

на правах рукописи

Гараева

Амина Султановна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
ЖЕНЩИНЫ-МАТЕРИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТИ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Москва – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор **Шестаков Григорий Сергеевич**

Официальные оппоненты:

Позднякова Марина Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой профилактической медицины факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Фролова Ольга Григорьевна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

Цыбульская Инна Сергеевна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России,

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации

Защита состоится «___» _____ 2018 г. в _____ час. на заседании Диссертационного совета Д 208.072.06 при ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России по адресу: 117997 Москва, ул. Островитянова д. 1 или на сайте <http://rsmu.ru/>

Автореферат разослан «___» _____ 2018 года

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Бокарева Наталия Андреевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В современных условиях в Российской Федерации остро стоят вопросы роста численности населения, что может быть обеспечено, в том числе и совершенствованием охраны репродуктивного здоровья населения.

В настоящее время в Российской Федерации доля женщин в общей структуре населения составляет 53,5% (Российский статистический ежегодник, 2016 год). В последнее время отмечается положительное изменение динамики рождаемости в стране и в 2015 году в Российской Федерации рождаемость составила 13,3 ‰ при продолжающемся ежегодном росте рождаемости в пределах 0,3‰. В 27 регионах рождаемость превышает средние показатели по стране и в Тюменской области составляет 16,6‰, в Республике Алтай 18,8‰, в Ингушетии 18,5‰, в Дагестане 18,3‰. Республике Тыва 23,8‰, в Чеченской Республике 23,1‰. В Российской Федерации долгосрочным приоритетным направлением реформирования здравоохранения определено сохранение здоровья матери и ребенка как основополагающего приоритетного направления (Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. №113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации»).

Репродуктивное здоровье женщин определяется благополучием самой женщины и ее семьи. Даже физиологическое течение беременности является причиной гинекологических и экстрагенитальных заболеваний (Полунина Н.В., 2003, 2005, Скворцова В.А. 2011, Стародубов В.И. с соавтор., 2012).

Охрана репродуктивного здоровья не является изолированной областью деятельности здравоохранения. Основная цель органов управления здравоохранением и медицинских организаций является достижение положительной динамики в показателях гинекологических и экстрагенитальных заболеваний женщин фертильного возраста, сокращение случаев заболеваний инфекциями, передающимися половым путем. Эта цель

может быть достигнута, прежде всего, при обеспечении профилактики заболеваний женщин фертильного возраста.

Несмотря на широкое освещение проблем связанных с необходимостью совершенствования охраны здоровья женщин, недостаточно изучены вопросы снижения уровня гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости женщин особенно в регионах с высокой рождаемостью, не изучены репродуктивные установки, влияние традиций, обычаев, не разработаны методики комплексной оценки их здоровья, не исследована роль социально-гигиенических факторов на структуру заболеваемости данной группы женщин, недостаточно эффективна система первичной и специализированной медицинской помощи (Некушева С.Г., 2005).

В связи с этим возрастает необходимость осуществления медико-социальных мероприятий по укреплению здоровья женщин, своевременного выявления заболеваний и их лечения, определения основных факторов риска. Высокая распространенность среди женщин гинекологических заболеваний (Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., 2006, 2013, 2013; и др.) требует разработки мероприятий по улучшению состояния здоровья женщин, прежде всего в медицинских организациях первичного звена здравоохранения.

Достижение позитивных результатов в охране репродуктивного здоровья женщин возможно при совершенствовании организации медицинской помощи на муниципальном, региональном и федеральном уровнях.

Направление деятельности органов власти всех уровней по охране здоровья женщин фертильного возраста определено «Концепцией демографического развития РФ на период до 2015 года», утвержденной постановлением Правительства РФ от 24. сентября 2001 г. В числе других мер осуществление мероприятий, направленных на стимулирование рождаемости и укрепление семьи, создание благоприятных условий для рождения, содержания и воспитания нескольких детей.

Исследования, посвященные изучению состояния репродуктивного здоровья женщин, вопросам охраны здоровья женщин фертильного возраста, особенно в регионах с высокой рождаемостью, недостаточно определяют мероприятия по снижению гинекологических и экстрагенитальных заболеваний женщин в регионах с высокой рождаемостью (Кулаков В.И., 2002, Стародубов В.И., 2000).

В различных регионах Российской Федерации показатели рождаемости, гинекологической заболеваемости отличаются, чем продиктована необходимость изучения и совершенствования охраны репродуктивного здоровья женщин в регионах с высокой рождаемостью, а репродуктивные установки и социально-гигиенические факторы этой категории населения в регионах до настоящего времени недостаточно изучены.

В последнее время усилия научного сообщества направлены на изучение причин депопуляции в Российской Федерации, а в медицинской литературе имеется незначительное число работ, посвященных вопросам организации охраны репродуктивного здоровья в регионах с высокой рождаемостью.

Приоритеты сохранения репродуктивного здоровья женщин при высокой рождаемости определяются текущим состоянием здоровья женщин фертильного возраста, традиционных национальных особенностей и доступности первичной специализированной медицинской помощи в каждом регионе. При этом работ, посвященных изучению и совершенствованию охраны репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста в условиях роста демографических показателей недостаточно, а необходимость разработки мероприятий по совершенствованию определили актуальность выбранной нами научной темы проведения настоящего диссертационного исследования

Цель исследования – на основании комплексного изучения состояния здоровья и организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, проживающих в регионах с высокой рождаемостью, научно

обосновать медико-организационные мероприятия по охране и совершенствованию их здоровья.

Задачи исследования:

1. Изучить репродуктивное поведение женщин фертильного возраста, проживающих в регионах с высокой рождаемостью, и определить влияние социально-гигиенических факторов на уровень рождаемости.
2. Проанализировать уровень и структуру гинекологической заболеваемости женщин фертильного возраста, проживающих в регионах с высокой рождаемостью.
3. Дать характеристику экстрагенитальной заболеваемости и разработать критерии комплексной оценки состояния здоровья женщин фертильного возраста, проживающих в регионах с высокой рождаемостью.
4. Изучить организацию медицинской помощи женщинам фертильного возраста при высокой рождаемости, проживающим в сельской местности и оценить обеспеченность кадрами.
5. Разработать мероприятия по совершенствованию охраны здоровья женщин фертильного возраста, проживающих в регионах с высокой рождаемостью.
6. Оценить эффективность реализации мероприятий по совершенствованию охраны здоровья женщин фертильного возраста в регионах с высокой рождаемостью.

Научная новизна исследования.

Полученные результаты диссертационного исследования выявили сохранение традиционных установок на рождение большого числа детей среди женщин фертильного возраста в регионе с высокой рождаемостью. Показатель рождаемости в Чеченской Республике составляет настоящее время 23,1‰, и превышает аналогичный показатель рождаемости по Северокавказскому федеральному округу в 1,4 раза, а по Российской Федерации в 1,8 раза.

Выявлено, что в исследуемом регионе уровень рождаемости в сельской местности в 1,5 раза выше в сравнении с городом, в горной части в 1,3 раза выше в сравнении с равнинной частью.

Установлено, что большая часть женщин (77,8%), вступает в брак в возрасте 18-21 год и, как правило, к 27 годам женщины имеют трех – четырех детей. Среднее количество детей, рожденных одной женщиной в 1,9 выше среди сельских жительниц в сравнении с городскими жителями.

Изучение репродуктивного поведения женщин выявило крайне низкую их осведомленность о возможности регулирования частоты рождения детей, а доля женщин получивших информацию по планированию семьи перед вступлением в брак составила только 4,9%. В каждой второй семье имели место незапланированные беременности (47,1%). Отсутствие планирования беременности способствовало наличию низкого интергенетического интервала между рождениями детей ($1,7 \pm 0,3$ лет), что способствовало ухудшению здоровья женщин и детей.

Изучение заболеваемости обследованных женщин показало, что в период с 2006г. по 2015г. отмечен рост гинекологической заболеваемости с 510,3 случаев до 880,2 случаев на 1000 женщин фертильного возраста, причем в большинстве случаев гинекологические заболевания выявлялись при проведении медицинских осмотров.

Большая часть женщин не считают нужным своевременно обращаться к врачу при первых симптомах заболевания, а также при наступлении беременности, практически каждая вторая женщина не выполняла рекомендации и назначения врача.

Установлено, что значительная часть медицинских организаций I и II уровня, оказывающих медико-профилактическую помощь женщинам фертильного возраста в сельской местности, расположены в приспособленных

помещениях, недостаточно оснащены медицинским оборудованием, не укомплектованы медицинскими кадрами, значительно удалены от места жительства женщин, что затрудняет обращение населения к медицинским работникам.

Выявлено отсутствие информационного взаимодействия фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий с районными женскими консультациями и гинекологическими отделениями стационаров.

Результаты исследования позволили научно обосновать и разработать комплекс мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи, и улучшить здоровье женщин фертильного возраста, проживающих в регионах с высокой рождаемостью. Внедрение предложенных мероприятий позволило улучшить профилактические наблюдения за беременными женщинами, повысить уровень медицинской грамотности женщин, сократить уровень госпитализации и число осложнений. В целом в 3,5 раза увеличилась доля женщин фертильного возраста, удовлетворенных доступностью и качеством оказания им акушерско-гинекологической помощи

Практическая значимость работы заключается в том, что на основании проведенного исследования и полученных результатов были разработаны медико-организационные мероприятия, включающие введение должности акушерки в штатное расписание фельдшерско-акушерских пунктов и должности акушера-гинеколога в штатное расписание сельских врачебных амбулаторий, а так же оснащение медицинских организаций I и II уровня персональными компьютерами. Это обеспечило реализацию внедрения в лечебно-профилактических учреждениях электронной амбулаторной карты, дистанционного консультирования женщин с гинекологическими заболеваниями и беременных женщин, у которых беременность протекает с осложнениями.

Организация работы школы «Здорового образа жизни» способствовала

повышению уровня санитарно-гигиенической грамотности женщин и их мужей по вопросам репродуктивного поведения.

Создание единого информационного пространства, объединяющего фельдшерско-акушерские пункты и сельские врачебные амбулатории с медицинскими организациями III уровня, дало возможность осуществлять своевременное и непрерывное медицинское наблюдение беременных женщин и женщин, страдающих хроническими гинекологическими заболеваниями.

Реализация перечисленных мероприятий дает возможность существенно улучшить здоровье женщин фертильного возраста, проживающих в регионе с высокими показателями рождаемости.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования использованы при разработке Государственной программы «Развитие здравоохранения Чеченской республики на 2014 - 2020 годы», которая утверждена Правительством Чеченской республики 28.04.2014 года №64. (акт внедрения от 15.03.2017 года). Разработанные мероприятия (электронная амбулаторная карта больного, оборудование для проведения дистанционного консультирования, школа здорового образа жизни) внедрены в работу Центральных районных больниц, районных женских консультаций, а также сельских врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов Наурского муниципального района Чеченской Республики (акт внедрения №45-А от 02.02.2018 года и №46-А от 02.02.2018 года).

Материалы исследования используются в учебном процессе кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко ФГБОУ ВО Первый Московский медицинский университет им И.М. Сеченова Минздрава России, кафедры общественного здоровья и здравоохранения медицинского института ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет» (акт внедрения № 014/у от 07.09.2017 года).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Особенности гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости

женщин фертильного возраста, проживающих в регионах с высокой рождаемостью.

2. Медицинская активность женщин фертильного возраста, проживающих в регионах с высокой рождаемостью.

3. Организация первичной и специализированной медицинской помощи женщинам фертильного возраста, проживающим в регионах с высокой рождаемостью.

4. Разработка медико-организационных мероприятий, направленных на совершенствование охраны репродуктивного здоровья женщин в регионах с высокой рождаемостью и оценка их эффективности.

Личный вклад соискателя. Автору принадлежит ведущая роль в выборе темы исследования, разработке программы (95%), разработке анкет для проведения социологических исследований (100%), анализе и обобщение полученных результатов (100%). В работах, выполненных в соавторстве, автором лично проведено моделирование процессов (80%), мониторинг основных параметров деятельности медицинских организаций на территории сельского муниципального района (80%), обобщение полученных результатов, аналитическая и статистическая обработка статистических материалов (100%). Вклад автора заключается в непосредственном участии исследования, в том числе постановке задач, экспериментальной, теоретической и практической реализации результатов исследования, их обсуждения в научных публикациях и докладах и внедрении в практику. Автором разработаны анкеты социологических исследований и разработана программа повышения квалификации медицинских работников в области охраны репродуктивного здоровья.

Публикации. По материалам исследования опубликованы 29 научных работ, в том числе 15 в рецензируемых журналах, включенных в Перечень ВАК РФ.

Апробация работы. Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на:

- II Международной научно-практической конференции посвященной 75-летию Новосибирского государственного медицинского университета, 14-15 октября 2010 год, Новосибирск;

- Всероссийской научно-практической конференции Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова «Мониторинг состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения» 7-8 июня 2011 года, Москва;

- Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Грудное вскармливание в современном мире: роль сектора здравоохранения в охране и поддержке грудного вскармливания» 14-14 мая 2014 г., Москва;

- научно-практической конференции «Современные проблемы эффективности управления здравоохранением» 23-25 ноября 2015 г. Москва.

- межрегиональной научно-практической конференции «Приоритеты развития регионального здравоохранения» 26 ноября 2015 года, г. Ставрополь, 2015 г.

- научно-практической конференции «Современные принципы ультразвуковой и лучевой диагностики в акушерстве, гинекологии и перинатологии» 27-29 сентября 2017 года, Москва.

Соответствие заявленной специальности. Диссертация соответствует паспорту специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение: п.2 «...исследование демографических процессов, структур заболеваемости...», п.3 «Исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи населению...».

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 232 страницах и состоит из введения, обзора современного состояния проблемы, материалов и методов исследования, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и приложений. Диссертация содержит 26 таблиц и 6 рисунков. Список использованной литературы включает 249 источников, из них 192 отечественных и 57 работ зарубежных авторов.

Содержание работы

Во введении обоснована актуальность настоящего исследования, определены цель и задачи, изложена новизна и практическая значимость исследования, даны сведения о внедрении результатов диссертации в практическое здравоохранение, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен аналитический обзор отечественной и иностранной научной литературы и официальных источников, посвященный анализу состояния здоровья женщин-матерей, факторам, оказывающим влияние на показатели рождаемости, организации медицинской помощи женщинам фертильного возраста. В последние годы в отечественной и зарубежной научной медицинской литературе все большее внимание уделяется медико-социальным факторам формирования репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала женщин, т.е. возможности женщин воспроизводить здоровое потомство, позволяют прогнозировать демографическую ситуацию в регионе и стране в целом, состояние здоровья женщин фертильного возраста, а потому должен служить основой перспективного развития отечественного здравоохранения.

Большое внимание было уделено изучению подходов к разработке основных направлений демографической политики, особенностям ее реализации и оценке её эффективности. В тоже время опубликованные данные свидетельствуют об отсутствии исследований по изучению медико-социальных

особенностей состояния здоровья и организации медицинской помощи женщинам фертильного возраста, проживающим в регионах высокой рождаемости.

Во второй главе изложена программа и методика выполнения исследования репродуктивного здоровья женщины-матери в регионах высокой рождаемости, позволившие разработать мероприятия по совершенствованию охраны репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста.

В качестве базы для настоящего исследования были взяты муниципальные образования Чеченской республики, имеющие наиболее высокие показатели рождаемости, различную степень доступности медицинской помощи, обусловленную природными особенностями проживания большей части населения, являющихся типичными для регионов с высокой рождаемостью, которая по демографическим показателям и социально-экономическим критериям репрезентативна большинству сельскохозяйственных территорий Российской Федерации с высокой рождаемостью.

Объектом исследования для изучения заболеваемости явились женщины фертильного возраста, проживающие в городах и сельских поселениях Чеченской республики, объем составил 3000 женщин. Анализ медицинской активности проведен на основании ответов 2878 ответов женщин. Для исследования организации медицинской помощи медицинских организаций разработаны карты сбора информации о деятельности медицинских организаций по охране репродуктивного здоровья республиканского, городского, районного уровня. Проведен анализ медицинской документации 68 ФАПов, 17 сельских врачебных амбулаторий, 15 районных женских консультаций, 13 гинекологических отделений Центральные районных больниц, опрошено 689 медицинских работников, в том числе 175 врачей, 514 человек среднего медицинского персонала.

При проведении исследования источниками информации использовались данные Республиканского комитета по статистике, государственной статистической отчетности районных комитетов по статистике, годовые статистические отчеты медицинских организаций за 2006 – 2015 годы (ф. 30; ф. 12; ф. 14; ф.14 ДС).

В процессе проведения исследования была изучена гинекологическая и соматическая заболеваемость «количество женщин», социально-гигиеническая характеристика «количество женщин» и медицинская активность «количество женщин», установлены факторы, влияющие на их состояние здоровья и величину рождаемости (рисунок 1).



**Оценка эффективности медико-
организационных мероприятий,
направленных на охрану репродуктивного
здоровья женщин**

Рисунок 1. Программа изучения состояния здоровья и организации медицинской помощи женщинам фертильного возраста.

Для углубленного изучения эффективности работы медицинских организаций обусловленной внедрением и использованием технических, организационных, медицинских, социальных и экономических инноваций были взяты: медицинские организации муниципального и регионального уровня (фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, районные женские консультации, гинекологические отделения стационаров, родильные дома, станции и отделения скорой медицинской помощи, деятельность которых типична для аналогичных организаций сельской местности.

Особое внимание было уделено анализу организации медицинской помощи женщинам фертильного возраста в регионах с высокой рождаемостью, выявлены недостатки и определены основные направления ее совершенствования.

Выбор представленных организаций определился психологической готовностью главных врачей и медицинского персонала к инновационной деятельности, оснащенностью компьютерной техникой, уровнем качества медицинской помощи и ведения учетно-отчетной медицинской документации.

Для проведения исследования была разработана программа «изучения состояния здоровья и организации медицинской помощи женщинам фертильного возраста», состоящая из 6-ти разделов и составлена методика его

проведения. Реализация Программы исследования позволила изучить и оценить гинекологическую и соматическую заболеваемость женщин фертильного возраста, определить репродуктивные установки женщин, проживающих в регионах с высокой рождаемостью, исследовать особенности организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста.

Полученные результаты позволили разработать медико-организационные мероприятия по улучшению здоровья исследуемой группы женщин и оценить их эффективность.

Выполнение всех разделов рассматриваемой Программы обеспечило целостную картину изучаемых объектов исследования, разработать медико-организационных и социально-гигиенических мероприятий по улучшению здоровья исследуемой группы женщин и оценить эффективность.

При сборе данных были использованы методы выкопировки сведений из справочно-информационных материалов, учетно-отчетной и инструктивно-распорядительной документации исследуемых медицинских организаций. При сборе материала кроме метода выкопировки применялись социально-гигиенические анкеты опроса и анкетирования женщин фертильного возраста, врачей и среднего медицинского персонала, метод непосредственного наблюдения и аналитический метод.

Статистическая обработка и математический анализ полученных данных включали в себя использование методик вычисления средних величин, показателей и их ошибок, расчета среднего квадратичного отклонения, определения достоверности средних и показателей, применения метода сравнения средних и относительных величин по независимым совокупностям и сериям наблюдений, проведенных на одном и том же объекте исследования, параметрической и непараметрической корреляции, дисперсионного анализа для количественных и качественных признаков. В процессе обработки и математического анализа информации нами были использованы лицензионные прикладные компьютерные программы Microsoft Excel 2000; Sigmaplot 2000 for

Windows Jandel Sci.; Statgraphic.»

В последующих главах нашли отражение материалы собственных исследований: глава 3. «Состояние здоровья женщин фертильного возраста в регионе с высокой рождаемостью», глава 4. «Оценка репродуктивного поведения женщин фертильного возраста и доступности медицинской помощи» (по данным социологического исследования), глава 5. «Совершенствование организации охраны репродуктивного здоровья женщин в регионе с высокой рождаемостью», глава 6. «Результаты реализации мероприятий по совершенствованию охраны репродуктивного здоровья женщин в регионе с высокой рождаемостью».

Особенностью современной демографической ситуации в регионе является увеличение числа ранних браков. Отмечено, что возраст женщин, вступающих в брак среди сельских жителей достоверно ниже, чем среди женщин, проживающих в городе ($18,6 \pm 1,6$ лет против $19,7 \pm 1,4$). В целом, среди всех женщин 77,8% вступает в брак в возрасте 18-24 год и, как правило, в среднем к 25-27 годам в сельской местности женщины имеют 3-4 детей, в городе 2-3 детей.

Анализ показал, что рождаемость выше в сельской местности в сравнении с городом (соответственно 28,1‰ и 19,3‰). Среднее количество детей, приходящееся на одну женщину, в целом составило $3,8 \pm 0,03$ детей, в том числе среди сельских жителей – $4,3 \pm 0,01$ детей, среди городских жителей – $3,2 \pm 0,05$ детей. Отмечено, что среднее число желаемых детей существенно больше и составило в целом $4,9 \pm 0,2$ детей, в том числе у жительниц сельской местности – $4,5 \pm 0,02$ детей, у городских жительниц – $3,6 \pm 0,01$ детей.

Отмечено, что из 100 опрошенных женщин 62 не имели представления о возможных рисках частого рождения детей и методах регулирования частоты рождения детей (рисунок 2).

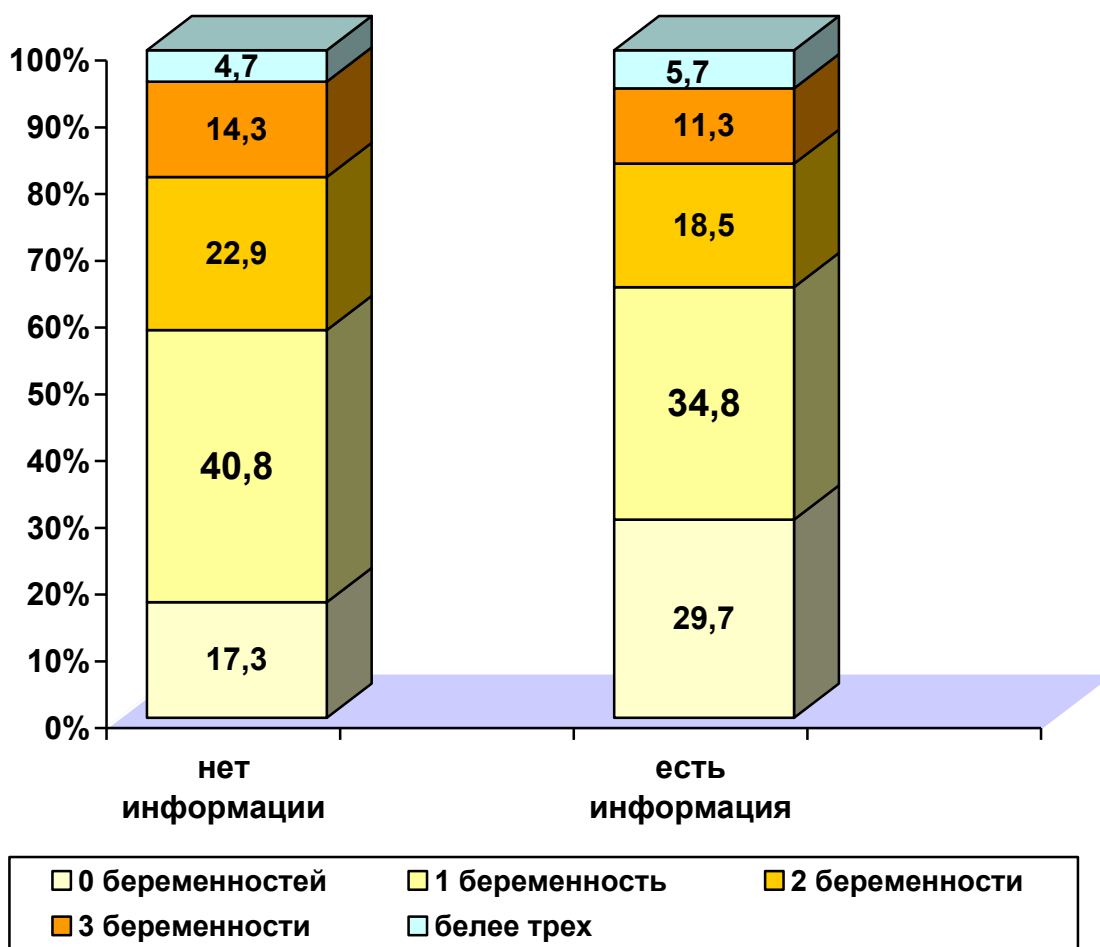


Рисунок 2. Распределение женщин по наличию незапланированных беременностей в зависимости от получения ими информации о важности регулирования частоты рождения детей (% к итогу)

На репродуктивное поведение женщин оказывает влияние их социальное положение. Изучение занятости женщин показало, что среди жителей сельской местности преобладают не работающие женщины (51,1%), а в городе 25,8%. Установлено, что как в сельской местности, так и в городе доля учащихся в средних специальных и высших учебных заведениях город практически идентична, составляя соответственно 11,7% и 10,7%.

В качестве источника информации по вопросам регулирования частоты рождения детей из 100 опрошенных женщин фертильного возраста 26 женщин указали на акушеров-гинекологов районной женской консультации, 12 получили информацию от знакомых.

Психологически для большинства женщин (97,1%) оказалось

затруднительным обсуждение с мужем вопросов связанных с частотой рождения детей.

Получили консультации по планированию семьи до начала половой жизни только 1,8% женщин.

Практически все (98,1%) женщины не использовали никаких методов контрацепции. Выявлено что у 47,1% женщин в течение жизни имелись незапланированные беременности, из них у 58,1% женщин была одна незапланированная беременность, у 22,9% женщин – две беременности, у 14,3% женщин – три беременности, у 4,7% женщин более трех незапланированных беременностей.

Гинекологическая заболеваемость является важным показателем репродуктивного здоровья женщин. Изучение гинекологической заболеваемости выявило рост среди женщин фертильного возраста с 510,3 случаев в 2006 году до 819,2 случаев в 2015 году (на 1000 женщин фертильного возраста).

С возрастом уровень гинекологической заболеваемости увеличивается. Если в группе до 30 лет уровень гинекологической заболеваемости составлял 572,3‰, то в возрасте 50 лет и старше ее уровень достиг 1182,2‰.

Установлено, что более 60% гинекологических заболеваний женщин фертильного возраста выявляется гинекологами при медицинских осмотрах, проводимых выездными врачебными бригадами (515,1 случаев на 1000 женщин фертильного возраста, а гинекологическая заболеваемость по обращаемости в фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, женскую консультацию составила 304,1 случая (на 1000 женщин фертильного возраста).

В структуре гинекологических заболеваний, выявляемых при медицинских осмотрах врачебных бригад и по результатам обращаемости в фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, женскую консультацию лидирующее место занимают воспалительные заболевания (52,6%). При этом в группе воспалительных заболеваний внутренних половых

органов сальпингит и оофорит составил 59,3%, болезни шейки и тела матки 23,2%, болезни влагалища и вульвы 15,6%, болезни бартолиновой железы 1,9% (рисунок 3).

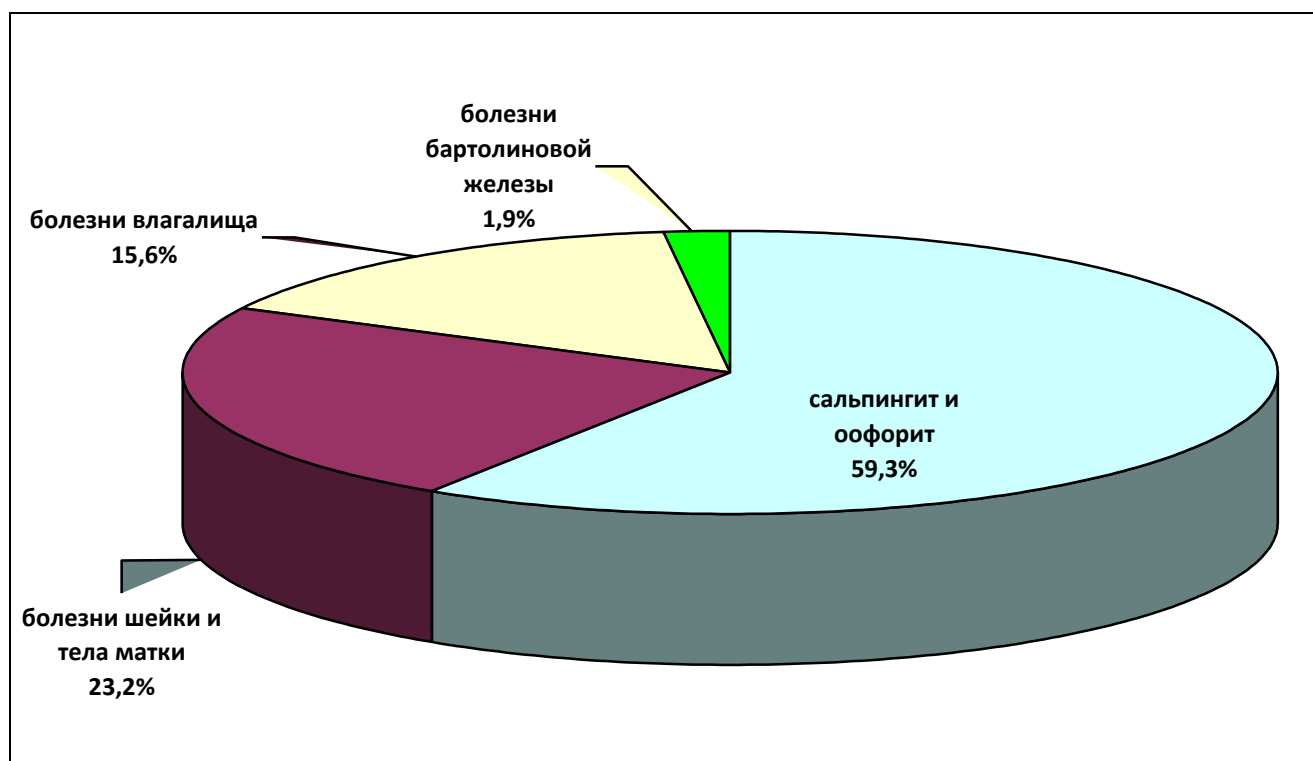


Рисунок 3. Структура гинекологических заболеваний у женщин фертильного возраста

Установлено, что в целом воспалительные заболевания чаще всего выявляются у женщин в более молодых возрастах. Удельный вес этой патологии в возрасте 30-39 лет составил 78%, а в возрасте 50 лет и старше их доля в общей гинекологической заболеваемости не превышает 40%. Доля не воспалительных заболеваний составляет 29,3%. В группе не воспалительных заболеваний эндометриоз составляет 61,2%. Наибольшая заболеваемость эндометриозом приходится на возрастную группу обследуемых женщин 40-49 лет.

Доброкачественные образования составляют 9,2%. Почти половина (42,1%) доброкачественных новообразований женских половых органов составляют миомы тела матки, которые чаще встречаются у лиц в возрасте от

40 до 49 лет.

Второе место среди доброкачественных новообразований занимают аденоматозные полипы, которые чаще наблюдаются в возрасте до 40 лет. Практически у каждой пятой (19,4%) женщины из числа лиц, имеющих доброкачественные новообразования женских половых органов, выявлена киста яичника.

Треть заболеваний (29,6%) составили нейроэндокринные нарушения, которые представлены: предменструальным синдромом, посткастрационным синдромом, нарушениями полового созревания, андрогенитальными расстройствами, синдромом склерокистозных яичников.

Анализ экстрагенитальной заболеваемости женщин фертильного возраста выявил тенденцию роста с 821,3 случаев на 1000 женщин в 2006 году до 1235,9 случаев в 2015 году на 1000 женщин. Большая часть заболеваний (68,4%) выявлена при проведении медицинских осмотров выездными врачебными бригадами. В сельской местности доля основных заболеваний женщин фертильного возраста выше, в том числе болезней органов мочеполовой системы – в 1,7 раза (37,9% и 34,6% соответственно), болезней органов дыхания – в 1,7 раза (17,6% и 16,9% соответственно), болезней системы кровообращения – в 1,2 раза (19,1% в сельской местности и 18,1% в городе) (таблица 1).

Таблица 1. - Структура экстрагенитальной заболеваемости женщин (в %)

Классы болезней	в городе	в сельской местности	Итого
болезни органов мочеполовой системы	34,6	37,9	32,8
болезни системы кровообращения	18,1	19,1	20,4
болезни органов дыхания	16,9	17,6	18,9
болезни органов пищеварения	13,2	12,2	12,7
болезни крови и кроветворных органов	15,8	11,2	11,8
прочие	1,4	2,0	3,4
Всего	100,0	100,0	100,0

Среди женщин фертильного возраста, проживающих в сельской местности, чаще отмечаются болезни органов мочеполовой системы, болезни органов кровообращения и болезни органов дыхания.

В структуре заболеваемости обследованных женщин, ведущее место принадлежит заболеваниям мочеполовой системы (32,8%), второе место занимают болезни системы кровообращения (20,4%), Соответственно третье, четвертое и пятое места распределены между болезнями органов дыхания (18,9%), пищеварения (12,7%), болезни крови и кроветворных органов (11,8%). На перечисленные классы заболеваний приходится более 80% всей выявленной патологии.

Обращает на себя внимание высокий удельный вес анемий (около 70%) в структуре болезней крови и кроветворных органов обусловленный большим числом беременностей при малом интергенетическом интервале.

Практически у каждой второй женщины выявлено сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний, так, у 36,8% женщин имеется два заболевания, у 16,5% женщин – три заболевания (таблица 2).

Таблица 2. Распределение женщин фертильного возраста по числу перенесенных заболеваний в течение года в зависимости от места их проживания (в % к итогу)

Число заболеваний, выявленных у одной женщины	в городе	в сельской местности	Итого
1 заболевание	51,9	40,5	46,7
2 заболевания	34,7	39,9	36,8
3 заболевания	11,0	14,9	13,0
более трех заболеваний	2,4	4,7	3,5
Итого	100,0	100,0	100,0

При этом в сельской местности удельный вес женщин фертильного возраста, имеющих более двух заболеваний больше чем в городе. Отмечено наиболее частое (23,1%) сочетание у одной женщины болезней органов мочеполовой системы и болезней системы кровообращения и болезней системы кровообращения с болезнями крови и кроветворных органов (19,7%).

Результаты исследования показали, что с возрастом увеличивается удельный вес женщин, имеющих различных заболевания (таблица 3). Так гипертоническая болезнь у женщин в возрасте 18-24 года встречается у 8,6 женщин из 100, а в возрастной группе 25 - 29 лет у 12,4, в возрасте старше 30-39 лет у 21,1, а в возрасте 40 лет и старше у 28,4, т.е. в 3,3 раз чаще. Заболевания мочеполовой системы у женщин в возрасте 18 - 25 лет встречаются значительно чаще (13,4%), а в возрасте 40 лет и старше каждая третья женщина страдает этими заболеваниями.

Таблица 3. Удельный вес экстрагинетальных заболеваний при увеличении возраста женщин фертильного возраста (в % к итогу).

Заболевания	Возраст обследованных женщин			
	18-24 года	25-29 лет	30-39 лет	40 лет и более
Гипертоническая болезнь	8,6	12,4	21,1	28,4
Цистит, пиелонефрит	13,2	21,7	28,4	31,3
Бронхит	6,8	9,5	11,6	19,7
Анемия	10,2	23,1	48,4	59,7
итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Анализ заболеваемости женщин фертильного возраста выявил тенденцию роста как гинекологических, так и экстрагенитальных заболеваний. При этом заболевания (более 60%) выявляются врачами выездных бригад. Так как врачебные бригады выезжают в сельские поселения два раза в год среди

обследованных женщин фертильного возраста 84,2% составляют пациентки с хроническими заболеваниями как гинекологическими (89,7%), так и экстрагенитальными (78,7%).

Комплексная оценка здоровья характеризуется не только объективными критериями, но и субъективной характеристикой здоровья и прежде всего наличием жалоб на здоровье. Установлено, что более половины женщин фертильного возраста (81%) указывают на различные жалобы (таблица 4).

При этом наиболее часто женщины жалуются на головные боли (68 женщин из 100 опрошенных), расстройства сна (46-47 женщин из 100 опрошенных), боли в суставах (53 женщины из 100 опрошенных).

Таблица 4. Частота встречаемости жалоб на здоровье среди женщин фертильного возраста (на 100 опрошенных женщин)

п/№	Наличие симптомов	Число жалоб на 100 опрошенных женщин
1.	Частые головные боли	77,2
2	Расстройства сна	46,4
3.	Боли в суставах	43,8
4.	Снижение работоспособности	40,8
5.	Повышенная физическая утомляемость	38,3
6.	Снижение памяти и концентрации внимания	32,2
7.	Частые боли в горле	30,4
8.	Мышечная слабость	19,4

Объективная характеристика здоровья женщин была проведена на основании следующих критериев: наличие или отсутствие хронического заболевания; частота обращения к врачу в связи с заболеванием; сочетание у женщины гинекологических и соматических заболеваний; течение беременности и родов; наличие или отсутствие жалоб, характеризующих

утомляемость. Полученные данные позволили сформировать оценочные группы здоровья и распределить обследованный контингент женщин а эти группы.

В группу с хорошим состоянием здоровья включены женщины фертильного возраста, у которых беременность протекала без осложнений, отсутствовали хронического заболевания, не было жалоб на симптомы переутомления, в течение года было не более 1-2 заболеваний.

В группу с удовлетворительным состоянием здоровья включены женщины фертильного возраста, не имеющие хронических заболеваний, с кратностью заболеваний в течение года не более одного заболевания.

В группу с плохим состоянием здоровья вошли женщины с хроническими заболеваниями, доля которых составила 64,1% от числа всех женщин фертильного возраста, и 9,7% женщины у которых беременность и роды протекали с осложнениями (таблица 5).

Таблица 5. Распределение женщин фертильного возраста по группам здоровья среди городских и сельских жительниц (в % к итогу)

оценка состояния здоровья женщин фертильного возраста	город	село	итого
хорошее	59,3	34,2	46,7
удовлетворительное	24,6	42,4	33,4
плохое	16,1	23,4	19,9
Итого	100,0	100,0	100,0

Практически каждая вторая женщин фертильного возраста была отнесена в группу с хорошим состоянием здоровья (46,7%). В группу с удовлетворительным состоянием здоровья входит каждая третья женщина, а каждая пятая – имеет плохое здоровье. Отмечено, что среди городских женщин фертильного возраста достоверно больше в 1,7 раза лиц с хорошим здоровьем и

меньше в 1,4 раза с плохим состоянием здоровья.

Опрос женщин фертильного возраста, взятых под наблюдение, показал, что практически каждая вторая считает свое здоровье удовлетворительным, а каждая третья – плохим (таблица 6). При этом в сельской местности женщины чаще оценивают свое здоровье, как плохое.

Таблица 6. Распределение женщин фертильного возраста по субъективной оценке своего здоровья в городе и сельской местности (в % к итогу)

субъективная оценка состояния здоровья	город	село	среди всех женщин
Хорошее	23,1	12,9	19,4
Удовлетворительное	51,4	48,4	49,3
Плохое	25,5	38,7	31,7
Итого	100,0	100,0	100,0

При сравнительном анализе объективных данных обследования женщин при обращениях в медицинские организации и медицинских осмотрах и субъективных оценок здоровья женщин фертильного возраста (таблица 7) обращает на себя внимание различие объективных и субъективных показателей, что определяет необходимость комплексного подхода, учитывающего не только сведения о выявленных заболеваниях, но и самооценку своего здоровья.

Таблица 7. Сравнительная оценка состояния здоровья женщин фертильного возраста по объективным и субъективным данным (% к итогу).

Оценка состояния здоровья	объективные данные	субъективные данные	доверительный коэффициент «р»
хорошее	27,4	19,4	$p < 0,05$
удовлетворительное	64,9	49,3	$p > 0,05$
плохое	7,7	31,7	$p < 0,05$
Итого	100,0	100,0	

Женщины фертильного возраста при самооценке чаще характеризуют свое здоровье как «плохое», так как любое неприятное ощущение (головные боли, расстройство сна, снижение работоспособности, физическая утомляемость и т. п.) расценивают как ухудшение здоровья. Женщины реже оценивают здоровье как «хорошее» и такая самооценка отличается от объективных данных, полученных при обращении к врачам и при медицинских осмотрах.

Амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам фертильного возраста предоставляется в фельдшерско-акушерских пунктах, в сельских врачебных амбулаториях и районных женских консультациях.

Доврачебная медико-санитарная помощь женщинам фертильного возраста, проживающим в сельских населенных пунктах, оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, 84,3% из которых располагаются в приспособленных помещениях, не оснащены необходимым оборудованием, в каждом третьем ФАП в штатном расписании отсутствует должность акушерки. Обращает на себя внимание, что в целом за медицинской помощью на ФАП обращается лишь 69,2% женщин. При этом 30,8% женщин не доверяют квалификации медицинского персонала фельдшерско-акушерских пунктов. Основная часть женщин фертильного возраста (86,1%) вынуждена получать медицинскую помощь в сельских врачебных амбулаториях, находящихся в соседних селениях на значительном расстоянии или районных медицинских организациях, находящихся в районном центре.

Анализ причин обращений на фельдшерско-акушерские пункты показал, что наибольший удельный вес занимают обращения по поводу заболеваний 79,8%. Посещения фельдшерско-акушерских пунктов для выполнения назначений врачей сельских врачебных амбулаторий и районных медицинских организаций составляют 10,4%, а профилактические осмотры менее 5,6%. В случае гинекологического заболевания большинство женщин (87,2%)

предпочитают обратиться в районную женскую консультацию, 49,5% - врачебную амбулаторию, 11,7% – к частному врачу, в фельдшерско-акушерский пункт - 79,3%.

Из полученных ответов женщин оказалось, что наиболее значимым поводом обращения к врачу являются случаи обусловленные необходимостью освобождения от работы, – 35,2% (таблица 8).

Вторая половина женщин не работали по найму, а выполняли работу по дому и не обращались к врачу, так как не нуждалась в освобождении от работы. Вторым по значимости поводом обращений являются случаи отсутствия выздоровления при самолечении (21,2%), и третьей причиной обращения является случай резкого ухудшения течения заболевания в случаях самолечения – 15,5%. Лишь 6-7 женщин из 100 опрошенных обращаются за помощью к врачам при первых признаках заболевания для получения лечения.

Таблица 8. Распределение женщин по причинам обращения к врачу (на 100 опрошенных).

Причины обращения к врачу	причины обращения на 100 опрошенных
Необходимость получения листка нетрудоспособности	35,2
Отсутствие выздоровления при самолечении	21,2
При резком ухудшении течения заболевания в случаях самолечения	15,5
Для проверки эффекта назначенного лечения	6,8
При появлении первых признаков заболевания	6,3
Не обращались к врачу	15,0

Обращает на себя внимание, что среди городских женщин, в случае

заболевания основная часть обращается в районную женскую консультацию, а 12,8% – обращаются в частные клиники. В сельской местности около 70% женщин обращается в фельдшерско-акушерские пункты и во врачебную амбулаторию (29,5%), 0,7% женщин проживающих на селе обращаются в частные клиники, а третья часть предпочитают обращаться в районную женскую консультацию (таблица 9).

Таблица 9. Распределение обращений в медицинские организации женщин по поводу заболеваний в зависимости от места проживания (на 100 обследованных)

Место проживания	Районная женская консультация	Врачебная амбулатория	Частная клиника	Фельдшерско-акушерский пункт	Выездные врачебные бригады	Не обращались
В городе	81,2	0	12,8	0	0	0,6
В селе	31,2	29,5	0,7	69,2	7,7	11,6
Всего	79,7	9,5	12,8	69,2	7,7	12,2

Основными медицинскими организациями, оказывающими *первичную врачебную медицинскую помощь* в сельской местности являются врачебные амбулатории, большинство из которых располагается в приспособленных помещениях (64%), лишь каждая вторая (52,3%) укомплектована терапевтами, каждая десятая (11,9%) укомплектована терапевтами и хирургами. Однако, каждая третья (35,8%) сельская врачебная амбулатория укомплектована только средним медицинским персоналом, поэтому в них оказывается доврачебная медицинская помощь. Отсутствие в штате сельских врачебных амбулаторий врачей акушеров-гинекологов не позволяет обеспечить доступность акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в селениях.

Основная деятельность сельских врачебных амбулаторий заключается в

оказании медицинской помощи при экстагинетальных заболеваниях, тогда как предоставление акушерско-гинекологической помощи осуществляются в районных женских консультациях. Однако большинство сельских жительниц (73,1%) испытывают трудности при обращении в эти медицинские организации, обусловленные большой очередью (73,7% женщин) на прием к врачу, длительностью ожидания медицинской помощи (63,2%), отдаленностью расположения районных женских консультаций (47,5% женщин) отсутствием транспорта (22,4% женщин). Перечисленные факторы приводят к тому, что значительная часть женщин (69,4%) несвоевременно обращается к врачу, как при заболевании, так и при постановке на диспансерное наблюдение на беременности.

Полученные результаты позволили разработать мероприятия, включающие изменение штатного расписания медицинских организаций, совершенствование оснащения медицинским и компьютерным оборудованием, организация и проведение дистанционного консультирования, организация работы «Школы здорового образа жизни» (рисунок 4).

Изменение штатного расписания фельдшерско-акушерских пунктов и сельских врачебных амбулаторий предусматривало комплектование всех ФАПов акушерками, а сельские врачебные амбулатории акушерами-гинекологами, что позволяло обеспечить доступность акушерско-гинекологической помощи, осуществлять диспансерное наблюдение женщин фертильного возраста заболеваний при беременности и при гинекологических заболеваниях.

Обеспечение выездных врачебных бригад врачами-специалистами обеспечило приближение специализированной медицинской помощи женщинам фертильного возраста, проживающим в сельской местности и осуществление диспансерного наблюдения при заболевании.

Схема комплекса мероприятий по совершенствованию состояния здоровья женщин репродуктивного возраста

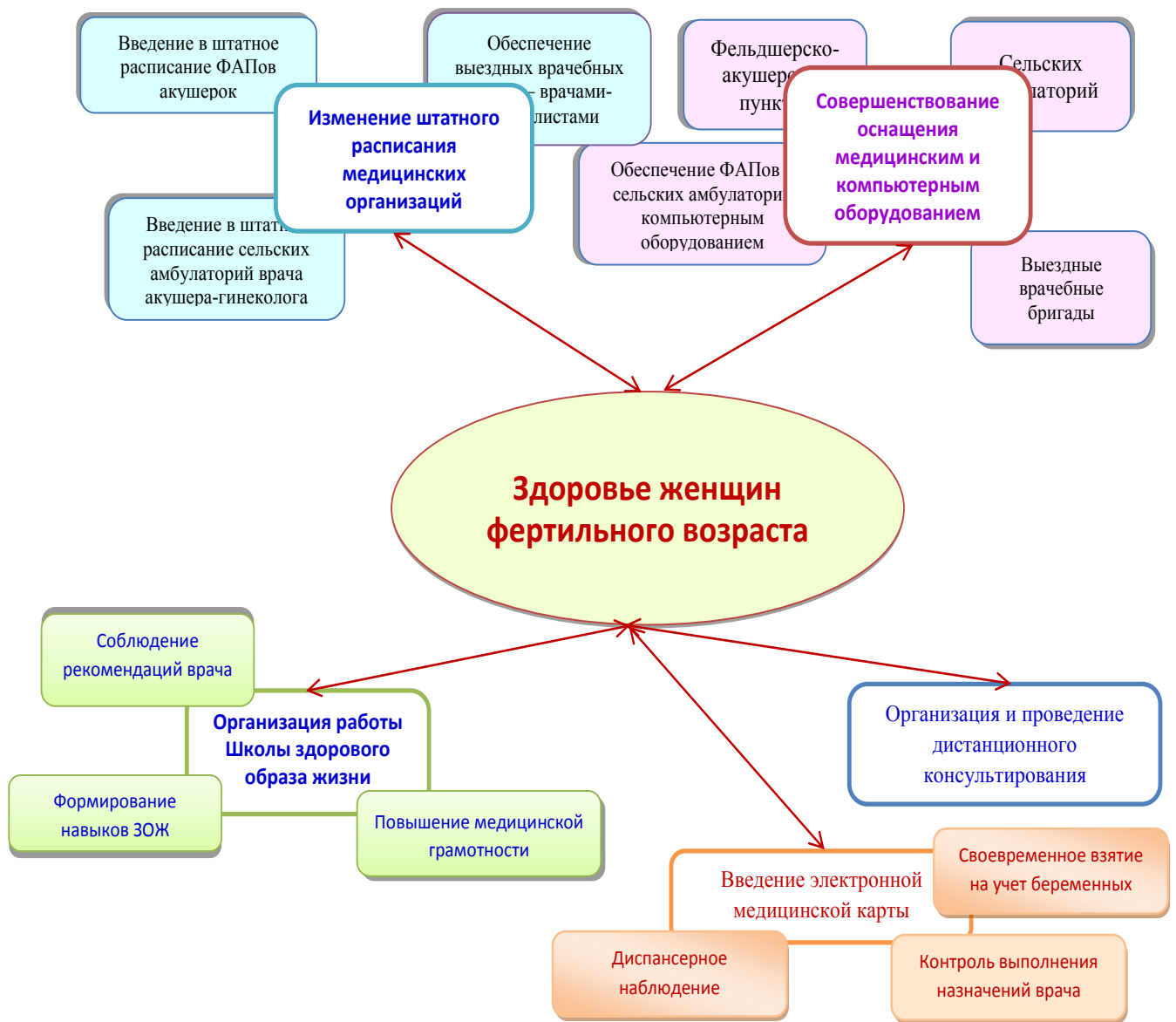


Рисунок 4. Схема комплекса мероприятий по совершенствованию охраны здоровья женщин фертильного возраста

Оснащение медицинским и компьютерным оборудованием и внедрение

электронной медицинской карты необходимо для создания единой базы данных с целью обеспечения преемственности при оказании лечебно-диагностической и профилактической помощи женщинам фертильного возраста на всех этапах оказания медицинской помощи и осуществления дистанционного консультирования пациенток.

Результаты исследования показали целесообразность проведения выездов врачебных бригад не менее 2-х раз в год для проведения диспансерных осмотров женщин фертильного возраста с включением в состав врачебных бригад врача-гематолога и оснащением врачей оборудованием для своевременного выявления, лечения заболеваний и динамического наблюдения.

Для повышения санитарно-гигиенической грамотности женщин и их мужей по вопросам семейного планирования, использования контрацептивов, доведения до сведения женщин фертильного возраста сведений о важности выполнения рекомендаций врача, формирования навыков здорового образа жизни, повышения медицинской грамотности, соблюдение рекомендаций врача необходимо организовать «Школы здорового образа жизни».

Реализация разработанных мероприятий позволила при комплектовании сельских врачебных амбулаторий акушерами-гинекологами обеспечить доступность акушерско-гинекологической помощи женщинам фертильного возраста, проживающим в сельской местности и увеличить удельный вес беременных, поставленных на диспансерный учет в ранние сроки беременности с 5,5% до 87,1%.

Направление в фельдшерско-акушерские пункты акушеров и акушеров-гинекологов в сельские врачебные амбулатории способствовало увеличению количества обращений женщин фертильного возраста в 1,4 раза в фельдшерско-акушерские пункты и в 1,3 раза в сельские врачебные амбулатории и увеличило долю женщин фертильного возраста, проживающих в сельской местности.

Возможность при необходимости уточнить диагноз или получить консультацию о ведении пациентки персоналом фельдшерско-акушерских пунктов и сельских врачебных амбулаторий обеспечило рост удельного веса женщин, взятых на диспансерное наблюдение с 8,7% до 74,1%, сократить число выездов бригад скорой помощи к заболевшим женщинам с 31,5 случаев до 21,4 случая на 1000 женщин, кроме того, сократить удельный вес женщин с анемиями с 15,4% до 7,4%.

Осуществление предложенных медико-организационных мероприятий увеличило долю женщин фертильного возраста, проживающих в сельской местности, удовлетворенных предоставляемой организацией медицинской помощи с 18,3% до 64,2%.

В районных женских консультациях, Центральных районных больницах, сельских врачебных амбулаториях созданы «Школы здорового образа жизни», в которых получают информацию о здоровом образе жизни и важности более продолжительного интергенетического интервала при рождении большого числа детей. Информирование населения о здоровом образе жизни, условиях рождения здоровых детей, о современных методах планирования семьи в «Школах здорового образа жизни», обеспечения женщин информационными материалами и проведение их обучения показали позитивные изменения репродуктивного поведения женщин и прежде всего увеличение интергенетического интервала при рождении большого числа детей в 1,5 раза (с 9,7% до 15,4%), снижение удельного веса женщин страдающих анемией в 2 раза, снижение удельного веса женщин с интергенетическим интервалом между рождением детей менее двух лет с 15,4% до 9,7%.

ВЫВОДЫ

1. Показатель рождаемости в Чеченской Республике с 2006 года составляет 23,1‰ и остается самым высоким в стране и существенно превышает данные по Российской Федерации (13,3‰). Показатель рождаемости выше в сельской местности в сравнении с городом (соответственно 28,1‰ и 19,3 ‰), в горной части в сравнении с равнинной частью (соответственно 28,3‰ и 21,8‰). В целом среднее количество детей, приходящееся на одну женщину, составило среди сельских жителей – $4,3 \pm 0,01$, среди городских жителей – $3,2 \pm 0,05$.

Отмечено, что среди сельских жителей возраст женщин, вступающих в брак достоверно ниже, чем среди женщин, проживающих в городе ($18,6 \pm 1,3$ лет против $19,7 \pm 1,4$). Изучение занятости женщин показало, что среди жителей сельской местности преобладают не работающие женщины, (51,1%), в то время, как в городе их доля в 2 раза меньше и составляет (25,8%).

2. Полученные данные свидетельствуют, что консультации по планированию семьи до начала половой жизни получили только 4,9% женщин, в том числе от медицинских работников ФАП и сельских участковых больниц только в 7,1%, от акушеров-гинекологов районной женской консультации в 25,8%, от родственников и знакомых в 0,9%. Значительная часть женщин (66,2%) не имела этой информации.

Отмечено, что у каждой второй женщины (47,1%) имелись незапланированные беременности, в том числе у 19,3% – две и более беременности. Практически все женщины (98,1%) не использовали никаких методов для регулирования частоты рождения детей. Для подавляющего большинства женщин (97,1%) психологически затруднительным являлось обсуждение с мужем вопросов планирования семьи. Отсутствие планирования беременности способствовало снижению интергенетического интервала между рождениями детей в сельской местности до $1,5 \pm 0,3$ лет, в городе – до $1,9 \pm 0,3$ лет.

3. Изучение гинекологической заболеваемости выявило рост гинекологической заболеваемости женщин фертильного возраста с 510,3 случаев до 880,2 случаев на 1000 женщин фертильного возраста. Установлено, что 74,1% заболеваний было выявлено гинекологом при проведении профилактических медицинских осмотров. К врачам акушерам-гинекологам при заболевании обращается лишь каждая четвертая женщина (23,5%) в связи с отсутствием акушеров-гинекологов в сельской врачебной амбулатории и удаленностью районной женской консультации. В структуре гинекологической заболеваемости женщин лидирующее место занимают воспалительные заболевания (46,7%), второе место – невоспалительные заболевания (29,3%), третье место – доброкачественные образования (9,2%). На перечисленные классы болезней приходится 85,2% всей гинекологической заболеваемости. В целом 41,3% заболеваний носили хронический характер. Отмечено, что каждая третья женщина нуждалась в дополнительном обследовании в условиях стационара, а каждая четвертая в лечении в условиях специализированного стационара.

4. Анализ экстрагенитальной заболеваемости женщин выявил тенденцию роста уровня заболеваемости в расчете на 1000 женщин фертильного возраста с 821,3 случаев до 1235,9 случаев. Более половины обследованных женщин (54,3%) обращались за медицинской помощью в течение года, 24,2% женщин страдали хроническими заболеваниями. В большинстве случаев заболевания были выявлены при проведении медицинских осмотров (68,4%). Не своевременная обращаемость женщин к врачу при возникновении заболевания по данным опроса женщин обусловлена высокой занятостью в домашнем хозяйстве (58,9%), невозможностью оставить детей дома одних (49,1%), удаленностью медицинских организаций (48,2%), недостаточной оснащенностью сельской врачебной амбулатории (37,5%).

5. Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости составили болезни органов дыхания (25,9%), заболевания костно-мышечной системы (23,4%),

заболевания органов пищеварения (19,7%), болезни крови и кроветворных органов (17,8%). На перечисленные классы заболеваний приходится более 80% всей выявленной патологии. Обращает на себя внимание, что в структуре болезней крови и кроветворных органов 68,7% приходится на анемии. При этом у женщин, имевших три и более беременности при интергенетическом интервале 1 год 4 месяца, анемия регистрируется у 58,4% женщин, что в 3,8 раза чаще, чем у женщин с интергенетическим интервалом более двух лет (15,3%).

6. Организация доврачебной медицинской помощи сельским жительницам оказывается на фельдшерско-акушерских пунктах, из которых 84% располагаются в приспособленных помещениях, не оснащены необходимым оборудованием, в каждом третьем ФАП в штатном расписании отсутствует должность акушерки. В целом за медицинской помощью на ФАП обращается лишь 12,9% женщин. Опрос пациенток показал, что 87,1% женщин фертильного возраста не доверяют квалификации фельдшера или опасаются разглашения сведений о заболевании среди сельчан.

Первая врачебная помощь предоставляется женщинам в сельских врачебных амбулаториях, большинство которых располагается в приспособленных помещениях (64%), лишь каждая вторая (52,3%) укомплектована терапевтами, 11,9% укомплектовано терапевтами и хирургами. В 35,8% случаев сельские врачебные амбулатории укомплектованы только средним медицинским персоналом, поэтому в них оказывается доврачебная медицинская помощь. Отсутствие в сельских врачебных амбулаториях врачей акушеров-гинекологов не позволяет обеспечить доступность акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в отдаленных селениях.

7. Акушерско-гинекологическая помощь оказывается в районных женских консультациях, однако большинство сельских жительниц испытывают трудности при обращении в эти медицинские организации, обусловленные

большой очередью (73,7% женщин) на прием к врачу, длительностью ожидания медицинской помощи (63,2%), отдаленностью расположения районных женских консультаций (47,5% женщин), отсутствием транспорта (22,4% женщин). Перечисленные факторы приводят к тому, что значительная часть женщин (69,4%) несвоевременно обращается к врачу, как при заболевании, так и при беременности. Отмечено, что в 38,9% случаев имеет место поздняя диагностика заболеваний, 47,2% беременных женщин встали на учет при сроке беременности 28 недель и более.

8. Полученные результаты позволили разработать мероприятия, включающие создание единой базы данных для обеспечения преемственности при оказании лечебно-диагностической и профилактической помощи женщинам фертильного возраста на всех этапах оказания медицинской помощи; предусмотреть оснащение оборудованием ФАПов и сельских врачебных амбулаторий для осуществления дистанционного консультирования пациенток; предусмотреть в штате ФАПов должность акушерок, в сельских врачебных амбулаториях – должность акушера-гинеколога. Организовывать выезды врачебных бригад не менее 2 раз в год для проведения диспансерных осмотров женщин фертильного возраста; включить в штаты врачебных бригад врача-гематолога и оснастить оборудованием, портативными аппаратами УЗИ и ЭКГ для своевременного выявления и лечения заболеваний. Организовано проведение «Школы по обучению элементам здорового образа жизни».

9. Реализация предложенных медико-организационных мероприятий позволила улучшить репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста за счет обеспечения динамического наблюдения за их состоянием здоровья, в том числе возрос удельный вес женщин, взятых на диспансерное наблюдение с 8,7% до 74,1%, вставших на диспансерный учет в ранние сроки беременности с 5,5% до 87,1%, а также снизился удельный вес женщин с интергенетическим интервалом менее двух лет между рождением детей с 15,4% до 9,7%. Кроме

того, сократился удельный вес женщин с анемиями с 15,4% до 7,4%. В целом увеличилась доля женщин фертильного возраста, проживающих в сельской местности, удовлетворенных организацией медицинской помощи, в том числе доступностью акушерско-гинекологической помощи с 18,3% до 64,2%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для совершенствования проведения профилактической помощи женщинам фертильного возраста, проживающим в регионе с высокой рождаемостью, необходимо с момента постановки на диспансерный учет использовать компьютерную базу данных и программы для проведения скрининга клинических особенностей течения заболевания и персональных медико-социальных факторов риска, а также проведение профилактических мероприятий на индивидуальном уровне.

2. Индивидуальные медико-социальные характеристики женщин фертильного возраста рекомендуется учитывать врачам амбулаторно-поликлинического звена для прогнозирования возникновения заболеваний, что является основой своевременного проведения групповых и индивидуальных мероприятий, нацеленных на сохранение и улучшение состояния здоровья данного контингента пациентов.

3. Результаты анализа данных, характеризующих заболеваемость женщин фертильного возраста, могут быть использованы органами управления здравоохранением региона при разработке мероприятий по профилактике гинекологических и экстрагинетальных заболеваний.

4. Принять меры к оснащению персональными компьютерами ФАПов и сельских врачебных амбулаторий для осуществления дистанционного консультирования медицинского персонала.

5. Ввести в штат ФАПов акушеров и акушеров-гинекологов в штат

сельских врачебных амбулаторий.

6. Руководителям медицинских организаций создавать школы «Здорового образа жизни» для повышения санитарно-гигиенической грамотности женщин и их мужей по вопросам семейного планирования, использования контрацептивов и важности выполнения рекомендаций врача.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Работы, опубликованные в изданиях рекомендованных ВАК:

1. Шестаков Г.С., **Арсанукаева А.С.** Некоторые проблемы организации экстренной медицинской помощи в Российской Федерации // **Экономика здравоохранения 2008. №7 (128). С. 11-15**

2. Шестаков Г.С., **Арсанукаева А.С.**, Байсултанов И.Х. Применение стандартов при организации акушерско-гинекологической помощи в системе здравоохранения Гудермесского района Чеченской республики // **Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010., № 11- 12. С. 33-38.**

3. **Арсанукаева А.С.**, Байсултанов И.Х., Мясников А.О., Шестаков Г.С. Использование сети Интернет при выполнении стандартов оказания экстренной медицинской помощи внезапно заболевшим и пострадавшим в системе здравоохранения сельского муниципального района // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2011.-№ 11-12.-С. 39 – 43.**

4. Кучеренко В.З., Шестаков Г.С., Байсултанов И.Х., **Арсанукаева А.С.**, Сучков А.В. Риски при реструктуризации здравоохранения сельского муниципального района. // **Экономика здравоохранения. - 2012. - № 4. - С. 5-8.**

5. Шестаков Г.С., **Гараева А.С.** Характеристика организации медико-санитарной помощи и состояния здоровья сельского населения Чеченской республики // **Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2014., № 7-8.**

С. 3-7.

6. Шестаков Г.С., Байсултанов И.Х., **Арсанукаева А.С.** О применении новых методов взаимодействия лечебно-профилактических учреждений при оказании экстренной медицинской помощи в системе здравоохранения сельского муниципального района // **Экономика здравоохранения. 2011. №2. С. 64-68**

7. Шестаков Г.С., **Гараева А.С.** Некоторые особенности медико-демографических процессов в Чеченской Республике // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2015.-№ 11-12.-С. 29 – 34.**

8. **Гараева А.С.** Медико-социальные аспекты состояния репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста Чеченской республики // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2015.-№ 9-10.-С. 33 – 36.**

9. **Гараева А.С.** Репродуктивное поведение женщин Чеченской республики и факторы, его определяющие // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2015.-№ 11-12.-С. 46 – 48.**

10. Эккерт Н.В., Алламярова **Н.В.**, **Гараева А.С.** Проблемы развития Российской законодательной базы и нормативно-правового регулирования в области дистанционных образовательных технологий в системе высшего медицинского образования // **Социальные аспекты здравоохранения населения.** – 2016. -№ 1. Электронный журнал. Vestnik.mednet.ru

11. **Гараева А.С.** Некоторые особенности репродуктивных установок женщин старших возрастных групп Чеченской республики // **Клиническая геронтология 2016.- № 7-8.- С. 66 -69.**

12. **Гараева А.С.** Роль выездных врачебных бригад в обеспечении доступности медицинской помощи женщинам фертильного возраста в сельской местности. // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2017.-№ 3-4.- С. 57 – 62.**

13. **Хетагурова А.К.**, **Байсултанов И.Х.**, **Гараева А.С.** Роль фельдшерско-акушерских пунктов в организации медицинской помощи

женщинам фертильного возраста, проживающим в сельской местности. // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.**- 2017.-№ 5-6.- С. 55 – 68.

14. **Гараева А.С.** Общая и гинекологическая заболеваемость женщин старшего возраста, проживающих в регионе с высокой рождаемостью//**Клиническая геронтология** 2017.- № 3-4.- С. 65 -69.

15. **Гараева А.С.** Организация охраны репродуктивного здоровья женщин в условиях демографического роста (**монография**). М., 2016., 250 с.

Работы, опубликованные в других изданиях:

16. Шестаков Г.С., **Гараева А.С.**, Межидов К.С. Определение рисков при реструктуризации экстренной медицинской помощи в сельском муниципальном районе с учетом оценки пациентами ее доступности //Здравоохранение. 2014. №8 С. 28-32

17. Шестаков Г.С., **Гараева А.С.**, Байсултанов И.Х. Роль социологических исследований при оценке рисков реструктуризации системы здравоохранения сельского муниципального района //Здравоохранение. 2014. №7. С. 28-35

18. **Арсанукаева А.С.** Медико-социологическое изучение репродуктивного поведения женщин в Чеченской республике //Главный врач 2013. № 4. С 48-50

19. **Гараева А.С.** Некоторые медико-социологические аспекты, характеризующие репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста Чеченской республики //Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения.- 2014. №6. С. 41-42

20. Кучеренко В.З., **Арсанукаева А.С.** Некоторые особенности организации акушерско-гинекологической помощи в условиях демографического роста (на примере Гудермесского района Чеченской республики) //Материалы 2-й Международной научно-практической конференции посвященной 75-летию Новосибирского гос. Мед. университета.,

14-15 октября 2010 года г. Новосибирск.

21. **Гараева А.С.** Некоторые особенности грудного вскармливания детей в Чеченской республике //Материалы научно-практической конференции с международным участием «Грудное вскармливание в современном мире: роль сектора здравоохранения в охране и поддержке грудного вскармливания» 14-16 мая 2014 г. Москва.- 35-36 С.

22. **Гараева А.С.** Репродуктивное поведение женщин Чеченской республики и факторы, его определяющие //Межрегиональная научно-практическая конференция «Приоритеты развития регионального здравоохранения» 26 ноября 2015 года, г. Ставрополь, 2015 г. С. 39 – 43.

23. **Гараева А.С.** О результатах анкетирования женщин по вопросам планирования семьи в Чеченской республике //Главный врач.- 2016, № 2. С. 61-62.

24. **Гараева А.С.** Некоторые особенности оказания медицинской помощи женщинам старших возрастных групп в период беременности // Материалы межрегиональной конференции с международным участием «Современные аспекты диагностики и прогнозирования состояния здоровья человека». 16 июня 2016 года г. Тверь. С. 8-9.

25. **Гараева А.С.** Состояние здоровья детей первого года жизни в Чеченской республике //Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. 2016.- № 8.- С. 41 -42.

26. Эккерт Н.В., Алламярова Н.В., **Гараева А.С.** Организация паллиативной помощи //Организация медицинской помощи в Российской Федерации: Учебник. Под ред. В.А. Решетникова. — Москва : 2017. С 143- 169

27. Алламярова Н.В., **Гараева А.С.**, Ситникова О.Ю., Тихомирова Л.Л. Организация медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля. //Организация медицинской помощи в Российской Федерации: Учебник. Под ред. В.А. Решетникова. — Москва: 2017. С 178- 221

28. Алексеева В.М., Алламярова Н.В., **Гараева А.С.** Организация

санаторно-курортного лечения //Организация медицинской помощи в Российской Федерации: Учебник. Под ред. В.А. Решетникова. — Москва: 2017. С 237- 249

29. Алламярова Н.В., **Гараева А.С.** Экспертиза временной нетрудоспособности //Организация медицинской помощи в Российской Федерации: Учебник. Под ред. В.А. Решетникова. — Москва: 2017. С 263- 249