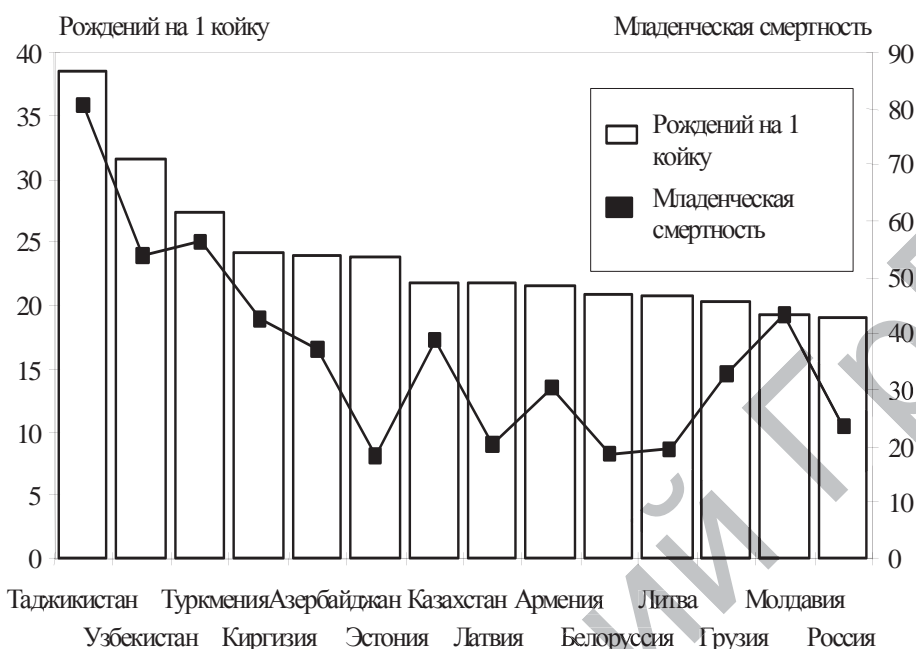


Рисунок 4.18 – Уровень младенческой смертности и число рождений, приходящихся на акушерскую койку в СССР, в 1975 г. [1]

В основе внедрения этой системы лежали дифференцированный отбор контингентов беременных и выделение группы повышенного «риска»; определение характера и уровня акушерской и гинекологической помощи, в оказании которой нуждаются беременные, роженицы и гинекологические больные (в индивидуальном порядке); дифференциация ОЗ в зависимости от возможности оказания акушерской и гинекологической помощи на определенном уровне.

Целью и главным критерием эффективности такой системы являлись благоприятный исход беременности и родов для матери и плода и предупреждение гинекологических заболеваний.

Применительно к этому был определен объем медицинского обследования беременных женщин и гинекологических больных на различных этапах амбулаторно-поликлинической помощи. Кроме того, были установлены показания к госпитализации беременных, рожениц и гинекологических больных в стационары определенного типа.

В соответствии с приказом от 27.10.1982 г. №1059 на первом этапе осуществлялись раннее взятие их на учет, систематическое наблюдение, обследование в допустимом для акушерок объеме и направление беременных на консультацию к врачу акушеру-гинекологу. Практически здоровые молодые женщины с благополучным общим и акушерским анамнезом и неосложненным течением настоящей беременности могли постоянно находиться под диспансерным наблюдением акушерок, посещая врача акушера-гинеколога выездной врачебной бригады из ЦРБ или II-III этапа 6-8 раз за время беременности. При этом акушерка осуществляла контроль за своевременным посещением беременными врача, проводя в необходимых случаях патронаж беременных.

Амбулаторная работа акушерок ФАПов должна была, в основном, носить профилактический характер в целях предупреждения осложнений беременности и возникновения гинекологических заболеваний (санитарно-просветительная работа, обучение соблюдению правил личной гигиены, физиофилактическая подготовка беременных к родам, контроль за трудоустройством беременных и гинекологических больных, рекомендация контрацептивов в целях предупреждения аборт и т.д.).

Лечебная помощь на I этапе оказывалась, главным образом, гинекологическим больным по назначению врача акушера-гинеколога. Обязательными, однако, являлись оказание в необходимых случаях неотложной доврачебной акушерско-гинекологической помощи и вызов врача или транспортировка женщины в соответствующий врачебный стационар.

На II этапе амбулаторную помощь беременным и гинекологическим больным должен был оказывать

медицинский персонал сельской амбулатории и участковой больницы. Периодическое обследование беременных и гинекологических больных – жительниц сельского участка должны были также осуществлять ЖК ЦРБ данного района (по направлению амбулатории или участковой больницы), а также врачи выездной бригады ЦРБ: врач акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра.

Руководство работой врача акушера-гинеколога в выездной бригаде должен был осуществлять районный акушер-гинеколог. Функционировать выездные бригады должны были круглогодично в соответствии с утвержденным графиком. График предусматривал дату каждого выезда, его длительность, места выезда, состав бригады, а также ответственность руководителей хозяйств (колхозов, совхозов) за создание условий для работы, выделение транспорта для доставки женщин и детей к месту работы специалистов. Утвержденный график выезда бригады медицинских работников доводился до сведения главных врачей участковых больниц, заведующих ФАПами.

В соответствии с утвержденным маршрутом работы бригады, медицинские работники на местах готовили помещение для работы бригады и оповещали население своего участка о порядке работы в бригаде. Фельдшер и акушерка обязаны были иметь на своем участке список женщин, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.

Выездные бригады оснащались необходимым для работы на месте инвентарем, медицинским оборудованием, набором инструментов, шовным материалом, медикаментами для оказания экстренной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным детям, проведения профилактических осмотров и приема больных.

Отчет о проделанной бригадой работе представлялся в то базовое учреждение, которым была сформирована выездная бригада.

На местах работы выездной бригады специалисты должны были отражать свою деятельность в документации участковых

больниц или ФАПов и в документации своего базового учреждения.

Основными задачами выездной медицинской бригады по оказанию лечебно-профилактической помощи женщинам являлись:

- проведение комплексных профилактических осмотров женщин;

- наблюдение беременных женщин и гинекологических больных, их лабораторное обследование;

- в случае необходимости оказание экстренной медицинской помощи при акушерско-гинекологической патологии;

- повышение квалификации врачей сельских участковых больниц и акушеров сельских участков в целях дальнейшего улучшения качества и культуры их профилактической и лечебной работы по охране здоровья женщины, матери и новорожденного;

- проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

Акушер-гинеколог выездной бригады при первом обращении женщины по поводу беременности (гинекологического заболевания): после окончания комплексного обследования должен был провести с женщиной беседу по вопросам важности регулярного наблюдения у врача или акушерки, режима питания, труда и отдыха, личной гигиены жилища, обязательного родоразрешения в условиях стационара.

При последующих выездах врач акушер-гинеколог наблюдал за развитием беременности.

Практически здоровые женщины с благополучным акушерским анамнезом, нормальным течением беременности в период между выездами бригады наблюдались у акушерки ФАПа, на роды направлялись в ближайшую участковую или районную больницу.

Для беременных группы высокого «риска» намечался план диспансерного наблюдения и родоразрешения с указанием сроков госпитализации их в ЦРБ.

Постоянно на II этапе персоналом амбулатории или участковой больницы должны были наблюдаться только здоровые женщины с нормально протекающей беременностью. Но и эти женщины за время беременности должны были быть осмотрены врачом акушером-гинекологом 6-8 раз.

Беременные со средними и тем более высокими факторами «риска» подлежали диспансерному наблюдению акушером-гинекологом ЖК ЦРБ, а в особых случаях и консультации других медицинских учреждений на последующих этапах. Вместе с тем постоянное диспансерное наблюдение за указанными беременными и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий (по назначению врача акушера-гинеколога) должен был продолжать осуществлять медицинский персонал амбулаторий, участковых больниц, ФАПов. В отношении данной группы беременных должен был быть установлен строгий контроль за аккуратным посещением этими женщинами врача ЖК в установленные им сроки.

На III этапе амбулаторно-поликлиническая помощь беременным и гинекологическим больным в организационном плане должна была строиться в полном соответствии с инструктивно-методическими указаниями по организации работы ЖК и по диспансеризации беременных, родильниц и гинекологических больных (приложения 1, 2 и 3 к приказу МЗ от 22.04.1981 г. №430). На этом этапе должно было быть обеспечено углубленное обследование состояния здоровья беременной, уточнена степень «риска», определен объем лечебно-профилактических мероприятий в амбулаторных условиях, а также сроки и место госпитализации. За беременными высокой степени «риска» должно было быть установлено диспансерное наблюдение; при необходимости дальнейшего обследования они должны были быть направлены на IV или V этап оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

На IV этапе амбулаторно-поликлинической помощи должны была быть оказана консультативная помощь беременным, в основном, группы высокого «риска» и гинекологическим больным, нуждавшимся в специальном

обследовании. На данном этапе у беременной должны были быть произведены специальные диагностические исследования в зависимости от имевшейся у нее патологии. При этом должны были быть установлены не только состояние здоровья женщины и целесообразность сохранения беременности, но и определено состояние внутриутробного плода современными методами исследования (гормональные, функциональные методы и др.), а также даны рекомендации врачам, работавшим на предыдущих этапах, об особенностях наблюдения за беременной, указаны сроки профилактической госпитализации и дородового планового направления в стационар определенного этапа.

На V этапе должна была быть оказана консультативная амбулаторно-поликлиническая помощь высококвалифицированными акушерами-гинекологами специализированных учреждений (отделений) АГС, научно-исследовательских институтов и баз кафедр акушерства и гинекологии медицинских институтов. На этот этап обследования должны были быть направлены беременные и гинекологические больные, в отношении которых не представлялось возможным проведение специального обследования на предыдущих этапах.

В соответствии с приказом от 08.04.1980 г. №360 были утверждены соответствующие нормативные акты, а в соответствии с «Инструктивно-методическими указаниями по организации работы ЖК», утвержденными приказом МЗ СССР от 22.04.1981 г. №430, начата работа по формированию групп диспансерного наблюдения, в том числе пациенток с ВЗЖПО с акцентом на их стационарном оздоровлении.

Так, в Инструктивно-методических указаниях по организации работы ЖК отмечалось, что «при первичном обращении женщины в консультацию производится осмотр шейки матки с помощью зеркал, кольпоскопия, влагалищное исследование (при необходимости ректальное), осмотр и пальпация молочных желез; общий анализ крови и мочи, исследование содержимого влагалища, отделяемого шейки матки и уретры на наличие трихомонад, грибков, гонококков (при необходимости с применением методов провокации),

цитология влагалищного мазка, при наличии соответствующих анамнестических данных и клинических проявлений – исследование на туберкулез с применением реакций Пирке и Манту», а «для удобства анализа заболеваемости, регистрируемой в строке 19 «Болезни женских половых органов», целесообразно использовать следующую группировку заболеваний:

1. Воспалительные процессы матки и придатков в том числе:

1.1. Острый сальпингит и оофорит.

1.2. Хронический сальпингит и оофорит.

1.3. Болезни параметрия и тазовой брюшины.

1.4. Инфекция матки, эндометриты и метроэндометриты.

1.5. Вагинит и вульвит. Бартолинит.

1.6. Эрозии влагалищной части шейки матки».

Для решения вопросов диспансеризации пациенток Приложением №2 к приказу от 09.01.1986 г. №55 были утверждены Методические указания «Организация работы родильного дома (отделения)», разработанные научными сотрудниками Всесоюзного научно-исследовательского Центра по охране здоровья матери и ребенка и Главным управлением лечебно-профилактической помощи детям и матерям МЗ СССР.

В Методических рекомендациях указывалось, что «стационарная акушерская помощь населению оказывается в родильных домах (самостоятельных) или родильных отделениях, входящих в состав больниц или медико-санитарных частей», а «организация их работы строится по единому принципу...». Причем, в роддоме должны быть следующие структурные подразделения: «стационар, ЖК, лечебно-диагностические подразделения и административно-хозяйственная часть», а ее структура «должна соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений; оснащение – таблицю оборудования родильного дома (отделения); санитарно-противоэпидемический режим – действующим нормативным документам», то есть учреждение должно было быть

обеспечено подводкой горячей и холодной воды, кислорода, канализацией, стационарными или переносными бактерицидными облучателями, а его отделения должны были быть «оснащены соответствующей аппаратурой и приборами, медицинским инструментарием, предметами ухода, медицинской мебелью и оборудованием, а также посудой».

Стационар роддома должен был включать в себя: «приемно-смотровые помещения и помещения для выписки, родовое физиологическое отделение (помещение родового блока), отделение (палаты) патологии беременных, послеродовое физиологическое, наблюдательное, гинекологическое отделения и отделение новорожденных». В гинекологическое отделение по показаниям должны были быть госпитализированы для оперативного лечения пациентки, не страдающие гнойно-воспалительными процессами гениталий или злокачественными новообразованиями.

В составе роддома или многопрофильной больницы родильное и гинекологическое отделения рекомендовалось, по возможности, размещать в разных корпусах. Кроме того, корпус родильного отделения должен был быть в стороне от инфекционного стационара, прачечной и пищеблока.

Особо указывалось, что «через приемно-смотровые помещения акушерских отделений поступают только беременные и роженицы. Для приема гинекологических больных функционирует отдельное приемное помещение».

Тем не менее, проведение работы по диспансеризации пациенток с ВЗЖПО до конца рассматриваемого периода по-прежнему сталкивалось со сложностями материально-технического обеспечения учреждений АГС. Так, в приказе от 23.12.1986 г. №1263 при развертывании акушерских коек «крайне медленно решаются вопросы укрепления материально-технической базы родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждений, создания необходимых условий для организации на современном уровне лечебно-диагностического процесса и выхаживания недоношенных и больных детей. Родильные дома и детские больницы по-прежнему не отвечают санитарно-гигиеническим требованиям,

неудовлетворительно оснащены, имеются большие трудности в обеспечении стационарной помощью беременных женщин и детей раннего возраста».

Кроме того, при увеличении коечного фонда акушерско-гинекологических стационаров не было уделено должного внимания научному обоснованию вопросов построения сети учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, их типизации и размещению [53; 103; 115]. Так, органами управления здравоохранением Гродненской области не были учтены дифференцированные нормативы потребности населения в стационарной помощи до 1990 г., установленные в Методических рекомендациях МЗ СССР от 04.01.1983 г. №01-14/2-24. В связи с этим, на протяжении 40 лет не был организован областной уровень оказания акушерско-гинекологической помощи, отсутствовали показания для направления пациенток с ВЗЖПО из районов области на вышестоящий уровень оказания медицинской помощи.

ГЛАВА 5 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

5.1 Организация профилактических гинекологических осмотров

В первое послевоенное десятилетие одним из важнейших направлений деятельности органов управления здравоохранением Гродненской области стала организация работы персонала в восстанавливаемой сети учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, по проведению профилактических гинекологических осмотров женщин, доля которых в половой структуре населения региона превышала 50% (рисунок 5.1), с целью установления и санации наиболее распространенных форм акушерско-гинекологической патологии

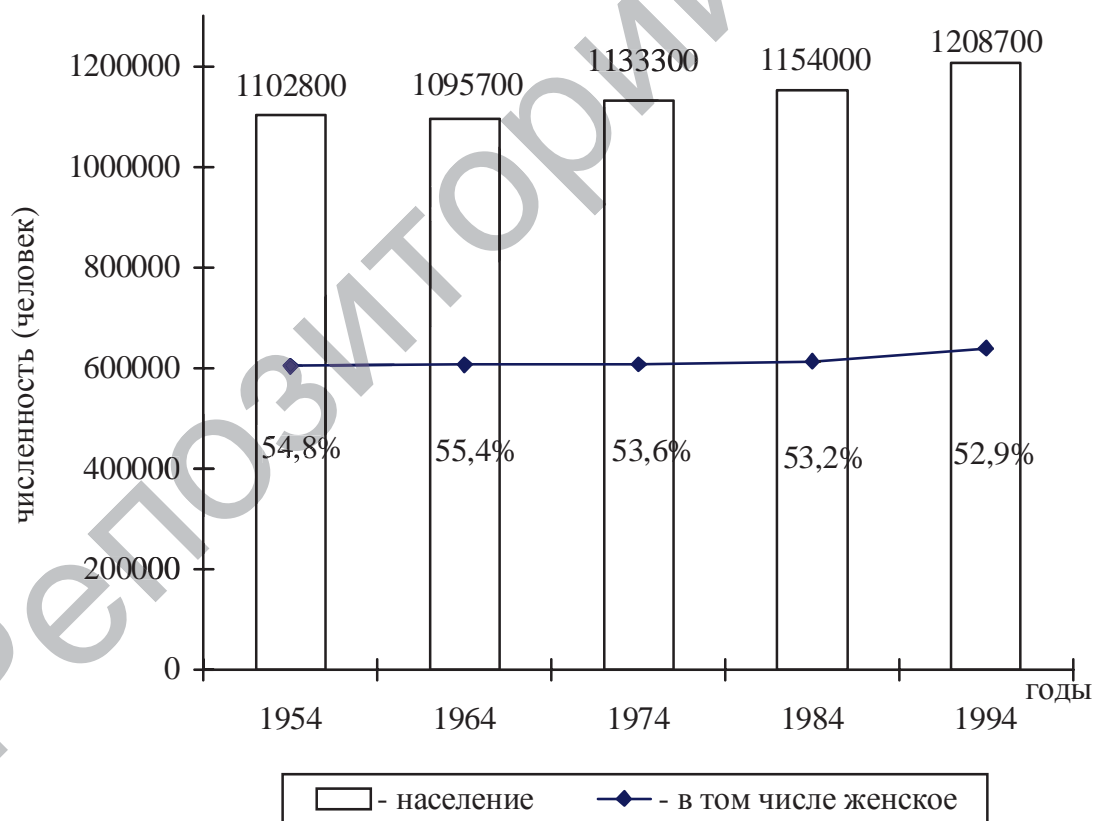


Рисунок 5.1 – Доля женского населения в половой структуре в 1954-1994 гг.

В соответствии с требованиями изданного в 1947 г. Наркомздравом СССР «Сборника распоряжений, положений и инструкций по работе акушерско-гинекологических учреждений», включавшего «Инструкцию для акушерки колхозного роддома», утвержденную 02.12.1937 г., и «Инструктивный материал для работы роддомов (отделений)», утвержденный 08.05.1938 г. [40] и действовавший до середины 1960-х гг., профилактическим гинекологическим осмотрам подлежали женщины в возрасте старше 15 лет, доля которых в структуре женского населения на протяжении всего рассматриваемого периода несколько превышала 80%.

В 1950-1960-х гг. в области значительно преобладало сельское население (рисунок 5.2).

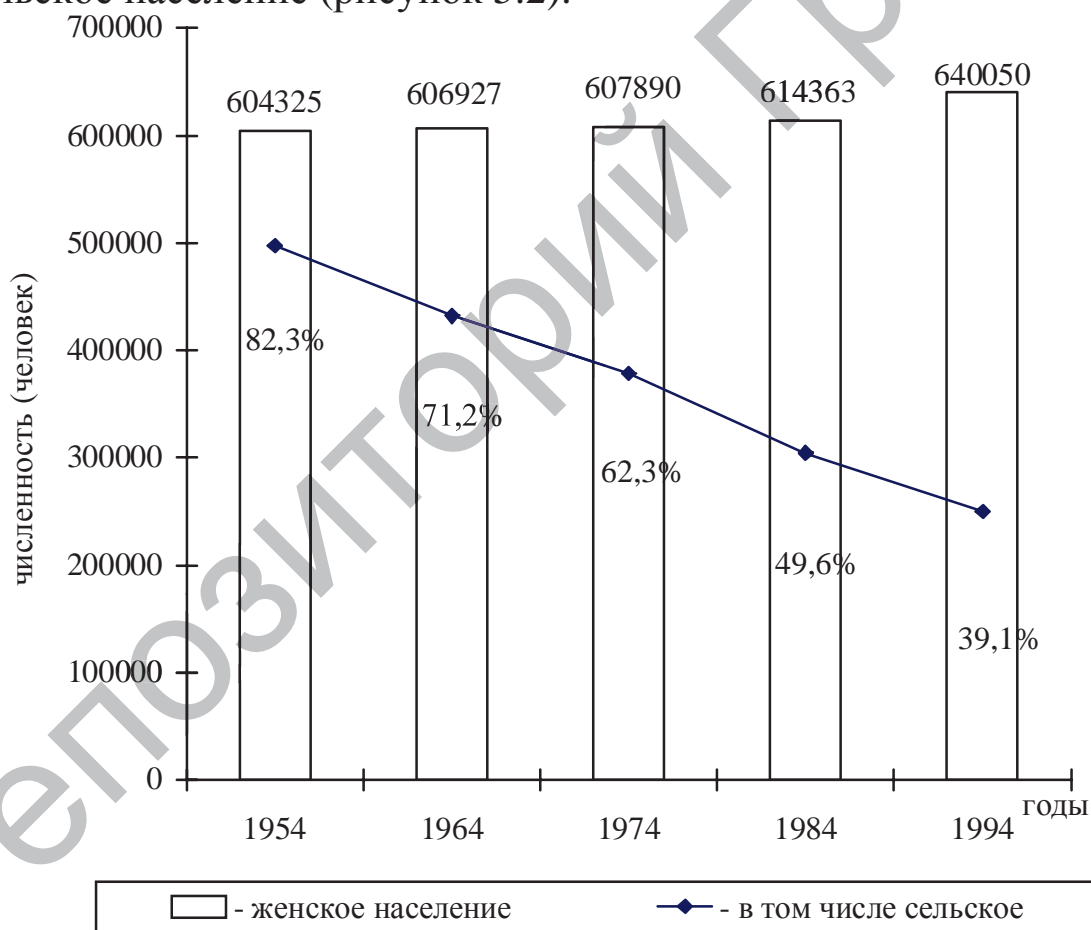


Рисунок 5.2 – Доля женского населения, проживавшего в сельских поселениях, в 1954-1994 гг.

Поэтому в сельских учреждениях, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, при существовавшем

дефиците врачебных кадров профилактические осмотры производились, преимущественно, акушерками (рисунок 5.3).

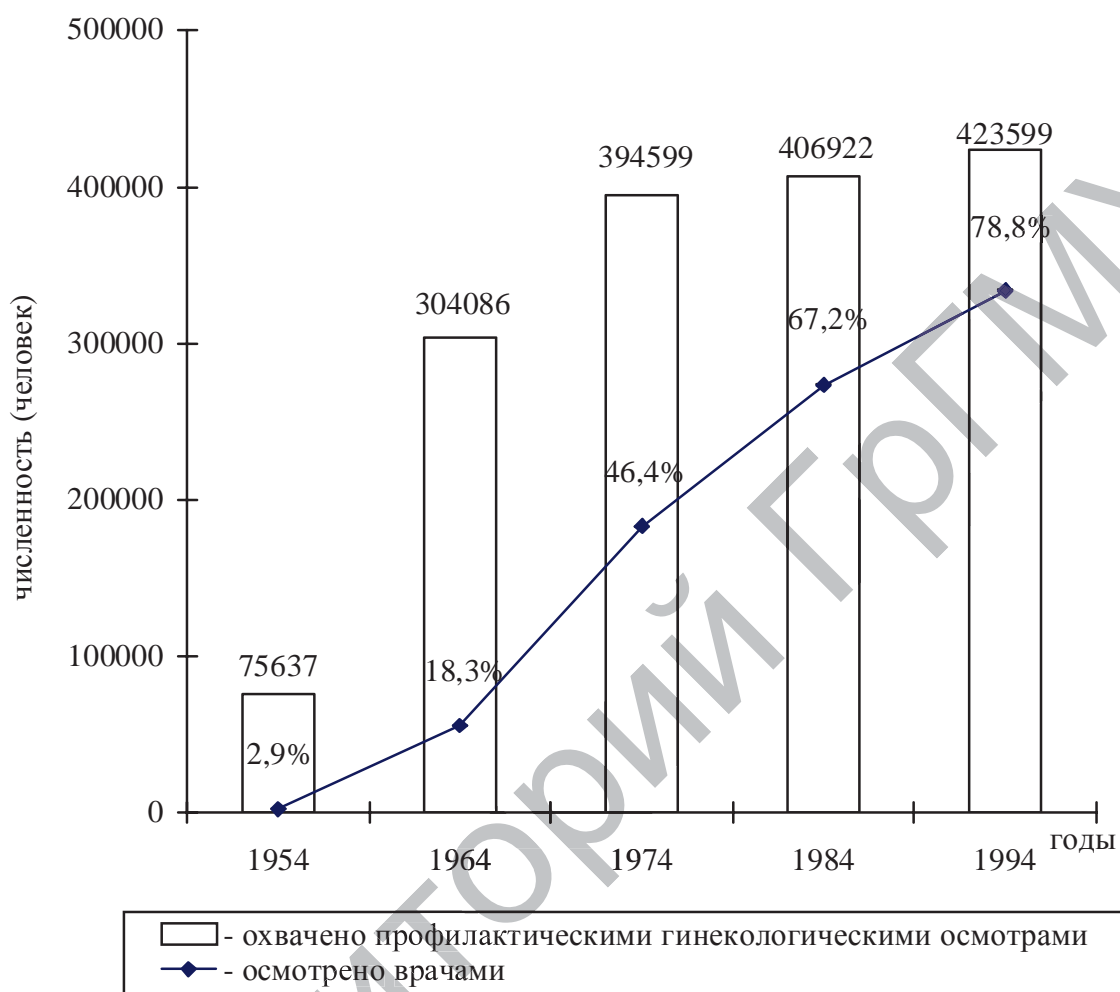


Рисунок 5.3 – Доля женщин, осмотренных врачами, в 1954–1994 гг.

В последующие годы в связи с увеличением доли городского населения и числа врачей акушеров-гинекологов в учреждениях АГС, удельный вес пациенток, осмотренных акушерками значительно уменьшился (рисунок 5.4).

Участие среднего медицинского персонала в амбулаторной
обслуживании населения

№ п/п	Наименование интерференции	Общее число амбулаторных посещений с вра- чами		Общее число амбулаторных посещений с врачами среднего медицинского персонала		Всего амбулаторных посещений с врачами и среднего медицинского персонала		Условный вес среднего медицинского персонала в амбулаторной обслуживании населения	
		1972 год	1973 год	1972 год	1973 год	1972 год	1973 год	1972 г.	1973 г.
1	Лайпштеттская	173689	205672	6677	-	180360	205672	3,6	-
2	Мобанская ¼ б. ч.	22388	23304	1829	1765	24217	25069	5,6	7,0
3	Киньвинская ул. б. ч.	6157	5815	1233	854	7390	6669	10,5	12,8
4	Цирковая ул. б. ч.	7224	6574	1364	1003	8588	7517	15,8	13,3
5	Васильевская ул. б. ч.	6488	7840	1400	424	7888	8264	17,8	5,1
6	Переловская ул. б. ч.	3704	2249	2202	1836	5906	4085	5,6	44,9
7	Вашевская ул. б. ч.	8159	6550	1642	1376	9801	7926	16,7	17,4
8	Лавинская ул. б. ч.	2521	1550	3164	2798	5685	4348	65,2	64,7
9	Борьинская ул. б. ч.	2398	1381	1977	963	4373	4344	45,2	22,2
10	Итого по району	232720	262875	21488	11019	254208	273894	8,4	4,0

Рисунок 5.4 – Участие среднего медицинского персонала в оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в Новогрудском районе в 1972-1973 гг.

Врачебный осмотр в соответствии с приказом МЗ СССР от 11.11.1952 г. №1015 «О серьезных нарушениях акушерско-гинекологическими учреждениями проведения борьбы с преступными абортами», требовавшим активного выявления, наряду с внебольничными и криминальными абортами, сопутствующих инфекционно-воспалительных заболеваний, осуществлялся практически исключительно в условиях ЖК и гинекологических стационаров [161].

В 1954-1994 гг. доля женщин, охваченных профилактическими осмотрами, увеличилась в 6,8 раза: с 12,5% до 85,4%. Существенный рост показателя был зарегистрирован только в 1954-1964 гг. Однако даже в 1984-1994 гг. в пяти ЦРБ этот показатель не превышал 70% (рисунок 5.5).

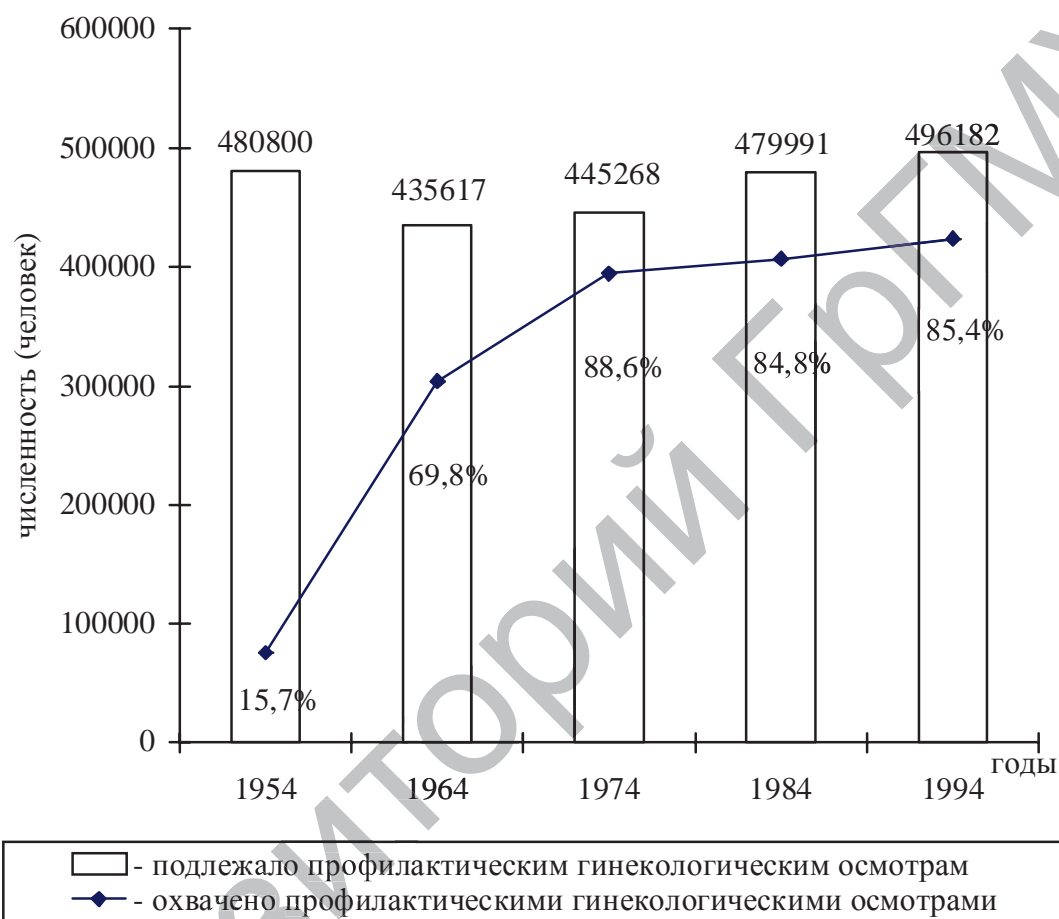


Рисунок 5.5 – Охват профилактическими гинекологическими осмотрами населения Гродненской области в 1954-1994 гг.

Охват профилактическими осмотрами девушек-подростков был еще меньшим и к концу рассматриваемого периода составил только 61,3%. Причем, в шести из восемнадцати ЦРБ профилактические гинекологические осмотры девушек-подростков не были организованы.

5.2 Показатели первичной заболеваемости воспалительными болезнями половых органов и факторы их определявшие

Несмотря на то, что в действовавших нормативных документах медицинскому персоналу предписывалось выявление инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов, в том числе у беременных пациенток, однако на протяжении многих лет четкая регламентация необходимых мероприятий осуществлена не была [36].

Так, требования Инструкции МЗ СССР от 15.03.1949 г. для акушерско-гинекологических, кожно-венерологических учреждений, районных больниц и сельских врачебных участков по организации борьбы с венерическими заболеваниями у женщин и новорожденных детей и Методического письма Управления специализированной медицинской помощи от 30.05.1961 г. №10-8/14-144 по борьбе с мочеполовым трихомонозом не выходили за рамки необходимости выявления трихомонадных вульвовагинитов у пациенток.

Более того, как указывалось в «Инструкции о мероприятиях по борьбе с токсико-септическими заболеваниями новорожденных», утвержденной 13.07.1951 г. МЗ СССР и действовавшей до середины 1960-х гг., для выявления вирулентной флоры во время беременности «... 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 1944-1954 гг. при посещении пациенткой учреждения, оказывавшего акушерско-гинекологическую помощь, и при проведении гинекологического осмотра необязательным являлось взятие мазков на влагалищную флору для выявления воспалительной

патологии половых органов [168]. Поэтому в 1954 г. только 23,7% пациенток с ВЗЖПО были соответствующим образом обследованы.

Вследствие недостатков в организации выявления патологии уровень истинной первичной заболеваемости ВЗЖПО был значительно выше зарегистрированной, составлявшей 6,5 на 10000 женского населения (рисунок 5.6).

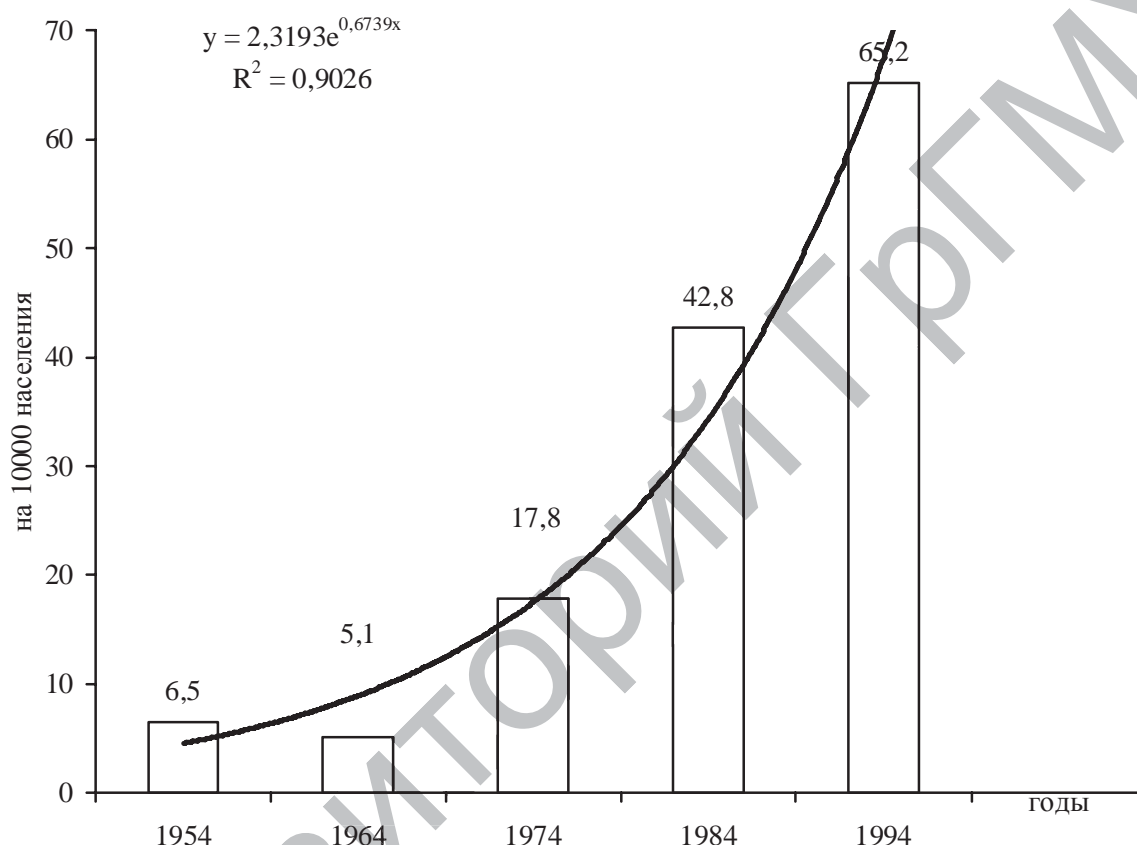


Рисунок 5.6 – Динамика первичной заболеваемости ВЗЖПО в Гродненской области в 1954–1994 гг.

Следует также отметить, что в 1954 г. уровень первичной заболеваемости по обращаемости более чем в 5 раз превышал данный показатель по результатам профилактических осмотров (рисунок 5.7).

Ниже среднеобластного уровня показатель был в четырех ЦРБ, что являлось следствием недостаточной квалификации персонала, осуществлявшего выявление патологии при профилактических осмотрах, и отсутствия единых методических подходов к регистрации заболеваний.

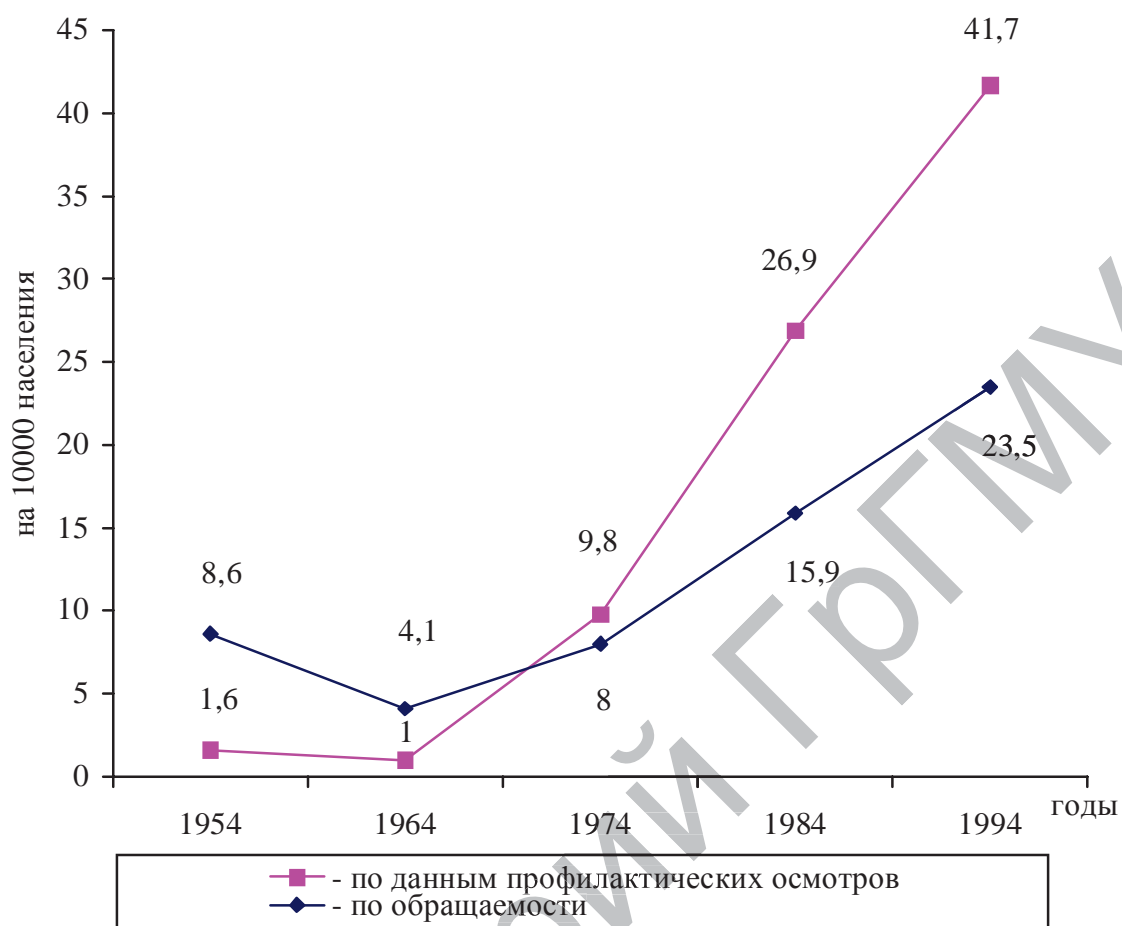


Рисунок 5.7 – Динамика первичной заболеваемости ВЗЖПО в 1954-1994 гг. (по данным профилактических осмотров и обращаемости)

Однако, несмотря на сложившуюся ситуацию, в нормативных документах по-прежнему не уделялось должного внимания организации профилактических осмотров. Так, в «Положении о городском родильном доме», утвержденном приказом от 31.07.1963 г. №395, при определении целей «периодических профилактических гинекологических осмотров с целью раннего выявления и лечения заболеваний женщин, в частности гонореи», не был определен порядок их проведения.

Также не удалось нормативно оформить и единые методологические подходы к регистрации ВЗЖПО, которые до середины 1960-х гг. базировались на действовавшей с 1952 г. в СССР номенклатуре заболеваний, основанной на этиологическом принципе. При этом как острые,

регистрировались преимущественно гнойные сальпингиты (рубрика 307 в).

Все это в итоге привело в 1954-1964 гг. к снижению показателя первичной заболеваемости: темп убыли составил -50,0%. При этом уровень первичной заболеваемости острыми формами патологии составил только 0,57 на 10000 населения.

С середины 1960-х гг. с улучшением лабораторной диагностики (начато обязательное исследование влагалищных мазков) и совершенствованием регистрации показатель первичной заболеваемости острыми формами ВЗЖПО увеличивался с темпом прироста 24,4%, достигнув 7,3 на 10000 населения в 1974 г. (рисунок 5.8).

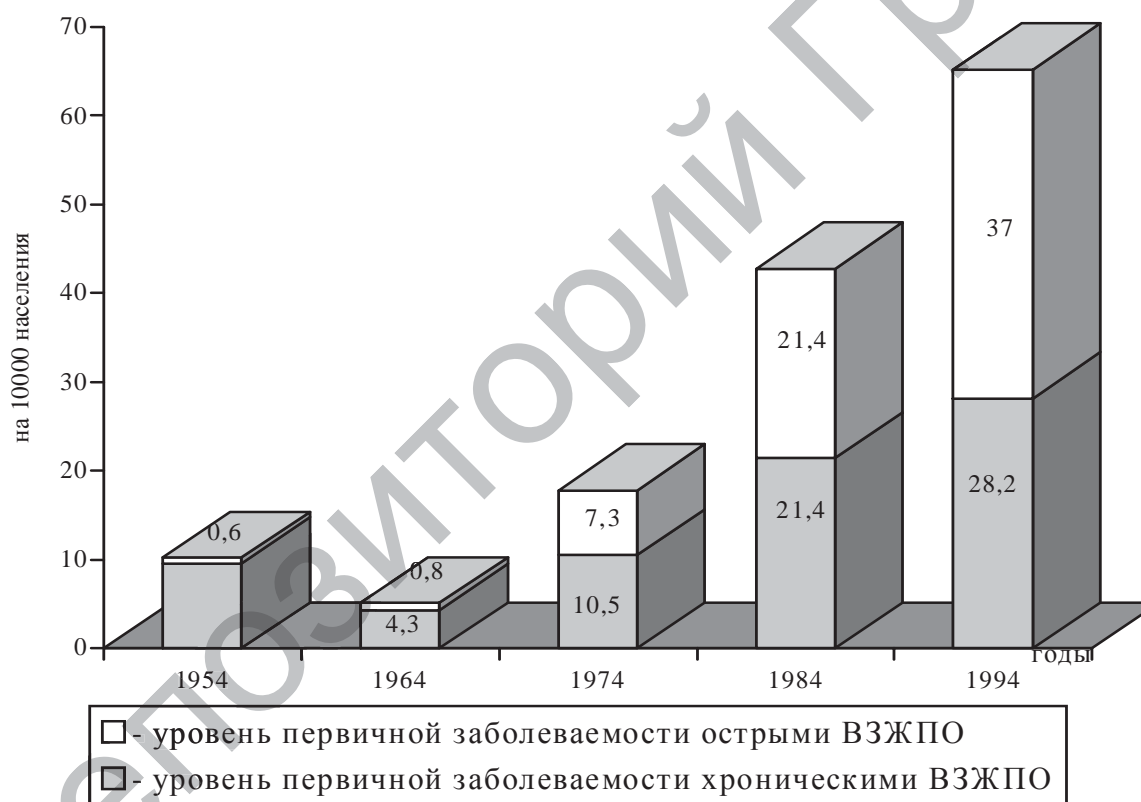


Рисунок 5.8 – Динамика первичной заболеваемости острыми и хроническими формами ВЗЖПО в 1954–1994 гг.

Причем, рост первичной заболеваемости острыми формами ВЗЖПО происходил преимущественно за счет увеличения распространенности вульвовагинитов различной этиологии: в 1964–1974 гг. зарегистрированы максимальные темпы прироста показателя, составившие 52% (рисунок 5.9).

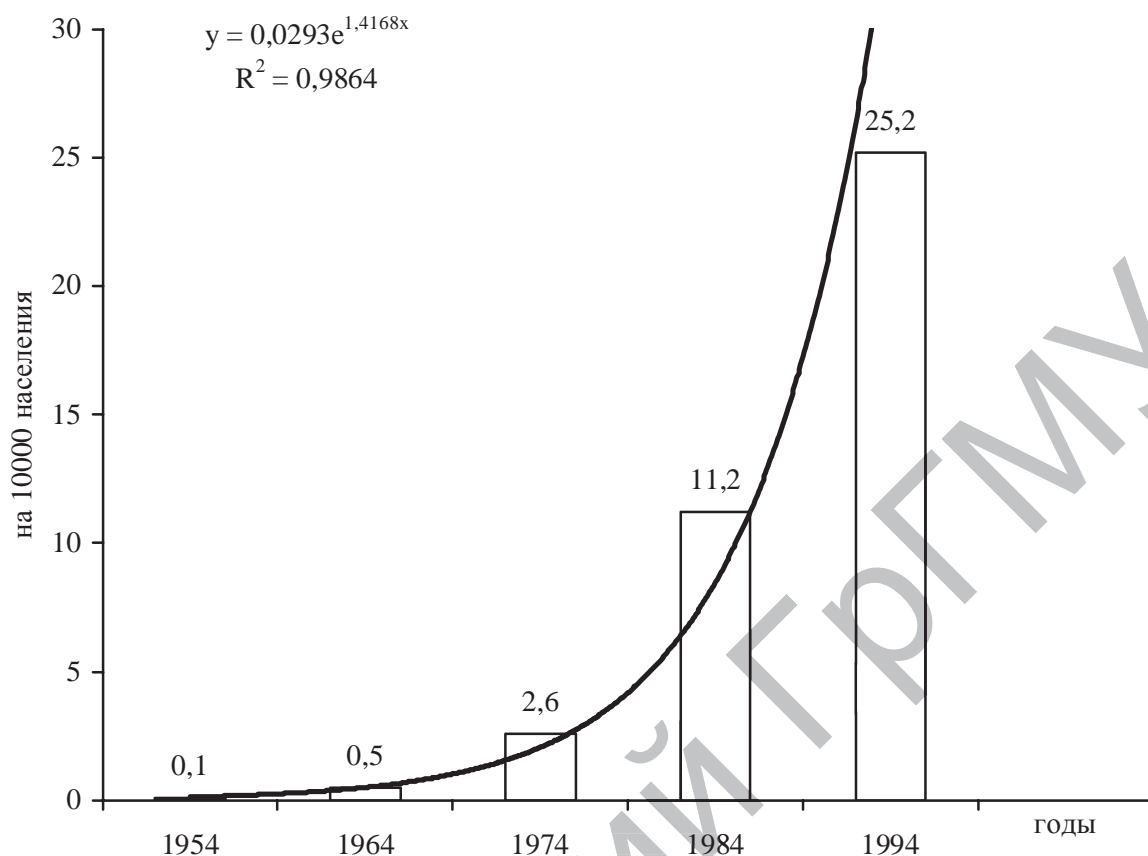


Рисунок 5.9 – Динамика первичной заболеваемости острыми вульвовагинитами в 1954-1994 гг.

Как свидетельствуют данные, представленные на рисунке 5.9, увеличение первичной заболеваемости вульвовагинитами было обусловлено высокими темпами роста аналогичного показателя НИВЗ.

Следует отметить, что в нашей стране практически до середины 1980-х гг. любой воспалительный процесс во влагалище, не связанный с гонореей, трихомониазом или кандидозом, относился к НИВЗ или «неспецифическим бактериальным вагинитам», описанным Н. Gardner и С. Dukes еще в 1955 г.

Пациентки с НИВЗ, как правило, предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей (бели) белого и серого цвета, часто с неприятным запахом, особенно после полового акта или во время менструации. Причем, эти симптомы могли длиться годами, несмотря на проводимое противовоспалительное лечение. У многих пациенток при

прогрессирующем процессе выделения приобретали желтовато-зеленоватую окраску, становились гуще, обладали свойством пениться, были слегка тягучие и липкие, равномерно распределявшиеся по стенкам влагалища. Количество белей варьировало от умеренных до обильных. Другие жалобы, такие как зуд, дизурические расстройства, диспареуния, встречались реже или появлялись периодически.

В 1960-1970-е гг. врачи акушеры-гинекологи к факторам, определявшим уровень заболеваемости НИВЗ (рисунок 5.10), относили использование антибактериальных препаратов; длительное использование ВМС; перенесенные ранее воспалительные заболевания мочеполового канала; нарушение гормонального статуса, сопровождающееся нарушением менструального цикла, преимущественно по типу олигоменореи или аменореи; изменение состояния местного иммунитета; стрессовые влияния на организм.

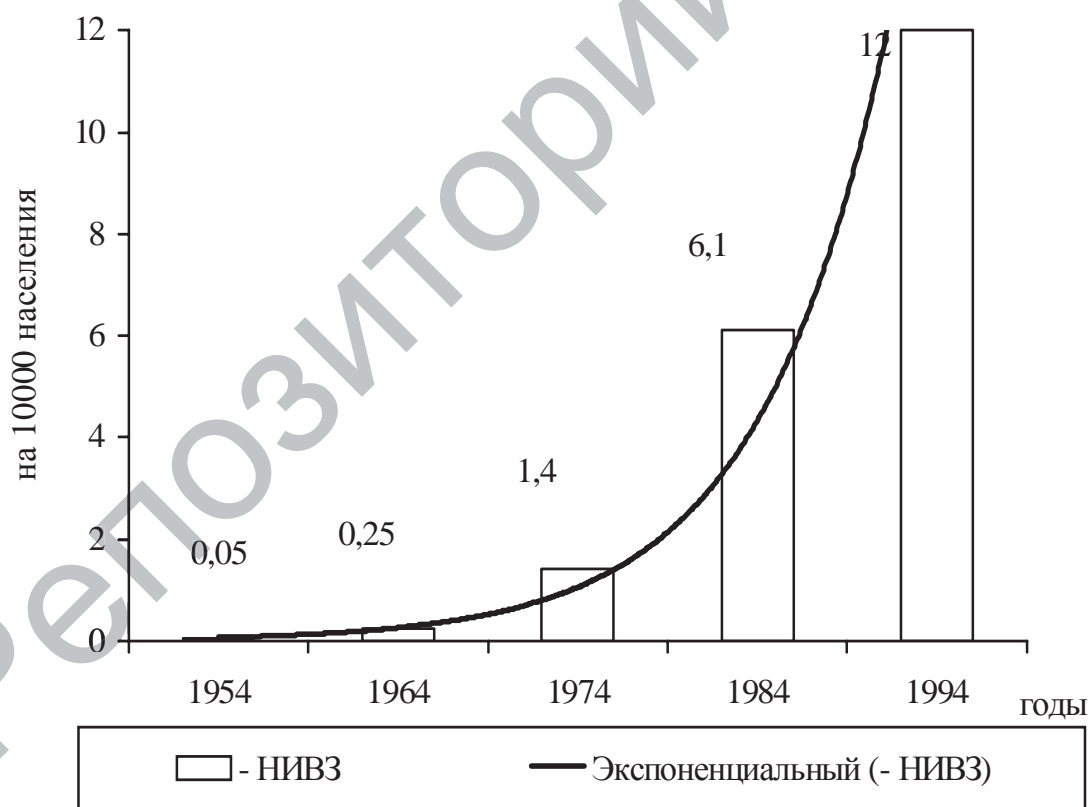


Рисунок 5.10 – Динамика первичной заболеваемости НИВЗ в 1954-1994 гг.

Нарушения микроэкологии влагалища у пациенток при НИВЗ проявлялись в снижении количества молочнокислых бактерий и колонизации влагалища новыми, неизвестными ранее микроорганизмами, которые получили название *Haemophilus vaginalis*. В 1963 г. этот микроорганизм переименовали в *Corinebacterium vaginitis*, а в 1980 г. ему присвоили имя *Gardnerella vaginalis* в честь Н. Gardner, который впервые выделил и описал эти бактерии.

По результатам анализа медицинской документации, мы можем утверждать, что 1960-1970-е гг. практически у 60% женщин при выявлении НИВЗ также регистрировались нарушения микроэкологии толстой кишки (дисбактериоз кишечника), что позволяло предполагать дисбиотический процесс в организме с выраженным проявлением его либо в репродуктивной, либо в ЖКТ, и являлось основанием для направления пациенток на консультацию к врачу-терапевту.

С начала 1980-х гг. неспецифические вагиниты стали относить к гарднереллезам как заболеваниям, вызванным *Gardnerella vaginalis*. Однако несколько позднее было установлено, что *Gardnerella vaginalis* присутствует не только у пациенток с неспецифическими вагинитами, но и у 40% здоровых женщин, в связи с чем, их перестали считать единственными возбудителями данного заболевания.

В 1984 г. на 1-м Международном симпозиуме по вагинитам (Стокгольм, Швеция) после анализа всех накопленных данных было предложено современное название заболевания – бактериальный вагиноз (БВ), что определило дальнейшее интенсивное изучение различных аспектов этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики этой патологии как наиболее широко распространенного состояния у женщин репродуктивного возраста.

Изучение медицинской документации позволило заключить, что частота выявления БВ во многом зависела от контингентов обследованных пациенток и в 1984-1994 гг. составляла 18-22% – у женщин, состоявших под диспансерным наблюдением в кабинетах ПЛС, 25-35% – среди пациенток, у

которых были выявлены ИППП, 20-30% – у беременных и у 60-70% пациенток с патологическими белями, что коррелирует с данными полученными в 1992 г. Р.Е. Hay, D. Taylor-Robinson и R.F. Lamont [299].

К середине 1980-гг. клиническое значение БВ стало общепризнанным, определяя «риск» возникновения ВЗОМТ, хориоамнионита, преждевременных родов, ВУИ, послеродового эндомиометрита. В связи с этим, в соответствии с приказом МЗ СССР от 04.10.1980 г. №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» была начата регистрация данной патологии: к середине 1990-х гг. первичная заболеваемость достигла 1,0 на 10000 населения. Однако, в связи с тем, что в данном нормативном документе так и не были определены единые организационные подходы к диспансеризации БК, это стало одной из причин отмены предоставления ведомственной отчетности в последующий период. Другим основанием для того, чтобы прекратить официальную регистрацию БВ явилось отсутствие единого мнения у исследователей по вопросу о путях передачи БВ. С одной стороны, высокая частота *Gardnerella vaginalis* у здоровых женщин и детей позволяла рассматривать эти микроорганизмы как составную часть нормальной микрофлоры влагалища. В пользу эндогенного происхождения БВ свидетельствовали следующие факторы: высокая частота *Gardnerella vaginalis* у женщин, использующих ВМС или пероральные контрацептивы; значительное количество случаев *Gardnerella vaginalis* и развития клинических симптомов заболевания у беременных, в послеродовом, послеабортном и менопаузальном периодах, что, вероятно, было связано с напряжением адаптационных возможностей макроорганизма. С другой стороны, в пользу полового пути передачи заболевания свидетельствовали одновременное выделение *Gardnerella vaginalis* из половых путей пациенток, страдающих БВ, и от их сексуальных партнеров; высокая частота реинфекций у излеченных женщин, половые партнеры которых не лечились одновременно; достоверные случаи заболевания БВ женщин после половых

контактов с мужчинами, у которых обнаружены *Gardnerella vaginalis*.

К концу рассматриваемого периода сложилось следующее представление о данной патологии: БВ представляет собой комплекс изменений (как в качественном, так и в количественном соотношениях) в вагинальной микрофлоре, которые характеризуются резким снижением количества или отсутствием преимущественно лактобактерий, продуцирующих H_2O_2 ; увеличением количества *Gardnerella vaginalis*, грамотрицательных анаэробных бактерий – *Mobiluncus spp.*, *Prevotella spp.*, *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, а также *Mycoplasma hominis* и несколько реже *Ureaplasma urealyticum*; небольшим количеством грибов рода *Candida*.

Диагностика БВ перестала представлять затруднения и стала основываться на сочетании следующих признаков: гомогенные, обильные серо-белые жидкие, адгезированные на стенках влагалища выделения без признаков воспаления; наличие «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании; обнаружение в мазках микроорганизмов рода *Mobiluncus spp.*, грамотрицательных и грамположительных плеоморфных бактерий; рН влагалищной жидкости более 4,5 (в среднем 5-6); «рыбный» запах влагалищных выделений до или после добавления 10% раствора КОН и индикация в выделениях триметиламина; безуспешная предшествующая терапия вагинита антибиотиками и противовоспалительными препаратами.

Целью лечения БВ стало восстановление нормальной экосистемы влагалища, для чего было необходимо ликвидировать БВ-патогены (облигатно анаэробный компонент микрофлоры влагалища), восстановить лактофлору, не допустить суперинфекции (роста других потенциальных возбудителей из группы условно-патогенных микроорганизмов). Кроме того, такое лечение проводили в целях профилактики воспалительных осложнений после аборт и диагностических выскабливаний полости матки.

Наиболее частыми специфическими вульвовагинитами, выявляемыми медицинским персоналом учреждений АГС на протяжении всего рассматриваемого периода, были кандидозные (рисунок 5.11).

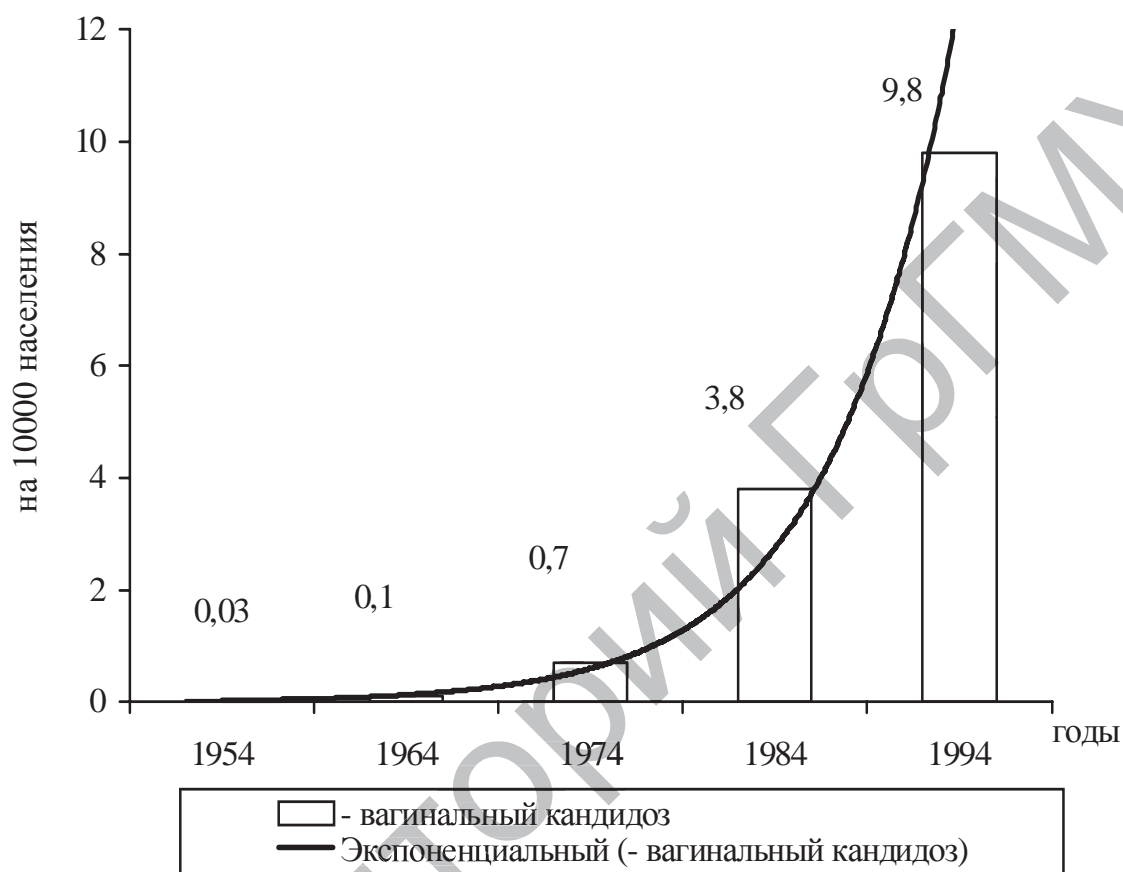


Рисунок 5.11 – Динамика первичной заболеваемости кандидозными вульвовагинитами в 1954-1994 гг.

Причем, высокие темпы прироста показателя в 1964-1984 гг., достигавшие 70,0%, позволяют предположить «вторичный» характер патологии вследствие распространения антибиотиков и их бесконтрольного использования населением для лечения иных воспалительных заболеваний.

Начиная с 1944 г., одним из основных воспалительных заболеваний, выявляемых у женщин, был трихомонадный вагинит.

На протяжении многих лет основным методом диагностики данного заболевания был цитологический. Однако, как отмечалось в приказе МЗ СССР от 04.12.1986 г.

№1570 «Об улучшении выявления больных гонореей и трихомониазом в акушерских и гинекологических отделениях (палатах, кабинетах), ЖК и урологических кабинетах поликлиник», врачи акушеры-гинекологи и акушерки «проводят неполное обследование на гонорею и трихомониаз лиц, подлежащих этим обследованиям, недостаточно применяют методы комбинированной провокации, некачественно проводят забор материала, редко используют бактериологические и серологические методы исследования». Это приводило к искусственному снижению показателей первичной заболеваемости, не превышавшим 1,1 на 10000 населения (без учета выявленных случаев патологии врачами-дерматовенерологами и урологами). Кроме того, массовое распространение случаев самолечения среди населения в 1984-1994 гг. привело к убыли показателя в этот период (-63,7%) (рисунок 5.12).

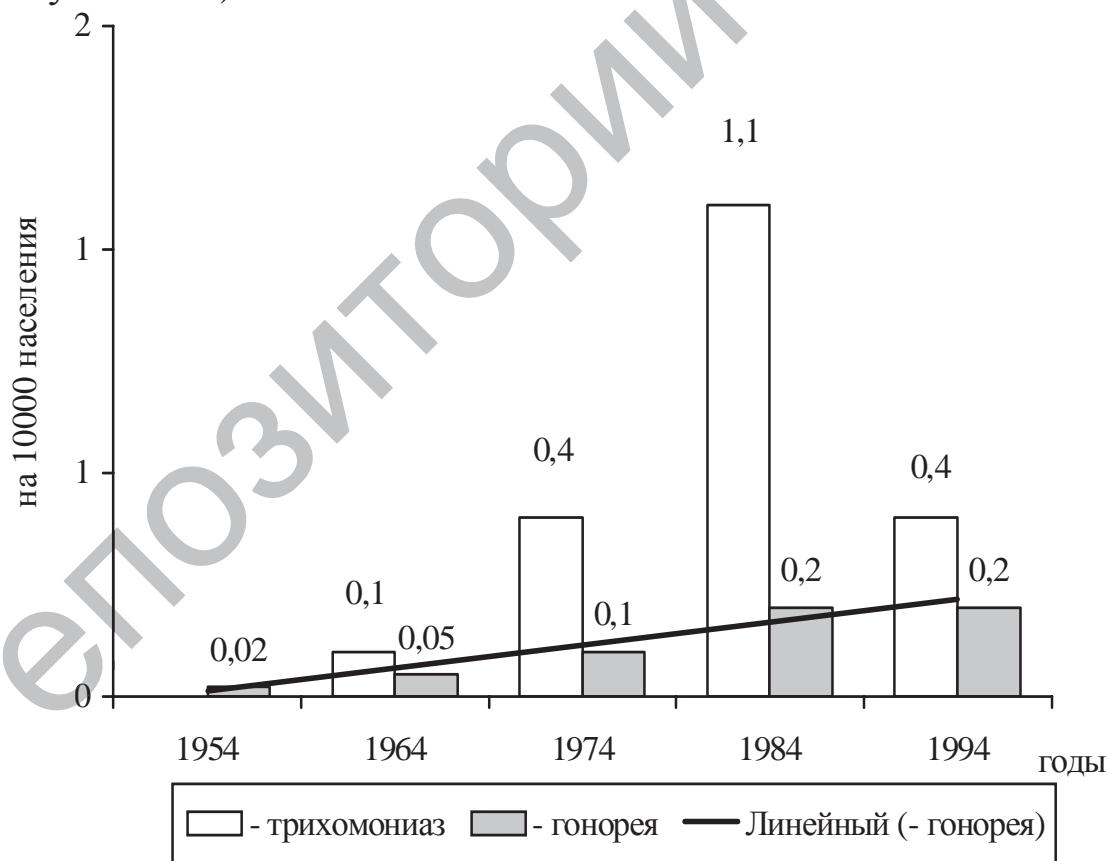


Рисунок 5.12 – Динамика первичной заболеваемости трихомонадными и гонорейными вульвовагинитами в 1954–1994 гг.

Способствовали неполному учету первичных случаев данной патологии и диагностические ошибки вследствие наличия атипичных (безжгутиковых) форм паразита, что позволяло визуально определять трихомонады как полиморфноядерные лейкоциты и эпителиоциты.

Ввиду необходимости временных затрат не всегда мог быть приемлемым для клинической практики и культуральный метод диагностики трихомониаза.

При работе же с иммунологическими методами диагностики *Trichomonas vaginalis* возникал ряд иных сложностей. Так, установлено, что в ряде случаев гуморальный ответ не регистрировался из-за того, что система была либо малочувствительна для выявления низкого уровня специфических антител, либо потому, что не был вызван гуморальный ответ. Метод РИФ (реакция иммунофлюоресценции), впервые внедренный в практическую деятельность отделения «Брак и семья» ЖК №5 г. Гродно в 1984 г. и позволявший выявлять антигенные структуры, являлся ориентировочным, так как интенсивность, яркость и оттенок специфического свечения зависели от рН монтирующей жидкости или буфера, использовавшегося для микроскопии. Кроме того, свечение могли давать не только тестируемые возбудители.

Применение же в рассматриваемый период метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) в сомнительных (затруднительных) случаях для диагностики было практически невозможным.

В результате всего вышеперечисленного практикующими врачами акушерами-гинекологами в значительном числе случаев пациенткам не назначалось должное, этиопатогенетическое лечение, в то время как инфекционный агент патологически воздействовал на организм, что приводило к хронизации воспалительного процесса.

С середины 1980-х гг. в связи с началом регистрации в соответствии с приказом МЗ СССР от 04.10.1980 г. №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» начал возрастать показатель

заболеваемости и иными специфическими вульвовагинитами.

Так, показатель первичной заболеваемости мико- и уреоплазмами (учитывались случаи, зарегистрированные врачами акушерами-гинекологами), достиг 2,0 на 10000 населения (рисунок 5.13).

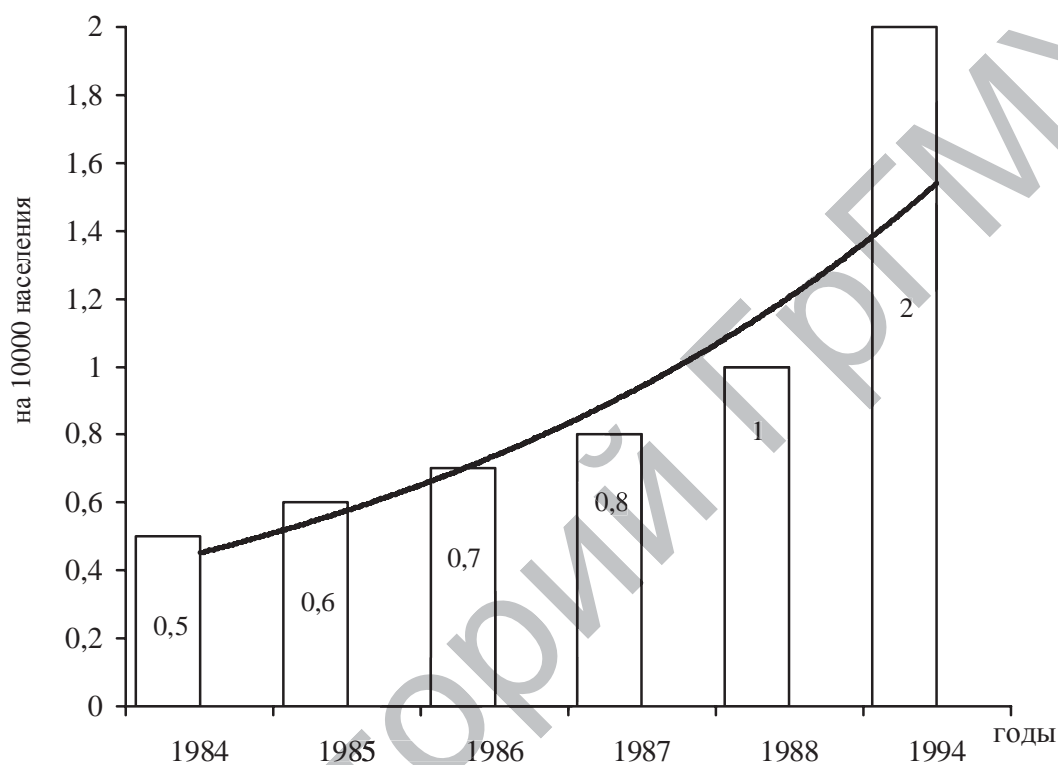


Рисунок 5.13 – Динамика первичной заболеваемости уре- и микоплазмами в 1984-1994 гг. (на 10000 населения) [148]

Причем, к концу рассматриваемого периода темпы роста показателя увеличились и составили 20%. Этому способствовали возрастные особенности (пораженными контингентами преимущественно являлись женщины в возрасте 18-27 лет); характер репродуктивного поведения (ранние сексуальные дебюты, неустойчивость сексуальных отношений, промискуитет); недостаточное соблюдение гигиенических требований; безответственное отношение к состоянию здоровья.

Следует, однако, отметить, что значимость уре- и микоплазменной инфекций, как первичного этиологического фактора, при вагинитах и прочих поражениях ЖРС до

настоящего времени остается неоднозначной и дискуссионной, так как микоплазмы обнаруживают во влагалищной микрофлоре практически у всех женщин, подавляющее число их видов является сапрофитами и их выделение еще не свидетельствует об участии в воспалительном процессе, только *Mycoplasma genitalium* является абсолютным патогеном и вызывает патологические состояния, приводящие к нарушению репродуктивной функции женщин [247]. Таким образом, широкое распространение генитальных микоплазм среди клинически здоровых женщин разного возраста позволяло в 1984-1994 гг. врачам акушерам-гинекологам рассматривать эти микроорганизмы как комменсалы, которые способны приобретать патогенные свойства при определенных условиях: присоединение иных инфекционных агентов, изменение физиологического и иммунного статуса и др.

Хотя генитальные микоплазмы входят в состав индигенной микрофлоры влагалища, нами установлено, что их колонизационная частота зависела от сексуальной активности женщины. При достижении половой зрелости заселение урогенитального тракта данными микроорганизмами происходило при половых контактах и коррелировало с числом сексуальных партнеров [148].

Из-за отсутствия специфической клинической картины, характерной для уреа- и микоплазмозов, распространенности стертых и вялотекущих форм заболеваний большое значение в 1984-1994 гг. придавалось лабораторной диагностике.

Однако при наиболее массовом цитологическом методе обследования, применявшемся в этот период, врачи акушеры-гинекологи могли получить лишь общее представление о цитологической картине, морфологии клеток из очага поражения, наличии микробного обсеменения, мицелия грибковой флоры и простейших, что позволяло выявить неспецифические морфологические изменения эпителиальных клеток, которые могли только косвенно свидетельствовать о наличии поражения урогенитального тракта. Поэтому, несмотря на простоту и дешевизну выполнения,

диагностическая значимость данного метода оказывалась весьма низкой.

Значительно более высокой чувствительностью обладал иммунофлюоресцентный анализ со специфическими моноклональными антителами к цитоплазматической мембране уреа- или микоплазм, конъюгированными с флюоресцентным красителем (прямой метод), или вторичными антителами, конъюгированными таким красителем (непрямой метод). Метод прямой иммунофлюоресценции являлся достаточно простым, с высокой степенью чувствительности и специфичности, но в виду его ограниченной доступности (применялся только в отделении «Брак и семья» ЖК №5 г. Гродно) не мог обеспечить массовый скрининг заболеваний.

В единичных случаях для диагностики генитальных микоплазм применялись также методы с количественным определением микроорганизмов в исследуемом материале (при этом диагностически значимым считался титр микроорганизмов $> 10^4$ ЦОЕ/мл), а также метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), позволявший обнаружить единичных возбудителей в исследуемом материале. Причем, обязательным условием диагностики заболевания являлось также наличие клинических проявлений воспалительного процесса гениталий.

При анализе клинического материала установлено, что в 1984-1994 гг. выделение микоплазм из канала шейки матки у женщин репродуктивного возраста вне беременности не превышало 15%, при вагинитах увеличивалось до 24%, а при эктопиях шейки матки достигало 38%. При этом спектр выраженности клинических проявлений ВЗЖПО, вызванных генитальными уреа- и микоплазмами, варьировал от очень острой, яркой клинической картины до стертой, малозаметной, и даже практически полного отсутствия клинических проявлений. К сожалению, далеко не всегда обнаружение генитальных уреа- и микоплазм при отсутствии жалоб и патологических изменений расценивалось врачами акушераит-гинекологами как носительство, что побуждало их к активному применению АБТ.

Анализ ситуации состояния первичной и общей заболеваемости уреа- и микоплазмозит осложняется также тем, что в МКБ-Х они были исключены из группы ИППП. В связи с этим, в соответствии с МКБ-Х к середине 1990-х гг. стала правомочной следующая формулировка диагнозов с учетом двух рубрик: одна из них соответствовала локализации воспалительного процесса, а другая – В 96.8.

Другие уточненные бактериальные агенты как причина болезней были классифицированы в других рубриках. Например: N34+V96.8. Вагинит, вызванный уточненным бактериальным агентом (указание вида генитальных микоплазм).

Кроме того, следует отметить, что официальная регистрация в 1984-1994 гг. осуществлялась не во всех районах области, а учет велся лишь по смешанной нозологической форме «уреамикоплазмоз». Все это позволяет предположить значительное превышение истинной заболеваемости над зарегистрированной.

По результатам изучения медицинской документации, мы можем утверждать, что в 1964-1994 гг. были распространены микстовые формы вульвовагинитов, которые являлись результатом развития воспалительного процесса обусловленного наличием нескольких видов микроорганизмов, что утяжеляло течение инфекционного процесса по сравнению с моноинфекцией, а патогенный эффект ассоциированного воздействия инфекционных агентов не имел простого суммарного характера.

Одним из возможных путей, приводивших к изменению свойств возбудителей при микст-инфекциях, являлось формирование внутриклеточных форм микроорганизмов, которые не только сохраняли жизнеспособность, но и становились недоступными для действия антибактериальных препаратов.

Так, в настоящее время хорошо известно, что *Trichomonas vaginalis* способны фагоцитировать другие микроорганизмы, которые при лизисе трихомонад, (например, после применения противотрихомонадных препаратов), освобождаются из их

клеток и способствуют поддержанию воспалительного процесса. Трансформация же микроорганизмов может приводить к изменению метаболической активности (снижение обменных процессов до минимального уровня) и формированию возможностей внутриклеточного развития (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*). При этом персистентная (латентная) инфекция характеризуется наличием скрытого патологического процесса, не сопровождающегося клиническими проявлениями. При воздействии провоцирующих факторов происходит активация патологического агента и инфекционный процесс переходит в острую или хроническую форму [3].

Следует, однако, отметить, что в 1964-1994-х гг. система клинической лабораторной диагностики еще не обладала соответствующим арсеналом методов для идентификации возбудителей инфекций урогенитального тракта. Применение же методов, обладавших низкими показателями диагностической чувствительности и специфичности, а также использование диагностических алгоритмов, направленных на выявление только одного из возможных инфекционных агентов существенно затрудняло процесс диагностического поиска. Вследствие этого возникала возможность длительного течения воспалительного процесса, причиной которого являлось проведение терапевтических мероприятий, направленных на элиминацию только одного из патологических агентов, вместо комплексного поэтапного лечения ВЗЖПО, обусловленных наличием ассоциаций микроорганизмов.

Кроме того, в связи с тем, что в 1944-1994 гг. отсутствовали единые требования к шифровке и учету рассматриваемой патологии, анализ более конкретных ее микстовых форм нам представляется некорректным.

При изучении уровня первичной заболеваемости острыми аднекситами нами установлено, что в 1954 г. в связи с неполной регистрацией патологии, он был низким и составлял только 0,2 на 10000 населения. В последующие годы

показатель значительно увеличился и в 1994 г. достиг 9,9 на 10000 населения (рисунок 5.14).

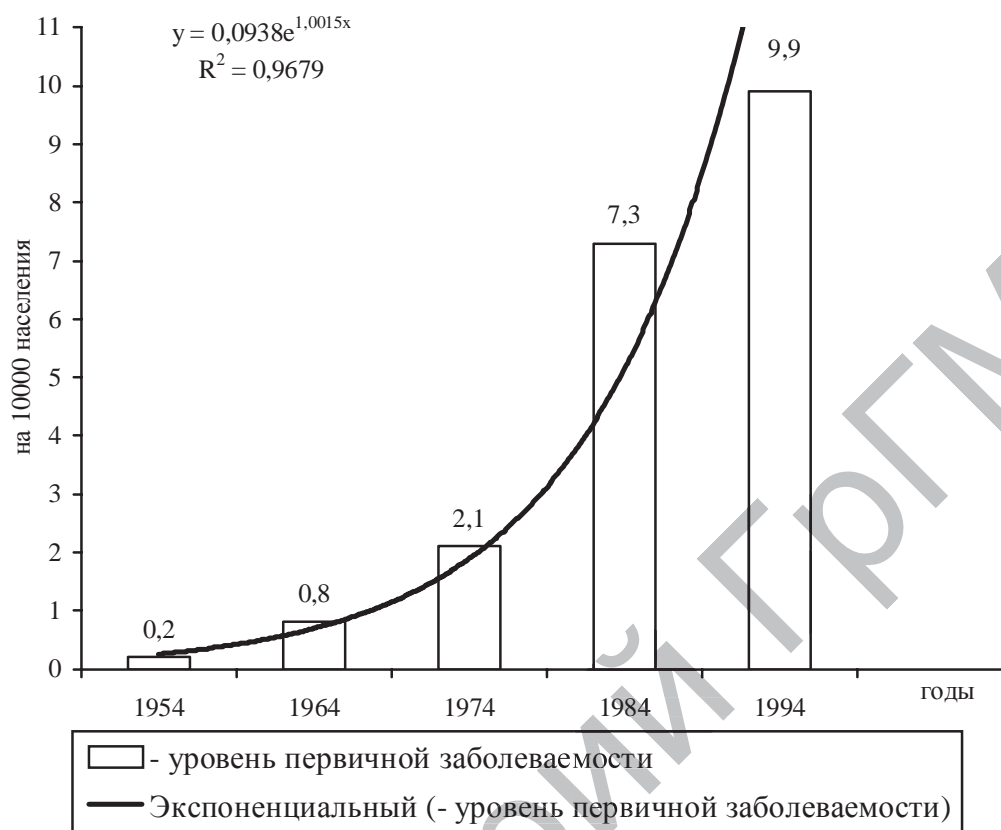


Рисунок 5.14 – Уровень первичной заболеваемости острыми аднекситами в 1954-1994 гг.

Нами были определены факторы «риска» развития острых аднекситов в 1984-1994 гг.:

- молодой возраст (до 27 лет),
- наличие бактериального вагиноза,
- самолечение (применение спринцеваний),
- наличие ВМС,
- анамнез, отягощенный наличием ИППП,
- достаточно часто острые аднекситы развивались после инвазивных внутриматочных вмешательств (аборт, гистеросальпингография) [148].

Следует учитывать, что одно только наличие микробного фактора не всегда приводило к возникновению острого воспалительного процесса. Способствовать его дебюту и развитию могли различные вредные и опасные

производственные факторы (физические, химические, биологические и психофизиологические), нарушавшие барьерные функции половой системы, ранее перенесенные заболевания, ослаблявшие защитные силы организма, аллергические факторы, анемия, инфантилизм, нерациональное питание.

Нами также установлена значимая роль социальных факторов в генезе развития острых ВЗОМТ, таких как ранние сексуальные дебюты, начало половой жизни, высокая частота половых контактов, большое число половых партнеров, (благодаря транспортной функции сперматозоидов и/или трихомонад), половые отношения во время менструации, использование психоактивных веществ. Помимо этого, эпидемиологические исследования выявили прямую зависимость между курением и частотой развития ВЗОМТ [148].

По результатам проведенных исследований, мы можем утверждать, что в 1984-1994 гг. общей закономерностью развития острых аднекситов являлось то, что причиной их чаще всего служили не отдельные патогенные бактерии, а сложные микробные сообщества, нередко состоящие из представителей аэробной и анаэробной микрофлоры: анаэробно-аэробные ассоциации микроорганизмов обуславливали острые заболевания в 35% случаев, гонококки (28%), хламидии (26%), что соответствует данным Всемирной организации здравоохранения [375].

В диагностике острых аднекситов анаэробным микроорганизмам врачи акушеры-гинекологи стали уделять серьезное внимание сравнительно недавно: только в 1984-1994 гг. До этого периода ведущая роль в возникновении данной патологии отводилась аэробным микроорганизмам, преимущественно, стафилококкам, которые выделялись в виде монофакторов или в ассоциациях (чаще всего, с кишечной палочкой, протеем, стрептококками и с грибковой флорой).

Причиной формирования микст-инфекции в большинстве наблюдений являлась неэффективность АБТ. Неправильно подобранный, либо не содержащий активного вещества

препарат, неадекватная его доза, неправильный режим приема, небрежность пациенток в процессе лечения – все это приводило лишь к купированию острых явлений и способствовало хронизации процесса.

Согласно современным исследованиям, анаэробные микроорганизмы чаще всего встречаются в сочетаниях с грамположительными (энтерококки) и грамотрицательными (кишечная и синегнойная палочки) аэробами [52; 207]. В условиях эксперимента показано, что анаэробо-аэробные сообщества более устойчивы к фагоцитозу и внутриклеточному уничтожению, так как они продуцируют более полный набор важнейших ростовых факторов [78; 240]. Поэтому такие смешанные микробные ассоциации обладают синергическим потенциалом, что повышает их патогенную роль в развитии воспалительных процессов.

Уровень первичной заболеваемости острыми аднекситами в значительной мере определялся и изменением клинической картины заболевания. Так, если в 1944-1964 гг. она характеризовалась наличием выраженного болевого синдрома, то в 1984-1994 гг. данная патология часто протекала без существенного нарушения общего состояния.

Высокая частота стертых и малосимптомных форм ВЗОМТ создавала значительные дополнительные трудности в раннем распознавании острой стадии заболевания, что приводило к диагностическим ошибкам и, соответственно, к уменьшению показателя первичной заболеваемости, а также к хронизации процесса и развитию запущенных форм гнойного воспаления придатков. Причем, частота осложнений повышалась с увеличением числа эпизодов заболевания. Так, после первого эпизода бесплодие развивалось у 7-8% пациенток, синдром хронической тазовой боли и эктопические беременности – у 5-7%. У женщин, перенесших 2 эпизода заболевания, частота хронической тазовой боли повышалась до 15-20%, у перенесших 3 и более эпизодов – до 50%. В 25% случаев острые ВЗОМТ переходили в хроническую форму в результате восходящего инфицирования микроорганизмами из

шейки матки и влагалища верхнего отдела генитального тракта и брюшной полости.

Все это определяло темпы роста первичной заболеваемости хроническими формами ВЗЖПО, превышавшие в 1964-1994 гг. аналогичный показатель острых патологических процессов в 3,7 раза.

5.3 Показатели общей заболеваемости воспалительными болезнями половых органов и факторы их определявшие

В 1954-1994 гг. уровень общей заболеваемости ХРС увеличился почти в 6 раз и достиг 71,2 на 10000 населения (рисунок 5.15).

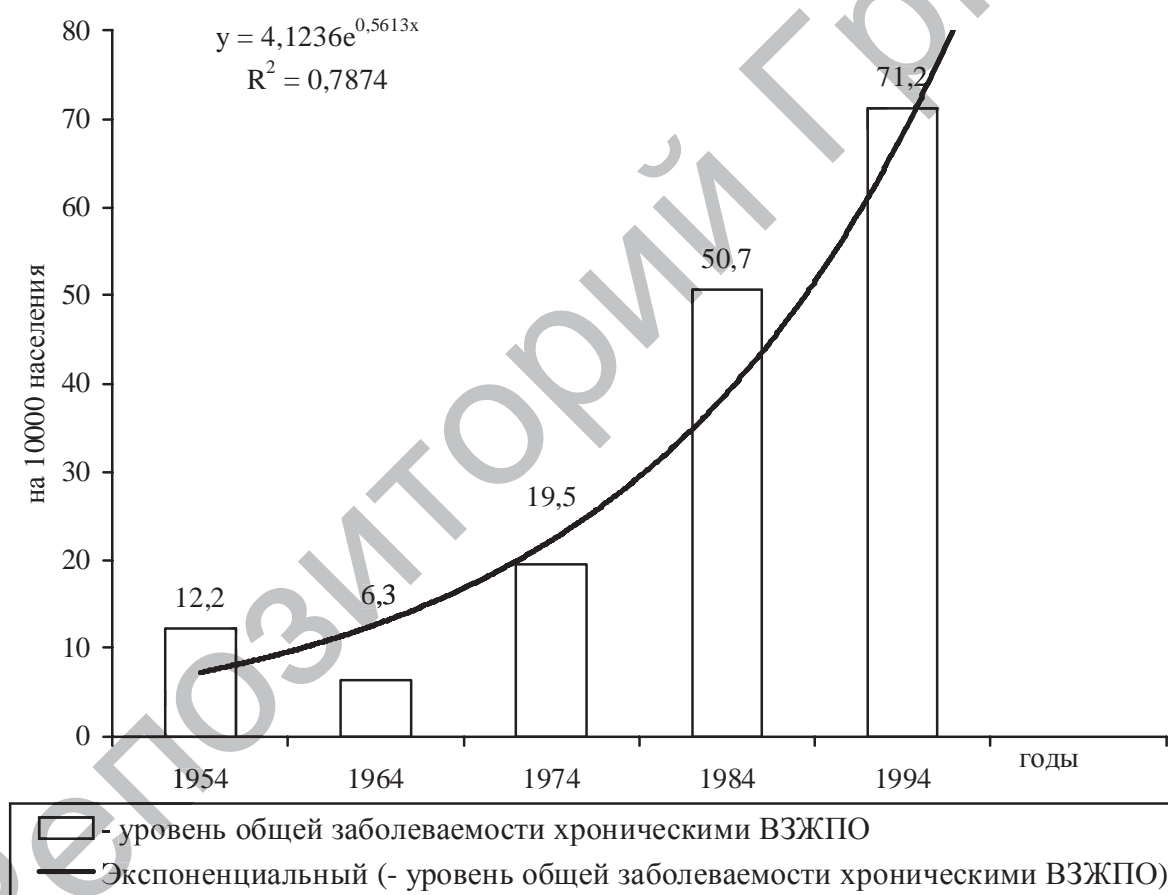


Рисунок 5.15 – Уровень общей заболеваемости ХРС в 1954-1994 гг.

До середины 1970-х гг. диагностика неосложненных форм ВЗЖПО основывалась на данных клинического обследования, уровень же лабораторной диагностики не позволял обеспечить верификацию патогенов.

Клинические проявления ХРС у пациенток варьировали от бессимптомного течения в период ремиссии до развития обострения с весьма серьезными социальными последствиями – гнойно-воспалительные осложнения, хронические тазовые боли, бесплодие, внематочная беременность.

В 1984-1994 гг. в связи определенным совершенствованием диагностических возможностей у пациенток с острыми и хроническими ВЗОМТ из половых путей врачами акушерами-гинекологами стали выделяться разнообразные ассоциации микроорганизмов. Среди них наиболее значимыми были *Neisseria gonorrhoeae* и, несколько реже в связи с началом регистрации в этот период, *Chlamydia trachomatis*, выявленные примерно у 1/3 пациенток.

Если лабораторная диагностика *Neisseria gonorrhoeae* на протяжении всего рассматриваемого периода не вызывала затруднений и была организована в каждой ЖК, то диагностика *Chlamydia trachomatis* заключалась в выявлении самого возбудителя или его антигенов и была даже к 1994 г. значительно затруднена.

Так, микроскопия мазков, окрашенных по Романовскому – Гимзе, одновременно с поиском цитоплазматических телец-включений Гальберштедтера–Провачека в цитоплазме пораженных клеток эпителия учитывала количество лейкоцитов как показатель воспаления в пораженном органе и позволяла даже при наличии высоко квалифицированного персонала выявить возбудитель только в 25-30% случаев, преимущественно при обострении воспалительного процесса.

Более же чувствительные методы иммунофлуоресценции и иммуноферментного анализа с использованием меченых моноклональных антител, а также полимеразная цепная реакция (ПЦР) были ограниченно доступны и только для обследования пациенток, проживавших в 1984-1994 гг. в областном центре.

Полиэтиологичность хронических ВЗОМТ, с одной стороны, обуславливала разнообразие их клинических проявлений, с другой – создавала немалые трудности в этиологической диагностике, а следовательно, и в проведении

целенаправленной терапии.

Нами установлено, что помимо микробного фактора, в развитии хронических ВЗОМТ важную роль играли провоцирующие факторы:

- физиологические: роды, менструация;
- генитальные: БВ, урогенитальные заболевания у партнера;
- экстрагенитальные: эндокринные заболевания, анемии, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей, иммунодефицитные состояния;
- социальные: низкий уровень жизни, алкоголизм и наркомания;
- поведенческие: большое число половых партнеров, раннее начало половой жизни, половые сношения во время менструации, нетрадиционные формы половых контактов [148].

Первое место среди этих факторов, провоцирующих к тому же развитие гнойного воспаления, занимали внутриматочная контрацепция и аборт.

Так, в период с 1964 по 1994 гг. частота встречаемости хронических ВЗОМТ у пациенток с ВМС увеличилась с 16,4% до 30,1%. Установлена корреляционная связь между длительностью использования ВМС и тяжестью воспалительного процесса ($r=0,7235$), что было связано как с возможностью механического переноса патогенных и условно-патогенных микроорганизмов из нижних отделов половой системы в ее верхние отделы, так и с подавлением фагоцитоза и других факторов локальной иммунной защиты, нарушением процесса отторжения эндометрия во время менструации, появлением микроэрозий и перифокальной воспалительной реакции.

Следует также отметить, что в 1954-1994 гг. у пациенток уровень общей заболеваемости деструктивными формами ХРС увеличился более чем в 16 раз и достиг 11,3 на 10000 населения (рисунок 5.16).

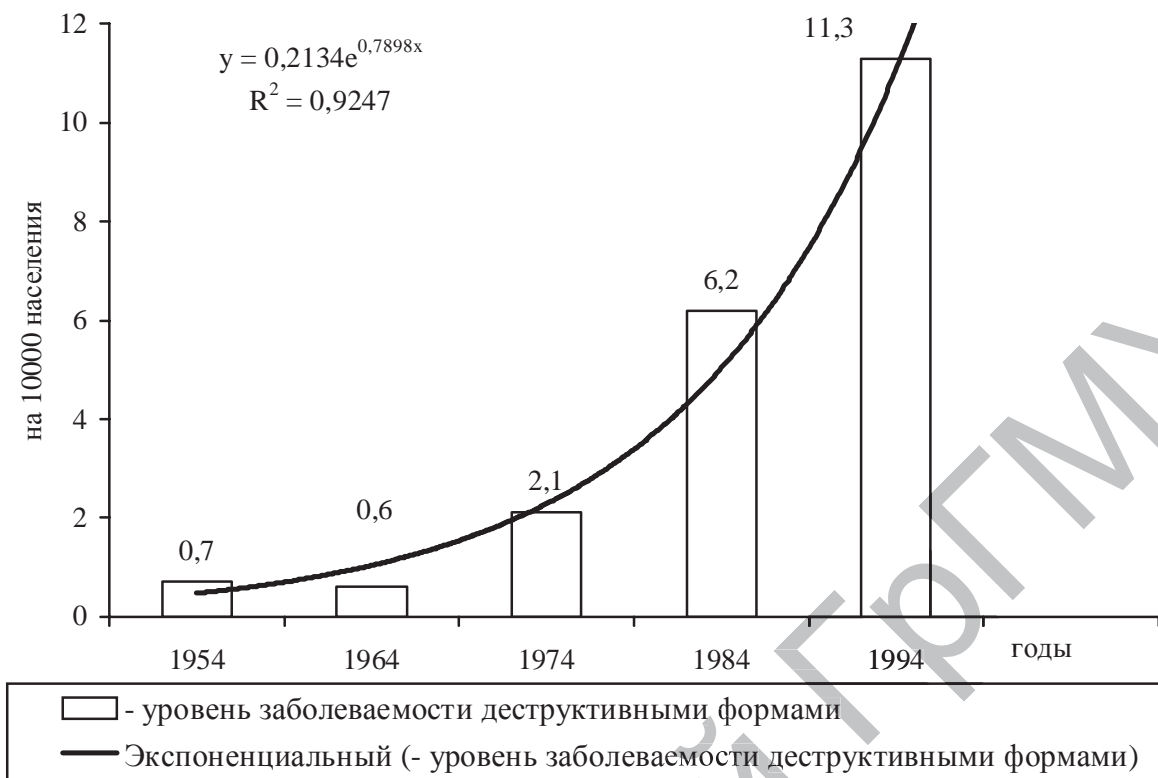


Рисунок 5.16 – Уровень общей заболеваемости деструктивными формами ХРС в 1954–1994 гг.

Причем, практически в 80% случаев течение заболевания было стертым и выявлялось лишь при обследовании пациенток с жалобами на бесплодие, что приводило к запоздалой диагностике и лечению данной патологии.

ГЛАВА 6

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

6.1 Охват диспансерным наблюдением пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов

На протяжении длительного периода нормативные документы МЗ СССР, несмотря на рост заболеваемости, не регламентировали порядок диспансерного наблюдения пациенток с ВЗЖПО.

Так, требования Инструкции МЗ СССР от 15.03.1949 г. для акушерско-гинекологических, кожно-венерологических учреждений, районных больниц и сельских врачебных участков по организации борьбы с венерическими заболеваниями у женщин и новорожденных детей и Методического письма Управления специализированной медицинской помощи от 30.05.1961 г. №10-8/14-144 по борьбе с мочеполовым трихомонозом не выходили за рамки необходимости выявления трихомонадных вульвовагинитов у пациенток.

Введение в практику работы ОЗ диспансерного метода наблюдения за сельским населением (в первую очередь – передовиками сельского хозяйства, работниками машинно-тракторных станций, учащимися ремесленных училищ, длительно- и частоболеющими) и контрольной карты диспансерного наблюдения было начато только в 1952-1955 гг. Однако Инструкция от 23.08.1937 г., которой в этот период руководствовался персонал ЖК, не требовала их обязательного применения при диспансеризации пациенток с ВЗЖПО [81].

Так, весьма характерной является динамика охвата диспансерным наблюдением пациенток с острыми аднекситами: доля пациенток, охваченных диспансеризацией, в 1954 г. не превышала 70%, а в 1994 г. достигла только 86% (рисунок 6.1). Причем, абсолютное большинство пациенток при установлении диагноза направлялись в стационар, несмотря на то, что в случае легкого течения заболевания лечение могло осуществляться в амбулаторных условиях [35].

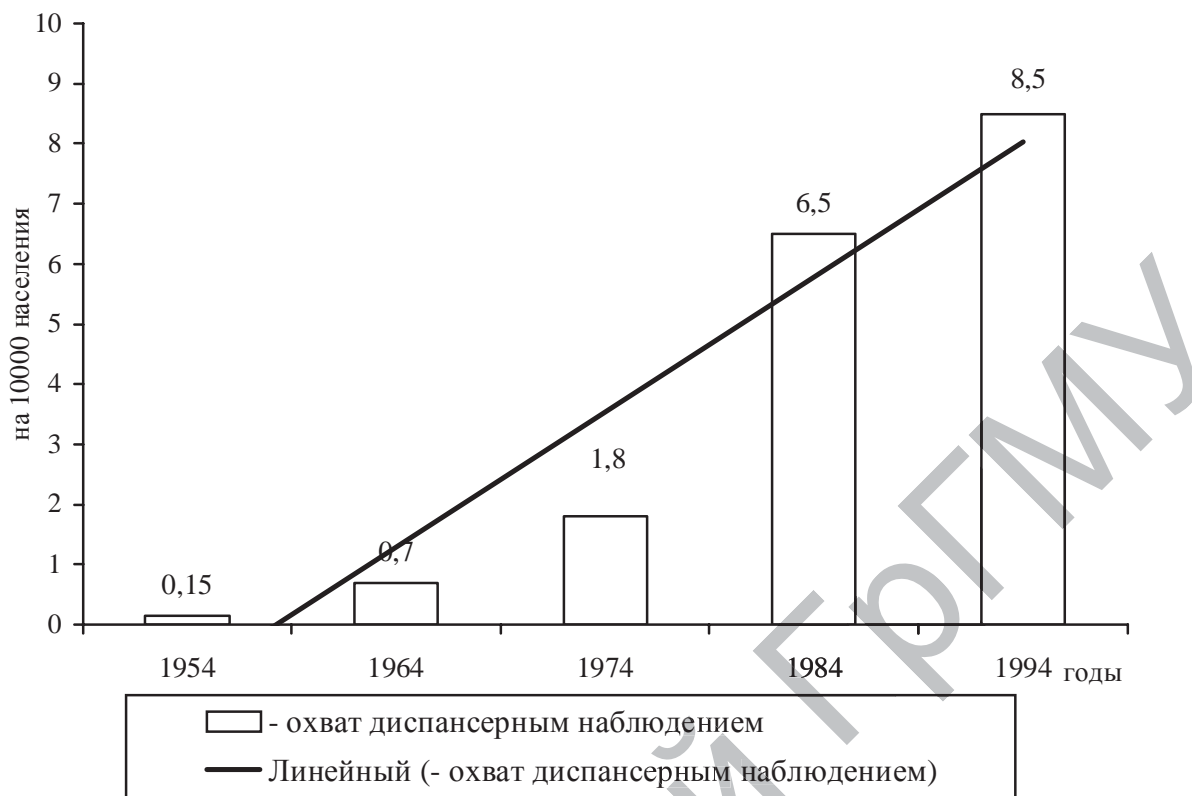


Рисунок 6.1 – Охват диспансерным наблюдением пациенток с острыми аднекситами в 1954-1994 гг.

Значительно более низкими (не более 60%) оказались показатели охвата диспансерным наблюдением пациенток с ХРС. Причем, в 1954-1964 гг. зарегистрировано уменьшение показателя (на 10000 населения): темп убыли составил – 53,8% (рисунок 6.2).

Следует отметить, что охват диспансерным наблюдением пациенток с острыми вагинитами и аднекситами не позволял в полной мере обеспечить качество медицинской помощи и устранить острые симптомы и воспалительного процесса, а также предотвратить его хронизацию и не допустить неблагоприятных отдаленных последствий ВЗОМТ в связи с несовершенством методов терапии, соответствовавших уровню развития акушерства и гинекологии в этот период [198].

Так, в 1950-60 гг. лечение НИВЗ проводилось «путем назначения общеукрепляющего лечения: инъекции Duplex или Triplex (мышьяк, железо, стрихнин), антианемин, циклическое применение гормонов (эстрогены, прогестерон). В качестве

местных процедур – индифферентные спринцевания слабым раствором марганцевокислого калия, вяжущими средствами».

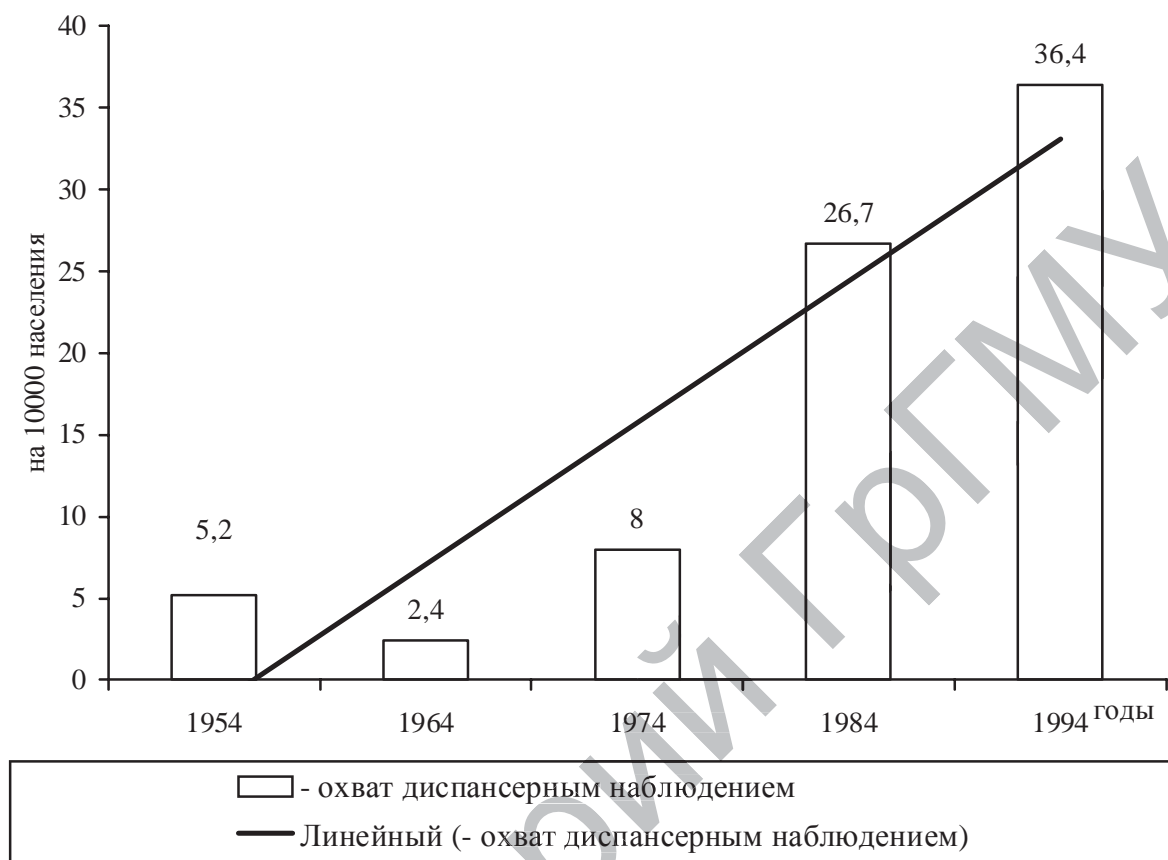


Рисунок 6.2 – Охват диспансерным наблюдением пациенток с ХРС в 1954-1994 гг.

Несмотря на то, что с 1959 г. лечение трихомониаза во многих странах мира начало осуществляться при помощи метронидазола, ведущий специалист в СССР профессор Е.П. Майзель в 1965 г. отмечал, что в нашей стране «специфических средств лечения трихомониаза пока не существует» [125]. Используемые же методы терапии трихомонадного вагинита включали применение, керосина, осарсола, синтомицина, стрептоцида, буры, борной кислоты, гипертонического раствора, детского мыла, фитонцидов [98].

Следует также отметить, что переход на схемы лечения метронидазолом в нашей стране, осуществленный к началу 1970-х гг., позволил достичь в лечении трихомониаза только ограниченных успехов в связи с его широкой доступностью в последующий период в аптечной сети для населения,

бесконтрольным применением без клинических показаний и формированием медикаментозной устойчивости к данному типу терапии. Так, первые случаи резистентности *Trichomonas vaginalis* к метронидазолу были зарегистрированы в мире еще в 1962 г. По данным Центров по контролю за заболеваниями (CDC, США), в 1989 г. до 5% всех клинических изолятов *Trichomonas vaginalis* в той или иной степени обладали устойчивостью к данному препарату. На протяжении последующих лет уровень устойчивости отдельных штаммов *Trichomonas vaginalis* к действию метронидазола неуклонно повышался [20], что не позволяло обеспечить надлежащий уровень излеченности и сопровождалось в дальнейшем у таких пациенток развитием осложнений беременности и родов.

До середины 1970-х гг. терапию цервицита и эрозии шейки матки рекомендовалось проводить «тщательным вымыванием из цервикального канала выделений 2%-ным раствором соды. Затем после высушивания канала в него вводится палочка с ватой, обильно смоченной насыщенным раствором $KMnO_4$. По окончании этой процедуры вводится тампон. Процедуры проводятся через день до 10-12 раз» [81].

Лечение метроэндометрита включало «в первой фазе – устранение застоев в тазовых органах, гинекологический массаж, ионофорез $CaCl_2$, тампоны. Во время менструаций инъекции маммофизина, прегнантола или назначение кровоостанавливающих препаратов внутрь. Во второй фазе – горячие души, солено-хвойные ванны, диатермия, грязевое лечение» [81].

При обострениях хронического сальпингоофорита было «показано назначение аутогемотерапии по 10 мл и внутривенных вливаний 10%-ного хлористого кальция по 5-10 мл с чередованием (один день – аутогемотерапия, второй день – кальций) – по 8-10 раз каждой процедуры». При ремиссии воспалительного процесса весьма эффективным представлялось применение тканевой терапии по следующей методике: «из плаценты, полученной после нормальных родов, вырезаются участки величиной в 5-6 см² и подвергаются автоклавированию. Автоклавированные части режутся на кусочки величиной в

0,5x1x1 см и подсаживаются в клетчатку под молочную железу или на брюшную стенку» [81].

Доказанная роль инфекционных агентов в этиологии ВЗЖПО и их осложнений обусловила с середины 1960-х г. необходимость проведения АБТ. Выбор препаратов зависил, с одной стороны, от спектра выявленных патогенов, участвовавших в развитии воспалительных заболеваний, с другой – от степени резистентности к различным антимикробным средствам, развивавшейся по мере их широкого и, зачастую, бесконтрольного применения пациентками.

В то же время распространенные ошибки в АБТ вследствие достигнутого в рассматриваемый период уровня развития медицинской науки и практики (не в полной мере учитывались особенности микробиологического спектра патогенов при ВЗЖПО, их чувствительность и резистентность к антибиотикам, не использовались адекватные дозы, пути введения, длительность лечения и кратность приема) приводили к сохранению возбудителей в очаге воспаления, трубно-перитонеальному бесплодию, рецидивирующему или осложненному течению инфекции, что, в свою очередь, в значительной мере определяло потребность пациенток в оказании экстренных видов медицинской помощи и, соответственно, уровень госпитализации.

Так, в случае запоздалой или неадекватной терапии острые гнойные сальпингиты либо осложнялись пельвиоперитонитами с частичным отграничением гнойного экссудата в маточно-прямокишечном углублении (абсцесс дугласова пространства), либо переходили в хроническую форму – пиосальпинкс.

В дальнейшем гнойный процесс шел по пути дальнейших развитий осложнений: образования генитальных свищей, микроперфораций абсцессов в брюшную полость с формированием межкишечных и поддиафрагмальных абсцессов, гнойно-инфильтративного оментитов. Конечным исходом тяжелых осложнений гнойного процесса являлись перитонит и сепсис.

Так, 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 (рисунок 6.3).

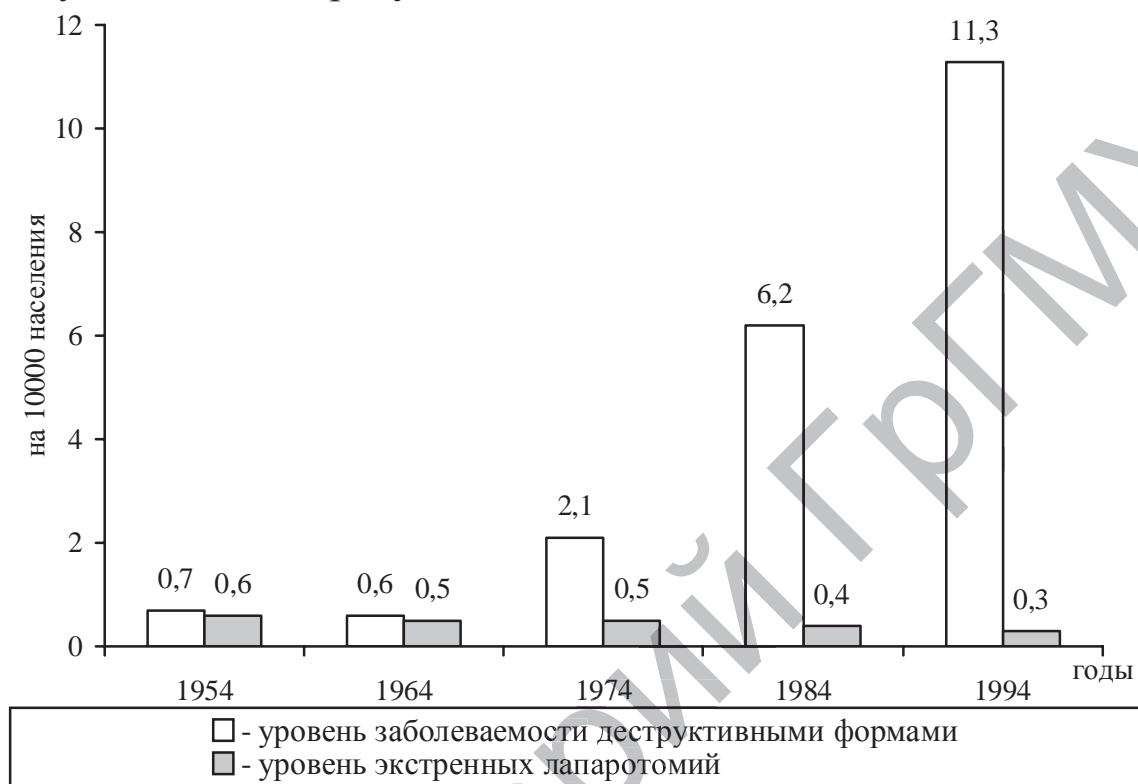


Рисунок 6.3 – Уровни общей заболеваемости деструктивными формами ХРС и экстренных лапаротомий в 1954-1994 гг.

Причем, значительное большинство экстренных лапаротомий были выполнены у пациенток с угрожающими жизни состояниями: при развитии гнойного перитонита или сепсиса после генерализации процесса – $82,61 \pm 3,73\%$ в 1954-1994 гг. При этом при низкой послеоперационной летальности (0,03-0,2%) и небольшом числе случаев первичной инвалидности (за 40 лет – одиннадцать) у значительного большинства женщин исходом заболевания являлось последующее полное или частичное ограничение выполнения репродуктивной функции в результате экстирпации или ампутации матки, а также односторонней или двусторонней тубэктомии.

О существенных недостатках в диспансеризации свидетельствует и сокращение количества посещений врачей

по поводу ВЗЖПО: в 1954-1964 гг. темп убыли составил - 153,1% (рисунок 6.4).

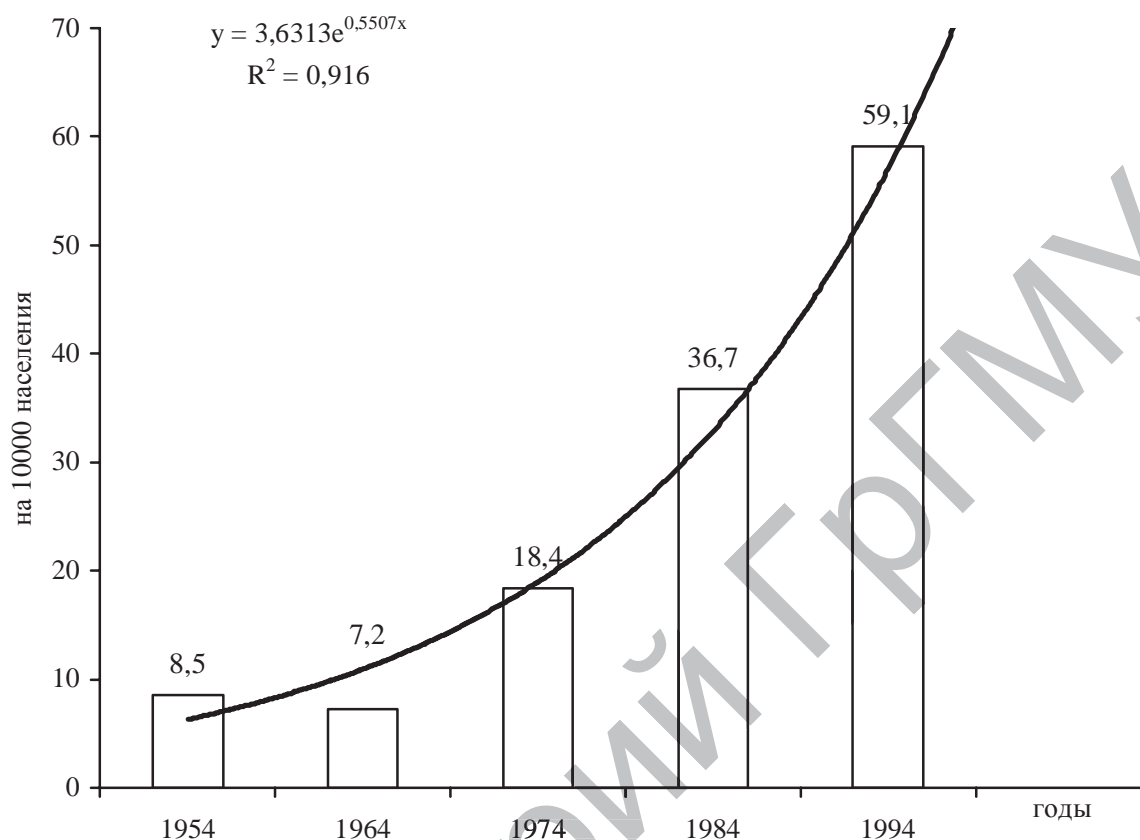


Рисунок 6.4 – Динамика частоты первичных посещений врачей по поводу ВЗЖПО в 1954-1994 гг.

Большинство пациенток с ВЗОМТ могли получать медицинскую помощь в амбулаторных условиях, поскольку примерно в 60% случаев наблюдалось субклиническое течение заболевания, в 36% – легкое или среднетяжелое и лишь в 4% – тяжелое.

В связи с этим, реализация положений, 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» позволили обеспечить более

активное внедрение диспансерного метода в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывавших акушерско-гинекологическую помощь, о чем свидетельствует динамика их посещений пациентками. Причем, наиболее высокие темпы роста показателя зарегистрированы в 1964-1974 гг., составившие 289,4% (рисунок 6.5).

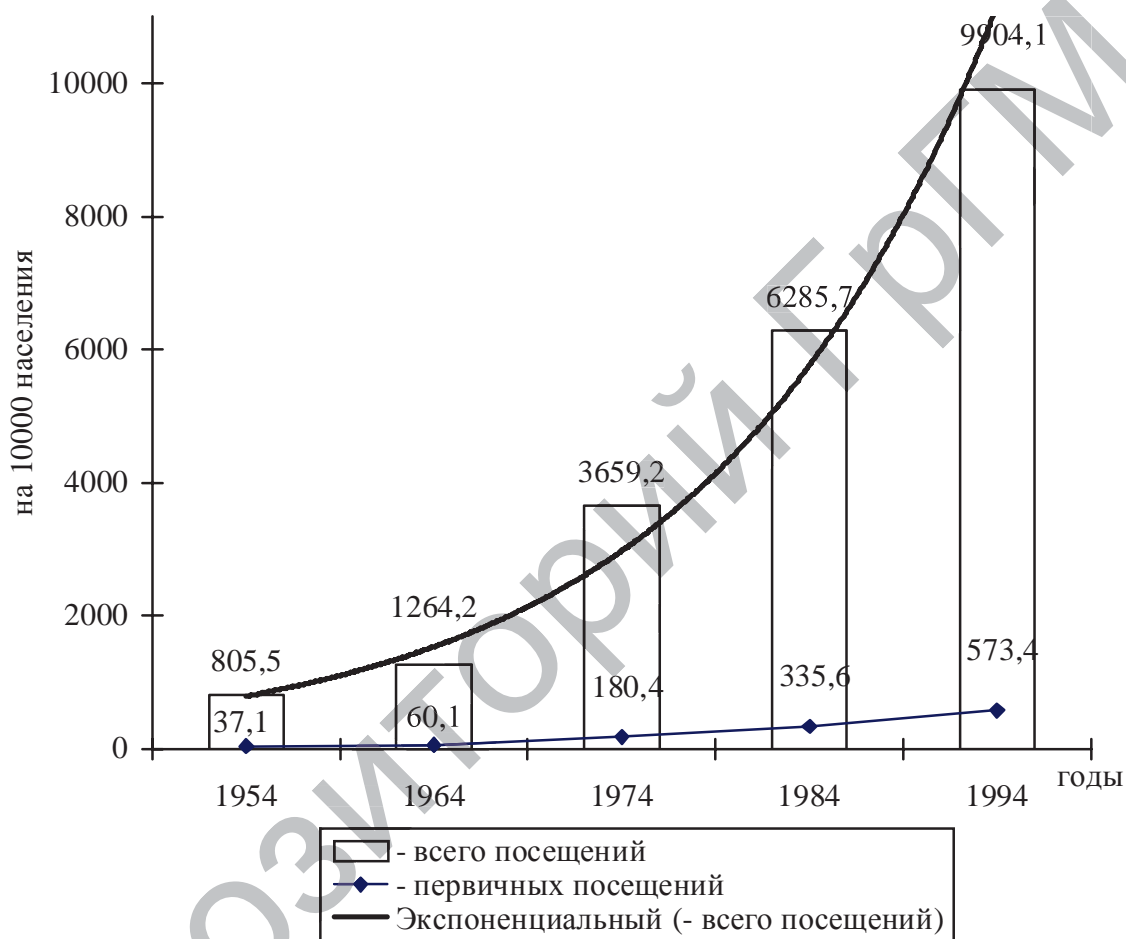


Рисунок 6.5 – Динамика частоты посещений ЖК в 1954-1994 гг.

Следует отметить, что темпы роста показателя первичных посещений ЖК были еще более высокими, и в рассматриваемый период составили 300%.

Тем не менее, даже к 1994 г. диспансерным наблюдением не удалось охватить даже 80% пациенток с ВЗЖПО.

6.2 Эффективность диспансерного наблюдения пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов

Установлено, что стремление достичь количественных показателей не всегда обеспечивало должный уровень эффективности диспансеризации ВЗЖПО, составивший к середине 1970-х гг. только 26,4%.

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 10000 населения (рисунок 6.6).

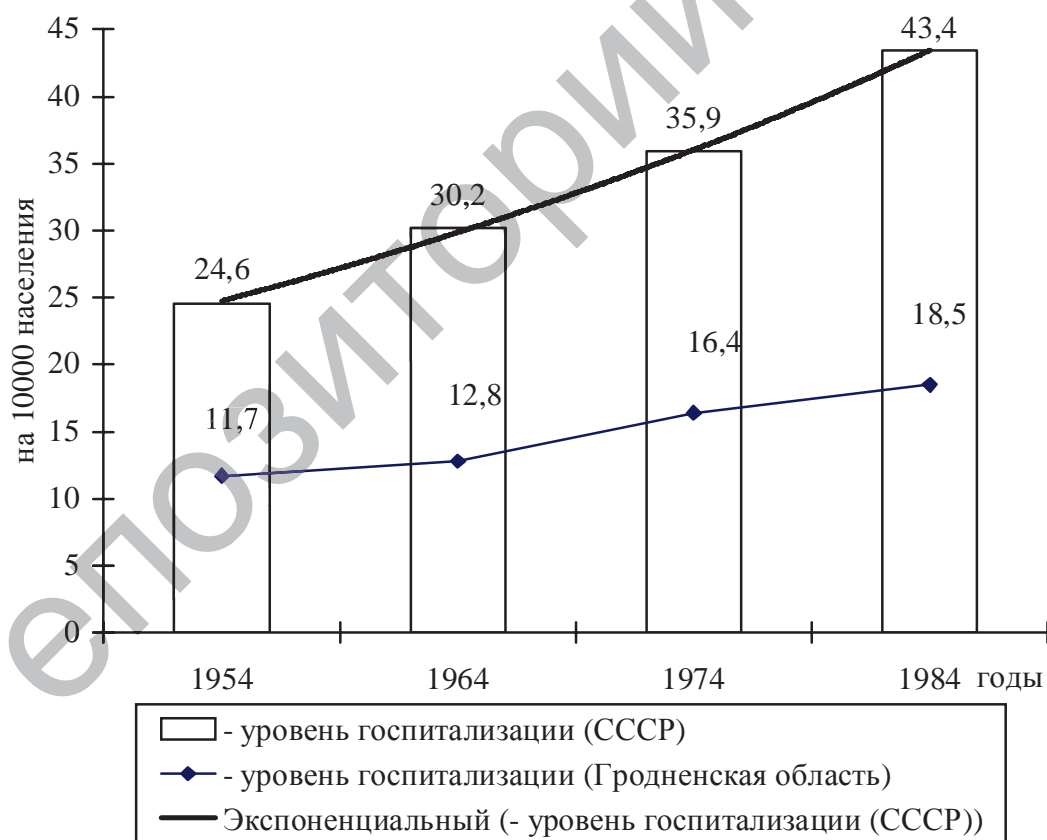


Рисунок 6.6 – Уровень госпитализации в гинекологические стационары (СССР и Гродненская область) в 1954-1984 гг. (на 10000 населения)

Средняя длительность госпитализации и средняя длительность случая временной нетрудоспособности в стационаре после операций на придатках матки составляла $15,82 \pm 1,79$ дня 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».

Так, парадоксален тот факт, что в 1964-1974 г. правильный диагноз гнойной инфекции гениталий устанавливался своевременно лишь не более чем в 30% случаев. Практически каждой второй пациентке перед госпитализацией проводилось необоснованно длительное и безуспешное амбулаторное лечение. Большинство женщин с гнойным поражением маточных труб и яичников поступали в стационар не ранее 5-7-х суток после появления первых клинических симптомов заболевания. Естественно, что столь поздняя госпитализация не может не отразиться на результатах лечения и перспективах сохранения репродуктивной функции.

О значительных недостатках в обследовании пациенток на уровне ПМП свидетельствует и тот факт, что до середины 1970-х гг. средняя длительность госпитализации и средняя продолжительность случая с временной утратой трудоспособности в стационаре при лечении пациенток с гнойными формами ХРС были весьма значительными: после экстирпации матки – $33,01 \pm 3,46$ дня и $32,92 \pm 3,16$ дня, соответственно, а после надвлагалищной ампутации матки – $21,63 \pm 2,18$ дня и $22,74 \pm 2,31$ дня, соответственно (рисунок 6.7).

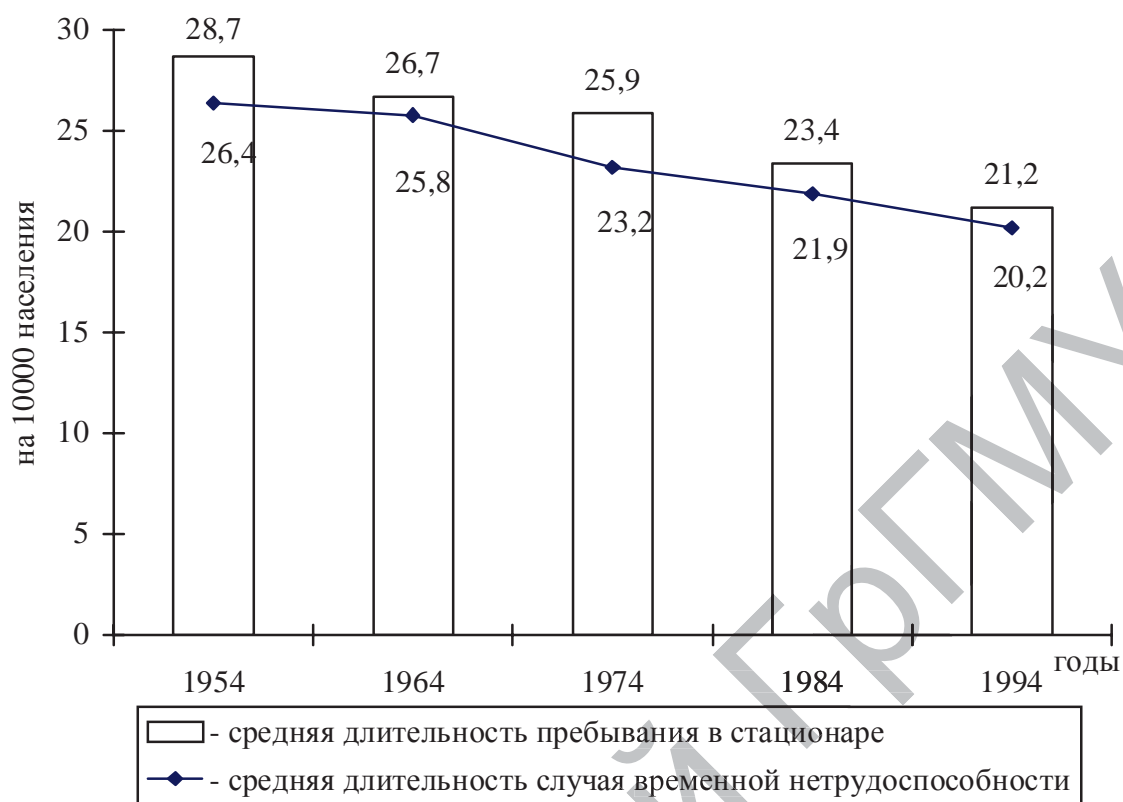


Рисунок 6.7 – Динамика средней длительности госпитализации и случая с временной утратой трудоспособности у пациенток с гнойными формами ХРС

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 дня в 1994 г. (более чем в 1,5 раза).

Используя метод экспертной оценки, нами проведено сравнительное изучение госпитализированной 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 в этот период 49,6%, в гинекологическом отделении Гродненского роддома удельный вес сельских жительниц составил только 8,0% из общего числа использованных пациенток (n=377). В Сморгонской ЦРБ (n=246) он оказался выше (32,9%), но также был значительно меньшим,

чем в структуре населения района. Причем, ситуацию еще более усугубляло отсутствие системы разноуровневого оказания медицинской помощи, так как гинекологическое отделение Гродненского роддома не исполняло функцию областного учреждения АГС.

Как указывалось в приказе МЗ СССР от 23.09.1981 г. №1000, «одним из главных недостатков в работе поликлиник» является «недостаточная преемственность» при обследовании и лечении пациенток, о чем свидетельствует высокая доля поступивших для дообследования в Гродненский роддом и Сморгонскую ЦРБ: 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 поступили несвоеременно 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 (рисунок 6.8), причем, в Сморгонской ЦРБ их доля составила 68,3%, более чем в 4 раза превышая удельный вес женщин, поступивших по поводу НБ – второй по частоте группе пациенток.

Анализ возрастного состава показал, что в обоих гинекологических стационарах преобладали пациентки молодого репродуктивного возраста (23-28 лет): соответственно, 48,1% и 54,2%. Второе рейтинговое место заняли пациентки в возрасте 29-39 лет: 28,3% и 33,3%, третье – пациентки в возрасте 18-22 лет: 14,2% и 8,3%. Кроме того, в Гродненском роддоме 7,5% составили пациентки в возрасте 40-49 лет (Сморгонская ЦРБ – 3,6%) и лишь незначительную долю (1,9%) – пациентки 50 лет и старше (Сморгонская ЦРБ – 0,6%).

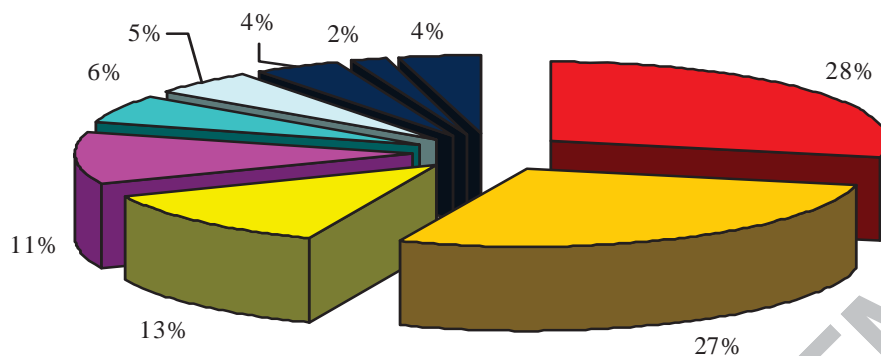


Рисунок 6.8 – Структура госпитализированных пациенток в гинекологическое отделение Гродненского роддома [148]

Среди госпитализированных в обоих стационарах большинство составляли женщины с обострением ХРС, доля которых превышала 60% (рисунок 6.9).

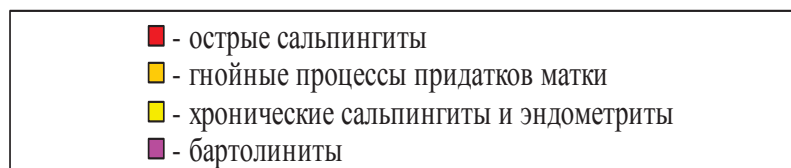
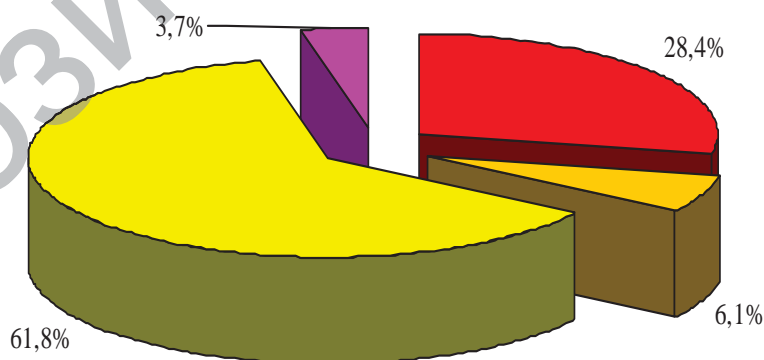


Рисунок 6.9 – Нозологическая структура пациенток с ВЗЖПО в гинекологическом отделении Гродненского роддома [148]

Однако в гинекологическом отделении Гродненского роддома существенно большим был удельный вес пациенток с тяжелым течением заболевания.

Установлено, что у пациенток с ВЗЖПО, большинство из которых составляли женщины молодого репродуктивного возраста, дефекты в обследовании на уровне ПМП еще более усугублялись отрицательными отклонениями в организации лечебно-диагностических мероприятий в стационарных условиях. Так, существовал значительный резерв для сокращения сроков обследования, диагностического и предоперационного периода. В Гродненском роддоме и Сморгонской ЦРБ 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 Гродненском роддоме в 4,2% случаев назначенные консультации вообще не были проведены. Имелся резерв и для проведения комплексного лечения не только основного заболевания, но и сопутствующей патологии: соответственно, 35,3% и 41,5%. Врачами Гродненского роддома в 6,9% зарегистрировано расхождение клинического диагноза и диагноза при направлении.

Характерными были и различия в оказании оперативного пособия, определявшиеся отсутствием категорированных специалистов в Сморгонской ЦРБ, что резко ограничивало возможности планового оперативного лечения нуждающихся контингентов пациенток (таблица 6.1).

Недостаточная оперативная активность врачей гинекологического отделения Сморгонской ЦРБ и отрицательные отклонения в организации лечебно-диагностического процесса ограничивали доступность медицинской помощи для пациенток с ВЗЖПО, снижали ее качество и делали ее более финансово затратной за счет удлинения сроков стационарного лечения и длительности сроков временной нетрудоспособности.

Таблица 6.1 – Показатели оперативной активности гинекологических стационаров Гродненского роддома и Сморгонской ЦРБ в 1983 г.

Показатели	Гродненский роддом	Сморгонская ЦРБ	p
Всего лапаротомий	158	34	-
в том числе пациенткам с ВЗЖПО	7	6	-
Плановые	143	24	-
в том числе с ВЗЖПО	0	0	-
Показатель оперативной активности	41,9%	13,8%	<0,05
в том числе при ВЗЖПО	6,5%	3,6%	<0,05
Средняя длительность случая госпитализации при оперативном лечении (в днях),	24,76±3,48	28,74±4,63	<0,05
в том числе с ВЗЖПО (в днях)	27,49±3,51	29,63±4,32	-
Средняя длительность случая с временной утратой трудоспособности при оперативном лечении (в днях),	21,46±2,37	25,54±3,42	<0,05
в том числе с ВЗЖПО (в днях)	23,51±3,13	23,78±2,87	<0,05

Так, более трети (37,5%) пациенток Сморгонской ЦРБ находились на стационарном лечении более 14 суток (Гродненский роддом – 23,6%). Причем, максимальные сроки средней длительности пребывания на койке выявлены при развитии деструктивных форм ХРС, составившие 37,29±3,37 суток (Гродненский роддом – 27,42±2,28 суток), значительно превышая минимальную среднюю длительность пребывания в стационаре больных с обострением ХРС – 16,29±1,26, t=4,31. Таким образом, резервами повышения качества медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО и эффективного использования коечного фонда являлись: создание системы разноуровневой госпитализации с разработкой соответствующих показаний, обеспечение преемственности между уровнем ПМП и стационаром, сокращение сроков диагностического и предоперационного периода, своевременное обследование и

лечение не только основного, но и сопутствующего заболевания.

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 ЖК», 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 ВЗЖПО, а диспансерные группы не охватывали НИВЗ, ВК и ИППП. Кроме того, в связи с отсутствием разноуровневой системы госпитализации и соответствующих показаний значительное большинство пациенток с ВЗЖПО лечились амбулаторно (при этом листки временной нетрудоспособности не выдавались, а ее анализ по отчетной форме №16 не учитывал этиологического фактора заболеваемости), не проводилось систематическое прегравидарное оздоровление женщин, не осуществлялось взаимодействие АГС со смежными службами по выявлению и санации ЭПП.

В середине 1989-х гг. во исполнение приказа МЗ СССР от 31.07.1985 г. №1026, утвердившего «Временное положение о порядке проведения ежегодной диспансеризации всего населения», и приказа МЗ СССР от 30.05.1986 г. №770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» была начата работа по всеобщей диспансеризации населения, основной целью которой являлось осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение заболеваемости, увеличение активного творческого долголетия.

Диспансеризация включала:

- ежегодный медицинский осмотр всего населения с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики;

- выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- выявление заболеваний в ранних стадиях;
- определение и индивидуальную оценку состояния здоровья;
- разработку и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Диспансеризацию городского населения осуществляли: территориальные поликлиники и амбулатории, медико-санитарные части, ведомственные поликлиники. Организационное обеспечение и учет диспансеризации всего населения возлагалось на отделения профилактики (для взрослых); педиатрические, дошкольно-школьные отделения. Доврачебное обследование могло проводиться медицинским персоналом здравпунктов. Для проведения диспансеризации и дообследования использовались также диспансеры, стационары больниц и другие ОЗ.

Для обеспечения всеобщей диспансеризации сельского населения предусматривалось задействовать участковые больницы и амбулатории, поликлиники (амбулатории) ЦРБ.

ЦРБ должны были осуществлять организационно-методическое руководство диспансеризацией, направлять специалистов в сельские и другие населенные пункты районов для осуществления этой работы. Для проведения диспансеризации также использовались больницы, диспансеры, другие учреждения здравоохранения районов.

В ходе проведения диспансеризации населения предусматривалось:

- постоянное повышение уровня и качества ежегодных осмотров и диспансерного наблюдения с проведением необходимого объема исследований;
- совершенствование технического обеспечения проведения ежегодных осмотров и динамического наблюдения за здоровьем всего населения с использованием автоматизированных систем;
- обеспечение необходимого учета проведенных

обследований и оздоровительных мероприятий на каждого человека.

При ежегодных осмотрах взрослого населения предусматривался следующий обязательный набор обследований:

- сбор анамнестических данных по специально разработанной анкете;
- антропометрические измерения (рост, масса тела);
- измерение артериального давления;
- гинекологический осмотр женщин со взятием мазка для цитологического исследования (с 18 лет), у девушек с 15 лет – пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);
- определение остроты зрения;
- определение остроты слуха;
- туберкулиновые пробы подросткам (15 – 17 лет);
- анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов; сахара – по показаниям);
- исследование мочи на белок;
- ЭКГ (с 15 лет – 1 раз в 3 года, с 40 лет – ежегодно);
- измерение внутриглазного давления (после 40 лет);
- флюорография (рентгенография) органов грудной клетки – ежегодно;
- женщинам – маммография (с 35 лет – 1 раз в 2 года);
- пальцевое исследование прямой кишки – с 30 лет;
- пневмотахометрия;
- осмотр врачом-терапевтом;
- осмотр врачами-специалистами других специальностей по показаниям.

Причем, ЖК должны были принимать обязательное участие в дообследовании женского населения, осуществлять диспансерное наблюдение за всеми выявленными больными по своему профилю, проводить необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия, оценивать качество диспансеризации, проводить санитарно-гигиеническую и воспитательную работу среди населения, осуществляют преемственность с территориальными лечебно-

профилактическими учреждениями путем направления извещений.

Кроме того, осмотры женского населения при проведении всеобщей диспансеризации осуществлялись акушерками смотровых кабинетов отделений профилактики ЦРБ.

Задачами кабинетов являлись: доврачебный опрос, осуществление профилактического осмотра женщин с 18 лет с целью раннего выявления гинекологических заболеваний, предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других видимых локализаций (кожи, губ, молочных желез), а также прямой кишки.

В соответствии с основными задачами смотровые кабинеты осуществляли сбор акушерско-гинекологического анамнеза, осмотр всех женщин с 18 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение, взятие мазков на атипичные клетки (у женщин с 18 лет), направление пациенток с выявленным заболеванием или подозрением на заболевание к врачу акушеру-гинекологу.

Тем не менее, несмотря на проведенный в рамках всеобщей диспансеризации населения комплекс мероприятий 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.

В 1994 г. в сравнении с 1984 г. зарегистрировано уменьшение (на 1000 пациенток с ВЗЖПО) «взятых под диспансерное наблюдение» – в 1,7 раза, «оздоровленных» – в 1,7 раза, «снятых с учета с выздоровлением» – в 1,5 раза и «состоящих на учете» – в 1,1 раза.

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 $18,43 \pm 1,98\%$ – по контрацепции. В структуре диспансеризируемой гинекологической патологии в 1994 г. доля ВЗЖПО составила почти 50% (рисунок 6.10).

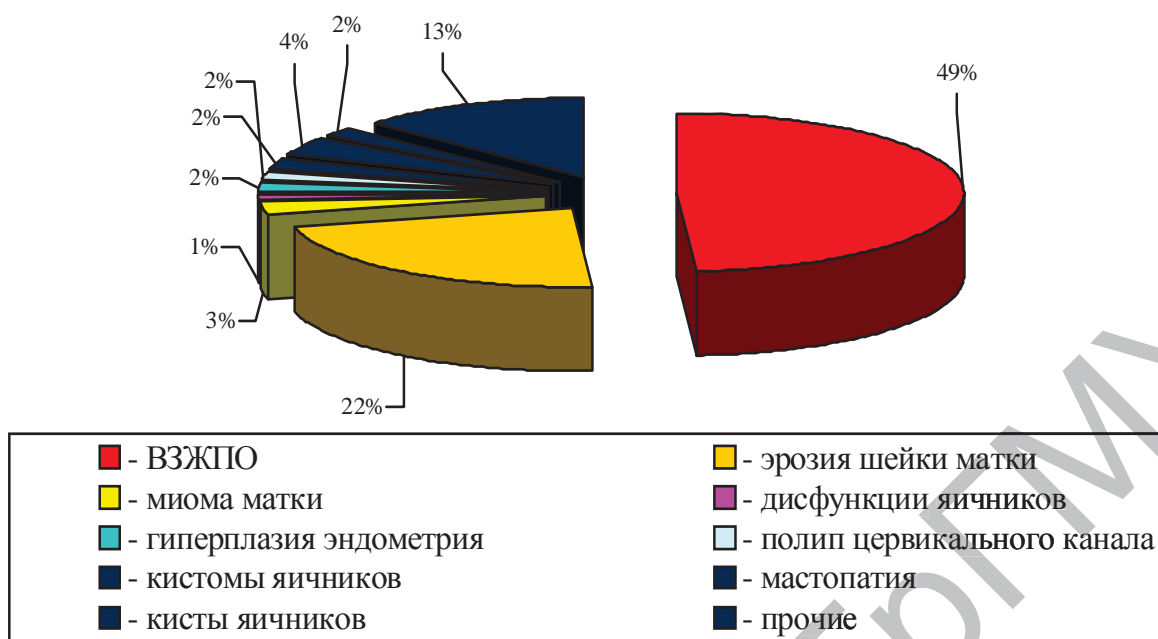


Рисунок 6.10 – Структура диспансеризируемой гинекологической патологии в 1994 г. [148]

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 трихомониаз, $12,38 \pm 2,25\%$ – на гарднереллез (БВ). Более половины состоявших под диспансерным наблюдением составили пациентки с уреа- и микоплазменной инфекцией. Было 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 (без учета этиологического фактора) и эктропион. Цервициты (без учета инфекта) занимали $7,23 \pm 1,18\%$, на цервикальную интраэпителиальную

неоплазию приходилось $4,7 \pm 1,13\%$, на лейкоплакию – $3,6 \pm 0,94\%$.

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 (таблица 6.2).

Таблица 6.2 – Уровень госпитализации в гинекологические стационары Гродненской области в 1985–1994 гг. (на 1000 населения)

Учреждение	M±m		p	Темп прироста
	1985-1989	1990-1994		
Берестовицкая ЦРБ	11,1±0,4	13,4±0,2	<0,05	21,3
Волковысская ЦРБ	19,8±0,8	20,1±1,5	-	1,4
Вороновская ЦРБ	8,6±0,3	10,8±1,1	-	25,6
Дятловская ЦРБ	21,8±0,7	23,0±0,8	-	5,4
Зельвенская ЦРБ	16,8±0,8	17,8±1,0	-	6,0
Ивьевская ЦРБ	11,3±0,7	9,0±0,5	-	-20,5
Кореличская ЦРБ	20,2±1,5	18,9±0,4	-	-6,4
Лидская ЦРБ	14,1±0,2	14,8±0,7	-	5,1
Мостовская ЦРБ	23,8±4,1	26,4±1,4	-	10,9
Новогрудская ЦРБ	25,7±0,8	26,6±1,6	-	3,3
Островецкая ЦРБ	33,7±2,9	41,0±6,9	-	21,5
Ошмянская ЦРБ	16,7±0,2	20,4±1,3	<0,05	44,1
Свислочская ЦРБ	9,8±0,7	14,1±1,0	<0,05	23,8
Скидельская больница	20,6±0,8	24,0±1,5	<0,05	26,8
Слонимская ЦРБ	21,4±2,8	16,3±0,3	-	-23,8
Сморгонская ЦРБ	20,2±1,3	18,2±0,5	-	-9,8
Сопотчинская больница	18,9±0,8	19,2±1,3	-	1,3
Щучинская ЦРБ	55,3±3,5	47,8±0,9	-	-13,7
Гродненский роддом	33,6±2,8	40,2±6,7	<0,05	22,1
Больница скорой медицинской помощи	-	21,1±0,4	-	-
Медсанчасть «Азот»	-	22,4±0,6	-	-
Всего	21,2±0,9	22,2±0,8	-	2,1

Это приводило к перегрузке коечного фонда и в связи с отсутствием разноуровневой системы госпитализации ограничивало доступность медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО, проживавшим в районах области.

Репозиторий ГРГМУ

ГЛАВА 7

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

7.1 Артифициальные аборты как выраженный фактор «риска» возникновения воспалительных заболеваний половых органов

Проведенное изучение причин первичного обращения в ЖК позволило установить, что в 1944-1994 гг. искусственное прерывание беременности являлось одним из ведущих медико-социальных факторов «риска» возникновения ВЗЖПО.

Так, $10,37 \pm 2,42\%$ женщин, у которых были впоследствии выявлены ВЗЖПО, обратились впервые в ЖК за получением направления на артифициальный аборт, выполнение которых Постановлением ЦИК и СНК «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах» было законодательно ограничено еще в 1936 г. (рисунок 7.1).

Так, пункт 140 Кодекса законов о браке, семье и опеке, измененный в соответствии с данным Постановлением ЦИК и СНК, гласил:

«Производство абортов в больнице или родильном доме, кроме случаев, когда продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжелым ущербом здоровью беременной женщины, а равно при наличии передающихся по наследству тяжелых заболеваний родителей, – влечет для производящего аборт врача тюремное заключение на срок от одного года до двух лет.

Производство абортов вне больниц или родильных домов, во всех случаях, влечет для производящего аборт врача то же наказание.

Производство абортов в антисанитарной обстановке или лицами, не имеющими специального медицинского

образования, влечет тюремное заключение на срок не ниже трех лет.

Понуждение женщины к производству аборта влечет тюремное заключение на срок до двух лет.

Производство аборта, кроме случаев, когда это разрешается законом, влечет для самой беременной женщины в первый раз – общественное порицание, а при повторном нарушении – штраф до 300 рублей».

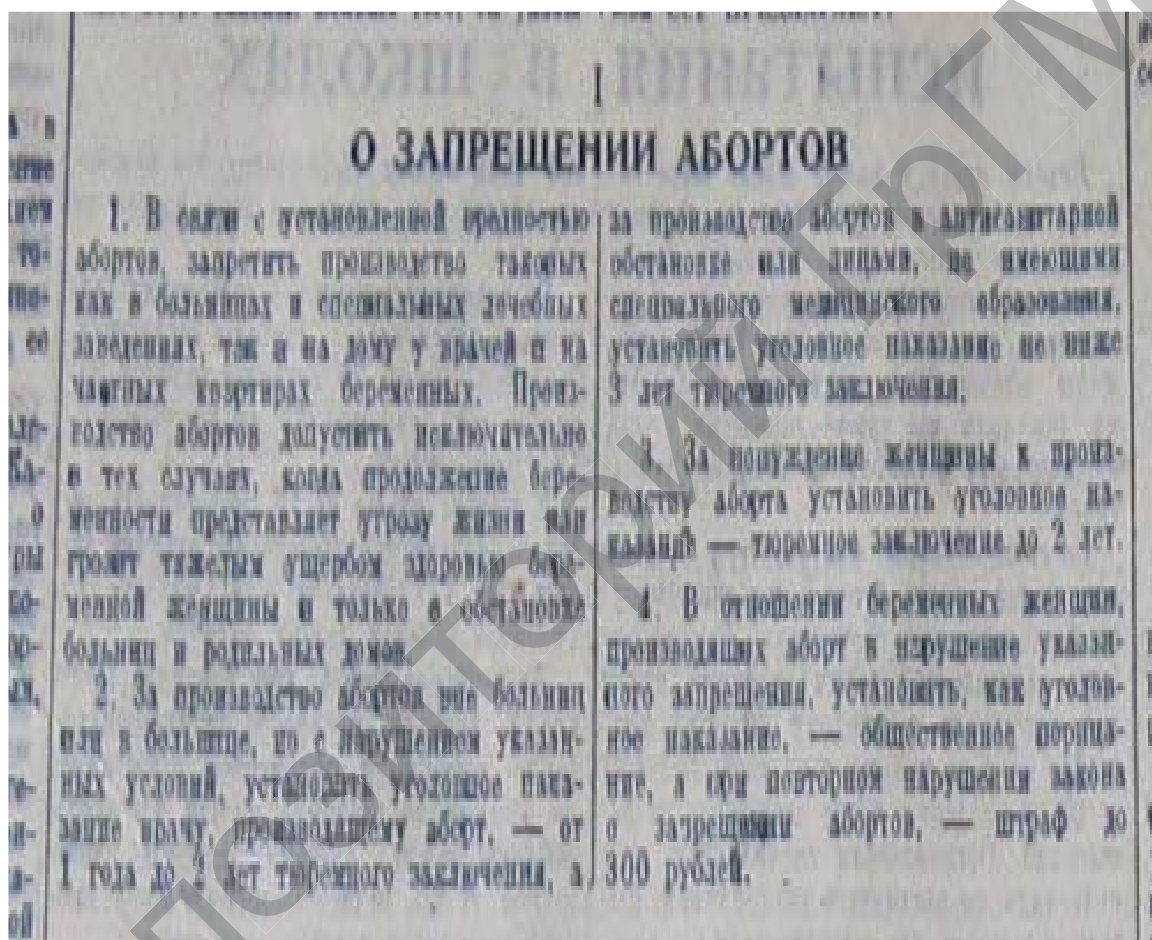


Рисунок 7.1 – Текст Постановления ЦИК и СНК (газета «Правда», 26.05.1936 г.)

Тем не менее, несмотря на существовавшие ограничения, в послевоенный период количество аборт в Гродненской области, выполненных как в ОЗ, так и вне учреждений АГС было весьма значительным. Так, в 1946 г. в регионе (в существовавших в этот период административных границах) было зарегистрировано 1626 аборт (таблица 7.1).

Таблица 7.1 – Сведения о количестве аборт в Гродненской области в 1946 году

Наименование районов	Число абортов всего	В том числе		Передано дел в прокуратуру
		По разрешению врачебной комиссии	вне ОЗ	
г. Гродно	699	84	615	174
Гродненский	12	-	12	9
Волковысский	336	27	309	15
Лидский	209	5	204	4
Щучинский	143	22	121	121
Скидельский	47	2	45	5
Мостовский	33	-	33	2
Желудокский	51	7	44	22
Вороновский	9	-	9	7
Зельвенский	19	1	18	1
Свислочский	24	-	24	14
Берестовицкий	34	-	34	15
Порозовский	5	-	5	5
Радуньский	5	-	5	2
Всего	1626	148	1478	396

Женщины, принявшие решение о прерывании беременности, направлялись на врачебные комиссии, которые функционировали при родовспомогательных учреждениях, для получения разрешения на проведение искусственных абортов, доля которых, однако, была весьма незначительной (рисунок 7.2).

42) Сведения о Новорожденным.
 Родилось первыми всего - 220
 в том числе преждевременно родившихся 17
 Родилось первыми - 5 / перфорация матки
 умерло в родильном отделении всего
 в том числе недоносов - 3
 Сделано детям прививок [по Колюштану] (ТБ и др.) - всего -

5. Сведения об абортате
 число абортов произведенное на основании актов врачей
 казими по разрешению абортов (по показаниям) 3
 Число абортов, начатые и начавшиеся вне лечебного учреждения
 в том числе абортов в отношении которых установлено
 они начаты и осуществлены криминальные 99.
 Передано дел. прокурору. Передано 25
 Число проведенных койко дней по поводу аборта 615
 умерло после абортов - 1.
 а произведенное по показаниям —
 б) Начавшиеся вне лечебного учреждения 1

Глав - врач. Козышанка

ор. 15 от 1 ЯЗЛ 42

Рисунок 7.2 – Отчет о количестве абортов в Новорудском районе в 1946 году

Следует отметить, что, несмотря на действующие нормы запретительного характера, на протяжении 1940-1950 гг. в Гродненской области количество как искусственных

(«разрешенных») аборт, так и внебольничных и «криминальных» прерываний беременности постоянно увеличивалось (таблица 7.2).

Таблица 7.2 – Работа абортной комиссии в 1953 г.

Число беременных, направленных во врачебную комиссию по разрешению аборта	Из них			Из числа получивших отказ		
	Получили разрешение на аборт	В т.ч. со сроками беременности свыше 12 недель	Получили отказ	Родили	Прервали беременность	Сохраняют беременность
214	161	16	53	14	25	14

Так, в 1953 г. по области было зарегистрировано 3943 внебольничных аборта, в том числе – 350 криминальных абортов (8,8% к общему числу внебольничных абортов) (таблица 7.3).

Таблица 7.3 – Количество абортов в Гродненской области в 1953 г.

Аборты	Город	Село
Искусственные по медицинским показаниям	642	57
Внебольничные самопроизвольных	366	44
Внебольничные не установленного характера	3059	124
Искусственные криминальных	314	36

Все материалы по случаям криминальных абортов из ОЗ передавались в органы прокуратуры для расследования и привлечения виновных к уголовной ответственности [93].

Однако даже, несмотря на издание приказов МЗ СССР от 30.06.1950 г. №543 «Мероприятия по снижению абортов в СССР» и от 11.11.1952 г. №1015 «О серьезных нарушениях акушерско-гинекологическими учреждениями проведения борьбы с преступными абортами», а также принятие Указа Президиума Верховного Совета СССР от 05.08.1954 г. предусматривавшего

прекращение уголовного преследования женщин за выполнение аборт, но сохранявшего «уголовную ответственность лиц, производящих незаконные аборты, и лиц, понуждающих женщин к производству аборта», рост числа внебольничных прерываний беременности в регионе продолжался.

Не позволило стабилизировать ситуацию и принятие Указа Президиума Верховного Совета СССР от 23.11.1955 г., которым женщинам было предоставлено право принятия самостоятельного решения об искусственном прерывании беременности в сроки до 12 недель. В этом документе, в частности, отмечалось, что «проводимые Советским государством мероприятия по поощрению материнства и охране детства и непрерывный рост сознательности и культурности женщин, активно участвующих во всех областях народнохозяйственной жизни страны, позволяют в настоящее время отказаться от запрещения абортов в законодательном порядке. Снижение числа абортов может быть впредь обеспечено путем дальнейшего расширения государственных мер поощрения материнства, а также мер воспитательного и разъяснительного характера. Отмена запрещения абортов также даст возможность устранить большой вред, причиняемый здоровью женщины абортами, производимыми вне лечебных учреждений и часто невежественными лицами».

Данный Указ допускал «производство операции искусственного прерывания беременности ... только в больницах и других лечебных учреждениях согласно инструкции Министра здравоохранения СССР», а также сохранял «установленную уголовную ответственность как врачей, так и лиц, не имеющих специального медицинского образования, производящих аборты вне больниц или других лечебных учреждений».

Однако в Гродненской области в рассматриваемый период предусмотренные данным Указом условия все еще отсутствовали. Так, например, из-за наличия очередей пациентки в гинекологические стационары госпитализировались для проведения абортов только через 5-6

недель со дня обращения вместо предусмотренных 10-ти дней. Причинами этого, являлись, во-первых, недостаток мест в гинекологических стационарах, во-вторых, недостаточная пропаганда средств контрацепции, в-третьих, неэффективность этих средств [14].

Более того, отмена запретов на выполнение абортов привела к резкому увеличению их распространенности, которая в 1954-1964 гг. увеличилась в 3,5 раза (рисунок 7.3). Причем, наиболее высоким был уровень аборт в г. Гродно, Лидском, Новогрудском и Вороновском районах, что свидетельствовало о серьезных недостатках в организации работы по формированию здорового образа жизни.

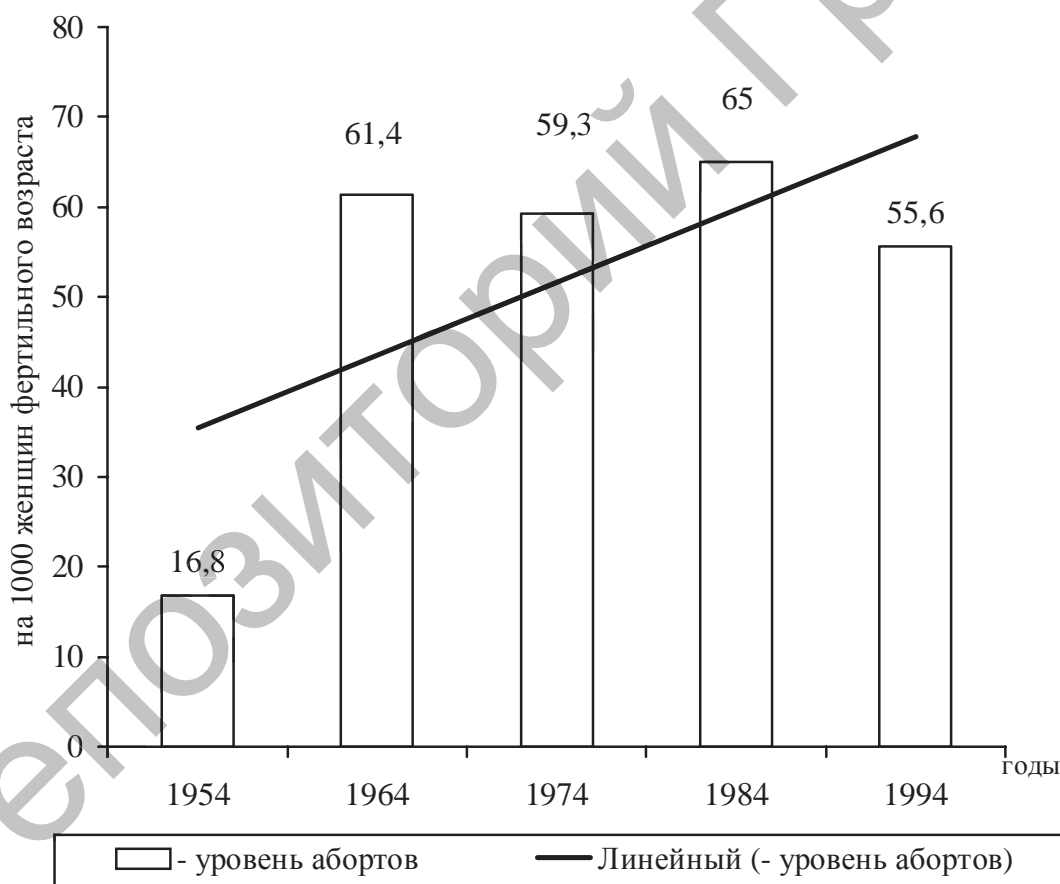


Рисунок 7.3 – Распространенность аборт в Гродненской области в 1954-1994 гг. (на 1000 женщин фертильного возраста) [148]

Основным методом производства аборт в 1954-1964 гг. было выскабливание полости матки (выраженный фактор «риска» развития эндометрита. Причем, в 1964 г. учреждениях

АГС имелись только 2 вакуум-аспиратора для выполнения операции аборта (Гродненский роддом и Свислочская ЦРБ). Выписка из стационара после выскабливания полости матки производилась в основном на 2-3 сутки, профилактическое лечение практически 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.

Как следует из данных, представленных на рисунке 7.4, в рассматриваемый период вследствие высокой частоты искусственных абортов, в том числе в 1954-1964 гг. – внебольничных и криминальных, а также несовершенства методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации острых форм патологии, уровень показателя общей заболеваемости ВЗЖПО достиг 71,2 на 10000 населения в 1994 г., причем, темпы прироста показателя были весьма значительными, превышая 25% в 1964-1984 гг.

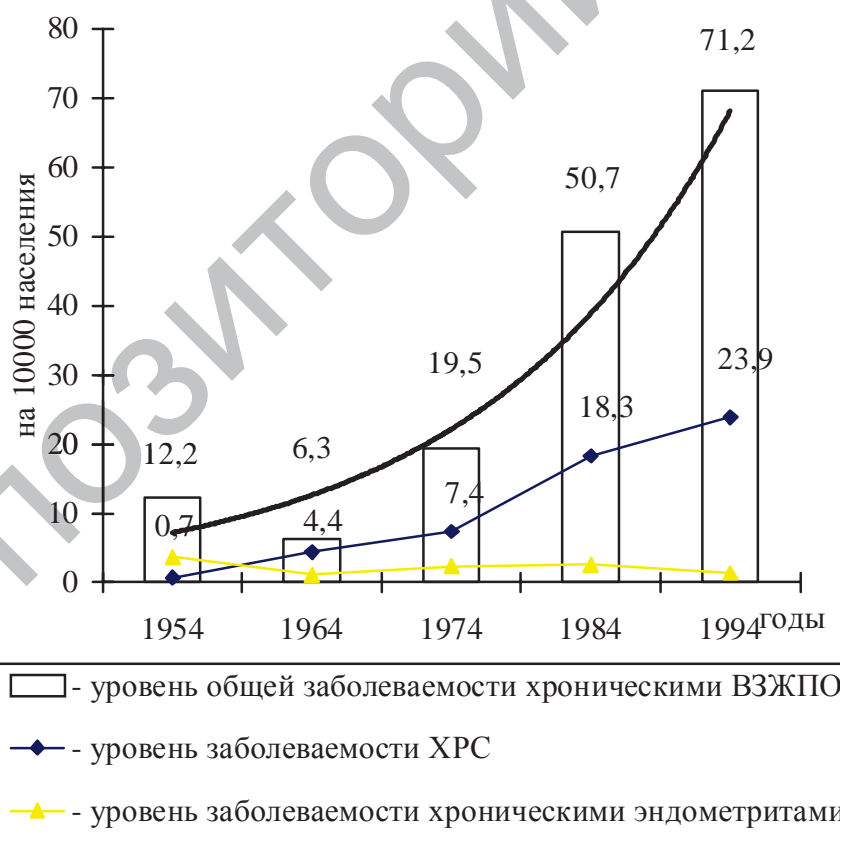


Рисунок 7.4 – Динамика общей заболеваемости ХРС и хроническими эндометритами в 1954–1994 гг.

Тем не менее, к середине 1970-х гг., несмотря высокий уровень распространенности аборт, в том числе внебольничных, удалось значительно уменьшить уровень первичной заболеваемости послеабортными метроэндометритами. Это стало следствием совершенствования методов лечения данной патологии, в первую очередь, применение более адекватной АБТ, что позволяло в значительном числе случаев сохранять репродуктивную функцию у пациенток, препятствовало формированию резистентных к антибиотикам форм микроорганизмов, снижало «риск» рецидивирующего течения заболеваний и оперативных вмешательств. Так, исследования, сравнивавшие ситуацию до появления антибиотиков и после, выявили лучшие исходы при использовании антибиотиков, особенно за счет показателя фертильности. Средняя частота наступления беременности после ВЗОМТ в доантибактериальную эру была более низкой, чем в период широкого использования антибиотиков (73%) [349]. Причем, показано, что фертильность возрастала при более раннем начале АБТ (в течение 48 ч от возникновения симптомов) [317]. Кроме того, совершенствование методов АБТ позволило добиться уменьшения смертности от сепсиса после абортов до единичных случаев (в 1973 г. в области был зарегистрирован 1 случай смерти после позднего самопроизвольного выкидыша в реанимационном отделении Гродненской областной клинической больницы от общего сепсиса, в 1974 году – 0).

Следует также отметить, что середины 1970-х гг. стали широко применяться РМЦ, что позволило до 1994 г. еще больше уменьшить количество послеабортных воспалительных осложнений.

7.2. Роль воспалительных заболеваний половых органов в генезе осложнений беременности и родов

ВЗЖПО на протяжении всего рассматриваемого периода играли важную роль в процессе репродукции и во-многом определяли исходы беременности. Однако изучение первичной обращаемости в ЖК по поводу ВЗЖПО в

рассматриваемый период позволило установить, что их роль в неблагоприятном исходе беременности и родов в значительной мере недооценивалась.

Так, на протяжении многих лет в медицинской науке и практике общепринятым было представление о том, что «сохраняющаяся беременность, благодаря значительному при этом кровенаполнению тазовых органов, часто приводит к излечению воспалительного процесса» [81], «негнойные хронические воспалительные процессы труб во время беременности обычно хорошо рассасываются ... под влиянием гиперемии тазовых органов, сопровождающей беременность. Однако на протяжении беременности, особенно первой ее половины, аднекситы и периаднекситы вызывают ноющие длительные боли внизу живота. В таких случаях назначают: согревающие компрессы (не грелки), хлористый кальций в клизмочках и в вену, аутогемотерапию или инъекции плацентарной крови, сульфамиды, пенициллин ... и обязательное ношение бандажа» [81].

Ситуацию усугубляла также низкая техническая оснащенность учреждений АГС, что на протяжении 1940-1980-х гг. не позволило расширить спектр выявленных возбудителей инфекционно-воспалительного процесса гениталий. Так, наиболее частым ВЗЖПО у беременных являлся ВК, его доля составила $45,67 \pm 5,19\%$, причем, первый эпизод ВК у $32,69 \pm 4,68\%$ женщин был выявлен именно во время беременности. Наибольшая частота поражения ВК зарегистрирована в третьем триместре ($69,23 \pm 5,26\%$) и у первородящих ($57,49 \pm 6,38\%$).

Вторыми по частоте встречаемости были НИЗВ – $43,12 \pm 3,71\%$. Доля специфических заболеваний (гонорея и трихомониаз) и БВ не превышала 2%. Следует, однако, отметить, что в 1954 г. доля гонорейных вагинитов у беременных составляла почти 5%.

Тем не менее, показатель заболеваемости угрозой прерывания беременности определялся высоким уровнем инфицированности нижних половых путей у беременных, что приводило к постоянному увеличению количества

самопроизвольных выкидышей: в 1964-1974 гг. и в 1974-1984 гг. темп роста и темп прироста показателя составляли 161% и 61% соответственно. Причем, в Гродненском, Новогрудском, Островецком и Щучинском районах темп роста и темп прироста значительно превышали среднеобластной показатель (таблица 7.4).

Таблица 7.4 – Доля самопроизвольных абортов от общего числа закончивших беременность в Гродненской области в 1954-1994 гг. (в %)

Районы	Аборты (% к закончившим беременность)				
	1954	1964	1974	1984	1994
Берестовицкий	5,5	0,3	2,1	3,6	3,3
Волковысский	10,5	4,5	5,2	4,2	4,2
Вороновский	18,5	4,5	1,1	1,8	2,5
Гродненский	6	2,6	5,3	4,8	3,9
Дятловский	7,1	6,5	7,8	2,0	0
Зельвенский	0,9	4,3	3,8	5,7	0,7
Ивьевский	3,6	0	3,8	3,7	1,6
Кореличский	21,2	4,0	3,0	5,2	5,1
Лидский	8,7	5,1	3,9	2,5	5,8
Мостовский	7,2	3,8	8,7	5,3	9,3
Новогрудский	25,4	4,9	6,1	8,1	7,5
Островецкий	23,3	2,8	3,7	4,1	0,3
Ошмянский	17,3	4,5	3,5	3,7	6,0
Свислочский	2,4	0,6	0,6	2,5	4,2
Слонимский	8,8	3,5	2,0	3,7	6,7
Сморгонский	7,8	5,1	0	3,6	0
Щучинский	25,2	4,1	5,5	5,5	4,0
ЖК №1 г.Гродно	0	0	0	0	6,0
ЖК №2 г.Гродно	0	0	0	0	6,5
ЖК №3 г.Гродно	0	0	0	0	5,7
ЖК №4 г.Гродно	0	0	0	0	6,7
ЖК №5 г.Гродно	0	0	0	0	4,0
ГКРД	13,5	2,7	1,6	2,8	0
Всего по области	11,8	4,3	3,5	3,6	4,6

В процессе исследований была выявлена выраженная прямая корреляционная связь между уровнем впервые

выявленных ВЗЖПО и количеством преждевременных родов [$r=0,7269$], доля которых в структуре родов по области в 1984 г. достигла максимального значения – $4,31\pm 0,37\%$ (наиболее высокий удельный вес регистрировался в Лидском – $5,74\pm 0,57\%$ и Кореличском районах – $5,3\pm 0,46\%$, а также г. Гродно – $5,23\pm 1,02\%$) (таблица 7.5).

Таблица 7.5 – Доля преждевременных родов в Гродненской области в 1954-1994 гг. (в %)

Районы	Преждевременные роды (% к закончившим беременность)				
	1954	1964	1974	1984	1994
Берестовицкий	1,3	1,9	2	1,8	1,1
Волковысский	3,3	3,4	3,6	3,7	3,7
Вороновский	3,3	3,5	3,1	3,4	2,6
Гродненский	5,9	6,5	4,3	2,4	0
Дятловский	3,8	3,5	3,1	3,5	3,6
Зельвенский	2,8	3	3,1	2,5	1,8
Ивьевский	3,8	4,2	1,1	3,5	4,6
Кореличский	3	0,3	5,1	5,3	2,8
Лидский	1	4	5,5	5,7	5
Мостовский	2,1	4,2	4	3,1	2,8
Новогрудский	1,1	4,1	4,9	4	5,1
Островецкий	4,5	4,7	2,9	2,8	4,4
Ошмянский	3,8	4,2	3,8	3	2,8
Свислочский	1,4	3,1	0,4	1,3	1,5
Слонимский	2,9	7,5	2,2	3,1	3,1
Сморгонский	3	3,9	3,5	4	3,6
Щучинский	1,5	6,5	3,1	3	1,8
Гродно	4,4	5	3,5	5,2	4,2
Всего по области	2,6	3,7	3,6	4,3	4,0

Учитывая неблагоприятную ситуацию, сложившуюся в области с НБ, в 1970-е гг. в роддомах г. Гродно, Слонима, Новогрудка, а также в Лидской, Волковысской, Сморгонской, Мостовской, Вороновской и Щучинской ЦРБ были выделены палаты или организованы отделения патологии беременности. В 13 ЖК области и ЖК №1 г. Гродно были организованы кабинеты (приемы) по профилактике НБ, на 01.01.1975 г. были

подготовлены 9 врачей по профилактике НБ. Тем не менее, все еще оставалось существенной проблемой недостаточная техническая оснащённость ЖК: в 1974 г. только 11 ЖК были оснащены кольпоскопами.

В 1974-1994 гг. доля пациенток с ВЗЖПО в структуре состоявших под диспансерным наблюдением во внебеременном состоянии пациенток в кабинетах по профилактике НБ увеличилась с 26,8% до 41,8% ($p < 0,05$), высокой была доля беременных, получавших противовоспалительное лечение – более 50% (таблица 7.6).

Таблица 7.6 – Диспансеризация в специализированных кабинетах по профилактике НБ в Гродненской области в 1974-1994 гг.

Показатели	1974		1984		1994	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Взято на учет вне беременности, в том числе по причинам:	481	100	529	100	543	100
- гормональная недостаточность	169	35,1	188	35,5	149	27,4
- истмико-цервикальная недостаточность	49	10,2	48	9,1	52	9,6
- пороки матки и синехии	8	1,7	4	0,8	3	0,6
- гипоплазия матки	31	6,4	10	1,9	19	3,5
- ЭГП	52	10,8	51	9,6	58	10,7
- резус-конфликт	43	8,9	25	4,7	35	6,4
- ВЗЖПО	129	26,8	203	38,4	227	41,8
Прошли лечение до наступления беременности	185	100	199	100	234	100
Сохраняли беременность в стационаре с привычным НБ	1326	100	1165	100	1387	100
Находились на диспансерном учете беременными	354	100	124	100	356	100
Прошли лечение всего, в том числе:	1014	100	1165	100	1567	100
- гормональное	443	43,7	425	36,5	589	37,6
- хирургическое	33	3,3	7	0,6	46	2,9
- противовоспалительное	538	53,0	733	62,9	932	59,5

В 1954-1994 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 таких пациенток, находившихся в активном репродуктивном возрасте ($27,52 \pm 1,43$ года) и пролеченных в гинекологическом отделении Гродненского роддома в 1983 г. ($n=374$).

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% ($p < 0,05$). Установлены прямые выраженные корреляционные связи между неблагоприятным исходом беременности и наличием у пациенток гормональнозависимых заболеваний половых органов [$r=0,7984$], а также наличием дисфункций щитовидной железы [$r=0,7639$].

Анализ становления менструальной функции выявил, что ее нарушения менструального цикла наблюдались 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.

Установлены прямые выраженные корреляционные связи между неблагоприятным исходом беременности и наличием у пациенток неблагоприятных исходов предыдущих беременностей: преждевременные роды – [$r=0,8936$] и самопроизвольные выкидыши – [$r=0,8672$]), искусственных абортов [$r=0,8724$], бесплодия [$r=0,8215$] [148].

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 была 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 [148].

При проведенном изучении заболеваемости беременных в Гродненской области в 1991-1995 гг. (в связи с переходом на новую форму регистрации) установлено, что показатель общей заболеваемости угрозой прерывания беременности составил $27,71 \pm 2,14\%$ (РБ – $57,7 \pm 2,46\%$) и все еще занимал второе рейтинговое место в общей структуре заболеваемости беременных в регионе.

ВЗЖПО имели особое значение и в генезе возникновения ВПР у плодов. Выявлена выраженная прямая корреляционная связь между уровнем впервые выявленных ВЗЖПО и выявляемостью ВПР у плодов [$r=0,7721$]. При исследовании динамического ряда показателя выявляемости ВПР в 1954-1994 гг. с шагом в 10 лет удалось установить, что показатель значительно увеличился (учитывая, что до начала 1980-х гг. пренатальная диагностика ВПР у плодов не проводилась, анализу были подвергнуты и случаи выявления ВПР также и в послеродовом периоде): в 1954-1964 гг. темп роста составил 144,4%. Впоследующие годы темпа роста несколько уменьшились, но и в 1984-1994 гг. все еще составляли 116,8%.

В связи с тем, что в Гродненской области только в 1991 г. был осуществлен переход на международные критерии живорождения, а также международную статистику перинатальной смертности, оценка перинатальных потерь в зависимости от наличия у пациенток ВЗЖПО проведена за период 1991-1995 гг.

Установлено, что за 5 анализируемых лет средний показатель заболеваемости новорожденных в Гродненской области составил $107,2 \pm 2,52\%$ (таблица 7.7).

В структуре заболеваемости первое место заняла внутриматочная гипоксия и асфиксия, показатель которой составил $39,6 \pm 1,59\%$, второе – ВПР – $19,1 \pm 1,11\%$, третье – синдром дыхательных расстройств (СДР) и другие респираторные расстройства – $7,9 \pm 0,72\%$.

Таблица 7.7 – Заболеваемость новорожденных в Гродненской области в 1991-1995 гг.

Заболело новорожденных	1991	1992	1993	1994	1995	$M \pm m$	Средне-годовой темп прироста (%)
1	2	3	4	5	6	7	8
ОРВИ	67	15	35	17	35	$2,2 \pm 0,38$	-9,5
	4	0,9	2,4	1,2	2,4		
Пневмония	21	3	5	6	5	$0,5 \pm 0,019$	-17,3
	1,3	0,2	0,3	0,4	0,30		
инфекции кожи подкожной клетчатки	15	17	6	10	6	$0,7 \pm 0,22$	-12,5
	0,9	1,1	0,4	0,7	0,4		
врожденные anomalies	390	303	248	253	248	$19,1 \pm 1,11$	-5,9
	23,6	18,9	17	18,6	17		
родовая травма	160	48	78	70	78	$5,7 \pm 0,62$	-8,7
	9,7	3,0	5,3	5,1	5,3		
в т.ч. внутричерепная родовая травма	15	24	9	22	9	$1,0 \pm 0,26$	-4,2
	0,9	1,5	0,6	1,6	0,6		
внутриматочная гипоксия и асфиксия	953	448	510	565	510	$39,6 \pm 1,59$	-6,5
	57,6	27,9	34,9	41,5	34,9		
СДР и другие респираторные расстройства	188	116	82	128	82	$7,9 \pm 0,72$	-8,8
	11,4	7,2	5,6	9,4	5,6		
врожденная пневмония	28	18	27	20	27	$1,6 \pm 0,32$	4,3
	1,7	1,1	1,8	1,5	1,8		

Окончание таблицы 7.7

1	2	3	4	5	6	7	8
инфекции, специфичные для перинатального периода	32	24	23	32	23	1,8± 0,34	1,8
	1,9	1,5	1,6	2,4	1,6		
Внутри- желудочковые кровоотечения	0	0	3	1	3	0,1± 0,08	100
	0	0	0,2	0,1	0,2		
Гемолитическая болезнь новорожденных	68	44	44	28	44	3,0± 0,45	-7,3
	4,1	2,7	3	2,1	3		
гематологически е нарушения	129	18	34	42	34	3,4± 0,47	-15
	7,8	1,1	2,3	301	2,3		
Прочие болезни	4	10	6	9	6	0,5± 0,18	25,9
	0,2	0,6	0,4	0,7	0,5		
Всего	2454	1378	1367	1526	1367	107,2 ± 2,52	-6,3
	148,2	85,6	93,6	112,1	93,6		

В 1991-1995 гг. существовавший уровень заболеваемости новорожденных имел тенденцию к снижению, а среднегодовой темп убыли заболеваемости составлял -6,3%. Наибольшие среднегодовые темпы снижения заболеваемости новорожденных были характерны для пневмоний (-17,3%), гематологических нарушений (-15%), инфекций кожи и подкожной клетчатки (-12,5%), ОРВИ (-9,5 %) и СДР (-8,8 %). В то же время в этот период положительный среднегодовой темп прироста был характерен для внутрижелудочковых кровоотечений (100%), прочих болезней (25,9%), врожденных пневмоний (4,3%) и инфекций, специфичных для перинатального периода (1,8%).

Среди основных причин перинатальной смертности в Гродненской области в 1991-1995 гг., показатель которой был высоким и составлял $9,9 \pm 0,4\%$ (мертворождаемость – $5,8 \pm 0,3\% \pm 0,4\%$, ранняя неонатальная смертность – $4,1 \pm 0,3\%$), сохранялась классическая триада: недоношенность, ВПР, гипоксически-травматические энцефалопатии [148].

С 1991 года по 1995 год зарегистрирован достоверный рост ($p < 0,05$) показателя ранней неонатальной смертности с 3,7‰ до 4,9‰ со среднегодовым темпом прироста в 12%. При этом показатель среди доношенных детей был достоверно ниже среднегодового для этого периода ($p < 0,05$), а среди недоношенных – достоверно выше среднегодового ($p < 0,05$), что определялось высокой заболеваемостью СДР и ВПР.

При изучении причин перинатальной смертности от ВПР установлено, что в структуре врожденных аномалий доля пороков нервной трубки превышала 50%. В генезе ВПР у плодов значимыми факторами являлись отягощенность анамнеза воспалительными заболеваниями половых органов [$r = 0,7924$] и ВЗЖПО в ранние сроки гестации [$r = 0,7641$], а также дефицит йода у беременных [$r = 0,7829$].

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено следующее.

1. Несмотря на то, что в 1944-1994 гг. требования нормативных документов органов исполнительной власти были направлены на повышение показателей укомплектованности учреждений АГС врачами акушерами-гинекологами и акушерками, целенаправленное повышение квалификации персонала, намеченные мероприятия реализовать в полном объеме не удалось.

2. В условиях определенного совершенствования организационной структуры учреждений АГС, увеличения количества ЖК и коечного фонда акушерско-гинекологических стационаров на протяжении всего рассматриваемого периода серьезным тормозом в повышении качества обслуживания пациенток с ВЗЖПО в амбулаторных и стационарных условиях являлось наличие значительного числа мелких специализированных отделений, что было следствием практики планирования без научного обоснования вопросов построения сети и типизации учреждений АГС, этапа организации и дифференцированных нормативов потребности пациенток с ВЗЖПО в медицинской помощи. Это приводило к распылению врачебных кадров и нерациональному использованию медицинского оборудования и аппаратуры, ограничивало доступность и оказывало негативное влияние на качество медицинской помощи женщинам, страдавшим воспалительной патологией половых органов, проживавшим как в городских, так и сельских поселениях.

3. Несмотря на повышение ресурсной обеспеченности учреждений и совершенствование нормативной базы на протяжении 1944-1994 гг. темпы роста показателей первичной и общей заболеваемости разных форм рассматриваемой патологии были опережающими, что свидетельствует о имевших место серьезных недостатках в организации оказания медицинской помощи пациенткам с ВЗЖПО, проживавших в городах и сельской местности, в амбулаторных и стационарных условиях.

Вследствие этого, значительное распространение получили хронические, в том числе и деструктивные формы ВЗЖПО, что в связи с высоким уровнем искусственных и самопроизвольных абортов, выявленными недостатками в организации выявления и диспансеризации патологии, приводило к существенным нарушениям состояния РЗ пациенток с последующим ограничением или невозможностью реализации репродуктивной функции, а также к высоким показателям частоты репродуктивных и перинатальных потерь.

4. В связи с выявленной медико-социальной значимостью ВЗЖПО для решения важной медико-социальной проблемы укрепление репродуктивного здоровья данной категории пациенток необходимы разработка и внедрение комплексной медико-организационной модели, направленной на реализацию государственной политики в здравоохранении, включающей организационные, медицинские и информационные технологии, которые бы позволили при эффективном взаимодействии перинатальных служб гарантировать качество и доступность медицинской помощи пациенткам на прегравидарном этапе, во время беременности и родов, а также в послеродовом периоде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авдеев, А.А. Младенческая смертность и история охраны материнства и детства в России и СССР / А.А. Авдеев // Историческая демография. Сборник статей / Под ред. Денисенко М.Б., Троицкой И.А. – М.: МАКС Пресс, 2008. – С. 41.

2. Агаронян, Н.Г. Акушерские и перинатальные исходы при внутриутробной инфекции / Н.Г. Агаронян, Н.В. Орджоникидзе // Журн. Рос. общ. акушер.-гинекол. – 2004. – №4. – С. 23–25.

3. Адаскевич, В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: руководство для врачей / В.П. Адаскевич. – М.: Мед. книга, 1999. – 416 с.

4. Акулова, И.К. Урогенитальные инфекции и бесплодие. Обзор литературы / И.К. Акулова // Пробл. репродукции. – 1997. – № 2. – С. 68–74.

5. Акушерско-гинекологическая помощь на Гродненщине: история и современность: монография / В.А. Лискович, И.А. Наумов, Р.А. Часнойть, Е.М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2005. – 624 с.

6. Альбиций, В.Ю. Фетоинфантильные потери / В.Ю. Альбиций, Л.А. Никольская, М.Ю. Абросимова. – Казань, 1997. – 168с.

7. Александровский, Д.Г. К итогам собрания Актива Министерства здравоохранения СССР / Д.Г. Александровский // Советское здравоохранение. – 1947. – №5. – С. 51-57.

8. 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., посв. 10-летию БелЦМТ, Минск, 25 окт. 2002 г. / 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.

9. Анастафьева, В.Г. Механизмы развития некоторых осложнений беременности и репродуктивных потерь у женщин

с генитальной инфекцией / В.Г. Анастафьева. – Томск, 1999. – 63 с.

10. Анкирская, А.С. Видовой состав и некоторые биологические свойства лактобацилл при различных состояниях микроэкологии влагалища / А.С. Анкирская, В.В. Муравьева // Акушер. и гинекол. – 2000. – №3. – С. 26–28.

11. 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 / В.А. Ионцев. – М.: МАКС Пресс, 2002. – С. 157–201.

12. 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.

13. Арутюнян, А.В. Влияние экологически неблагоприятных факторов на репродуктивную систему женщин / А.В. Арутюнян, М.Г. Степанов, А.В. Корневский // Вестн. Рос. ассоц. акушер.-гинекол. – 1997. – №4. – С. 28–31.

14. Архангельский, Б.А. Мать и дитя: Школа молодой матери / Б.А. Архангельский, Г.Н. Сперанский. – М.: Медгиз, 1959. – 156 с.

15. Астафьева, Т.М. О некоторых вопросах перестройки сети здравоохранения / Т.М. Астафьева // Советское здравоохранение. – 1952. – № 1. – С.22-30.

16. Астафьева, Т.М. Объединение больниц и поликлиник и диспансерное обслуживание населения / Т.М. Астафьева, В.П. Дерябина // Советское здравоохранение. – 1952. – №1. – С.11-16.

17. Ашкинази, И.Г. Изучение медико-санитарных последствий войны и мероприятий по их ликвидации (Итоги 4-й конференции) / И.Г. Ашкинази // Гигиена и санитария. – 1948. – №4. – С. 49-53.

18. Бабановский, И.В. Вопросы финансирования здравоохранения в СССР / И.В. Бабановский. – М.: Медицина, 1976. – 128 с.

19. Багдасарьян, С.М. Очерки истории высшего медицинского образования / С.М. Багдасарьян. – М., 1959. – 106 с.

20. Баклаенко, Н.Г. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков / Н.Г. Баклаенко, Л.В. Гаврилова // Здравоохран. Рос. Федер. – 2000. – №7. – С. 26–33.

21. 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.

22. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение / А.С. Анкирская [и др.] // Рус. мед. журн. – 1998. – Т.6, №5. – С. 276–282.

23. Барановская, Е.И. Хламидийная инфекция и репродуктивная функция женщин / Е.И. Барановская, С.В. Жаворонок, Л.Н. Мельникова. – Мозырь: Белый ветер, 2002. – 128 с.

24. Баткис, Г.А. Теория и организация советского здравоохранения / Г.А. Баткис, Л.Г. Лекарев. – М.: Медгиз, 1961. – 351 с.

25. Баткис, Г.А. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Г.А. Баткис, Л.Г. Лекарев. – М., 1969. – 599 с.

26. Баткис, Г.А. Организация здравоохранения / Г.А. Баткис. – М.: Медгиз, 1948. – 566 с.

27. Безнощенко, Г.Б. Внутриутробные инфекции / Г.Б. Безнощенко, Т.И. Долгих, Г.В. Кривчик. – М.: Мед. книга, 2002. – 92 с.

28. Белецкий, Г.Н. Задачи здравоохранения РСФСР на 1948 год / Г.Н. Белецкий // Советское здравоохранение. – 1948. – № 1. – С. 3-7.

29. Беляев, И.И. О перестройке работы санитарно-эпидемиологической организации в г. Горьком / И.И. Беляев, А.М. Минеев // Советское здравоохранение. – 1952. – №6. – С. 13-18.

30. Бенедиктов, И.И. Иммунная реактивность и неспецифические факторы защиты у больных с подострыми

неспецифическими воспалительными процессами / И.И. Бенедиктов, С.В. Ольховикова // Акушер. и гинекол. – 1986. – № 11. – С. 59–61.

31. Берлев, И.В. Роль дисбиотических нарушений влагалища в развитии инфекционно-воспалительных осложнений новорожденных / И.В. Берлев, Е.Ф. Кира, А.А. Белевитина // Журн. акушер. и жен. болезней. – 2000. – Т. XIX, вып. 4. – С. 58–62.

32. Богатова, И.К. Характеристика воспалительных заболеваний гениталий, возникших на фоне внутриматочной контрацепции / И.К. Богатова, И.П. Аминова. – Вестн. Рос. ассоц. акушер. – гинекол. – 1999. – № 4. – С. 62–65.

33. Богатырев, В.С. Социологические аспекты репродуктивного здоровья девушек: монография / В.С. Богатырев, В.И. Циркин. – Киров: ВГПУ, 2000. – 194 с.

34. Богдасаров, А.Ю. Воспалительные заболевания матки и придатков в экологически неблагоприятных регионах / А.Ю. Богдасаров, Р.А. Родкина. – Ульяновск, 1999. – 129 с.

35. Бодяжина, В.И. Акушерская помощь в женской консультации / В.И. Бодяжина. – М.: Наука, 2003. – 440 с.

36. Болдырев, Т.Е. Новый этап советского здравоохранения / Т.Е. Болдырев // Советское здравоохранение. – 1953. – №1. – С.13-17.

37. Бондаренко, В.М. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией / В.М. Бондаренко, А.А. Воробьев // Журн. микробиол. – 2004. – № 1. – С. 84–92.

38. Боровиков, В.П. STATISTIKA[®] – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows[®] / В.П. Боровиков, Н.П. Боровиков. – 2-е изд. – М.: Филинь, 1998. – 608 с.

39. Боровкова, Б.И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода / Б.И. Боровкова, И.С. Сидорова // Акушер. и гинекол. – 2005. – №2. – С. 20–24.

40. Брауде, И.Л. Женская консультация (Содержание, методы и формы работы). Руководство Гос. центр. НИИ охраны материнства и младенчества им. В.П. Лебедевой / И.Л. Брауде, М.С. Найдич, О.Е. Шапиро. – М. – Л.: Медгиз,

1939. – 152 с.

41. Брюхина, Е.В. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте / Е.В. Брюхина, Е.Ю. Мазная, Л.Ф. Рыбалова // Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии: сб. науч. тр. 4-й Всерос. конф. по детской и подростковой гинекол., Москва, 4-5 окт. 2000 г. / Минздрав Рос. Федер., РАМН, Рос. общ. акушер.-гинекол.; гл. ред. В.И. Кулаков – М., 2000. – С. 156–157.

42. Буданов, П.В. Фетоплацентарная недостаточность при нарушениях микроценоза родовых путей и генитальных инфекциях / П.В. Буданов, О.Р. Баев // Вопр. гинекол., акушер. и перинатол. – 2002. – Т.1, №1. – С. 39–42.

43. Бурдули, Г.М. Репродуктивные потери в акушерстве / Г.М. Бурдули. – М.: Триада-Х, 1998. – 200 с.

44. Бурейко, В.М. Задачи врачебно-трудовых экспертных комиссий и врачебно-консультационных комиссий в условиях объединения больниц и поликлиник / В.М. Бурейко // Советское здравоохранение. – 1951. – № 1. – С. 28-31.

45. Бурумкулова, Ф.Ф. Заболевания щитовидной железы и беременность / Ф.Ф. Бурумкулова, Г.А. Герасимов // Пробл. эндокринол. – 1998. – Т. 44, № 2. – С. 27–32.

46. Вагинальный кандидоз / В.Н. Прилепская [и др.]; под ред. В.Н. Прилепской. – М.: Мед. книга, 1997. – 40 с.

47. Вагинальный кандидоз в практике акушера-гинеколога: этиопатогенез, диагностика, лечение и профилактика: информ.-метод. пособие / О.А. Пересада, В.Э. Кирдик, С.И. Савина; Бел. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2006. – 22 с.

48. Вебер, Л.Г. Важнейшие санитарно-противоэпидемические задачи органов здравоохранения (К итогам второго Всероссийского противоэпидемического совещания) / Л.Г. Вебер // Советское здравоохранение. – 1949. – №1. – С. 47-53.

49. Виноградов, Н.А. Основные принципы советского здравоохранения / Н.А. Виноградов. – М., 1954. – 44 с.

50. Влияние инфекций на репродуктивную систему

женщин / В.И. Краснопольский [и др.] // Рос. вестн. акушер.-гинекол. – 2004. – Т.4, №5. – С. 26–30.

51. Ворона, И.Г. Гормональный гомеостаз у больных неспецифическим сальпингоофоритом / И.Г. Ворона, А.С. Бергман. – Рига: Зинанте, 1990. – 98 с.

52. Воропаева, С.Д. Микрофлора женских половых путей и ее чувствительность к антибактериальным препаратам: обзор / С.Д. Воропаева // Антибиотики и химиотерапия. – 1999. – №3. – С. 42–45.

53. Вялков, А.И. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения / А.И. Вялков, В.О. Щепин. – М.: Гэотар-Медицина, 2001. – 224 с.

54. Гаврилова, Л.В. Состояние и проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин / Л.В. Гаврилова, Л.П. Королева // Здравоохранение. – 2000. – №6. – С. 17–29.

55. Гальперин, С.Е. Материалы третьей конференции по изучению медико-санитарных последствий войны и мероприятия по их ликвидации / С.Е. Гальперин // Советское здравоохранение. – 1947. – №6. – С. 42–53.

56. Гинекология: Руководство для врачей / В.Н. Серов [и др.]; Под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. – М.: Литтерра, 2008. – 840 с.

57. Гинопман, Д.М. Акушерский пункт / Под ред проф Селицкого // Д.М. Гинопман, А.Ю. Лурье. – М. – Л.: Госмедиздат, 1929. – 176 с.

58. Глазкова, Л.К. Состояние факторов неспецифической защиты организма женщин при хламидиозе / Л.К. Глазкова, Н.М. Герасимова // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – №1. – С. 7–10.

59. Глуховец, Н.Г. Патогенетические особенности поздних самопроизвольных выкидышей при восходящем инфицировании плодного пузыря: реакции последа / Н.Г. Глуховец // Арх. патологии. – 2000. – №2. – С. 33–37.

60. Говалло, В.И. Иммунология репродукции / В.И. Говалло. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.

61. Голубев, А.И. План здравоохранения на 1951 год / А.И. Голубев // Советское здравоохранение. – 1951. – № 1. –

С.10-15.

62. Гомельская, Г.Л. К вопросу об организации труда врачей объединенной больницы / Г.Л. Гомельская // Советское здравоохранение. – 1949. – № 1. – С. 15-19.

63. Горфин, Д.В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР / Под ред. М.И.Барсукова / Д.В. Горфин. – М.: Медгиз, 1961. – 236 с.

64. Горюшин, В.А. Объединение больниц с поликлиниками и нормативы медицинской помощи населению / В.А. Горюшин, Г.Г. Остроумов. // Советское здравоохранение. – 1949. – № 5. – С. 19-22.

65. Гресь, А.А. Пиелонефрит беременных / А.А. Гресь, В.Ю. Лелюк // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2006. – №2. – С. 12–16.

66. Гропянов, Е.А. Из опыта перестройки работы районной больницы / Е.А. Гропянов // Советское здравоохранение. – 1951. – №5. – С. 36-38.

67. Гуревич, З.А. Опыт работы участковых врачей в условиях объединенной больницы / З.А. Гуревич, Л.А. Абрамович // Советское здравоохранение. – 1951. – № 2. – С.38-41.

68. 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.

69. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем: метод. реком.; под ред. К.К. Борисенко. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Ассоц. САНАМ, 1998. – С. 100–101.

70. Дикке, Г.Б. Осложнения искусственного аборта и пути их снижения с помощью современных щадящих технологий прерывания нежелательной беременности в первом триместре / Г.Б. Дикке, Д.М. Кочев // Сибирский мед. журн. – 2004. – №5. – С. 80–83.

71. Динамика состояния репродуктивного здоровья населения Беларуси / З.А. Севковская [и др.] // Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по

населению и развитию: тезисы Респ. науч.-практ. конф., Минск, 27- 29 нояб. 2003 г. / ЮНФПА, Мин. труда и соц. защиты РБ. – Минск, 2003. – С. 204–205.

72. Добродеев, А.В. За дальнейшее улучшение качества медицинского обслуживания населения / А.В. Добродеев, Т.Л. Жукова // Советское здравоохранение. – 1951. – № 2. – С. 12-15.

73. Доклад комиссии Всемирной организации здравоохранения по здоровью и окружающей среде. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1992. – 41 с.

74. Долгов, Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика / Г.В. Долгов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. – 173 с.

75. Долженко, И.С. Особенности оценки репродуктивного здоровья девочек / И.С. Долженко // Гинекол. детей и подростков. – 2000. – №2. – С. 18–20.

76. Дубисская, Л.А. Региональные особенности репродуктивного здоровья населения / Л.А. Дубисская, О.В. Лобанова // Здравоохранение. – 2009. – №4. – С. 36–41.

77. Дуда, В.И. Акушерство: учебник для студ. учреждений, обеспечивающих получение высш. обр. по спец. «Лечебное дело» / В.И. Дуда, Вл. И. Дуда, И.В. Дуда. – 2-е изд., испр. и доп. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2007. – 656 с.

78. Дуда, В.И. Гинекология / В.И. Дуда, В.И. Дуда, И.В. Дуда. – 2-е изд. стер. – Минск: Харвест, 2008. – 896 с.

79. 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, 21-22 сент. 2000 г. / МЗ РБ, Бел. гос. мед. ун-т; редкол.: В.Л. Силява [и др.]. – Минск, 2000. – С. 5–12.

80. Дунаевский, А.Ю. К вопросу о проектировании медико-санитарных учреждений / А.Ю. Дунаевский // Советское здравоохранение. – 1947. – №8. – С. 38-41.

81. Женская консультация / Под. ред. С.М. Беккера, С.Г. Хаскина. – Л.: Медгиз, 1961. – 152 с.

82. Жукова, Н.П. Прогнозирование репродуктивного

здоровья женщин / Н.П. Жукова, С.Н. Занько. – Витебск: ПИК ВИНТИ, 2003. – 162 с.

83. Журавлева, И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения / И.В. Журавлева // Социол. исследования. – 2004. – №7. – С. 133–142.

84. Занько, С.Н. Хронические воспалительные заболевания придатков матки / С.Н. Занько, А.Н. Косинец, Л.Я. Супрун. – Витебск: ВГМИ, 1998. – 168 с.

85. Захарова, Т.Г. Репродуктивное здоровье юных матерей и состояние их новорожденных / Т.Г. Захарова, Г.Н. Гончарова // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2002. – №3. – С. 11–14.

86. Захаров, Н.А. Итоги работы объединенной больницы / Н.А. Захаров // Советское здравоохранение. – 1953. – №5. – С. 44-46.

87. Захаров, Ф.Г. Организация медицинской помощи промышленным рабочим России и СССР (Очерки истории) / Ф.Г. Захаров. – М.: Медицина, 1969. – 80 с.

88. 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.

89. Землянова, Е.В. Потери в рождаемости и проблемы репродуктивного здоровья / Е.В. Землянова // Глав. врач. – 2003. – № 2. – С. 38–40.

90. Зинурова, Р.И. Особенности репродуктивного поведения в российских регионах / Р.И. Зинурова // Социол. исследования. – 2005. – №3. – С. 82–87.

91. Ильин, И.В. Организация родовспоможения и гинекологической помощи в СССР / И.В. Ильин. – М.: Медицина, 1986. – 452 с.

92. Инфекция матери как причина патологии плода и новорожденного (профилактика нарушений с точки зрения иммунолога) / А.Б. Полетаев [и др.] // Аллергол. и иммунол. – 2001. – Т.2, №1. – С. 110–116.

93. История родовспоможения в СССР. – М.:Изд-во

АМН СССР, 1950. – 204 с.

94. История медицины СССР / Под ред. Б.Д. Петрова. – М.: Медицина, 1964. – 646 с.

95. Кажина, М.В. Стафилококковая аутовакциноterapia при дисбиозе половых путей (клинико-экспериментальное обоснование): монография / М.В. Кажина, С.Б. Позняк. – Гродно: ГрГМУ, 2002. – 127 с.

96. 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. докл. обл. науч.-практ. конф., Гродно, 20-21 дек. 2001 г. / Гродн. гос. мед. ун-т; М.В. Кажина (отв. ред.). – Гродно, 2002. – С. 17–27.

97. Кайгородова, Т.В. Стратегические подходы ВОЗ в охране репродуктивного здоровья и формирования здорового образа жизни / Т.В. Кайгородова, Ж.И. Войцеховская, Е.В. Землянова // Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохран. – 2007. – №5. – С. 28.

98. Каплан, А.Л. Акушерство: учебник; издание четвертое исправленное / А.Л. Каплан. – М.: Медгиз, 1952. – 588 с.

99. Каримова, Ф.Д. Профилактика осложнений искусственного аборта / Ф.Д. Каримова // Акушер. и гинекол. – 2001. – №2. – С. 55–56.

100. Каткова, И.П. Репродуктивное здоровье россиянок / И.П. Каткова // Народонаселение. – 2002. – № 4. – С. 39–42.

101. Кашкин, К.П. Иммунная реактивность организма и антибактериальная терапия / К.П. Кашкин, З.О. Караев. – Ленинград: Медицина, 1984. – 200 с.

102. Кира, Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье (часть 1) // Журн. акушер. и жен. болезней. – 1999. – Вып. 2. – С. 71–78.

103. Кириллов, В.В. Взаимосвязи различных типов учреждений здравоохранения лечебно-профилактической сети / В.В. Кириллов // Формирование сети амбулаторно-поликлинической и стационарных учреждений: сб. научных

трудов. – М., 1980. – С. 156-163.

104. 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.

105. Ковригина, М.Д. Система народного здравоохранения и государственная охрана материнства и детства / М.Д. Ковригина. – М.: Изд-во АН СССР, 1956. – 271 с.

106. Ковригина, М.Д. Дело всей жизни: организаторам здравоохранения посвящается / М.Д. Ковригина. – М., 1990. – 152 с.

107. Козлова, В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий / В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер. – М.: Филинь, 1997. – 536 с.

108. 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.

109. 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.

110. Краснопольский, В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. – М.: МЕДПРЕСС, 1999. – 233 с.

111. Крылова, З.А. Борьба за жизнь и здоровье детей – повседневная забота органов здравоохранения / З.А. Крылова // Советское здравоохранение. 1943. – № 12. – С. 49–54.

112. Кувшинников, П.А. Новая советская классификация и номенклатура болезней // Советское здравоохранение. – 1953. – №1. – С. 52-56.

113. Кулавский, В.А. Критерии тяжести течения неспецифического сальпингоофорита / В.А. Кулавский, Е.В. Уткин // Акушер. и гинекол. – 1989. – №2. – С. 30–33.

114. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения и перспективы / В.И. Кулаков // Пробл. репродукции. – 1999. – №2. – С. 6–8.

115. Куриленко, Л.И. Организация специализированной акушерско-гинекологической помощи / Л.И. Куриленко. – М.: Медгиз, 1978. – 365 с.

116. Кухнинова, Л.Н. Планирование семьи и основы здоровья семьи: образовательная программа / Л.Н. Кухнинова, В.А. Улюмджиева. – Элиста, 2006. – 32 с.

117. Леви, М.Ф. Родовспоможение в системе охраны материнства и младенчества / М.Ф. Леви. – М. – Л., 1929. – 65 с.

118. Левицкая, С.К. Некоторые аспекты внутриутробного инфицирования новорожденных / С.К. Левицкая, Г.Ф. Елиневская // Акушер. и гинекол. – 1991. – №11. – С. 7–11.

119. 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.

120. Лиманский, М.Е. Первые итоги объединения больниц с поликлиниками (опыт г. Киева) / М.Е. Лиманский // Врачебное дело. – 1948. – №9. – С. 3-5.

121. Лисицын, Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Ю.П. Лисицын. – М.: Медицина, 1973. – 456 с.

122. Лисицына, О.Б. Опыт объединения медико-санитарной части с больницей О.Б. Лисицына // Советское здравоохранение. – 1949. – № 3. – С. 40-44.

123. Локшин, В.Н. К вопросу о распространенности ЗППП / В.Н. Локшин, Д.В. Заславский // Современные проблемы социальной педиатрии и организации здравоохранения: сб. науч. тр. / Санкт-Петербург. гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова; редкол.: В.С. Лучкевич [и др.]. – СПб., 2006. – С. 218–219.

124. Мазур, М.М. Методика анализа деятельности городских больниц области / М.М. Мазур // Советское здравоохранение. – 1950. – № 5. – С. 43-47.

125. Майзель, Е.П. Клиника и терапия бесплодия женщины / Е.П. Майзель. – Л.: Медицина, 1965. – 151 с.

126. Малевич, Ю.К. Фетоплацентарная недостаточность / Ю.К. Малевич, В.А. Шостак. – Минск: Беларусь, 2007. – 158 с.

127. Малютина, К.В. Из опыта работы районной больницы / К.В. Малютина // Советское здравоохранение. – 1953. – №5. – С. 9-12.

128. Марзаев, А.Н. Гигиена и эпидемиология в сельских населенных местах / А.Н. Марзаев // Гигиена и санитария. – 1946. – №12. – С. 9-16.

129. Мартынов, Ю.С. Нервная система при заболеваниях органов малого таза женщин / Ю.С. Мартынов, Н.П. Васильченко, Н.П. Водопьянов. – М.: Медицина, 1989. – 96 с.

130. Маянский, Д.Н. Хроническое воспаление / Д.Н. Маянский. – М.: Медицина, 1991. – 270 с.

131. Медведев, Б.И. Местный противoinфекционный иммунитет половой системы женщины / Б.И. Медведев, В.Ф. Долгушина // Акушер. и гинекол. – 1993. – №4. – С. 7–9.

132. 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.

133. Медико-социальная оценка сексуального поведения современной молодежи / С.Ю. Молчанова [и др.] // Молодежь и семья: проблемы и перспективы развития: материалы Всерос. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 25-27 окт. 2005 г. / Санкт-Петербург. гос. ун-т.; редкол.: Н.М. Кропачев [и др.]. – СПб., 2005. – С. 187–189.

134. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10. В 3-х т. – Минск: «ИнтерДайджест», 2000. – Т. 1, ч. 2. – 640 с.

135. Мельникова, Р.А. К вопросу о специализированной медицинской помощи населению / Р.А. Мельникова // Советское здравоохранение. – 1951. – №4. – С. 22-25.

136. 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.

137. Мещакова, Н.М. Профессиональные факторы риска и состояние репродуктивного здоровья у женщин-работниц в производстве сульфатной целлюлозы / Н.М. Мещакова // Медицина труда и пром. экология. – 2005. – №12. – С. 5–10.

138. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах: учебное пособие / В.М. Коршунов [и др.]; Всерос. уч.-науч.-метод. центр по непрер. мед. и фарм. образованию Минздрава Рос. Федер. – М., 1999. – 80 с.

139. Митерев, Г.А. Забота о матери и ребенке – важнейшая государственная задача / Г.А. Митерев // Советская медицина. – 1944. – № 12. – С. 1–4.

140. Министры здравоохранения. Очерки истории здравоохранения России в XX веке / Под ред. О.П.Щепина. – М., 1999. – 479 с.

141. Михалевич, С.И. Преодоление бесплодия: диагностика, клиника. лечение: учеб. пособие для студентов специальности «Лечебно-профилактическое дело» мед. вузов / С.И. Михалевич. – Минск: Беларуская навука, 2002. – 191 с.

142. 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.

143. Михеенко, Г.А. Влияние социально-экономических факторов на формирование гестоза / Г.А. Михеенко, Е.В. Шаталова // Акушер. и гинекол. – 2005. – №3. – С. 20–23.

144. Можейко, Л.Ф. Хламидийная инфекция при беременности: течение, диагностика и лечение / Л.Ф. Можейко // Рецепт. – 2005. – №6. – С. 71–74.

145. Мотненко, А.Н. Об объединении больниц и поликлиник / А.Н. Мотненко // Советское здравоохранение. – 1948. – №2. – С. 10-15.

146. Мотненко, А.Н. Укрепление участковости в городе / А.Н. Мотненко // Советское здравоохранение. – 1949. – №1. –

С. 10-12.

147. Мурин, А.А. Некоторые качественные показатели работы городской больницы / А.А. Мурин // Советское здравоохранение. – 1947. – №7. – С.36-41.

148. Наумов, И.А. Воспалительные заболевания женских половых органов. Современные перинатальные технологии в укреплении репродуктивного здоровья пациенток : монография / И.А. Наумов. – LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH and Co. KG. Dudweiler Landstr. 99, 66123 Saarbrücken, Deutschland, 2011. – 406 с.

149. Невынашивание беременности: пособие для врачей / Кира Е.Ф. [и др.]; под ред. Е.Ф. Кира. – СПб., 1999. – 60 с.

150. Невынашивание беременности: (этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение): учеб. – метод. пособие / С.Л. Якутовская, С.Л. Силява, Л.В. Вавилова; Бел. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2005. – 44 с.

151. Нейштадт, Л.Б. Об организации работы медицинского персонала в объединенной больнице / Л.Б. Нейштадт // Советское здравоохранение. – 1951. – № 6. – С. 36-40.

152. Николаева, Е.И. Исходы прерывания беременности в 22-27 недель / Е.И. Николаева, О.Г. Фролова, В.А. Голубев // Акушер. и гинекол. – 2007. – №2. – С. 59–60.

153. Никончик, О.К. О медицинском обслуживании женщин / О.К. Никончик // Советское здравоохранение. – 1957. – №8. – С. 15.

154. Никончик, О.К. Организация акушерско-гинекологической помощи в СССР / О.К. Никончик, З.И. Скугаревская. – М.: Издательство медицинской литературы, 1956. – 204 с.

155. Обнорский, Н.Н. Опыт работы объединенной районной больницы / Н.Н. Обнорский // Советское здравоохранение. – 1949. – № 5. – С. 29-32.

156. Обоснование выбора метода прерывания нежелательной беременности у пациенток группы высокого риска послеабортных воспалительных осложнений / Н.М. Подзолкова [и др.] // Пробл. репродукции. – 2006. – №2. –

С. 91–94.

157. Овчаров, В.К. К истории развития высшего медицинского образования в СССР / В.К. Овчаров. – М., 1957. – 125 с.

158. Оппенгейм, Д.Г. Новая номенклатура и организационные формы объединения лечебно-профилактических учреждений / Д.Г. Оппенгейм, А.Г. Дворкин // Советское здравоохранение. – 1950. – №1. – С. 19-32.

159. Оппенгейм, Д.Г. Качественные показатели работы больницы, объединенной с поликлиникой / Д.Г. Оппенгейм, И.И. Смирнов // Советское здравоохранение. – 1949. – № 4. – С. 29-32.

160. Опыт организации системы повышения качества медицинской специализированной помощи / Н.В. Кунгуров [и др.] // Практическая дерматовенерология: от новых возможностей к новой стратегии: сб. материалов конф., Екатеринбург, 12-13 окт. 2006 г. / Минздравсоцразвития Рос. Федер., Рос. общ. дерматовенерол.; науч. ред. А.А. Кубанова. – Екатеринбург, 2006. – С. 3–8.

161. Организация здравоохранения в СССР / Под ред. Н.А. Виноградова. – М.: Медгиз, 1962. – 656 с.

162. Организация родовспоможения и гинекологической помощи в СССР / Под ред. И.В. Ильина. – М.: Медицина, 1980. – 240с.

163. Ордянец, И.М. Морфофункциональные особенности фетоплацентарной системы при ЗРП и недонашивании беременности / И.М. Ордянец, Ф.А. Курбанова // Вестн. РУДН. – 2003. – №1. – С. 86–95.

164. Островерхов, Г.Е. Опыт подготовки врачей на местных базах / Г.Е. Островерхов, А.Г. Курочкина // Советское здравоохранение. – 1951. – №6. – С. 25-29.

165. Охрана здоровья женщин и детей в Республике Беларусь: информ. – аналит. материалы / МЗ РБ, Науч.-иссл. ин-т охраны матер. и детства; под. ред. Г.А. Шишко, Н.И. Пилипцевича. – Минск, 2000. – 167 с.

166. Охрана здоровья женщин: современные проблемы / Н.Г. Баклаенко [и др.] // Здравоохранение. – 1999. – №5. – С. 25–35.

167. Оценка эффективности режимов антибактериальной терапии при осложненных формах воспалительных заболеваний органов малого таза / О.В. Макаров [и др.]. // Акушер. и гинекол. – 2002. – №5. – С. 19–24.

168. Очерки истории профилактического направления советской медицины / В.Ф.Давыдов, Х.И.Идельчик, Л.О.Каневский; Под ред. Б.Д.Петрова. – М.: Медгиз, 1958. – 195 с.

169. Панкратов, О.В. Иммунотерапия и иммунопрофилактика бактериального вагиноза и трихомониаза / О.В. Панкратов // Рецепт. – 2001. – №1(21). – С. 41–45.

170. Пересада О.А. Современная концепция невынашивания беременности: этиопатогенез, диагностика, профилактика и лечение: учеб. – метод. пособие / О.А. Пересада, И.Л. Дусь, А.М. Камлюк; Бел. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: ДокторДизайн, 2006. – 84 с.

171. Перинатальная диагностика в улучшении исходов беременности / Г.М. Савельева [и др.] // Журн. акушер. и жен. болезней. – 2000. – Т. XLIX, вып. 1. – С. 28-31.

172. Перинатальные исходы у беременных с инфекционными заболеваниями и плацентарной недостаточностью / В. Н. Серов [и др.] // Акушер. и гинекол. – 2002. – №3. – С. 16–20.

173. Петровский, Б.В. Советское здравоохранение за 50 лет СССР / Б.В. Петровский. – М.: Медицина, 1973. – 112 с.

174. Петченко, А.И. Акушерство: руководство для врачей и студентов / А.И. Петченко. – Киев: Государственное медицинское издательство УССР, 1954. – 644 с.

175. Подонина, Н.М. Изменение структуры воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин за последние 10 лет по данным отделения гинекологии МУЗ ГКБ №2 г. Кемерово / Н.М. Подонина, В.Д. Емельянова, Е.В. Уткин // Успехи совр. естествознания. – 2003. – №12. – С. 63–64.

176. Поздеева, Т.В. Современные студентки: оценка и формирование самосохранительного репродуктивного

поведения / Т.В. Поздеева // Нижегородский мед. журн. – 2006. – №1. – С. 78–82.

177. Полоник, И.С. Здоровье человека – наивысшая социально-экономическая ценность общества и один из приоритетов государственной политики / И.С. Полоник // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – №2. – С. 11–15.

178. Попов, В.В. О некоторых вопросах организации здравоохранения / В.В. Попов // Советское здравоохранение. – 1947. – 4. – С. 28-32.

179. Прения по докладу министра здравоохранения Е.И. Смирнова // Медицинский работник. – 1947. – №24(728). – С. 1-2.

180. 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.

181. Принципы выбора антибиотика для лечения гнойно-септических заболеваний в оперативной гинекологии / С.Н. Буянова [и др.] // Акушер. и гинекол. – 2001. – №3. – С. 6–10.

182. Репродуктивное здоровье женщины и потомство в регионах с радиоактивным загрязнением (последствие аварии на ЧАЭС) / под ред. М.В. Федоровой, В.И. Краснопольского, А.М. Лягинской. – М.: ПАРАД, 1997. – 400 с.

183. Рищук, С.В. Выявляемость некоторых возбудителей сексуально-трансмиссионных заболеваний при хронических сальпингофоритах, бактериальных вагинозах и неспецифических бактериальных вагинитах / С.В. Рищук, Д.Ф. Костючек, А.Г. Бойцов // Журн. акушер. и жен. болезней. – 2000. – №1. – С. 19–22.

184. Родовспоможение / БМЭ. – 2-е изд. – М., 1962. – Т. 28. – С. 842.

185. Родов, Я.И. О некоторых показателях объединенной работы терапевтических клиник 1 МОЛМИ и поликлиники № 56 Фрунзенского района г. Москвы / Я.И. Родов,

Р.М. Жмудская // Советское здравоохранение. – 1950. – №5. – С. 9-15.

186. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах / М. Энкин [и др.]; пер. с англ. Л.П. Симбиревой – СПб.: Нормед-Издат., 1999. – 544 с.

187. Русакевич, П.С. Микоуреаплазмоз / П.С. Русакевич // Справочник врача женской консультации; под ред. Ю.К. Малевича. – Минск: Беларусь, 2001. – С. 326-332.

188. Русакевич, П.С. Мочеполовой трихомоноз / П.С. Русакевич // Справочник врача женской консультации; под ред. Ю.К. Малевича. – Минск: Беларусь, 2001. – С. 319–326.

189. 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.

190. Савельева, Л.Г. Влияние здоровья на качество жизни студентов колледжей Юго-Западного административного округа г. Москвы / Л.Г. Савельева // Науч. тр. Гос. ин-та усовершенств. врачей Минобороны Рос. Федер. – М., 2006. – Т. V. – С. 22–23.

191. 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.

192. Савченко, И.М. Клинико-физиологические аспекты патогенеза экстрагенитальной патологии / И.М. Савченко // Мед. новости. – 2001. – №3. – С. 13–17.

193. Савченко, Т.Н. Цитокиновый статус и активность нейтрофильной эластазы у женщин с невынашиванием беременности и генитальным кандидозом в ранние сроки гестации / Т.Н. Савченко, М.Х. Точиева, Л.О. Протопопова // Рос. вестн. акушер.-гинекол. – 2007. – №4. – С.4–6.

194. Сафина, М.Р. Современная тактика лечения tuboовариальных абсцессов / М.Р. Сафина, Н.К. Кубасова // Мед. новости. – 2002. – №7. – С. 30–34.

195. Связь между некоторыми возбудителями сексуально-

трансмиссивных заболеваний и бактериальным вагинозом / С.В. Рищук [и др.] // Журн. акушер. и жен. болезней. – 2005. – №4. – С. 49–53.

196. Семашко, Н.А. О ликвидации санитарных последствий войны: доклад на 2-й конференции по изучению медико-санитарных последствий войны и мероприятий по их ликвидации / Н.А. Семашко // Советское здравоохранение. – 1947. – №2. – С. 41-50.

197. Сидорова, И.С. Особенности течения и ведения беременности при внутриутробном инфицировании плода / И.С. Сидорова, И.Н. Черниенко, А.А. Сидоров // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 1998. – №4. – С. 13–17.

198. Скугаревская, З.И. Развитие сети акушерских и гинекологических коек на селе / З.И. Скугаревская // Советское здравоохранение. – 1960. – № 6. – С. 21.

199. Смирнов, Е.И. Очередные задачи Министерства здравоохранения СССР / Е.И. Смирнов // Советское здравоохранение. – 1948. – № 4. – С. 1-6.

200. Совещание Актива работников здравоохранения РСФСР // Советское здравоохранение. – 1950. – №4. – С. 50-51.

201. Современные тенденции изменения поведения населения Беларуси в сторону здорового образа жизни / А.С. Секач [и др.] // Здоровье населения – основа благополучия страны: материалы 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. 290–293.

202. Сольский, Я.П. Организация акушерско-гинекологической помощи / Я.П. Сольский, Г.К. Степанковская. – М.: Медицина, 1990. – 340 с.

203. Сорок лет советского здравоохранения: 1917–1957 гг. / Под ред. М. Д. Ковригиной. – М.: Медгиз, 1957. – 661 с.

204. Состояние здоровья новорожденных, родившихся у женщин с плацентарной недостаточностью и инфекцией / Е.Н. Байбарина [и др.] // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2009. – №5. – С. 14–19.

205. Состояние биоценоза влагалища при беременности. Эффективность ранней коррекции / Н.А. Семенова [и др.] // I конференция молодых ученых медико-биологической секции Поволжской ассоциации государственных университетов: сб. тр., Ульяновск, 26-27 апр. 2007 г. / Ульяновский гос. ун-т; под ред. Н. А. Карташовой. – Ульяновск УлГУ, 2007. – С. 173.

206. Степанковская, Г.К. Послеродовые инфекции / Г.К. Степанковская, С.Я. Сольский. – Киев: Здоров'я, 1989. – 136 с.

207. Стрижаков, А.Н. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / А.Н. Стрижаков, Н.М. Подзолкова. – М.: Медицина, 1996. – 256 с.

208. Сухова, Л.П. Опыт работы по интеграции деятельности дерматовенерологической службы с акушерско-гинекологической, урологической, санитарно-эпидемиологической службами в крупном промышленном городе / Л.П. Сухова, В.М. Щербаков // ИППП. – 1999. – №4. – С. 44–47.

209. Сысоев, И.И. Некоторые итоги выполнения приказа министра здравоохранения СССР № 870 / И.И. Сысоев // Советское здравоохранение. – 1952. – №3. – С.42-44.

210. Тимошенко, Л.В. Организация медицинского обслуживания в сельской местности / Л.В. Тимошенко. – Киев: Медицина, 1984. – 388 с.

211. 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.

212. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в XIX-XX веках: монография / Е.М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2003. – 269 с.

213. Тотоян, Э.С. Репродуктивная функция женщин при патологии щитовидной железы / Э.С. Тотоян // Акушер. и гинекол. – 1994. – № 1. – С. 8–10.

214. Тютюник, В.Л. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при плацентарной недостаточности инфекционного генеза / В.Л. Тютюник // Акушер. и гинекол. – 2004. – №5. – С. 11–17.

215. Уварова, Е.В. Влагалище как микроэкосистема 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.

216. Устюжанина, Л.А. Патология шейки матки при хламидийной инфекции. Возможности комплексной терапии / Л.А. Устюжанина, В.Н. Прилепская // Акушер. и гинекол. – 2000. – № 5. – С. 20–22.

217. Утка, В.Г. О состоянии здоровья населения Брянской области / В.Г. Утка, С.А. Леонов // Пробл. управления здравоохран. – 2007. – № 6. – С. 59–64.

218. Уткин, Е.В. Современные особенности клинического течения воспалительных заболеваний придатков матки / Е.В. Уткин, В.А. Кулавский // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сб. науч. тр. межрегиональной науч. – практ. конф., Красноярск, 20-21 марта 2008 г. / Минздравсоцразвития Рос. Федер., Минздравсоцразвития Красноярского края, Рос. ассоц. акуш.-гинекол., Красноярск. Гос. мед. ун-т им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; рекол.: В.Н. Серов [и др.]. – Красноярск: КрасГМУ, 2008. – С. 146–149.

219. Федотов, Д.Д. Основные качественные показатели работ городских больниц / Д.Д. Федотов // Советское здравоохранение. – 1951. – №1. – С. 3-9.

220. Фигурнов, К.М. История развития акушерско-гинекологической помощи в России и в СССР / К.М. Фигурнов // Руководство по акушерству и гинекологии; под ред. Л.С.Персианинова. – М., 1961. – Т.1. – С.54-121.

221. Филатов, В.Б. Стратиграфия развития регионального здравоохранения: Опыт формирования / В.Б. Филатов. – М., 1999. – 176 с.

222. Филимончикова, И.Д. Экспертная оценка качества и роль управляемых факторов в снижении материнской смертности / И.Д. Филимончикова // Акушер. и гинекол. – 2004. – №5. – С. 17–20.

223. Формирование самосохранительного поведения учащихся инновационных образовательных учреждений / Л.И. Павлычева [и др.] // Бюлл. нац. науч.-иссл. ин-та общ.

здоровья. – 2004. – Вып. 1. – №4, ч. 2. – С. 32–37.

224. Фролова, О.Г. Репродуктивные потери (новые методы анализа и оценки) / О.Г. Фролова, Т.Н. Пугачева, С.В. Глиняная // Здравоохр. Рос. Федер. – 1994. – №2. – С. 25–28.

225. 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: материалы 3-й респ. науч.-практ. конф., Минск, 10 нояб. 2006 г. / МЗ РБ, Респ. центр гигиены, эпидемиол. и общ. здоровья, ЮНЭЙДС.; редкол.: В.И. Ключенович [и др.]. – Минск, 2006. – С. 134–138.

226. Хворик, Д.Ф. Сравнительные клинические аспекты хламидийной инфекции у мужчин и женщин / Д.Ф. Хворик // Мед. панорама. – 2006. – №5. – С. 41–43.

227. 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.

228. Целкович, Л.С. Репродуктивная функция у женщин, проживающих в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды / Л.С. Целкович, В.С. Рогачева // Акушер. и гинекол. – 1998. – №2. – С. 24–27.

229. 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.

230. Черняховский, О.Б. Внутриутробные инфекции у новорожденных, факторы риска / О.Б. Черняховский, И.В. Абрамова, О.Л. Полянчикова // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2009. – №1. – С. 17–18.

231. Штанова, К.Ф. Патронажная акушерка женской консультации / К.Ф. Штанова, Л.И. Иванюта. – Киев: Медицина, 1982. – 255 с.

232. Шубочкина, Е.И. Социально-гигиенические факторы

риска и репродуктивное здоровье девушек, обучающихся в ПТУ / Е.И. Шубочкина // Планирование семьи. – 2000. – №2. – С. 19–23.

233. Щепин, В.О. Социально-экономическое развитие и воспроизводство населения / В.О. Щепин, Т.М. Демуров, И.В. Корецкий // Бюлл. науч.-иссл. ин-та соц. гигиены, экономики и управления здравоохран. им. Н.А. Семашко. – 2003. – Вып. 8. – С. 24–28.

234. Щепин, В.О. Структурные преобразования в здравоохранении / В.О. Щепин. – М., 1997. – 224 с.

235. Щепин, О.П. Основные направления обеспечения качества медицинской помощи / В.О. Щепин, А.Л. Линденбрaten // Бюлл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1998. – Вып. 3. – С. 13-16.

236. Щепин, О.П. Достижения советского здравоохранения за 70 лет и перспективы его развития / В.О. Щепин // Тер. архив. – 1987. – №10. – С. 3-7.

237. Эльперин, Е.С. Некоторые показатели работы городских объединенных больниц Московской области / Е.С. Эльперин // Советское здравоохранение. – 1951. – №1. – С. 28-30.

238. Этиопатогенез невынашивания беременности / Э.К. Малдыбаева [и др.] // Наука и нов. технол. – 2006. – №3-4. – С. 205–207.

239. Юрьев, В.К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек / В.К. Юрьев // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и ист. медицины. – 2000. – № 4. – С. 3–5.

240. Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза / В.В. Яглов // Гинекол. – 2001. – Т. 1, №3. – С. 40–43.

241. 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.

242. 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.

243. 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. 301–305.

244. 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.

245. American Academy of Pediatrics. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and SIDS // Pediatrics. – 1992. – Vol. 89. – P. 1120–1126.

246. 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.

247. Amsel, R. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations / R. Amsel, P.A. Totten, C.A. Spiegel // Am. J. Med. – 1983. – Vol. 74. – P. 14–22.

248. Anaerobic bacteria in nonspecific vaginitis / C.A. Spiegel [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1980. – Vol. 303. – P. 601–607.

249. 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.

250. 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.

251. 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.

252. Aplin, J.D. The cell biology of human implantation / J.D. Aplin // Placenta. – 1996. – Vol. 17. – P. 269–275.

253. Arno, J.N. Age and clinical immunity to infection with Chlamidia trachomatis / J.N. Arno, B.P. Katz // Sex. Transm. Dis. –

1994. – Vol. 21. – P. 47–52.

254. 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.

255. 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.

256. Association between *Mycoplasma genitalium* and acute endometritis / C.R. Cohen [et al.] // *Lancet.* – 2002. – Vol. 359. – P. 765–766.

257. 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.

258. 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.

259. Association of *Ureaplasma urealyticum* (biovar 2) with nongonococcal urethritis / T. Deguchi [et al.] // *Sex. Transm. Dis.* – 2004. – Vol. 31. – P. 192–195.

260. Baska, T. Smoking and some life-style changes in medical students Slovakia, 1995-1999 / T. Baska, S. Straca, R. Madar // *Cent. Eur. J. Public. Health.* – 2001. – Vol.9(3), №8. – P.147–149.

261. 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.

262. Boris, S. Role played by lactobacilli in controlling the population of vaginal pathogens / S. Boris, C. Barbes // *Micr. Infect.* – 2000. – Vol. 2, №5. – P. 543–546.

263. 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.

264. Brown, Z.A. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time labor / Z.A. Brown // *N. Engl. J. Med.* – 1991. – Vol. 324. – P. 1247–1252.

265. 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. 578–585.

266. 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. Environ. Microbiol.* – 2003. – Vol. 69. – P. 97–101.

267. Cervical and vaginal bacterial flora: ecologic niches in the female lower genital tract / J.G. Bartlett [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1978. – Vol. 130, №6. – P. 658–661.

268. Chorioamnionitis: its association with pregnancy outcome and microbial infection / P.A. Quinn [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1987. – Vol. 156. – P. 379–387.

269. 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.

270. Chronic *Ureaplasma urealyticum* amnionitis associated with abruptio placentae / W. Foulon [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 1986. – Vol. 68. – P. 280–282.

271. Cleavage of host keratin 8 by a *Chlamydia*-secreted protease / F. Dong [et al.] // *Infect. Immun.* – 2004. – Vol. 72. – P. 3863–3868.

272. 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.

273. 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.

274. 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.

275. David, F.C. Predicting spontaneous preterm birth / F.C. David // *B. Medic. J.* – 2002. – Vol. 132. – P. 134–138.

276. Debattista, J. Immunopathogenesis of chlamydia trachomatis infections in women / J. Debattista, P. Timms, J. Allan // *Fertil. Steril.* – 2003. – Vol. 79, №6. – P. 1273–1287.

277. 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. 1861–1864.

278. 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.

279. 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.

280. Differential Regulation of Inflammatory Cytokine Secretion by Human Dendritic Cells upon *Chlamydia trachomatis* Infection / A. Gervassi [et al.] // *Infect. Immun.* – 2004. – Vol. 72. – P. 7231–7239.

281. Ditzfurth, M.V. Der immunologisch beginnende Frühabortion / M.V. Ditzfurth, U. Kuhn // *Geburtsh. U. Perinat.* – 1989. – Vol. 193. – P. 247–250.

282. Dodson, M.G. Microorganisms and premature labor / M.G. Dodson, S.J. Fortunato // *J. Reprod. Med.* – 1988. – Vol. 33, №1 – P. 87–96.

283. 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.

284. Falk, L. Signs and symptoms of urethritis and cervicitis 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.

285. Fari, A. Les infections en gynécologie / A. Fari //

J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. – 1983. – Vol. 12, №2. – P. 225–241.

286. Faro, S. Antibiotic usage in pelvic infections / S. Faro // J. Reprod. Med. – 1988. – Vol. 33. – P. 566–576.

287. 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.

288. Genital mycoplasmas in preterm infants: prevalence and clinical significance / S. Izraeli [et al.] // Eur. J. Pediatr. – 1991. – Vol. 150. – P. 804–807.

289. 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.

290. Gibbs, R.S. A revive of premature birth and subclinical infection / R.S. Gibbs // Clin. Perinatal. – 1995. – Vol. 22, №2. – P. 281–342.

291. Giese, K.-P. Chlamydieninfektionen und pelviskopische Befunde / K.-P. Giese // Zbl. Gynak. – 1987. – Vol. 109, №5. – P. 295–300.

292. Ghidini, A. Antenatal corticosteroids and placental histology in preterm birth / A. Ghidini, J. C. Pezzullo // Placenta. – 2001. – Vol. 22, №5. – P. 412–419.

293. 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.

294. Gorin, S.S. Predictors of tobacco control among nursing students / S.S. Gorin // Patient. Educ. Couns. – 2001. – Vol. 44(3), №9. – P. 251–262.

295. 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.

296. 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.

297. Haefner, H.K. Current evaluation and management of vulvovaginitis / H.K. Haefner // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 42, №2. – P. 184–195.

298. 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.

299. 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.

300. Hay, P.E. Vaginosis / P.E. Hay, D.J. Morgan, C.A. Ison // *The Third International Symposium on Vaginitis.* – Madeira, 1994. – P. 33–42.

301. 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.

302. Holst, E. Bacterial vaginosis: microbiological and clinical findings / E. Holst, B. Wathne // *Eur. J. Clin. Microbiol.* – 1987. – Vol. 6, №2. – P. 536–541.

303. 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.

304. Human antibody responses to a Chlamydia-secreted protease factor / J. Sharma [et al.] // *Infect. Immun.* – 2004. – Vol. 72. – P. 7164–7171.

305. Jennings, R.T. Gynecological and reproductive issues for women in space: a review / R.T. Jennings, E.S. Baker // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 2000. – Vol. 55, №2. – P. 109–116.

306. 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.

307. Joste, N.E. Histology and Ureaplasma urealyticum culture in 63 cases of first trimester abortion / N.E. Joste, R.B. Kundsin, D.R. Genest // *Am. J. Clin. Pathol.* – 1994. – Vol. 102. – P. 729–732.

308. 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.

309. 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.

310. 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.

311. Is *Mycoplasma hominis* a vaginal pathogen? / O.P. Arya [et al.] // *Sex. Transm. Infect.* – 2001. – Vol. 77. – P. 58–62.

312. 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.

313. 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.

314. 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.

315. 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.

316. 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.

317. 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.

318. Kukner, S. Treatment of vaginitis / S. Kukner, T. Ergin, N. Cicek // *Intern. J. Gynecol. Obstet.* – 1996. – Vol. 52, №1. – P. 43–47.

319. Lindbohm, M.L. Women's reproductive health: some recent developments in occupational epidemiology / M.L. Lindbohm // *Am. J. Ind. Med.* – 1999. – Vol. 36, №1. – P. 18–24.

320. 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.

321. Lung pathology in premature infants with *Ureaplasma urealyticum* infection / R.M. Viscardi [et al.] // *Pediatr. Dev. Pathol.* – 2002. – Vol. 5. – P. 141–150.

322. Lyon, A. Chronic lung disease of prematurity. The role of intrauterine infection / A. Lyon // *Eur. J. Pediatr.* – 2000. – Vol. 159. – P. 798–802.

323. Mardh, P.-A. The vaginal ecosystem / P.-A. Mardh // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* – 1991. – Vol. 165, №4. – P. 1163–1168.

324. 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.

325. 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.

326. Martius, J. The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, chorioamnonitis, and prematurity—a review / J. Martius, D.A. Eschenbach // *Arch. Obstet. Gynecol.* – 1990. – Vol. 247. – P. 1–13.

327. 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.

328. Mazneikova, V. Vaginal candidiasis-treatment protocols using miconazole and fluconazole / V. Mazneikova // *Akush. Ginekol. (Sofia).* – 2003. – Vol. 42. – P. 30–34.

329. 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.

330. 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.

331. Monif, G. Classification and pathogenesis of vulvovaginal candidiasis / G. Monif // Amer. J. Obstet. Gynec. – 1983. – Vol. 152, №7. – P. 935–939.

332. Mycoplasma genitalium: a cause of male urethritis? / J.S. Jensen [et al.]. // Genitourin. Med. – 1993. – Vol. 69. – P. 265–269.

333. Mycoplasma genitalium in the cervixes of Japanese women / M. Uno [et al.] // Sex. Transm. Dis. – 1997. – Vol. 24. – P. 284–286.

334. 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.

335. Neu, H.C. Issues in Gram-positiv infections: the preset and the future / H.C. Neu // J. Antimicrob. Chemotherapy. – 1988. – Vol. 21, Suppl. C. – P. 167–169.

336. Nguyen, T.T. Cephalosporin and penicillin / T.T. Nguyen, J.A. Garibaldi // J. Calif. Dent. Assoc. – 1994. – Vol. 22, №8. – P. 46–55.

337. 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. 4286–4289.

338. 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.

339. Obstetric and gynecologic infections disease // Ed. by J.G.Paastorec. – New York: Rven Press, 1996. – 708 p.

340. 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.

341. 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.

342. 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.

343. Perdigon, G. Lactic acid bacteria and their effect on the immune system / G. Perdigon, R. Fuller, R. Raya // *Curr. Is. Intest. Microbiol.* 536.– 2001. – Vol. 2, №1. – P. 27–42.

344. 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.

345. Production of broad spectrum antimicrobial substance by lactobacillus reuteri / L.T. Axelsson [et al.] // *Microb. Ecology. Health Dis.* – 1989. – Vol. 2. – P. 131–136.

346. Prospective study of neonatal genital mycoplasma colonization and infection / F. Bonnin [et al.] // *Arch. Pediatr.* – 1995. – Vol. 2. – P. 636–642.

347. 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.

348. Rampling, M.W. Haemorheology and the inflammatory process / M.W. Rampling // *Clin. Hemorheol. Microcirc.* – 1998. – Vol. 19, №2. – P. 129–132.

349. 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.

350. 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.

351. 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.

352. Relationships of vaginal *Lactobacillus* species, cervical *Chlamydia trachomatis*, and bacterial vaginosis to preterm birth / J. Martius [et al.] // *Gynecol.* – 1988. – Vol. 71. – P. 89–95.

353. Responses to laboratory psychosocial stress in postpartum women / M. Altemus [et al.] // *Psychosom. Med.* – 2001. – Vol. 63, №5. – P. 814–821.

354. 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.

355. Rowling, S.E. Imaging of the fallopian tubes / S.E. Rowling, P. Ramchandani // *Semin. Roentgenol.* – 1996. – Vol. 31, №4. – P. 299–311.

356. Saji, F. Immunological aspects of chorionamnionitis / F. Saji // *Am. J. Reproduct. Immunol.* – 1998. – Vol. 40. – P. 254.

357. 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.

358. Sharkey, A. Cytokines and implantation / A. Sharkey // *Rev. Reprod.* – 1998. – Vol. 3, №1. – P. 52–61.

359. 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.

360. Sheth, S. S. Reproductive health and obstetricians and gynecologists / S. S. Sheth // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* – 2003. – Vol. 997. – P. 1–10.

361. 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.

362. Sison, A.V. Maternal fetal infections / A.V. Sison // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* – 1992. – Vol. 4, №1. – P. 48–54.

363. Sobel, J.D. Vaginitis // *N. Engl. J. Med.* – 1997. – Vol.

337. – P. 1896–1903.

364. Sonnex, C. Influence ovarian hormones on urogenital infection / C. Sonnex // *Sex. Transm. Infect.* – 1998. – Vol. 74. – P. 11–19.

365. Soper, D. Trichomoniasis: under control or undercontrolled? / D. Soper // *Am. J. Obstetr. Gynecol.* – 2004. – Vol. 190, №1. – P. 281–290.

366. Stray-Pedersen, B. New aspects of perinatal infections / B. Stray-Pedersen // *Am. Med.* – 1993. – Vol. 25. – P. 295–300.

367. Struzziero, E. Chlamidia trachomatis and sterility / E. Struzziero, M. Corbo // *Minerva ginec.* – 1994. – Vol. 46, №11. – P. 607–608.

368. Toti, P. Chorioamnionitis and fetal/neonatal brain injury / P. Toti // *Biol. Neonate.* – 2001. – Vol. 79, № 3-4. – P. 201–205.

369. 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.

370. Ureaplasma urealyticum cervical colonization as a marker for pregnancy complications / S. Horowitz [et al.] // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 1995. – Vol. 48. – P. 15–19.

371. Ureaplasma urealyticum infection of the placenta in pregnancies that ended prematurely / R.B. Kundsinn [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 1996. – Vol. 87. – P. 122–127.

372. Ureaplasma urealyticum in the development of postpartum endometritis / W. Chaim [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2003. – Vol. 109. – P. 145–148.

373. Walley, T. Drugs, money and society / T. Walley // *Br. J. Clin. Pharm.* – 1995. – Vol. 39. – P. 343–345.

374. 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.

375. World health statistics 2007. – Geneva: WHO, 2007. – 86 p.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	6
1.1 Воспалительные заболевания женских половых органов как важная медико-социальная проблема	6
1.2 Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов	7
1.3 Особенности микробиоценоза репродуктивного тракта в норме и при развитии патологических процессов	10
1.4 Бактериальный вагиноз и роль инфекций, передающихся половым путем в развитии воспалительных заболеваний женских половых органов.....	17
1.5 Роль воспалительных заболеваний половых органов в формировании осложнений беременности и родов	33
ГЛАВА 2 ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОВ И ОБОРУДОВАНИЯ	40
2.1 Методология исследования	40
2.2 Статистические методы анализа	41
ГЛАВА 3 РОЛЬ ПЕРСОНАЛА АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВЫЯВЛЕНИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	43
3.1 Штатные нормативы и укомплектованность врачебным персоналом учреждений акушерско-гинекологической службы	44

3.2 Штатные нормативы и укомплектованность средним медицинским персоналом учреждений акушерско-гинекологической службы	59
3.3 Квалификационные характеристики врачебного персонала акушерско-гинекологической службы	64
3.4 Квалификационные характеристики среднего медицинского персонала акушерско-гинекологической службы и организация оказания медицинской помощи пациенткам, проживавшим в сельской местности	70

ГЛАВА 4 УЧРЕЖДЕНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

4.1. Восстановление деятельности сети учреждений акушерско-гинекологической службы	82
4.2 Организация оказания гинекологической помощи	98
4.3 Организация оказания акушерской помощи	123

ГЛАВА 5 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

5.1 Организация профилактических гинекологических осмотров	138
5.2 Показатели первичной заболеваемости воспалительными болезнями половых органов и факторы их определявшие ...	143
5.3 Показатели общей заболеваемости воспалительными болезнями половых органов и факторы их определявшие ...	163

ГЛАВА 6 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

6.1 Охват диспансерным наблюдением пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов	167
6.2 Эффективность диспансерного наблюдения пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов	175

**ГЛАВА 7 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ 189**

7.1 Артифициальные аборты как выраженный фактор «риска»
возникновения воспалительных заболеваний половых
органов 189

7.2. Роль воспалительных заболеваний половых органов в
генезе осложнений беременности и родов 197

ВЫВОДЫ 207

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК 209

Репозиторий ГРГМУ

Научное издание

Наумов Игорь Алексеевич
Тищенко Евгений Михайлович

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТКАМ В 1944-1994 годы
(на примере Гродненской области)**

Монография

Ответственный за выпуск: В.В. Зинчук

Компьютерная верстка: Е.П. Курстак

Подписано в печать 10.10.2012.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная.

Гарнитура Таймс. Ризография.

Усл. печ. л. **14,41**. Уч.-изд. л. **8,82**. Тираж **100 экз.** Заказ **225**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.