

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

*На правах рукописи*

Ким Ирина Валерьевна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ  
ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ  
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

Научная специальность: 3.2.3. Общественное здоровье, организация  
и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
Доктор медицинских наук доцент  
Барсукова Ирина Михайловна

Санкт-Петербург, 2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	6
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) .....	18
1.1. Основные направления современной демографической политики в Российской Федерации .....	18
1.2 Роль гинекологических заболеваний в формировании репродуктивного здоровья .....	21
1.3 Современные проблемы организации медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля .....	31
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	47
ГЛАВА 3 ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО – ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ САНКТ- ПЕТЕРБУРГА .....	60
3.1 Динамика демографических показателей в России и Санкт-Петербурге .....	60
3.2. Особенности формирования сети медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женскому населению Санкт-Петербурга, и динамика обеспеченности населения акушерско-гинекологическими койками .....	65
3.3 Динамика показателей использования акушерско-гинекологических коек и уровня госпитализации женщин в акушерско-гинекологические отделения стационарных учреждений Санкт-Петербурга .....	72

3.4. Сравнительный анализ показателей использования коечного фонда гинекологических отделений в стационарах городского и федерального подчинения.....	80
3.5 Анализ показателей укомплектованности штатных должностей врачей-акушеров-гинекологов медицинских организаций Санкт-Петербурга и их квалификационная характеристика.....	89
ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИХ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	
4.1 Особенности работы стационара скорой медицинской помощи.....	101
4.2 Анализ потоков распределения пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.....	104
4.3 Пути госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационар скорой медицинской помощи .....	107
4.4 Время поступления пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационар скорой медицинской помощи.....	111
4.5 Время пребывания пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационарном отделении скорой медицинской помощи .....	113
4.6 Сроки госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.....	117
4.7 Возрастные особенности пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.....	120
4.8 Характеристика нозологической структуры патологии по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи .....	122
4.9 Тяжесть состояния пациентов по профилю «акушерство и гинекология» при поступлении в стационар скорой медицинской помощи .....	128
4.10 Особенности потока пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи .....	130

ГЛАВА 5. ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ, ЭКОНОМИКИ И МЕНЕДЖМЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ».....	148
5.1 Особенности организации оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в условия догоспитального этапа скорой медицинской помощи .....	149
5.2 Особенности организации оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в условия женской консультации .....	153
5.3 Особенности организации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи для пациентов акушерско-гинекологического профиля .....	168
5.4 Экономические аспекты госпитализации больных по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи .....	173
5.5. Механизмы совершенствования организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи .....	184
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	194
ВЫВОДЫ.....	203
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	208
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ .....	210
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	211
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	212
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	243
Приложение А Карта изучения случая оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в многопрофильном стационаре .....	243
Приложение Б Карта изучения случая экстренной госпитализации пациентки женской консультации.....	244

Приложение В Группы (уровни) женских консультаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» .....	245
Приложение Г Группы (уровни) акушерских стационаров, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, и новорожденным.....	248
Приложение Д Группы (уровни) медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь гинекологическим больным в стационарных условиях .....	249
Приложение Е. Порядок применения тарифов на оплату скорой медицинской помощи в стационарных условиях (фрагмент).....	251
Акты внедрения.....	252

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Организация Объединенных Наций разработала и утвердила «Глобальную стратегию для улучшения состояния женского здоровья на 2016- 2030 годы», в которой обоснованы экономические и социальные причины финансирования улучшения здоровья женщин, дающее 10-кратный возврат инвестиций, поскольку 25 % роста доходов у государств с низким и средним уровнем доходов происходило вследствие улучшения результатов лечения. По данным ВОЗ проблематика женского здоровья в ведущих странах мира приобретает все большую актуальность, принятые программы акцентируют внимание на основных причинах заболеваемости, смертности, экономических и социальных факторах влияния на здоровье женщин (Курманбаева А. О., 2017).

Важной социальной и демографической проблемой современной России является низкий уровень рождаемости, не обеспечивающий воспроизводства населения (Росстат, Демография). Особого внимания проблемы женского здоровья приобретают при оказании им скорой медицинской помощи (СМП). Современный этап развития системы оказания скорой медицинской помощи характеризуется совершенствованием ее оказания в экстренной и неотложной форме на догоспитальном и госпитальном этапах, регламентирован в Порядке оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н). При сохранении тенденции к сокращению коечного фонда стационаров на фоне устойчивого роста госпитализации совершенствование организационных технологий оказания скорой помощи на госпитальном этапе является важной составляющей повышения качества оказания медицинской, в т. ч. скорой помощи населению страны (Багненко С.Ф. с соавт., 2012, 2013, 2014; Мирошниченко А.Г., 2013; Барсукова И.М., 2017, 2020-2023; Алимов Р.Р. с соавт., 2013, 2018; Теплов В.М., 2022; Хоминец В.В. и соавт., 2022еж, 2023ве). Главным направлением совершенствования скорой медицинской помощи с обеспечением функционального единства догоспитального и госпитального этапов должно

стать оказание экстренной помощи на базе хорошо оснащенных многопрофильных стационаров (Сулонова Н.В., 2010).

Сегодня высокий уровень госпитализации сопровождается значительным увеличением интенсивности работы стационаров, работой сверх нормативного уровня загрузки. Приемные отделения учреждений, испытывая перегрузку, порой, не справляются с нарастающим входящим потоком больных и пострадавших. В условиях дефицита коечного фонда и ограниченных финансовых ресурсов это создает реальную угрозу доступности, оперативности и качеству оказания медицинской помощи.

Вместе с тем, современные требования к технологии оказания экстренной медицинской помощи на госпитальном этапе скорой медицинской помощи предусматривают медицинскую сортировку потока обращений; раннее синдромальное лечение, начинающееся параллельно с диагностикой; госпитализацию пациентов с установленным нозологическим диагнозом (подтвержденным инструментальными и лабораторными методами), требующим применения высокотехнологичных методов лечения (и/или диагностики) или динамического наблюдения для уточнения диагноза и краткосрочного неспециализированного лечения (И.М. Барсукова, 2020-2023; Теплов В.М., 2022; Хоминец В.В. и соавт., 2022бвг, 2023е).

Значительную часть входящего потока стационара скорой медицинской помощи составляют пациенты акушерско-гинекологического профиля. Преимуществом на этапах скорой медицинской помощи, сокращение времени диагностики (в том числе дифференциальной), определение оптимальной тактики лечения, раннее начало патогенетически обоснованной терапии в условиях специализированных отделений являются залогом благоприятных исходов при urgentных заболеваниях брюшной полости и малого таза, в том числе у женщин репродуктивного возраста (Бакулев Н.В., 2008; Валеев З.Г., Беляков В.Г., Салыхова Л.Я., 2013; Миннуллин Р.И. и др., 2014). Все это требует пересмотра организационных подходов при оказании медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля.

Таким образом, перечисленные обстоятельства диктуют необходимость изучения вопросов, касающихся организации оказания медицинской помощи

больным с акушерско-гинекологической патологией в условиях крупного многопрофильного стационара, оказывающего скорую медицинскую помощь, определяют актуальность, цель и задачи исследования.

### **Степень разработанности темы исследования.**

Вопросам совершенствования организации медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, скорой медицинской помощи в Российской Федерации уделяется особое внимание, как в научных исследованиях, так и в федеральных и региональных целевых программах (Боев В.А., 2008; Багненко С.Ф. и соавт., 2014; Шляфер С.И., 2015; Ершова Е.В., 2014; Парфенов В.Е., 2015; Барсукова И.М., 2017, 2020-2023). Значительная часть работ посвящена отдельным медико-социальным вопросам организации оказания медицинской помощи (Копецкий И.С., 2012; Сидоров М.Г., 2011; Евзельман М.А., 2006; Мясников А.О., 2009, Багрецова И.А., 2019), решают проблемы в масштабе крупного города, субъекта Российской Федерации (Савельев, О.В., 2003; Сухин В.В., 2004; Матер А.А., 2006; Бойков А.А., 2007) или страны (Барсукова И.М., 2017), другие связаны с различными аспектами организации скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях (Стожаров В.В. и соавт., 2007; Закарян А.А. и соавт., 2008; Багненко С.Ф. и соавт., 2009; Лысенко К.И. и соавт., 2010).

Проблемам охраны репродуктивного здоровья посвящены работы Черновой А.В., 2005; Стожаровой С.И., 2010; Беликовой М.А., 2011; Митковской Е.В., 2014; Кайгородовой Т.В. и соавт., 2007; Комличенко Э.В., 2010; Стародубова В.И. и Сухановой Л.П., 2012; Сухих Г.Т. и соавт., 2013; Цивьяна Б.Л. и соавт., 2013аб, 2015; Тониян К.А. и соавт., 2017. Ряд исследований связаны с анализом заболеваемости, современных методов лечения и диагностики гинекологических заболеваний (Демидов А.В., 2014; Миннуллин Р.И., 2016; Рухляда Н.Н., Бирюкова Е.И., 2017; Доброхотова Ю.Э. и соавт., 2018; Беженарь В.Ф., 2019, 2022; Бурова Н.А., 2020), лечения бесплодия (Коган И.Ю. и соавтор., 2015, 2021), вопросами онкогинекологии (Чернобровкина А.Е., 2022аб, 2023; Майстренко Д.Н. и соавт., 2022).



С 2010 г. особую актуальность приобрели вопросы разработки теории и внедрения в практику технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи (Мирошниченко А.Г. и соавт., 2014, 2015, 2016; Алимов А.А. и соавт., 2014, 2018; Барсукова И.М., 2017, 2022а-в; Теплов В.М., 2022; Хоминец В.В. и соавт., 2022аж, 2023аеж). Вместе с тем, при достаточности внимания к вопросам организации скорой медицинской помощи до настоящего времени отсутствуют комплексные исследования по оказанию медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля в условиях многопрофильного стационара, внедрившего современную технологию стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Все вышеизложенное определяет актуальность и своевременность настоящего исследования, необходимость детального изучения и анализа обозначенных проблем в целях совершенствования организации медицинской помощи больным с акушерско-гинекологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи, поиска и обоснования наиболее оптимальных путей дальнейшего развития.

**Цель исследования:** совершенствование системы оказания гинекологической медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

Достижение поставленной цели предполагает решение **задач:**

1. Изучить особенности демографической ситуации в РФ и в Санкт-Петербурге, обеспеченность ресурсами для оказания медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля.
2. Провести анализ организационных особенностей госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи.
3. Представить медико-статистическую характеристику пациентов многопрофильного стационара скорой медицинской помощи с акушерско-гинекологической патологией.

4. Изучить вопросы преемственности при оказании акушерско-гинекологической помощи в экстренной и неотложной формах на догоспитальном и госпитальном этапах.

5. Проанализировать экономические аспекты медицинской помощи данного профиля в стационаре скорой медицинской помощи.

6. Разработать организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи.

**Научная новизна исследования.** Впервые в отечественном здравоохранении на фоне текущей демографической ситуации в стране и анализа существующей системы оказания акушерско-гинекологической помощи представлено научное обоснование системы организации медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологической патологией в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи:

отмечен низкий уровень рождаемости, не обеспечивающий воспроизводство населения: в Российской Федерации за 5 лет уровень рождаемости снизился на 21,6 %, а в Санкт-Петербурге – на 25,4%; естественный прирост населения РФ с 2016 года имеет отрицательное значение;

выявлено, что число коек акушерско-гинекологического профиля сократилось в РФ практически на треть (2000-2022 гг.): гинекологических – на 20,9 тыс. (-32,4%), для беременных, рожениц и родильниц – на 25,1 тыс. коек (-32,4%), соответственно, снизилась и обеспеченность женского населения койками (на 10000 женского населения); в Санкт-Петербурге число госпитализаций на койки для беременных и рожениц уменьшилось на 21,3%, на гинекологические койки для взрослых - на 30,7 %;

установлено, что значительная часть пациентов акушерско-гинекологического профиля не требует оказания медицинской помощи на койках круглосуточного пребывания, как по тяжести своего состояния, так и по нуждаемости в специализированных лечебно-диагностических мероприятиях; каждая пятая (20,4%) находилась в стационаре менее 1 суток, 38,9% – в течение

1 суток, 54,2% – до 3-х суток; 22,9% пациенток получили необходимый объем медицинской помощи в условиях стационарного отделения СМП;

медико-статистический анализ выявил преобладание пациентов в возрасте 25-39 лет (54,6%), увеличение доли пациентов старших возрастных групп и среднего возраста, поступивших в стационар СМП по экстренным показаниям; подавляющее большинство (88,1%) поступили с патологией XIV и XV классов болезней (Болезни мочеполовой системы (N00-N99), 46,3%) и Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), 41,8%);

данные догоспитального этапа оказания СМП свидетельствуют о снижении общего числа обращений (вызовов СМП) пациентов акушерско-гинекологического профиля (на 20,6%) и экстренных госпитализаций в роддом (на 30,4%); высокой доле (93-95%) госпитализации обратившихся;

статистика женской консультации отмечает увеличение абсолютного числа экстренных госпитализаций пациенток по направлению ЖК (более, чем в 1,5 раза, на 57,3 %) и числа госпитализаций в расчете на 1000 женщин (на 48,1%); существенное уменьшение удельного веса женщин, госпитализированных по поводу нормально протекающей беременности: их доля уменьшилась с 8,4 % до 1,7 % (2018-2022 гг.);

установлено, что использование тарифов скорой медицинской помощи для пациентов по профилю «акушерство и гинекология» с краткосрочным пребыванием, нуждающихся в медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, является экономически обоснованным и целесообразным;

новым является научное обоснование и выработка организационных механизмов, обеспечивающих доступность, оперативность и качество акушерско-гинекологической медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи: представлены особенности и перспективы развития системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи, разработаны Алгоритм маршрутизации пациентов и Технологическая карта по совершенствованию организации экстренной и

неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи, подготовлено учебное пособие.

**Теоретическая и практическая значимость** диссертации заключается в совершенствовании системы организации специализированной медицинской помощи больным с гинекологической патологией в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

Областью применения является система оказания скорой медицинской помощи Российской Федерации (стационарный этап), как в практической части, так и в сфере организации здравоохранения, а также система профессиональной подготовки врачей-организаторов здравоохранения, специалистов скорой медицинской помощи и акушеров-гинекологов.

Результаты исследования внедрены в образовательный процесс учебных подразделений: кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Учебного центра ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», а также в научную и практическую деятельность ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33», СПб ГБУЗ «Женская консультация № 44 Пушкинского района» (акты внедрения, учебное пособие).

**Методология и методы исследования.** Теоретической и методологической основой исследования служат труды отечественных и зарубежных ученых в области организации здравоохранения, нормативные правовые акты Российской Федерации. При разработке и реализации программы исследования использована методология системного и ситуационного подхода к изучению состояния системы оказания скорой медицинской и акушерско-гинекологической помощи в условиях стационара скорой медицинской помощи, отдельные вопросы - подразделений скорой медицинской помощи (догоспитальный этап) и женской консультации. Объект исследования –

деятельность медицинских организаций по оказанию медицинской помощи в экстренной и неотложной формах пациентам с акушерско-гинекологической патологией. Предмет исследования - структура, ресурсы и технология функционирования системы оказания СМП. В исследовании использованы контент-анализ, историко-аналитический, нормативно-правовой, экономический, организационного эксперимента и статистический (расчет относительных и средних величин, определение достоверности их различий, корреляционный анализ) методы.

Материалы исследования: официальные данные Федеральной службы государственной статистики РФ (2000-2022 гг.), нормативные правовые акты РФ, научные литературные источники; данные медицинских карт стационарных пациентов ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (n=36400), данные МИС женской консультации (n=256132) и скорой медицинской помощи (n=272554), общее число наблюдений за период 2015-2022 гг. составило 565086 единиц.

**Степень достоверности и апробация результатов** полученных результатов и выводов определяется достаточными объемами баз данных; использованием современных методов исследования, соответствующих методологии, цели и задачам диссертационной работы; использованием сплошного метода практически в каждом фрагменте исследования; комплексом методик и адекватным статистическим аппаратом, а также апробацией основных результатов исследования на научных конференциях и съездах.

Статистическую значимость сравниваемых показателей с нормальным распределением устанавливали с использованием критерия Стьюдента (t). Проверка статистических гипотез проведена по общепринятым в статистике методикам. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) принимался равным 0,05. Статистически значимые отличия фиксировались при достижении указанного значения уровня статистической значимости ( $p < 0,05$ ). Примененная методология исследования подтверждает достоверность полученных результатов, комплексные методики позволили решить поставленные задачи.

**Апробация работы.** Основные положения, предварительные и окончательные результаты исследования доложены и обсуждены на Всеросс. научно-практ. конф. с междун. участием «Скорая медицинская помощь — 2020» (Санкт-Петербург, 2020); Научно-практ. конф. с междун. участием «Джанелидзеvские чтения – 2021» (Санкт-Петербург, 2021); Всеросс. научно-практ. конф. с междун. участием «Скорая медицинская помощь — 2021» (Санкт-Петербург, 2021); Всеросс. научно-практ. конф. с междун. участием «VIII Санкт-Петербургский септический форум» (Санкт-Петербург, 2021); Конгрессе Ассоциации по неотложной хирургии (Санкт-Петербург, 2021); Научно-практ. конф. с междун. участием «Джанелидзеvские чтения – 2022» (Санкт-Петербург, 2022); Всеросс. научно-практ. конф. с междун. участием «Скорая медицинская помощь — 2022» (Санкт-Петербург, 2022); VI неделе образования в Елизаветинской больнице (Санкт-Петербург, 2022); Науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: инновации в экстренной медицине» (Респ. Узбекистан, г. Наманган, 2022); Междун. медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать... болезнь» (г. Донецк, 2022); Научно-практ. конф. «Джанелидзеvские чтения – 2023» (Санкт-Петербург, 2023); 22-м Всеросс. научно-практ. конгрессе с междун. участием «Скорая медицинская помощь — 2023» (Санкт-Петербург, 2023).

**Личный вклад автора** заключается в личной разработке концепции, методики, основных направлений и программы исследования, определении цели и задач, анализе результатов, научном обосновании и доказательной базе всех положений диссертационного исследования, формулировке выводов и практических рекомендаций. Доля участия автора в сборе и обработке статистического материала – 90%. Автору принадлежит определяющая роль во внедрении результатов работы, научных публикациях и докладах по материалам исследования.

**Соответствие паспорту научной специальности.** Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. «Общественное

здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» (пп. 12-15, 18).

**Публикации.** Основные положения диссертации отражены в 35 научных публикации, из них 3 – в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, 1 учебное пособие.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 258 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов и предложений, 6-и приложений. Список литературы включает 315 источников (69 зарубежных и 244 отечественных). Работа иллюстрирована 25 рисунками, 60 таблицами.

Работа выполнена в соответствии с планами научно-исследовательских работ кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России, Отдела организации скорой медицинской помощи ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе».

### **Основные научные результаты**

1. В ходе исследования по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи проведен детальный анализ ресурсного, операционного и финансового менеджмента в соответствие с триадой: структура (ресурсы) – процесс (технология) – результат (Ким И.В. и соавт., 2021е, 80%; Барсукова И.М. и соавт., 2022в, 50%; Мануковский В.А. и соавт., 2023, 50%; Хоминец В.В. и соавт., 2023а, 40%; С. 97-99, 142-147, 184).

2. По результатам работы в соответствие с целью, задачами и программой исследования представлены особенности и перспективы совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи, имеющие научно-методическое и практическое значение (Ким И.В. и

соавт., 2021е, 80%; Барсукова И.М. и соавт., 2022в, 50%; Мануковский В.А. и соавт., 2023, 50%; С. 192-193).

3. Разработан Алгоритм маршрутизации пациентов в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи (Ким И.В. и соавт., 2021е, 80%; Мануковский В.А. и соавт., 2023, 50%; С. 186-187).

4. Разработана Технологическая карта по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи, включающая мероприятия надзорного, нормативного правового, организационного и экономического характера, отмечены качественный и количественный эффекты этих мероприятий (Ким И.В. и соавт., 2021е, 80%; Мануковский В.А. и соавт., 2023, 50%; С. 188-189).

5. Подготовлено учебное пособие (Мануковский В.А. и соавт., 2023, 50%; С. 168-173).

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Важной социальной и демографической проблемой современной России является низкий уровень рождаемости, не обеспечивающий воспроизводство населения: за 5 лет уровень рождаемости в стране снизился на 21,6 %, в Санкт-Петербурге – на 25,4%; естественный прирост населения РФ с 2016 года имеет отрицательное значение. Одним из актуальных направлений улучшения репродуктивного здоровья является совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи, повышение ее доступности и качества.

2. Сокращение объемов специализированной акушерско-гинекологической помощи (числа специализированных коек, обеспеченность койками, уровня госпитализации, дефицит кадров) позволяет обоснованно рассматривать альтернативные варианты оказания медицинской помощи пациентам данного профиля.

3. Современное состояние многопрофильных стационаров скорой медицинской помощи требует разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса в целях оптимального



использования имеющихся ресурсов. Развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи открывает новые возможности для оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология». Эти возможности имеют не только перспективные медико-социальные, организационные, лечебно-диагностические, но и финансово-экономические аспекты.

# **ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Современный этап развития отечественного здравоохранения, в основе которого заложены принципы медико-экономической эффективности, характеризуется повышением требований к качеству и срокам оказания медицинской помощи, разработкой и внедрением высокотехнологичных методов диагностики и лечения, сокращением сроков начала этиопатогенетического лечения и требует пересмотра функционирования системы оказания медицинской помощи. Концепция демографической политики Российской Федерации (2007 г.) рассчитана на период до 2025 г. и нацелена на стабилизацию и рост численности населения, повышение общего коэффициента рождаемости (в 1,5 раза), увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Для достижения этих показателей требуются эффективные государственные меры по совершенствованию системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации.

## **1.1. Основные направления современной демографической политики в Российской Федерации**

В современных условиях глобальной социально-экономической проблемой и в развитых, и в развивающихся странах является снижение уровня «демографической безопасности». Развитие демографического кризиса является одной из актуальных проблемой современной России с учетом занимаемых обширных территорий, низкой плотности населения по сравнению с другими экономически развитыми странами. В связи с этим особого внимания

заслуживают исследования, касающиеся демографических проблем и поиска путей их решения. Политические и социально-экономические катастрофы в России в XX веке оказали существенное влияние на демографические показатели. Некоторая стабилизация политической и социально-экономической обстановки в стране в XXI веке, к сожалению, не привела к значительному и стабильному улучшению основных демографических показателей рождаемости, смертности и естественного движения населения (Александрова О.Ю. и соавт., 2020; Долгова А.А., Фурсов В.А., 2020; Рязанцев С.В., Рыбаковский Л.Л., 2021).

По данным Росстата, по сравнению с 1990 годом, численность населения в России сократилась в 2020 году на 1,4 % (со 148274 тыс. чел. до 146 171 тыс. чел.). Уровень рождаемости в 2020 году по сравнению с 1990 годом сократился на 26,9 % (с 13,4‰ до 9,8‰), а уровень смертности увеличился на 30,4 % (с 11,2‰ до 14,6‰). Естественный прирост населения, составивший в 1990 году 2,2 ‰, на протяжении всего первого десятилетия XXI века имел отрицательные значения. В начале второго десятилетия (в 2013-2015 гг.) наблюдался весьма скромный положительный естественный прирост населения за счет незначительного снижения смертности и столь же незначительного увеличения рождаемости. К концу второго десятилетия наблюдался отрицательный естественный прирост населения. Ситуацию усугубляет убыль населения, связанная с пандемией коронавирусной инфекции (2020-2021 гг.).

Данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации свидетельствуют об отрицательной динамике рождаемости за пятилетний период и в Российской Федерации, и в Санкт-Петербурге. В Российской Федерации за 5 лет уровень рождаемости снизился на 21,6 % (с 12,5 ‰ в 2016 году до 9,8 ‰ в 2020 году). В Санкт-Петербурге уровень данного показателя уменьшился с 13,8 ‰ в 2016 г. до 10,3‰ в 2020 году (-25,4%). Следует отметить и снижение суммарного коэффициента рождаемости: с 1,892 в 1990 году до 1,505 в 2020 году (- 20,4%). Низкий уровень данного показателя не обеспечивает воспроизводства населения и остается важной социальной и

демографической проблемой современной России (Барсукова И.М. и соавт., 2021б).

Несомненным достижением в России являются снижение материнской и младенческой смертности. Материнская смертность сократилась с 47,4 случаев на 10000 родившихся живыми в 1990 году до 11,2 случаев на 10000 родившихся живыми в 2020 году (в 4,2 раза). Младенческая смертность в 2020 году по сравнению с 1990 годом уменьшилась в 3,9 раза (с 17,4 ‰ до 4,5‰). В 5,3 раза сократилось число аборт в расчете на 100 родов (с 206 в 1990 году до 39 в 2020 году). Абсолютное число абортов уменьшилось в 7,4 раза (с 4103,4 тыс. в 1990 г. до 553,5 тыс. в 2020 г.). В 2020 г. число родившихся превысило число прерываний беременности в 2,5 раза. Однако, абсолютное число родившихся в 2020 году по сравнению с 1990 годом уменьшилось на 27,8 % (Росстат).

Искусственное прерывание беременности является одной из актуальных проблем современного здравоохранения Российской Федерации в связи с тем, что масштабы рассматриваемой проблемы несопоставимы с аналогичной проблемой в других странах (Обоскалова Т.А. и соавт.; 2003; Денисов Б.П., Сакевич В.И., 2014; Чижова Г.В. и соавт., 2014; Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю., 2016; Синица А.Л., 2017). Известно, что аборты приводят к многочисленным осложнениям беременности, родов, развитию гинекологических заболеваний (Чижова Г.В. и соавт., 2014; Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю., 2016а; Синица А.Л., 2017; Обоскалова Т.А. и соавт., 2003; Филиппов О.С. и соавт., 2016), их предотвращение – одна из задач в сохранении репродуктивного здоровья женщины (Филиппов О.С. и соавт., 2014; Тарасова Е.В., Санников А.Л., 2019; Денисов Б., Сакевич В., 2014).

В рамках реализации Национального проекта «Здоровье» в 2006 г. были введены родовые сертификаты (Приказ Минздравсоцразвития от 28.11.2005 № 701 «О родовом сертификате»), обеспечивающие доступность оказания медицинской помощи в период беременности и родов, а также дополнительную финансовую поддержку учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь (Растегаева И.Н., 2012). Важным направлением

Национального проекта «Здоровье» стало и строительство перинатальных центров (Растегаева И.Н., 2012). Федеральным законом РФ от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» были введены понятия «материнского (семейного) капитала» и «государственного сертификата на материнский (семейный) капитал». Программа «Материнский капитал» способствовала некоторому улучшению демографической ситуации в России, росту рождаемости (Абсава Т.А. и соавт., 2014).

В «Плане мероприятий по реализации в 2021-2025 годах Концепции демографической политики РФ до 2025 г.», утвержденном Распоряжением Правительства РФ от 16.09.2021 № 2580-р, включены три раздела, включающие мероприятия, направленные на популяризацию традиционных семейных ценностей и активного долголетия; повышение рождаемости и благополучия семей с детьми; снижение материнской смертности, улучшение репродуктивного здоровья. О.И. Аполихин (2015) подчеркивает, что, наряду с социально-экономическими мерами, направленными на повышение рождаемости, на уровень данного показателя существенное влияние оказывает репродуктивное здоровье населения. Автором была предложена трехуровневая система охраны репродуктивного здоровья: на первом уровне ключевым элементом должны быть кабинеты репродуктивного здоровья на базе Центров здоровья и Центров здоровья детей, второй включает Центры репродуктивного здоровья на базе Перинатальных центров, учреждениями третьего уровня должны стать федеральные НИИ.

## **1.2 Роль гинекологических заболеваний в формировании репродуктивного здоровья**

Важной особенностью репродуктивного процесса, формирующего общественное здоровье в настоящем и в будущем, является его демографическая значимость (Стародубов В.И., Суханова Л.П. 2012; Аполихин О.И., 2015). Определение «репродуктивного здоровья» предложено на Международной

конференции по вопросам народонаселения (Каир, 1994): правительствами 179 стран была принята Каирская Программа действий, которая предусматривает обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья. В рамках предложенного ВОЗ определения здоровья, как «состояния полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствия болезни или недомогания», к репродуктивному здоровью относятся репродуктивные процессы, функции и системы на всех этапах жизни человека. При этом репродуктивное здоровье означает наличие у людей возможности вести ответственную и безопасную сексуальную жизнь, а также способность производить потомство и возможность самостоятельно принимать решение, следует ли его иметь, когда и как часто. Это подразумевает и право на соответствующее медико-санитарное обеспечение.

Проблема репродуктивного здоровья актуальна во всем мире. В мае 1995 года в резолюции 48-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения охрана репродуктивного здоровья определена ВОЗ на глобальном уровне как приоритетная: принята резолюция, которая призывает государства-члены развивать и укреплять национальные программы по охране репродуктивного здоровья. В 2001 году в Копенгагене была сформулирована Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и разработана Программа «Репродуктивное здоровье и беременность». В мае 2004 г. на 57-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята Глобальная стратегия ВОЗ в области репродуктивного здоровья, которая ориентирована на 5 приоритетных аспектов укрепления репродуктивного и сексуального здоровья: улучшение дородовой помощи, помощи при родах, после родов и помощи новорожденным; предоставление высококачественных услуг по планированию семьи, включая услуги, связанные с бесплодием; ликвидация небезопасных аборт; борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания; укрепление сексуального здоровья.

Основными факторами риска, обуславливающими те или иные нарушения

в здоровье современного человека, в частности, его репродуктивного здоровья, являются наследственность, аборт, применение контрацептивных средств, воспалительные заболевания женских половых органов, условия труда и быта, медико-социальные факторы, состояние окружающей среды (Кайгородова Т.В. и соавт., 2007; Джамалудинова А.Ф., Гонян М.М., 2017).

Несмотря на развитие вспомогательных репродуктивных технологий, актуальной проблемой остается бесплодие (Кирокосян Е.В. и соавт., 2021; Borghet M.V., Wyns C., 2018; Arias-Sosa L.A., 2019; Cariatì F. et al., 2019). По данным ВОЗ, если в стране частота бесплодия превышает 15 % - это не только медицинская, но и социально-демографическая проблема (Borghet., M.V., Wyns C., 2018, Arias-Sosa L.A., 2019. Cariatì F. et.al., 2019; Janssen F. et.al., 2016).

Одной из наиболее актуальных и значимых задач является охрана состояния здоровья женского населения - ключевого фактора здоровья будущего поколения (Швырева Е.А. и соавт., 2014). По данным Научного центра акушерства и гинекологии Минздрава РФ в России сегодня бесплодны 7–8 млн. российских женщин (Кирокосян Е.В. и соавт., 2021).

Важным показателем репродуктивного здоровья является уровень гинекологической заболеваемости (Костерева В.С. и соавт., 2012). Четкое осознание сущности гинекологических заболеваний крайне важно для благоприятных акушерских и перинатальных исходов. Условно все гинекологические заболевания можно разделить на три группы (Тониян К.А. и соавт., 2017; Llata E. et al., 2015): заболевания, связанные с внутрибрюшным кровотечением (прервавшаяся внематочная беременность, апоплексия яичника, разрыв кисты яичника, перфорация матки); заболевания, связанные с нарушением кровообращения в органе и его некрозом (перекрут ножки кисты или опухоли яичника, перекрут придатков матки, перекрут и некроз миоматозного узла); воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением тазовой брюшины (пиосальпинкс, тубоовариальные воспалительные образования, первичный перитонит при гонорее, острое воспаление придатков матки). К наиболее распространенным гинекологическим

заболеваниям, способствующим повышению риска репродуктивных неудач, относятся: эндометриоз, аденомиоз, синдром поликистозных яичников, миома матки (Унанян А.Л. и соавт., 2018).

Мультифакториальной патологией гестационного процесса является привычное невынашивание беременности (Борзова Н.Ю., Иваненкова Н.И., 2015), среди наиболее значимых причин которого - воспалительные заболевания органов малого таза (51,2 %), наличие в анамнезе гинекологических операций (23,2%), хронических соматических заболеваний, в том числе хронического пиелонефрита (26,8 %), назолабиального герпеса (23,2%). Авторами отмечается значимость таких факторов как раннее начало половой жизни и завершение первой беременности абортом.

Воспалительные заболевания являются важной социально-экономической проблемой, так как хронизация и рецидивы данных заболеваний значительно ухудшают прогноз в отношении репродуктивного здоровья (Бибнева Т.Н., Дамирова К.К., 2019). В России женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза составляют 60-65 % от общего числа пациенток женской консультации и 30% от их числа, направляемых в стационар (Серов В.Н. и соавт. 2013; Пестрикова Т.Ю. и соавт., 2012, 2015; Chappell С.А., Wiesenfield Н.С., 2005, 2012; Зиганшин А.М. и соавт., 2019). Эта патология составляет 60-65% в структуре гинекологической заболеваемости пациенток с внематочной беременностью (Тониян К.А. и соавт., 2017; Malak M. et al., 2011; Юрасов И.В. и соавт, 2013; Наумова Н.В. и соавт., 2020; Blake D.R., 2003; Sweet R.L., 2009). В этиопатогенезе чрезвычайно актуальны инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (Венцовский Б.М. и соавт., 2021; Althaus С.L. et al., 2014). Несвоевременное лечение может привести к серьезным отдаленным последствиям для женского здоровья с возникновением препятствий на пути реализации женщиной репродуктивных планов (Доброхотова Ю.Э. и соавт., 2016). Воспалительные заболевания могут существенно снизить качество жизни женщины по причине развития синдрома хронической тазовой боли (Haggerty С.L., et al., 2003). Гнойные формы воспалительных заболеваний женских



половых органов часто служат причиной «органосуносящих» операций у женщин репродуктивного возраста (Trussell J., Jordan B., 2006; Gradison M., 2012; Vanthyne A., Pittrof R., 2016).

Доказана связь между эндометриозом и субфертильностью: трудности с зачатием имеют 30-40% пациенток с эндометриозом (Жабицкая Л.А., Гужевская И.В., 2021; Hediger M.L. et al., 2005; Harris H.R. et al., 2018; Бирюкова Е.И., 2019; Крылов К.Ю. и соавт., 2022; Kunz G. et al., 2005; Salim R. et al., 2012), он наблюдается у 6-10% женщин в пременопаузальной, репродуктивной и постменопаузальной гормональных стадиях, симптомы могут варьировать от минимально выраженных до тяжелых (Жабицкая Л.А., Гужевская И.В., 2012). Заболевание ассоциируется с повышенным риском осложнений беременности и неблагоприятным акушерским исходом: самопроизвольных выкидышей, внематочной беременности, рвоты беременных, преждевременных родов, кесарева сечения, патологического прикрепления плаценты (Hediger M.L. et al., 2005; Giuliani E. et al., 2014; Harris H.R. et al., 2018). У 18-25% женщин с эндометриозом органов малого таза в патологический процесс вовлекаются различные отделы кишечника (Печеникова В.А. и соавт., 2021).

Результаты исследований популяций женщин, страдающих бесплодием, связанным с аденомиозом после экстракорпорального оплодотворения, а также после хирургического лечения показали, что аденомиоз в обоих случаях оказывает негативное влияние на репродуктивный исход (Бирюкова Е.И., 2019; Крылов К.Ю. и соавт., 2022; Kunz G. et al. 2005; Salim R. et al., 2012). До настоящего времени не существует единых стандартов диагностики заболевания. С.В.Нагорневой и соавторами (2021) разработана и апробирована комплексной методика ультразвуковой диагностики, включающая шесть традиционных ультразвуковых методик (оценку однородности эхоструктуры миометрия, оценку толщины передней и задней стенок матки, компрессионную эластографию, оценку переходной зоны в 3D-режиме, оценку равномерности толщины переходной зоны и васкуляризацию миометрия) и балльную систему по каждому критерию. Р.А.Акопян и В.А.Печеникова (2017) выделяют группу

пациенток с сочетанием аденомиоза и лейомиоматозной пролиферации, требующим проведения гистологического и иммуногистохимического анализа.

Данные Г.Т.Мустафиной и соавт. (2013аб) также свидетельствуют о росте заболеваемости женщин гинекологическими заболеваниями: уровень первичной заболеваемости в Республике Башкортостан сальпингитом и оофоритом увеличился с 598,9 до 747,1 на 10000 женщин, эндомиозом - с 49,5 до 69,6 на 10000 женщин (2002-2011). По данным Е.А.Соловьевой (2018) общая заболеваемость эндометриозом в Оренбургской области выросла на 60,3% (с 20,4 до 32,7 на 10 000 женского населения, 2011-2017), распространенность бесплодия увеличилась за исследуемый период в 4,7 раза (с 30,3 до 117,0 на 10 000 женщин фертильного возраста).

Многочисленные клинические исследования свидетельствуют о негативном влиянии на репродуктивное здоровье женщины внематочной беременности (Торчинов А.М. и соавт., 2012; Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А., 2017; Олина А.А. и соавт., 2019; Masukume G., 2014; Berry J. et al., 2016; Parker V.L, Srinivas M., 2016). Основным методом лечения данной патологии является хирургический, методом выбора - лапароскопия, позволяющая проводить органосохраняющие операции на маточных трубах. Она является большим достижением в сравнении с радикальной тубэктомией, приводящей к бесплодию у 70-80 % женщин. По данным различных исследований причиной развития трубного бесплодия в 55-85% является отсутствие своевременного лечения воспалительных заболеваний органов малого таза, что повышает риск развития внематочной беременности в 7-10 раз (Буралкина Н.А. и соавт, 2018).

Среди гинекологических заболеваний гиперпластические процессы эндометрия встречаются у 15-40% больных, они сопровождаются маточными кровотечениями, нередко приводящими к анемии, часто рецидивируют, на их фоне могут развиваться предраковые процессы и рак эндометрия (Бреусенко В.Г. и соавт., 2013; .Vilos G.A., 2002; Vinko K.K., 2003). Заболеваемость раком тела матки в Российской Федерации в период 2005-2015 гг. выросла с 22,47 до 30,08 на 100 000 населения. Причем, около 40% пациенток заболевших раком

эндометрия составляют женщины в репродуктивном и перименопаузальном периоде (Кравец Б.Б. и соавт., 2017). Т.В. Богомазова и Т.Н. Чимитдоржиева (2020) также отмечают рост заболеваемости и смертность от рака шейки матки.

Данные исследований в Омской области показали, что среди заболевших раком шейки матки преобладают женщины в возрасте 50–54 лет, «омоложение» патологии подтверждается темпами прироста заболевания в возрастной группе 20–24 года (Голева О.П. и соавт., 2016; Клинышкова Т.В. и соавт., 2017).

Одной из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы является миома матки, она возникает у 20-40% женщин репродуктивного периода, максимальный уровень заболеваемости приходится на перименопаузальный период (Доброхотова Д.Э. и соавт., 2019; Венцковская И.Б., Прошенко О.Н., 2021; Кахиани Е.И. и соавт., 2017). Новую эру в гинекологии ознаменовали значительные технологические изменения, включающие развитие органосохраняющих методов лечения миомы матки: гистерорезектоскопию, миомэктомию, эмболизацию маточных артерий, лапароскопическую миомэктомию (Коренная В.В. соавт., 2015; Reza M. et al., Lau S. et al., 2012; Clair K.N., Tewari K.S., 2020; Беженарь В.Ф. и соавт., 2012; Коренная В.В. и соавт., 2015; Reza M. et al., 2010; Lau S. et al., 2012; Clair K.N., Tewari K.S., 2020). Использование дифференцированного подхода к выбору метода радикального хирургического лечения миомы матки и применение усовершенствованной техники отдельных этапов малоинвазивной гистерэктомии позволило А.Н. Плеханову и соавт. (2014) в 3 раза снизить количество осложнений: частота осложнений при абдоминальной гистерэктомии составила 36,4%, а при лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии - 1,04%, при влагалищной гистерэктомии осложнений не отмечено вовсе. Результаты исследования Е.И. Кахиани и соавт. (2017) показали, что после выполнения гистерэктомии психологическое состояние обследуемых пациенток характеризовалось ростом ипохондрических, тревожно-депрессивных, истеричных и тревожно-мнительных проявлений, требовало проведения комплекса медикаментозной и психологической реабилитации.

Внедрение в гинекологическую практику высокотехнологичных операций способствовало активному применению лапароскопии в лечении злокачественных новообразований эндометрия (Некрасова Е.А. и соавт., 2012; Попов А.А. и соавт., 2017; О.А.Мелкозерова, А.В.Мурзин, 2022).

Современная диагностика опухолей яичников требует целого комплекса диагностических мероприятий (Подзолкова Н.М. и соавт, 2020). Продолжается поиск метода, который позволил бы проводить надежную дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных новообразований яичников на этапе предоперационного обследования. Наряду с определением ассоциированных с опухолью биомаркеров, применяется комплексный подход, включающий клинические, лабораторные, а также инструментальные методы исследования, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, радиоизотопное исследование, лапароскопию (Герфанова Е.В. и соавт, 2015; Егунова М.А., Куценко И.Г., 2016; Подзолкова Н.М. и соавт., 2020; Dodge J.E. et al., 2012; Bast R.C.Jr. et al., 2012). К сожалению, акушеры-гинекологи и онкогинекологи нередко сталкиваются со случаями распространенных опухолей малого таза, в таких случаях в арсенале врачей до сих пор остается эвисцерация малого таза. Оригинальная методика такой операции описана еще в 1948 году А.Бруншвигом и с годами была усовершенствована и дополнена реконструктивными технологиями. Более 40% пациенток, переживших такие операции, имеют шанс пережить пятилетний период наблюдения (Костюк И.П., 2012; Майстренко Д.Н. и соавт., 2022; Чернобровкина А.Е. и соавт., 2022аб, 2023).

Особую тревогу вызывает рост заболеваемости гинекологическими заболеваниями среди подростков. Исследования Соловьевой Е.А., Сайдашевой А.Т. (2015) свидетельствуют, что в структуре первичной заболеваемости девочек в возрасте до 14 лет и подростков в возрасте 15-17 лет наибольшую долю составил вульвовагинит (33,5%), второе место - сращения половых губ (28,4%), третье место - дисменорея (16,1%), четвертое - преждевременное половое созревание (5,2%).

В связи с тем, что многие пациентки с гинекологическими заболеваниями поступают в стационарные учреждения по экстренным показаниям, актуальной проблемой является оперативная дифференциальная диагностика, требующая высокой квалификации врачей и современного медико-технического оснащения.

Острый абдоминальный болевой синдром является одной из наиболее частых причин обращения за скорой, в том числе специализированной, медицинской помощью. При этом наибольшую сложность в диагностическом плане среди больных с острыми абдоминальными болями представляют женщины репродуктивного возраста ввиду необходимости дополнительного исключения острой гинекологической патологии (Миннуллин Р.М. и соавт., 2015). Изучение нозологической структуры «острого живота» пациенток репродуктивного возраста, поступивших в стационар, показало, что наибольшую часть из них (29,5%) составили пациентки с осложненными кистами яичников (апоплексии, разрывы, перекруты) и гнойно-воспалительными заболеваниями матки и ее придатков (26,5%). Эктопическая беременность стала причиной госпитализации в 6,4 % наблюдений (Миннуллин Р.И. и соавт., 2014).

По данным Б.М. Венцовского и соавт. (2021) практически треть женщин с апоплексией яичника поступают в хирургические стационары с разными диагнозами ургентной патологии, клинический алгоритм лечения зависит от репродуктивных намерений пациентки (Венцовский Б.М. и соавт. 2021; Song T. Et al., 2015; Zhang C.H., 2016; Somigliana E., 2018; Ata B. et al., 2015; Kang J.H. et al., 2015).

Особого внимания требуют пациентки с сочетанной патологией, требующей оперативного лечения (Маховский В.З. и соавт., 2012). В 24,2% наблюдений имелась неизменная киста яичника, фиброма матки, по сравнению с 1990 г. в 2011 г. доля таких пациенток увеличилась с 2,6 до 6,7%. В таких случаях, по мнению авторов, необходимо определить степень операционного риска на основании оценки 4 факторов: объема и травматичности сочетанной операции; особенностей хирургических заболеваний (характера заболеваний, степени функциональных, метаболических и органических

повреждений органов и тканей, обусловленных сочетанными заболеваниями или их осложнениями); характера и тяжести сопутствующих заболеваний; возраста больной.

В последние годы существенно изменилась диагностика и лечение при аномальных маточных кровотечениях (Зайдиева Я.З., 2018; Palomba S. et al., 2007; Varma R. et al., 2009; Kang J.H et al., 2015; McPherson K., 2004; Rashid S. et al., 2010; Manyonda I.T. et al., 2012). Минимально инвазивные операции (в том числе эмболизация маточной артерии) применяются при аномальных маточных кровотечениях, при которых многие годы проводилась гистерэктомия.

Следует отметить, что в патологоанатомическом отделении любого многопрофильного стационара прижизненные исследования, касающиеся заболеваний женской половой сферы, составляют около половины всех исследований, причем, операционный материал преобладает над биопсийным (Повзун С.А., и соавт., 2019). В целом, основную часть прижизненных исследований составляют анализы соскобов эндометрия по поводу маточных кровотечений (74,7%).

О качестве диагностики гинекологических заболеваний в приемном отделении стационара свидетельствуют результаты исследования Э.В.Комличенко (2010): полное совпадение диагноза приемного отделения с основным клиническим диагнозом имело место в 51,4 % случаев, частичное – в 33,3%, а в 15,3 % случаев было выявлено полное несовпадение диагноза. По данным А.В.Сахно (2004, 2005аб) при консультировании экстренно госпитализированных пациентов в расчете на 100 больных гинекологического профиля выполняется 273,72 консультаций врачей смежных специальностей.

### **1.3 Современные проблемы организации медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля**

Как отмечалось выше, важной задачей акушерско-гинекологической службы является укрепление репродуктивного здоровья, раннее выявление и лечение гинекологических заболеваний (Балашова Л.А., Самошкина Л.К., 2013).

Следует подчеркнуть, что среди особенностей формирования сети медицинских организаций, оказывающих населению медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», является ее вариабельность. Так, медицинская организация, оказывающая первичную специализированную акушерско-гинекологическую медико-санитарную помощь, может быть самостоятельной женской консультацией (ЖК) или входить на правах подразделения в состав родильного дома, центральной районной или городской больницы, в состав перинатального центра. Гинекологические отделения могут входить в структуру родильного дома, перинатального центра и многопрофильных больниц. Поэтому при изучении сети медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь больным с гинекологическими заболеваниями, целесообразно рассматривать данный важный сектор как часть системы организации медицинской помощи женщинам по профилю «акушерство и гинекология».

Особая роль в этой системе отводится женской консультации, на которую возложено оказание первичной специализированной акушерско-гинекологической помощи женщинам, сохранение их репродуктивного здоровья, профилактика заболеваний органов женской половой сферы. Т.В.Козлова и Ю.А.Пивоварова (2017) подчеркивают, что на уровне ЖК возможны следующие направления работы: формирование медицинской грамотности, полный охват молодых женщин прегравидарной подготовкой, подготовка организма каждого родителя к зачатию и женщины - к беременности, определение оптимальных дней для зачатия. Целью профилактической работы

ЖК должна стать минимизация отрицательных факторов риска для здоровья, как будущей матери, так и ее ребенка (Нуженкова М.В. и соавт, 2014).

Особое внимание необходимо уделять медико-социальной профилактике воспалительных гинекологических заболеваний у девочек и девушек-подростков с учетом нозологической структуры (Loveless M., Myint O., 2017). Абсолютное первенство в структуре гинекологической патологии в этом возрасте принадлежит вульвовагинитам (более 50% обращений) (Мингазова Э.Н., Железова П.В., 2020).

Приказом Минздрава России от 01.06.2007 № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» утверждено Положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи в ЖК, одна из задач которого - осуществление мероприятий по предупреждению аборт, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания ребенка и дальнейшая поддержка в период беременности. Ключевая роль в выполнении этой задачи принадлежит психологу (Тарасова Е.А., Санников А.Л., 2019).

В связи с ростом продолжительности жизни возрастные заболевания приобретают все большее значение. Это касается и климактерического синдрома у женщин в перименопаузальном и постменопаузальном периоде (Мазитова М.И., Мардиева Р.Р., 2020). С учетом особенностей гинекологической патологии у женщин разного возраста Л.Ю.Чучалина (2018) предлагает организовывать специализированные кабинеты для женщин зрелого возраста в городах с населением более 250000 человек.

Данные социологического опроса беременных женщин в ЖК показали, что на «отлично» работу женских консультаций оценили 20,4 % респонденток, на «хорошо» - 27,6 %, 24,9 % - на «удовлетворительно», а 27,1 % были недовольны работой ЖК (Атласов В.О. и соавт, 2012). В то же время результаты анкетирования врачей акушеров-гинекологов ЖК показали, что большинство из них (65,0%) оценили работу ЖК на «хорошо» и 7,5% - на



«отлично», каждый четвертый - на «удовлетворительно», а 2,5 % респондентов не ответили на данный вопрос (Цивьян Б.Л., 2014а-г).

Результаты анкетирования пациенток с доброкачественными новообразованиями женской половой сферы, проведенные Б.Л.Цивьяном (2015аб), показали, что чаще недовольство пациенток организацией работы ЖК было обусловлено наличием очередей при проведении диагностических и лечебных процедур и сдачи анализов (37,8 %), 26,7 % опрошенных отметили неудобства при записи на прием к врачу, а 24,4 % указали проблемы при получении диагностических услуг, назначенных лечащим врачом. Неудовлетворительное оснащение ЖК отметила почти четверть (24,2%) опрошенных пациенток. Результаты анкетирования врачей стационаров Санкт-Петербурга таковы: только 3,6% респондентов оценили на «отлично» работу акушеров-гинекологов по оказанию медицинской помощи женщинам с доброкачественными новообразованиями половой сферы на догоспитальном этапе (в ЖК), 38,2 % - на «хорошо», 45,4 % - на «удовлетворительно»; среди основных замечаний к ЖК - неточная диагностика (38,2 %), несвоевременная госпитализация (34,5 %), проведение некорректной терапии (32,0 %).

По данным Б.Л.Цивьяна и М.В.Окулова (2015аб) 19,9% посещений ЖК женщинами с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы были выполнены по рекомендации врачей стационаров после стационарного лечения, это 22,9% среди всех посещений с лечебно-диагностической целью.

Одним из направлений национального проекта «Здоровье» было строительство Перинатальных центров в субъектах Российской Федерации. В Республике Башкортостан специализированная медицинская помощь женщинам при бесплодии в основном оказывается в Республиканском перинатальном центре (Шарафутдинова Н.Х. и соавт., 2013), в структуре которого амбулаторно-поликлиническая служба на 300 посещений в смену (медико-генетическая консультация, поликлиническое отделение, республиканский центр планирования семьи и репродукции), стационарная

служба на 180 коек включает 2 отделения патологии беременности по 40 коек, отделение реконструктивной и пластической хирургии на 40 коек и отделение гинекологии на 60 коек, в том числе 20 коек подростковой гинекологии.

Особую роль в оказании экстренной медицинской помощи беременным и женщинам с гинекологическими заболеваниями выполняют станции скорой медицинской помощи. При анализе результатов выполненных вызовов скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге установлено, что 93-95% обратившихся за СМП с патологией акушерско-гинекологического профиля, подлежали госпитализации, около 2/3 из которых - в стационар, 1/3 – в роддом, и только около 2,0% обратившихся остались дома (по месту вызова бригады СМП). Представленные данные свидетельствуют также о значительном риске развития жизнеугрожающих состояний у этой категории обратившихся и крайне ограниченных лечебно-диагностических возможностях персонала бригад СМП по профилю «акушерство и гинекология» на догоспитальном этапе, принимая во внимание, в том числе, значительную долю фельдшерских бригад в структуре СМП (Барсукова И.М. и соавт., 2021ав).

Среди женщин, госпитализированных в гинекологическое отделение, половина (50,9%) были направлены в стационар ЖК и поликлиникой, 24,4% - доставлены скорой медицинской помощью, 6,8% - направлены частными клиниками, 6,4% - другими стационарами и 0,8 % - Республиканским центром планирования семьи; каждая десятая пациентка обратилась в стационар самостоятельно (Мустафина Г.Т., 2013б).

В систему акушерско-гинекологической помощи входят гинекологические отделения многопрофильных стационаров. В 60-70-е годы значительную часть пациенток стационарных гинекологических отделений составляли женщины, поступившие для производства аборта, в настоящее время их доля сократилась (Яхтьева З.И., Батаев Х.М., 2017).

Нозологический состав пациенток гинекологических отделений существенно отличается в стационарных учреждениях. Основной причиной таких различий является разное соотношение экстренной и плановой помощи.

Так, в исследовании Э.В.Комличенко (2010) среди пациенток гинекологического отделения 44,3 % составили пациентки с миомой матки; 18,4% - с состояниями, обусловленными беременностью (из них 8,5 % - с трубной беременностью); 8,7% - с воспалительными заболеваниями; 6,2% - со злокачественными новообразованиями; 4,7% - с опущением и выпадением половых органов; 3,3% - с нарушениями менструального цикла; 14,4% - с прочей патологией. По данным К.А.Тонян и соавт. (2017) в экстренной оперативной помощи нуждаются почти 26 % от общего числа пациенток гинекологического стационара. Причем, в структуре острых гинекологических заболеваний внематочная беременность составляла 42 %, апоплексия яичника – 19%, перекрут придатков матки – 8%, острые воспалительные заболевания придатков матки – 25 %.

Анализ нозологического состава пациенток гинекологических отделений крупного многопрофильного стационара скорой медицинской помощи показал, что в отделениях этого профиля наибольший удельный вес (42,1%) составили пациентки с различными осложнениями беременности, родов и послеродового периода (Стожарова С.И., 2010), 27,3% - пациентки с невоспалительными болезнями женских половых органов; больные с воспалительными заболеваниями женских тазовых органов - 16,9%, а с доброкачественными новообразованиями - 11,1%; наименьшую долю составили больные, лечившиеся по поводу злокачественных новообразований (2,6%).

Н.А. Булова (2020) провела ретроспективный анализ 1465 стационарных историй болезни женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями органов малого таза и выявила, что сальпингит и оофорит был диагностирован у 521 (35,6%), эндометрит – у 658 (44,9%), сочетание сальпингоофорита с эндометритом – у 286 (19,5%) обследованных. Обострение воспалительного процесса в органах малого таза отмечалось у 1098 (74,9%) пациенток, тогда как впервые возникшая воспалительная реакция отмечена лишь у 367 (25,1%) женщин. Значительную группу госпитализированных в экстренном порядке составляют пациентки с апоплексией яичника (Венцовский Б.М. и соавт., 2021; Zhegulovich Y. et al., 2011; Zhang C.H. et al., 2016).

А.В.Демидов (2014) отмечает необходимость создания компьютерно-ориентированной базы данных для мониторинга за состоянием здоровья больных на региональном уровне для принятия научно-обоснованных управленческих решений.

Результаты экспертной' оценки показали, что выполнение необходимого объема диагностических исследований с соблюдением кратности их выполнения, рекомендуемой стандартами оказания медицинской помощи, существенно зависит от длительности пребывания пациента в стационаре (Стожарова С.И., 2010). Изучение распределения больных с воспалительными болезнями женских тазовых органов по срокам лечения в стационаре показало, что каждая пятая пациентка находилась в стационаре не более одних суток, 6,0% - в течение суток, 46,4 % - от 2 до 5 дней, почти каждая четвертая - от 6 до 10 дней. Незначительный удельный вес (1,9%) составили пациентки с длительностью стационарного лечения 10 дней и более. Среди важнейших причин, обуславливающих значительное сокращение сроков стационарного лечения, необходимо отметить самовольный уход из стационара, которым был завершён каждый девятый случай (11,3%) стационарного лечения по поводу воспалительных болезней женских тазовых органов, подвергнутый экспертизе.

Сопоставление длительности лечения пациенток при обычных (лапаротомических) и лапароскопических вмешательствах показало их значительную разницу (Комличенко Э.В., 2010). В первом случае они существенно выше: при экстирпации матки и миомэктомии - в 2,2 раза; при удалении яичников, маточных труб - в 1,6 раз; при резекции яичника - в 2,5 раза. Указанные отличия связаны с сокращением длительности послеоперационного периода (а при миомэктомии - и дооперационного). Сроки лечения при использовании влагалищного доступа для экстирпации матки также достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже по сравнению с традиционной экстирпацией (и дооперационная, и послеоперационная длительность лечения), но несколько выше (в послеоперационном периоде) по сравнению с аналогичной лапароскопической операцией

А.В.Чернов (2005) обращает внимание на тот факт, что наряду с увеличением общего количества гинекологических больных, прошедших стационарное лечение, возрастает абсолютное и относительное число пациенток, проходивших лечение в отделениях скорой помощи.

Актуальной задачей здравоохранения является повышение готовности госпитального этапа скорой медицинской помощи и специализированных отделений многопрофильных больниц к нарастающему потоку госпитализации. В связи с этим особое значение приобретает эффективность использования коечного фонда, в том числе за счет концентрации пациентов, требующих дифференциальной диагностики и краткосрочного лечения, в стационарных отделениях скорой медицинской помощи (Стожаров В.В. и соавт., 2013; Парфенов В.Е. и соавт, 2013).

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 № 586н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.11. 2004 № 179», были введены такие понятия, как «госпитальный этап скорой медицинской помощи» и «стационарное отделение скорой медицинской помощи». Данные отделения предназначены для уточнения диагноза и динамического наблюдения за состоянием пациента, а также краткосрочного лечения. Важную роль в совершенствовании организации скорой медицинской помощи на госпитальном этапе сыграл приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 № 555 «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (Мирошниченко А.Г. и соавт., 2013). В Номенклатуру коечного фонда были включены койки скорой медицинской помощи для суточного (динамического наблюдения) и краткосрочного лечения (до 3-х суток).

По данным А.Г.Мирошниченко и соавторов (2015) в 2012 году в отделение скорой медицинской помощи Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в тяжелом состоянии поступило 1,09% больных, в состоянии средней тяжести – 29,96%, в удовлетворительном состоянии – 67,86 %. С целью уточнения диагноза было госпитализировано 37,44% больных, для

краткосрочного лечения - 58,91 % больных, а в 3,65 % случаев отмечалась непрофильная госпитализация пациентов на эти койки в связи с отсутствием свободных мест в специализированных отделениях института. Следует отметить, что среди пациентов, поступивших в отделение скорой медицинской помощи, пациентки с воспалительными гинекологическими заболеваниями и нарушениями менструального цикла составили лишь 1,4%.

В.М.Теплов и соавторы (2017, 2022) отмечают, что создание стационарного отделения скорой медицинской помощи с палатой реанимации и интенсивной терапии позволяет в 2 раза сократить госпитализацию пациентов в ОРИТ стационара, уменьшая поток поступления в них непрофильных больных, при этом без увеличения коечной мощности ОРИТ стационара расширяются их возможности.

Изучение опыта работы стационарного отделения скорой медицинской помощи Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе позволило группе авторов разработать научно обоснованные нормативы потребности в койках суточного и краткосрочного (до 3-х дней включительно) пребывания больных: суммарно рекомендуется иметь 1,11 коек на 10 000 населения, в том числе 0,21 коек скорой медицинской помощи суточного пребывания и 0,90 коек скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания (Парфенов В.Е. и соавт., 2013; Алимов Р.Р. и соавт., 2013).

Однако, отсутствие большого опыта в практической реализации важного направления реформирования скорой медицинской помощи и создании отделений скорой медицинской помощи в многопрофильных больницах заставляет со всей тщательностью подходить к их организации, поскольку ошибки, заложенные на этапе проектирования, могут оказать существенное влияние на функционирование всего стационара. Одним из инструментов, способных минимизировать ошибки, являются объектно-ориентированные системы имитационного моделирования, позволяющие спрогнозировать возможные проблемы проекта еще на стадии компьютерной модели (Теплов В.М. и соавт., 2019).

Обеспечить эффективное лечение поступающих больных и оптимизировать труд персонала отделений позволяет своевременное и правильное распределение больных по группам в зависимости от тяжести состояния и нуждаемости в медицинской помощи. С этой целью можно использовать различные сортировочные (триажные) шкалы (Iserson K.V., Moskop J.C., 2007). Наиболее распространенными и известными в мировой практике являются шкалы: RETTS (the Rapid Triage and Treatment System), FRENCH (FRench Emergency Nurses Classification at Hospital), SATS (the South African Score), CTAS (the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale).

В пятиуровневой шкале RETTS (Nissen L., et al. 2014) предусмотрена сортировка пациентов, основанная на жизненно важных характеристиках организма, жалобах и симптомах; красный уровень шкалы – экстренный, оранжевый – неотложный, желтый - срочный, зеленый - плановый, синий - не требует неотложного вмешательства (это пациенты амбулаторного звена).

Шкала FRENCH - также пятиуровневая, учитывает потребности в ресурсах, необходимых для оказания помощи данному пациенту (Taboulet P. et al., 2009). Шкала CTAS (Rosedale K., 2011) предполагает выделение пяти уровней, для каждого из которых предусмотрен определенный лимит времени, в течение которого врач должен осмотреть пациента: реанимационный – голубой уровень (осмотр пациента производится немедленно), urgentный - красный уровень (осмотр в течение 15 мин. с момента поступления), экстренный - желтый уровень (30 мин. с момента поступления), менее экстренный – зеленый (60 мин. с момента поступления) и неэкстренный – белый уровень (120 мин. с момента поступления).

На основе шкалы CTAS в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан используется трехуровневая шкала UTAS (Uzbekistan Triage and Acuity Scale), в которой выделяют 3 зоны: красную, желтую и зеленую (Мирварисова Л.Т., Анваров Х.Э., 2020). Сортировка (триаж) пациентов, поступающих в приемное отделение экстренного стационара, необходима для своевременного оказания экстренной

медицинской помощи. Приоритезация пациентов особенно важна в условиях роста госпитализации (Мирварисова Л.Т., Анваров Х.Э., 2021).

Важным направлением совершенствования акушерско-гинекологической помощи в многопрофильном стационаре, по мнению О.Г.Фроловой и И.А.Ильичевой (2002), является разработка научно обоснованных подходов на основе стандартов оказания медицинской помощи и контроля качества с использованием информационных технологий. Анализ причин госпитализации женщин в гинекологические отделения показал, что до открытия при больнице амбулаторно-поликлинического подразделения более 65,8% всех случаев госпитализации было обусловлено необходимостью проведения углубленного обследования (Швырева Е.А., 2014).

Пивень Д.В. и соавторы (2017) подчеркивают, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи (ч. 1 ст. 37, ч. 1 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), одной из форм обеспечения единых требований к характеристикам медицинской помощи (услуг, вмешательств), а также инструментом управления качеством медицинской помощи являются клинические рекомендации. С точки зрения В.И. Перхова и соавт. (2017) обеспечить высокий уровень качества путем организации его контроля какими-либо внешними по отношению к производителю товаров и услуг службами нельзя: нужный результат может быть получен лишь за счет самостоятельного контроля качества работы непосредственными исполнителями.

В.В. Митковская (2014) отмечает важность разработки региональных или адаптивное международные клинические протоколы лечения неотложных состояний в акушерстве и гинекологии, основанных на доказательной медицине. В различных исследованиях приводятся примеры использования протоколов ведения больных в гинекологии. Так, Линдеховским Ю.Д. и соавторами еще в



начале XXI века был разработан протокол ведения больных с лейомиомой матки (Линдеховским Ю.Д. и соавт., 2002).

Высокую актуальность имеют вопросы организации и стандартизации периоперационного сопровождения (Попов А.А. и соавт., 2019). Перспективным направлением является применение в гинекологии программы ускоренного выздоровления «Fast track», ключевыми позициями которой являются: отказ от премедикации, использование малоинвазивных хирургических технологий, регионарной или мультимодальной аналгезии без системного использования опиоидов, раннее энтеральное питание и ранняя активизация пациента (Сулима А.Н., Баснаева А.Д., 2019; Kehlet Н., 2008; Carter J. et al., 2010). Реализация мультимодального протокола ведения пациентов на этапе подготовки к операции и в послеоперационном периоде в значительной степени позволяет снизить выраженность операционного стресса, поддержать стабильное состояние пациента, способствует его ранней мобилизации в послеоперационном периоде и, в конечном счете, приводит к снижению финансовых затрат (Доброхотова Ю.Э. и соавт., 2018). Ускоренное восстановление после операции (Enhanced recovery after surgery – ERAS), или ускоренная хирургия (fast-track-surgery), предусматривает комплекс мер до- и послеоперационного периода, направленных на ускорение реабилитации пациентов и уменьшение сроков госпитализации после плановых хирургических вмешательств. Термин «fast-track-surgery» был предложен еще в конце 90-х годов прошлого века датским физиологом Henrik Kehlet, исследования которого показали, что ключевым фактором послеоперационных осложнений является нарушение физиологических процессов, вызванное хирургической травмой (Доброхотова Ю.Э. и соавт. 2018; Пучков К.В. и соавт, 2015). Данные отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют, что использование данной программы ранней реабилитации пациенток после операции способствует сокращению сроков стационарного лечения, снижению частоты послеоперационных осложнений и экономических затрат на лечение (Попов А.А. и соавт., 2019; Kondo, W.et al.,2014; Minig, L., 2015). Внедрение программы

ускоренного восстановления не требует специального технического и материального обеспечения, оптимизируя процесс до операции, во время операции и после операции, но требует слаженности и вовлеченности медицинского персонала на всех этапах лечения. Реализация программы ускоренного восстановления приводит к достоверному снижению длительности госпитализации, не приводя к повышению частоты периоперационных осложнений (Идашкин А.Д., 2021).

Современные тенденции развития стационарной медицинской помощи предполагают максимально возможное сокращение сроков пребывания пациентов в круглосуточном стационаре. Однако, значительная часть пациенток после краткосрочного лечения в гинекологических отделениях больниц нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий. Результаты анкетирования акушеров-гинекологов (Цивьян Б.Л., 2014) показали, что 65% опрошенных считают эффективным после оперативного лечения по поводу доброкачественных новообразований органов женской половой сферы проведение восстановительного лечения, 5% - санаторно-курортного лечения, а 30% отметили целесообразность сочетания восстановительного и санаторно-курортного лечения. К.А.Тонян и соавт. (2017) также подчеркивают, что пациентки фертильного возраста с гинекологическими заболеваниями, особенно после хирургического лечения, нуждаются в специализированной реабилитационной помощи. Комплексное восстановительное лечение показано пациенткам с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза и пациенткам после перенесенных органосохраняющих операций (Давыдов А.И. и соавт, 2011; Хутиева С.В. и соавт, 2017; Цивьян Б.Л., 2014а).

С конца XX века одним из основных направлений реформирования отечественного здравоохранения является сокращение числа коек стационарных учреждений. Так, по сравнению с 2005 годом в 2014 году их число сократилось на 30% (с 81,7 тыс. до 57,5 тыс.). Обеспеченность койками данного профиля снизилось со 110,9 до 86,6 коек на 10 000 женщин. Важно отметить, что на фоне сохраняющегося высокого уровня заболеваемости женщин воспалительными

заболеваниями органов малого таза и другими гинекологическими заболеваниями к концу второго десятилетия XXI века число гинекологических коек сократилось на 10% (Фомина А.В. и соавт., 2020). В.Н.Трегубов и А.А.Бовина (2020) отмечают, что в период с 2016 по 2018 год произошло существенное сокращение больничных коек и снижение обеспеченности населения больничными койками, а также сокращение числа дней использования койки в году, среднего числа дней пребывания пациента на койке на фоне увеличения оборота койки. Результаты исследований В.А.Соловьевой и Н.Ю.Перепелкиной (2013аб), выполненные в Оренбургской области показали, что за период 2005-2011 гг. число гинекологических коек сократилось на 23,1 % (с 1831 до 1587 коек), средняя длительность пребывания пациентки на гинекологической койке сократилась с 8,3 койко-дня в 2005 г. до 5,4 койко-дня в 2011 году (-34,9%).

В связи с этим развитие дневных стационаров является перспективной формой оказания медицинской помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями (Дзидзария Ф.Г., Фомина А.В., 2017). В соответствии с приказом Минздрава России от 09.12.1999 № 438 «Об организации дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» одной из перспективных форм стационарозамещающих технологий является дневной стационар. В 2012 году в системе ОМС Санкт-Петербурга стационарную помощь пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы оказывали 34 стационара и в 9-ти из них были развернуты дневные стационары. Дневные стационары для данной группы больных были организованы и в ЖК, и в поликлиниках. В 2012 году в Санкт-Петербурге медицинскую помощь пациентки с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы оказывали 36 дневных стационара (Цивьян Б.Л., Строгонова О.Б., 2013). В 2021 году в Санкт-Петербурге медицинскую помощь акушерско-гинекологического профиля в условиях дневного стационара оказывала уже 71 медицинская организация (Беженарь В.Ф. и соавт., 2022).

Важнейшей составляющей ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической службы являются врачебные кадры. Врачи акушеры-гинекологи специализированных гинекологических отделений больниц Санкт-Петербурга имели профессиональную подготовку достаточно высокого уровня: большинство врачей (76,3%) получили ее в ординатуре, 21,8% - в интернатуре и лишь 1,9% - в рамках «первичной специализации»; почти половина имели высшую квалификационную категорию, 14,6% - первую и 7,5% - вторую (Цивьян Б.Л., 2014г).

В соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами (приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572) в гинекологических отделениях при плановой их работе 1,0 должность акушера-гинеколога рассчитана на 10 коек и дополнительно 4,75 должности - для предоставления экстренной медицинской помощи. Результаты анкетирования врачей акушеров-гинекологов в стационарах Санкт-Петербурга показали, что, в среднем, одновременно один врач наблюдает  $20,1 \pm 2,7$  пациенток; только 3,6% респондентов отметили, что продолжительность их рабочего дня составляет 6 часов (Цивьян Б.Л., 2014в).

Следует подчеркнуть, что врачи акушеры-гинекологи многопрофильных больниц, помимо лечебной работы, выполняют значительный объем консультативной работы. Исследование М.А.Беликовой (2010, 2011) показало, что, в среднем, в течение рабочего дня врач консультирует в стационаре 5-6 пациенток ( $5,74 \pm 0,41$ ), среднее время одной консультации  $28,6 \pm 1,0$  мин., большинство консультированных по основному заболеванию лечились в отделениях хирургического (59,2%) и терапевтического (25,8%) профиля, пациентки неврологического отделения составили 12,5%.

Профессиональная деятельность врачей акушеров-гинекологов связана с большими психологическими нагрузками ввиду специфики их деятельности, с высокой частотой назначения судебно-медицинских экспертиз и проведения судебных разбирательств по данному профилю, что зачастую обусловлено системными дефектами организации лечебно-диагностического процесса на

фоне дефицита кадров и оснащения (Лазарев В.Н., Филоненко И.С., 2016; Матейкович Е.А., 2018).

Большие надежды возлагаются на профессиональные стандарты, разрабатываемые для врачей различных специальностей. В соответствии с частью 1 статьи 4 Федерального закона от 02.05.2015 № 122-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статьи 11 и 73 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (№ 273-ФЗ от 29.12.2012) Правительству РФ предоставлено право устанавливать особенности применения профессиональных стандартов (Кадыров Ф.Н., 2016аб), реализованное в постановлении Правительства РФ от 27.06.2016 № 584 «Об особенностях применения профессиональных стандартов ...». Профессиональный стандарт врача акушера-гинеколога утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты от 19.04.2021 № 262н.

А.Ю. Давыдов и Г.Б. Артемьева (2017) среди приоритетных направлений организации акушерско-гинекологической помощи указывают на необходимость разработки схемы маршрутизации пациенток на различных этапах оказания акушерско-гинекологической помощи.

Несомненную значимость имеют организационные и финансово-экономические аспекты оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Важнейшим условием регулирования системы здравоохранения является понимание структуры и объемов обращений населения за медицинской помощью, а также необходимых условий ее предоставления. В соответствии с приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» акушерско-гинекологическая помощь оказывается в амбулаторных и стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара. Территориальные программы государственных гарантий обеспечивают оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). В 2021 году в Санкт-Петербурге ее оказывали 140 медицинских организаций (126 – в амбулаторных условиях, 71 –

в условиях дневного стационара и 39 – в стационарных условиях). По данным Санкт-Петербурга за 2021 год по программе ОМС пациентам данного профиля было оплачено более 2,5 млн случаев на общую сумму 6352,9 млн рублей. При этом более 60% помощи было оказано вне стационара (в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара); в 69,7% случаев это были больные с гинекологической патологией и только 30,3% - с акушерской (Беженарь В.Ф. и соавт., 2022).

Государственная политика России в области охраны здоровья матери и ребенка в своей долгосрочной перспективе направлена на повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям; развитие пренатальной и неонатальной диагностики, неонатальной и фетальной хирургии; снижение уровня первичной инвалидности детей; профилактику и снижение количества абортов (Сухих Г.Т. и соавт., 2013).

Таким образом, проблемы демографического характера неразрывно связаны с вопросами ресурсного обеспечения подразделений акушерско-гинекологического профиля, в том числе коечного фонда, материально-технического, финансово-экономического и кадрового обеспечения, а также с задачами технологического совершенствования. Повышение эффективности отечественного здравоохранения – основная цель, определяющая актуальность настоящего исследования с учетом особенностей современного уровня развития отрасли. Одним из важнейших направлений улучшения репродуктивного здоровья женщин является совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи, повышение ее доступности и качества.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение факторов, способствующих оптимизации показателей общественного здоровья, поиск путей повышения медико-социальной и экономической эффективности деятельности медицинских организаций возможно при проведении комплексных социально-гигиенических исследований, которые позволяют всесторонне проанализировать позитивные и негативные аспекты их деятельности, оценить эффективность проводимых преобразований, наметить направления дальнейшего совершенствования.

**Материалом** для исследования послужили:

1. Нормативные правовые акты Российской Федерации.
2. Научные литературные источники (отечественные и зарубежные) по теме диссертации.
3. Официальные данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (Здравоохранение в России, официальное издание; формы федерального статистического наблюдения (далее — ФСН) № 30 (годовая) по РФ), 2000-2022 гг.
4. Сведения о деятельности многопрофильного стационара (Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе), работающего в режиме больницы скорой помощи (форма № 14 (годовая), утвержденная приказом Федеральной службы государственной статистики от 29.07.2009 № 154), 2015-2022 гг.
5. Отчетные формы № 30 «Сведения о медицинской организации за год» ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», ГБУЗ «Женская консультация № 33» и «сводные» отчетные формы № 30 медицинских организаций Санкт-Петербурга городского и федерального подчинения, оказывающих специализированную акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, 2015-2022 гг.

6. Медицинские карты стационарного больного (форма № 033/у, утв. Приказом Минздрава СССР от 04.10.80 № 1030 (ред. от 31.12.2002) «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения») базового стационара скорой помощи, в том числе электронные истории болезни медицинской информационной системы (МИС) медицинской организации, n=36400, 2015-2022 гг.

7. Статистические данные МИС медицинских организаций (ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джпнелидзе - n=36400, 2015-2022 гг.; ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» - n=272554, 2015-2022 гг.; ГБУЗ «Женская консультация № 33» - n=256132, 2015-2022 гг.

Использованы различные группы единиц наблюдения, общее число которых в данном исследовании составило 565086 единиц.

**Объект исследования** – деятельность медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи в экстренной и неотложной формах на догоспитальном и госпитальном этапах (скорая медицинская помощь вне медицинской организации, стационарное отделение скорой медицинской помощи, женская консультация) по профилю «акушерство и гинекология», предмет исследования – структура, ресурсы и технология их функционирования.

Комплексный характер настоящего исследования определил необходимость научного наблюдения и анализа:

– специальной литературы (нормативной правовой, научной), посвященной вопросам оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», «скорая медицинская помощь», «организация здравоохранения и общественное здоровье», страховой медицины, управления качеством медицинской помощи и других источников, включая интернет-ресурсы по теме исследования;

– статистических медицинских (ресурсы, технологии, результирующие показатели) и финансово-экономических показателей



деятельности медицинских организаций при оказании медицинской помощи больным по профилю «акушерство и гинекология».

### **Характеристика базы исследования.**

Основной базой исследования послужил Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе - государственное бюджетное учреждение, головное медицинское учреждение Санкт-Петербурга, крупный научный, лечебный и образовательный центр, обеспечивающий оказание многопрофильной высококвалифицированной специализированной медицинской помощи в режиме 24/7/365 как в режиме повседневной деятельности и при чрезвычайных ситуациях. Базовый стационар имеет 37 медицинских отделений по 19 профилям медицинской помощи. В течение года в Институт за помощью обращаются свыше 80 тыс. человек, ежедневная обращаемость — до 250-350 пациентов. Профильный приказ Института за 2021 год дважды претерпел изменения (Распоряжения Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 27.09.2021 №605-р и от 30.12.2021 №923-р), и в 2022 году в его составе утверждено 897 коек и развернуто 113 реанимационных коек.

В целях настоящего исследования следует отметить наличие 14 коек для патологии беременности и 44 койки гинекологические для взрослых, 20 коек скорой медицинской помощи суточного пребывания и 20 коек скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания.

Особенность Института состоит в объединении значительной клинической базы, научно-исследовательского потенциала и образовательной платформы в сочетании с современным оснащением, богатым опытом клиницистов, ученых и профессорско-преподавательского состава. Сегодня его представляют более 2 тысяч сотрудников, среди которых 34 профессора, 59 доктора медицинских наук, 97 кандидатов медицинских наук. На базе института развернуты специализированные городские и региональные клинические центры. Многопрофильная клиническая база института и высокий уровень междисциплинарного взаимодействия позволяют обеспечить качественную

подготовку специалистов по программам основного (ординатура) и дополнительного профессионального образования.

В исследовании использованы материалы Городской станции скорой медицинской помощи (ГССМП). Это самая крупная станция скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга, имеющая в своем составе более 2 тыс. сотрудников, работающих на 26 подстанциях в разных районах города. В ее арсенале более 170 бригад различного профиля (общепрофильные врачебные и фельдшерские, психиатрические, специализированные бригады анестезиологии-реанимации). Каждые сутки оперативный отдел по телефонам 103 и 03 фиксирует до 8000 обращений населения, а выездные бригады выполняют до 1800 выездов в сутки.

Данные догоспитального этапа представлены СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33» (ЖК), выполняющей работы (услуги) при оказании первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и амбулаторно, при проведении медицинских осмотров и экспертиз. ЖК обслуживает более 70 тыс. женского населения Санкт-Петербурга, из которых более 42 тыс. – женщины фертильного возраста, объем посещений – более 50 тыс. в год, имеет в своем составе акушерско-гинекологические участки (10-12 за период наблюдения), койки дневного стационара.

**Программа исследования.** Для организации диссертационного исследования была разработана программа (рисунок 2.1; таблица 2.1), направленная на достижение обозначенных целей и задач. Программа включала в себя последовательную реализацию основных этапов. Объекты исследования, методы и единицы наблюдения, источники получения информации соответствовали определенному этапу.



Рисунок 2.1 – Программа исследования  
(АГ – акушерско-гинекологическая, СМП – скорая медицинская помощь)

Таблица 2.1 Программа исследования

<b>Цель:</b> совершенствование системы оказания гинекологической медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи (СМП)		
<b>Этапы / Задачи</b>	<b>Материалы</b>	<b>Методы</b>
1. Изучить нормативные правовые документы, научные литературные источники, официальные данные Росстата по теме исследования в целях определения актуальности, цели и задач, формирования программы исследования (глава I)	- нормативные правовые документы - официальные данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, 2000-2022 гг. - статистические данные (формы № 14, № 30, № 016/у – 02 (годовые)*), 2000-2022 гг. - научные литературные источники (n=321)	исторический и статистический методы, метод контент-анализа

## Продолжение таблицы 2.1

2. Изучить особенности демографической ситуации в РФ и в Санкт-Петербурге, обеспеченность ресурсами для оказания медицинской помощи АГ профиля (глава III)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- нормативные правовые документы</li> <li>- официальные данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, 2000-2022 гг.</li> <li>- статистические данные (формы № 14, № 30, № 016/у – 02 (годовые)*), 2000-2022 гг.</li> <li>- научные литературные источники</li> </ul>	исторический и статистический методы, метод контент-анализа
3. Провести анализ организационных особенностей госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в многопрофильном стационаре СМП и их медико-статистической характеристику (глава IV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- нормативно- правовые документы;</li> <li>- сведения о деятельности многопрофильного стационара СМП (формы № 14 и 30 (годовые)), 2015-2022 гг.</li> <li>- мед. карты стационарного больного (форма № 033/у), в том числе электронные истории болезни МИС мед. организации, n=36400 (2015-2022 гг.)</li> </ul>	исторический, контент-анализ, статистический и аналитический методы
4. Изучить вопросы преимущества при оказании АГ помощи в экстренной и неотложной формах на догоспитальном и госпитальном этапах, экономические аспекты медицинской помощи АГ профиля в стационаре СМП (глава V)	<p>статистические данные МИС мед. организаций (2015-2022 гг.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», n=272551 (2015-2022 гг.),</li> <li>- ГБУЗ «Женская консультация № 33», n=256132 (2015-2022 гг.),</li> <li>- статистические данные МИС ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джпнелидзе: n=1367 (2021, пациенты с краткосрочным пребыванием), n=219 (2022 г., пациенты с досуточным пребыванием);</li> <li>- Генеральное тарифное соглашение ТФ ОМС Санкт-Петербурга</li> </ul>	метод экономического анализа, организационного эксперимента, статистический и аналитический методы
5. Разработать организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с АГ патологией в условиях стационара СМП (глава V)	все вышеуказанные	все вышеуказанные

\*формы медицинской документации:

«Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у); «Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении (форма № 016/у – 02); «Сведения о медицинской организации за ... год» (форма № 30); «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (форма № 14)

I этап исследования (глава I) включал анализ научной литературы, нормативных правовых документов и статистических форм Росстата, научных литературных источников по теме исследования в целях определения актуальности, цели и задач, формирования программы исследования.

II этап исследования (глава II) связан с изучением особенностей демографической ситуации в РФ и Санкт-Петербурге, формирования сети медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женскому населению Санкт-Петербурга, обеспеченности акушерами-гинекологами, больничными койками акушерско-гинекологического профиля, показателей работы гинекологических отделений медицинских организаций Санкт-Петербурга, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях.

III этап исследования (глава III) – изучение организационных аспектов госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи: анализ потоков распределения пациентов, путей и сроков госпитализации, времени поступления и время пребывания пациентов в стационарном отделении СМП.

Проведен углубленный анализ медико-статистической характеристики больных: возрастных особенностей пациентов, нозологической структуры патологии, тяжести состояния пациентов, исходов заболевания. Для этого была разработана статистическая карта («Карта изучения случая оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в многопрофильном стационаре» - Приложение А), на которую были выкопированы все необходимые сведения из медицинских карт стационарных больных, сформирована электронная база пациентов. Всего заполнено 36400 карт.

Определение необходимого объема наблюдений при формировании выборочной совокупности для получения репрезентативных результатов было проведено по общепринятой формуле (2.1):

$$n = \frac{N}{\frac{N\Delta^2}{t^2} + 1} \quad (2.1),$$

где

$n$  – обоснованное число отбора единиц наблюдения,

$N$  – генеральная совокупность,

$\Delta$  – коэффициент точности равный 0,03 (=0,015×2),

$T$  – критерий достоверности (=2).

Расчеты необходимого объема наблюдений. В базовый стационар в изучаемый период было госпитализировано 37767 больных (сплошная выборка). Определенное по вышеуказанной формуле необходимое число медицинских карт стационарного больного составило:

$$n = \frac{37767}{\frac{37763 \times 0,0009}{4} + 1} = 3975,$$

что свидетельствует о достаточной достоверности выборки.

IV этап исследования (глава V) посвящен исследованию вопросов преемственности при оказании акушерско-гинекологической помощи в экстренной и неотложной формах на догоспитальном и госпитальном этапах СМП: особенностям организации оказания медицинской помощи в условия догоспитального этапа скорой медицинской помощи, женской консультации, стационарного этапа скорой медицинской помощи. Для изучения состава пациенток, госпитализированных врачами женской консультации по экстренным показаниям была разработана «Карта изучения случая экстренной госпитализации пациентки женской консультации» (Приложение Б).

Рассмотрены экономические аспекты госпитализации больных по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи: использованы экономические показатели работы медицинской организации (анализ выставленных счетов медицинской организации и тарифов Генерального тарифного соглашения ТФ ОМС Санкт-Петербурга).

V этап исследования (глава V). По итогам исследования разработаны организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи: представлены особенности и перспективы развития системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи, разработаны Алгоритм маршрутизации пациентов и Технологическая карта по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи, подготовлено учебное пособие. Результаты исследования внедрены в практическую работу научных, лечебных и образовательных организаций (акты внедрения).

В результате, в ходе выполнения исследования широко использовался сплошной метод наблюдения практически в каждом фрагменте исследования, в том числе при изучении уровня госпитализации и показателей использования коечного фонда отделений акушерско-гинекологического профиля в медицинских организациях Санкт-Петербурга; результатов вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с акушерско-гинекологической патологией; структуры нозологии пациенток, госпитализированных по экстренным показаниям врачами женской консультации; нозологического и возрастного состава пациенток акушерско-гинекологического профиля, лечившихся в стационаре скорой помощи; оплаты лечения пациенток, лечившихся в СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (в сравнении с уровнем оплаты лечения больных в специализированных акушерско-гинекологических отделениях).

Таким образом, программа исследования позволила изучить и оценить деятельность медицинских организаций (стационарного этапа скорой медицинской помощи, догоспитального этапа скорой медицинской помощи, женской консультации) СМП при оказании медицинской помощи больным по профилю «акушерство и гинекология», разработать и обосновать механизмы

совершенствования их работы. Она определила методику проведения комплексного исследования.

**Дизайн исследования** состоит в последовательном изучении системы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме по профилю «акушерство и гинекология» на разных уровнях и в разных условиях ее оказания: на уровне первичной медико-санитарной медицинской помощи (в амбулаторных условиях - женская консультация), на уровне скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (вне медицинской организации - догоспитальный этап СМП), на уровне специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи (в стационарных условиях - стационар СМП). Наибольшее внимание уделено современной технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи, как важному звену этой системы.

Логическая хема исследования представлена в табл. 2.2.

Таким образом, в исследовании была использована современная методика с комплексным применением системного анализа и ситуационного подхода, ряда методов: контент-анализа, исторического, экономического анализа, метод организационного эксперимента, современных методов обработки статистического материала. Примененная методология исследования подтверждает достоверность полученных результатов.

Таблица 2.2 Логическая схема исследования

Тема	Совершенствование организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи
Научная специальность	3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» (пп. 12-15, 18)
Цель работы	совершенствование системы оказания гинекологической медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи



## Продолжение таблицы 2.2

Научные гипотезы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Важной социальной и демографической проблемой современной России является низкий уровень рождаемости, не обеспечивающий воспроизводство населения: за 5 лет уровень рождаемости в стране снизился на 21,6 %, в Санкт-Петербурге – на 25,4%; естественный прирост населения РФ с 2016 года имеет отрицательное значение. Одним из актуальных направлений улучшения репродуктивного здоровья является совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи, повышение ее доступности и качества.</li> <li>2. Сокращение объемов специализированной акушерско-гинекологической помощи (числа специализированных коек, обеспеченность койками, уровня госпитализации, дефицит кадров) позволяет обоснованно рассматривать альтернативные варианты оказания медицинской помощи пациентам данного профиля.</li> <li>3. Современное состояние многопрофильных стационаров скорой медицинской помощи требует разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса в целях оптимального использования имеющихся ресурсов. Развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи открывает новые возможности для оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология». Эти возможности имеют не только перспективные медико-социальные, организационные, лечебно-диагностические, но и финансово-экономические аспекты.</li> </ol>
Дизайн исследования	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изучение особенностей демографической ситуации в РФ и в Санкт-Петербурге, обеспеченности ресурсами для оказания медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля.</li> <li>2. Анализ (медико-статистический, экономический, организационный) особенностей госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи.</li> <li>3. Анализ преемственности в оказании акушерско-гинекологической помощи в экстренной и неотложной формах на догоспитальном и госпитальном этапах.</li> <li>4. Разработка организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи</li> </ol>
Эффект	<p>Количественный</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рациональное использование (оптимизация) коечного фонда медицинской организации (за счет оперативности организации лечебно-диагностического процесса, сокращения времени пребывания пациентов в стационаре при развертывании коек скорой медицинской помощи суточного и краткосрочного пребывания, высвобождении специализированного коечного фонда);</li> <li>2. повышение экономической эффективности работы медицинской организации (при использовании тарифов скорой медицинской помощи в стационарных условиях);</li> </ol> <p>Качественный</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. повышение доступности и качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов уровнем медицинской помощи;</li> <li>4. совершенствование технологии оказания медицинской помощи - реализация лечебно-диагностических алгоритмов и оптимальной логистики пациентов и персонала медицинской организации</li> </ol>

## Продолжение таблицы 2.2

Итог	<p>разработаны организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– обоснованы научно-методические положения и выводы,</li> <li>– даны практические рекомендации,</li> <li>– представлены перспективы развития,</li> <li>– разработаны алгоритмы маршрутизации пациентов в многопрофильном стационаре СМП,</li> <li>– разработана Технологическая карта по совершенствованию медицинской помощи пациентам с гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи,</li> <li>– подготовлено (и издано) учебное пособие,</li> <li>– результаты исследования внедрены в практическую работу научных, лечебных и образовательных организаций (акты внедрения)</li> </ul>
------	---

Статистическая обработка материалов исследования проводилась в отделе вычислительной техники ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Отделе организации скорой медицинской помощи ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». В процессе исследования использованы методы статистической обработки результатов исследования с помощью персонального компьютера (ACER Aspire MC605 с использованием операционной системы Windows 10) и пакетов прикладных программ для создания баз данных и статистической обработки (Microsoft Office Excel 2007.Irk). Полученные в процессе работы результаты обработаны также с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 10 Лиц. BXXR310F964808FA–V), SPSS Statistics 17.0.

Степень достоверности результатов полученных результатов и выводов определяется достаточными объемами баз данных; использованием современных методов исследования, соответствующих методологии, цели и задачам диссертационной работы; использованием сплошного метода практически в каждом фрагменте исследования. Статистическую значимость сравниваемых показателей с нормальным распределением устанавливали с использованием критерия Стьюдента (t). Проверка статистических гипотез проведена по общепринятым в статистике методикам. Критический уровень

значимости при проверке статистических гипотез ( $p$ ) принимался равным 0,05. Статистически значимые отличия фиксировались при достижении указанного значения уровня статистической значимости ( $p < 0,05$ ). Результаты статистических сводок и группировок оформлены в виде статистических таблиц и представлены в графической форме. Оценка временных рядов в части фрагментов исследования проводилась с использованием коэффициента корреляции Пирсона ( $r$ ) при расчете помесечных показателей за каждый год наблюдения (что позволило увеличить статистический массив и получить достоверные данные), в графической форме при анализе использованы линии тренда (для выявления тенденции, прогноза явления) с расчетом коэффициента достоверности аппроксимации ( $R^2$ ) для оценки степени соответствия трендовой модели исходным данным.

Комплекс методов и методик использован при сочетании изучения разных генеральных совокупностей, сплошного наблюдения на всех этапах исследования, что позволило реализовать цель и задачи исследования.

## **ГЛАВА 3 ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО – ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

### **3.1 Динамика демографических показателей в России и Санкт-Петербурге**

Важной социальной и демографической проблемой современной России является низкий уровень рождаемости, не обеспечивающий воспроизводства населения. Об этом свидетельствуют данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (Росстат, Демография, <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>) (табл. 3.1).

По сравнению с 1990 годом численность населения в России сократилась в 2020 г. на 1,4 % (с 148274 тыс. чел. до 146 171 тыс. чел.). Причем, в значительной степени увеличение численности населения в 2014 г. связано с присоединением Крыма, а не с увеличением рождаемости и снижением смертности. Уровень рождаемости в 2020 г. по сравнению с 1990 г. сократился на 26,9 % (с 13,4‰ до 9,8‰), а уровень смертности увеличился на 30,4 % (с 11,2‰ до 14,6‰). Естественный прирост населения, составивший в 1990 г. +2,2 ‰, на протяжении всего первого десятилетия XXI века имел отрицательные значения. В начале второго десятилетия (2013-2015 гг.) наблюдался весьма скромный положительный естественный прирост населения за счет незначительного снижения смертности и столь же незначительного увеличения рождаемости. К концу второго десятилетия наблюдается отрицательный естественный прирост населения, причем, значения ниже, чем в начале первого десятилетия XXI века (табл. 3.1).

После долгих лет (2001-2012 гг.) падения естественного прироста населения, стабилизации положения в 2013-2015 гг., с 2016 г. вновь наблюдается отрицательная динамика, продолжающаяся и в настоящее время.

Следует обратить внимание и на снижение суммарного коэффициента рождаемости: с 1,892 в 1990 г. до 1,416 в 2022 г. (- 25,2%).

Таблица 3.1 Динамика численности населения, рождаемости, смертности и естественного движения населения в Российской Федерации в 1990-2022 гг.\*

Годы	Численность населения на конец года, тыс. чел.	Рождаемость, ‰	Суммарный коэффициент рождаемости (число родившихся детей в расчете на одну женщину)	Смертность, ‰	Естественный прирост населения, ‰
1990	148274	13,4	1,892	11,2	2,2
2001	145649	9,0	1,223	15,6	- 6,6
2002	144964	9,7	1,286	16,2	- 6,5
2003	144168	10,2	1,319	16,4	- 6,2
2004	143474	10,4	1,344	15,9	- 5,5
2005	143236	10,2	1,294	16,1	- 5,9
2006	142863	10,3	1,305	15,1	- 4,8
2007	142748	11,3	1,416	14,6	- 3,3
2008	142737	12,0	1,502	14,5	- 2,5
2009	142833	12,3	1,542	14,1	- 1,8
2010	142865	12,5	1,567	14,2	- 1,7
2011	143056	12,6	1,582	13,5	- 0,9
2012	143347	13,3	1,691	13,3	0
2013	143667	13,2	1,707	13,0	0,2
2014	146267	13,3	1,750	13,1	0,2
2015	146545	13,3	1,777	13,0	0,3
2016	146804	12,9	1,762	12,9	- 0,01
2017	146880	11,5	1,621	12,4	- 0,9
2018	146781	10,9	1,579	12,5	- 1,6
2019	146749	10,1	1,504	12,3	- 2,2
2020	146171	9,8	1,505	14,6	- 4,8
2021	145557	9,6	1,505	16,7	-7,1
2022	146447	8,9	1,416	12,9	-4,0

\*(Росстат, Демография, <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>)

Ситуацию усугубляет убыль населения, связанная с пандемией коронавирусной инфекции (2020-2021 гг.): показатель общего прироста постоянного населения (в данном случае – убыли) составил в 2020 г. 577575 чел., в 2021 г. – 613439 чел., отрицательная тенденция продолжилась и в 2022 г. - 532637 чел.

Естественный прирост населения РФ (абсолютная величина разности между числом родившихся и числом умерших за определенный промежуток времени) с 2016 г. имеет отрицательное значение (рис. 3.1).

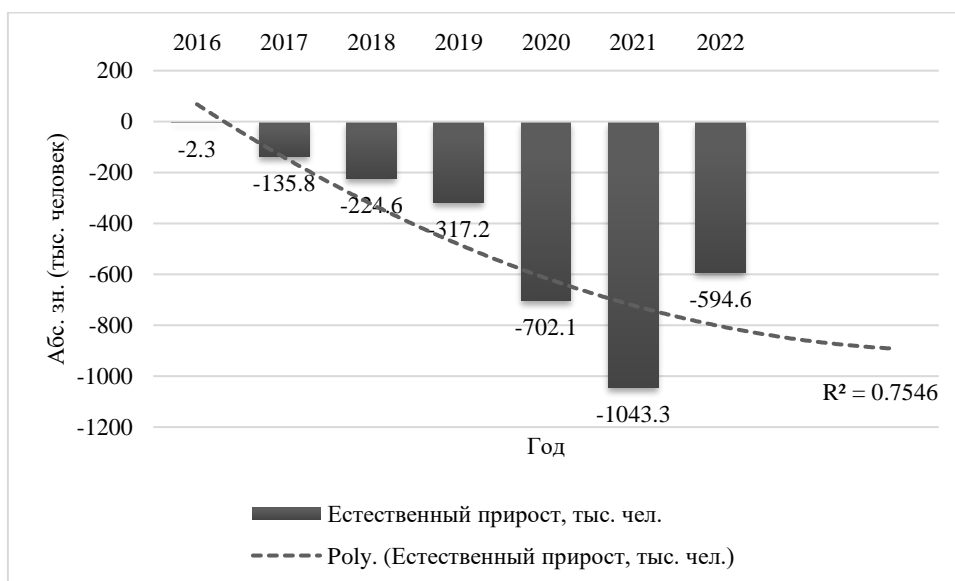


Рисунок 3.1 Динамика естественного прироста населения в Российской Федерации, тыс. чел.

По сравнению с «допандемийным» (2019 г.) годом отмечается снижение показателя в 2,2 раза (в 2020 г.) и в 3,3 раза (в 2021 г.) с некоторой стабилизацией положения в 2022 г.

Несомненным достижением является снижение показателей материнской и младенческой смертности. Материнская смертность сократилась с 47,4 случаев на 10000 родившихся живыми (1990) до 11,2 случаев на 10000 родившихся живыми (2020 г.), то есть в 4,2 раза; в 2021 года отмечая рост показателя до 34,5 случаев на фоне пандемии Covid 19 с последующем снижением до 13,0 случаев (2022 г.) при стабилизации эпидемиологической обстановки. Младенческая смертность в 2022 г. по сравнению с 1990 г. уменьшилась в 4,0 раза: с 17,4 ‰ до 4,4‰ (табл. 3.2).

В 5,3 раза сократилось число аборт в расчете на 100 родов (с 206 в 1990 г. до 39 в 2022 г.). Абсолютное число абортов уменьшилось в 8,1 раза (с 4103,4 тыс. в 1990 г. до 503,8 тыс. в 2022 г.). В 2022 г. число родившихся превысило число прерываний беременности в 2,6 раза. Однако, число родившихся по

сравнению с 1990 г. в 2022 г. уменьшилось на треть (34,4 %).

Таблица 3.2 Динамика младенческой и материнской смертности, соотношения аборт и родов в Российской Федерации в 2001- 2020 гг.\*

Годы	Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Материнская смертность (на 100 000 родившихся живыми)	Число абортов (тыс.)	Число абортов на 100 родов	Число родившихся (тыс.)
1990	17,4	47,4	4103,4	206	1988,9
2000	15,3	39,7	2138,8	169	1266,8
2001	14,6	36,5	2014,7	154	1311,6
2002	13,3	33,6	1944,5	139	1397,0
2003	12,4	31,9	1865,0	129	1477,3
2004	11,6	23,4	1797,6	122	1502,5
2005	11,0	25,4	1675,7	117	1457,4
2006	10,2	23,7	1582,4	107	1479,6
2007	9,4	22,0	1479,0	92	1610,1
2008	8,5	20,7	1385,6	81	1714,0
2009	8,1	22,0	1292,4	74	1761,7
2010	7,5	16,5	1186,1	67	1788,9
2011	7,4	16,2	1124,9	63	1796,6
2012	8,6	11,5	1064,0	56	1902,1
2013	8,2	11,3	1012,4	54	1895,8
2014	7,4	10,8	930,0	48	1942,7
2015	6,5	10,1	848,2	44	1940,6
2016	6,0	10,0	836,6	45	1888,7
2017	5,6	8,8	779,8	46	1690,3
2018	5,1	9,1	661,0	42	1604,3
2019	4,9	9,0	621,6	42	1481,1
2020	4,5	11,2	553,5	39	1436,5
2021	4,6	34,5	517,7	37	1398,3
2022	4,4	13,0	503,8	39	1304,1

\*(Росстат, Демография, <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>)

Снижение репродуктивных потерь за счет значительного уменьшения младенческой смертности и числа прерываний беременности не оказало существенного влияния на уровень рождаемости и естественного прироста населения.

Пятилетний анализ рождаемости в Санкт-Петербурге в «допандемийный» (2016-2020 гг.) период также свидетельствует об отрицательной динамике (рис. 3.2).

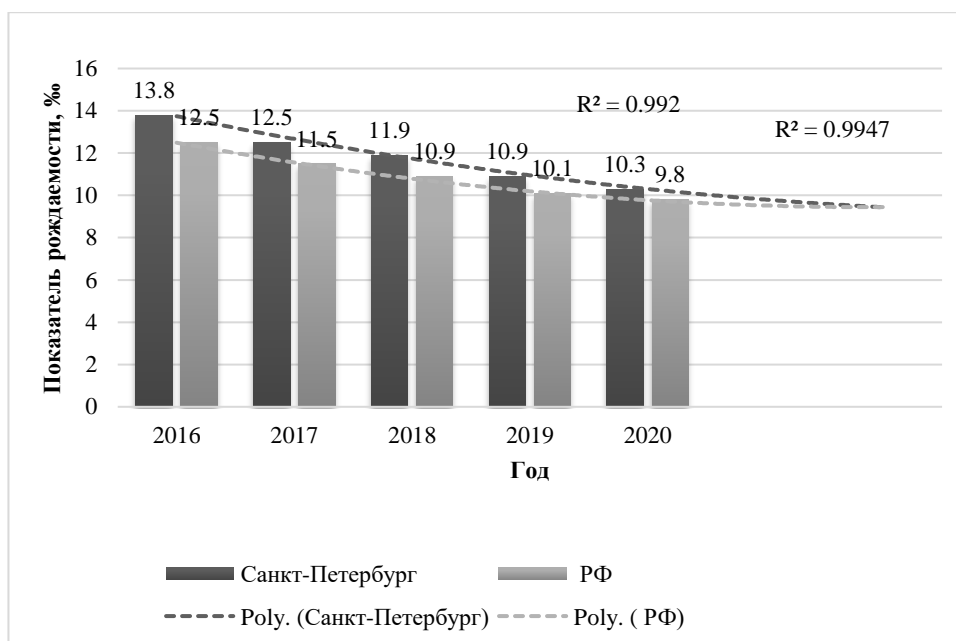


Рисунок 3.2 Динамика и тренды показателей рождаемости в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге, 2016 – 2020 гг., %

В Российской Федерации за этот 5-и летний период уровень рождаемости снизился на 21,6% (с 12,5 ‰ в 2016 г. до 9,8 ‰ в 2020 г.), а в Санкт-Петербурге – на 25,4% (с 13,8 ‰ в 2016 г. до 10,3‰ в 2020 г.). При этом общий прирост постоянного населения Санкт-Петербурга с 2020 г. имеет отрицательную динамику (рис. 3.3).



Рисунок 3.3 Общий прирост постоянного населения Санкт-Петербурга, 2016-2022 гг., чел.



В связи с этим огромное значение приобретает демографическая политика государства.

### **3.2. Особенности формирования сети медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женскому населению Санкт-Петербурга, и динамика обеспеченности населения акушерско-гинекологическими койками**

В «План мероприятий по реализации в 2021-2025 годах Концепции демографической политики РФ до 2025 г.», утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации от 16.09.2021 № 2580-р были включены мероприятия, направленные на: популяризацию традиционных семейных ценностей и активного долголетия; повышение рождаемости и благополучия семей с детьми; снижение материнской смертности, улучшение репродуктивного здоровья. Одним из важнейших направлений улучшения репродуктивного здоровья является совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи, повышение ее доступности и качества.

Среди особенностей формирования сети медицинских организаций, оказывающих женскому населению Санкт-Петербурга медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях, является ее вариабельность. Гинекологические отделения и отделения патологии беременности могут входить в структуру родильного дома, перинатального центра и многопрофильных больниц. Необходимо отметить подчиненность этих организаций не только разным органам управления, но и разным ведомствам. В связи с этим усложняется методика планирования разных видов акушерско-гинекологической помощи, в том числе коечного фонда.

Нормативно-правовая основа, регламентирующая организацию медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в России, только за второе десятилетие XXI века неоднократно радикально пересматривалась. В течение 2010-2012 гг. действовал «Порядок оказания акушерско-

гинекологической помощи», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.10.2009 № 808. В 2013-2020 гг. был актуален Порядок, утвержденный приказом Министерства здравоохранения от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». С 1 января 2021 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения делятся на три группы (уровня). Кроме того, определены критерии для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары разного уровня.

Принцип этапности используется и в организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой женщинам с гинекологическими заболеваниями в стационарных условиях. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с гинекологическими заболеваниями в стационарных условиях, делятся на 3 группы (уровня) с учетом коечной мощности, оснащения и кадрового обеспечения. К первому уровню относятся медицинские организации, имеющие гинекологические палаты в составе хирургических отделений, а также центральные районные, городские и ведомственные больницы, имеющие в своем составе гинекологические отделения. Вторая группа (уровень) включает гинекологические отделения городских больниц, в том числе специализированных, больниц скорой медицинской помощи, медико-санитарных частей, межрайонных перинатальных центров и т.д. Третья группа А (уровень) включает гинекологические отделения городских, областных, краевых, республиканских, окружных, клинических больниц, перинатальных

центров, центров охраны материнства и детства и других медицинских организаций. В медицинские организации третьей А группы направляются женщины с гинекологической патологией, сочетающейся с тяжелой сопутствующей соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями аборт и родов, при необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы. В третью группу Б (уровень) входят гинекологические стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» (Приложения В, Г, Д).

На территории Санкт-Петербурга действует Распоряжение Комитета Правительства Санкт-Петербурга от 03.12.2019 № 644-р (в редакции Распоряжений Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 27.12.2019 N 722-р, и от 22.09.2021 N 594-р) «Об организации оказания медицинской помощи в Санкт-Петербурге по профилю «акушерство и гинекология». В соответствии с этим Распоряжением определены группы медицинских организаций, оказывающих ((Приложения В, Г, Д):

- медицинскую помощь женщинам в период беременности и послеродовый период, женщинам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с группами (уровнями) оказания амбулаторной медицинской помощи в Санкт-Петербурге (Приложение В);

- медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в зависимости от возможности оказания медицинской помощи в период беременности, родов и послеродовый период (Приложение Г);

- медицинскую помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с группами (уровнями) оказания стационарной медицинской помощи в Санкт-Петербурге (Приложение Д).

В перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», в зависимости от

возможностей оказания медицинской помощи в период беременности, родов и послеродовой период (в стационарных условиях) вошли 17 медицинских организаций. Из них во вторую группу включены 14 медицинских организаций: 7 родильных домов, родильные отделения 4-х городских больниц, а также ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта», ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова». В группу III А включен ГБУЗ «Родильный дом № 18», а в группу III Б – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова» и ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет».

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями, в соответствии с группами (уровнями) оказания стационарной медицинской помощи в Санкт-Петербурге включает 8 медицинских организаций второго уровня и 11 медицинских организаций третьего уровня (Приложение И). Третий уровень представлен только наиболее крупными многопрофильными городскими больницами и ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе».

Важной составляющей ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической помощи является коечный фонд медицинских организаций, оказывающих специализированную акушерско-гинекологическую помощь. При планировании числа коек для беременных и рожениц, а также числа коек патологии беременности должна учитываться численность женщин фертильного возраста (15 – 49 лет). Число гинекологических коек рассчитывается на число всех женщин территории.

По данным Росстата за последние годы динамика численности женщин в Российской Федерации незначительна: 78,5 млн чел. в 2015 г., 78,6 млн чел. в 2020 и 2022 гг., 78,3 млн чел. в 2021 и 2023 гг., они составляют стабильные 54% в общей численности населения, эта доля не менялась с 2006 г. В Санкт-

Петербурге аналогичный показатель менялся в диапазоне 2,8 – 3,1 млн чел. Численность женщин детородного возраста в Российской Федерации сократилась на 3,4%: с 35,7 млн чел. в 2015 г. до 34,5 млн чел. в 2020 г., в Санкт-Петербурге этот показатель за тот же период практически не менялся и составил 1,3 млн чел.

Изучение динамики числа коек акушерско-гинекологического профиля, функционирующих в медицинских организациях системы Минздрава России, показало, что в стране, за последнее десятилетие, несмотря на незначительные изменения общей численности женского населения, число коек акушерско-гинекологического профиля сократилось практически на треть: гинекологических – на 20,9 тыс. (-32,4%), для беременных, рожениц и родильниц – на 25,1 тыс. коек (-32,4%). (рис. 3.4).

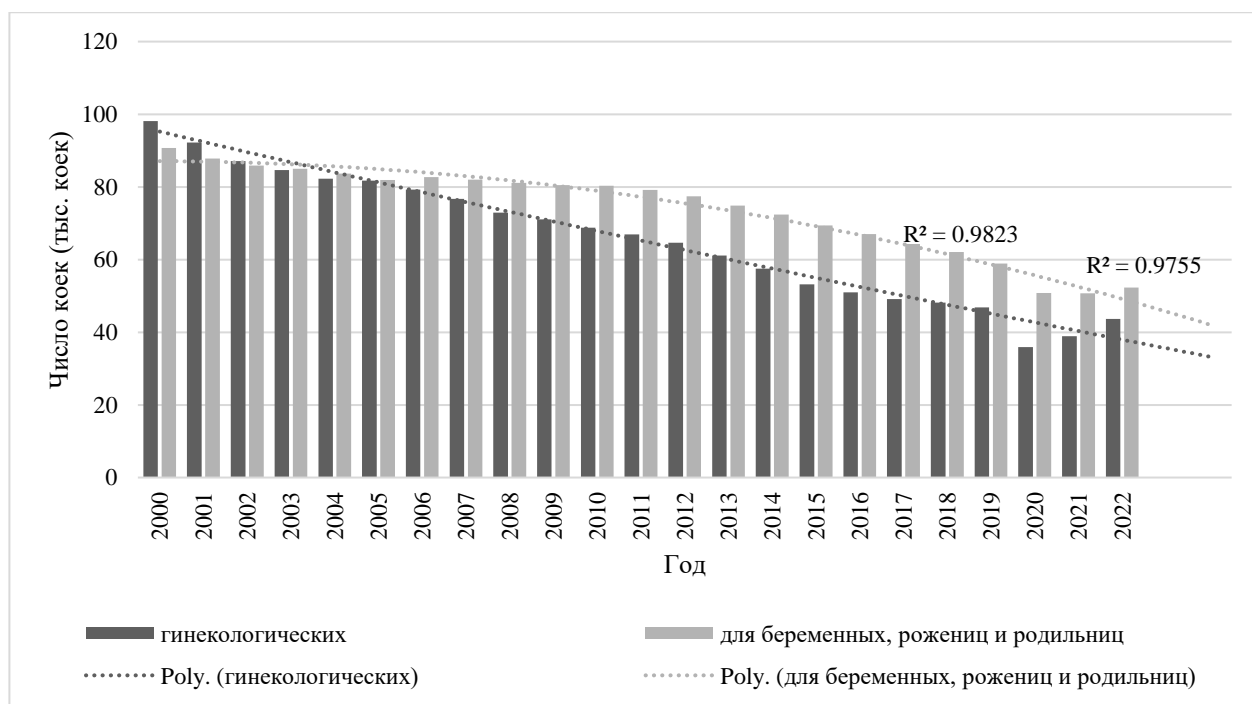


Рисунок 3.4 Динамика коечного фонда акушерско-гинекологического профиля в Российской Федерации, 2000-2022 гг., тыс. коек

2020-2021 гг. – особый период в жизни страны, связанный с пандемией новой коронавирусной инфекции, санитарно-эпидемиологическими ограничениями, карантинными мероприятиями, перепрофилированием коечного фонда, изменениями схем маршрутизации пациентов. Статистика

системы здравоохранения этих лет характеризует особенности работы медицинских организаций в режиме чрезвычайной ситуации (ЧС) медико-биологического характера, не всегда соответствует работе в режиме повседневной деятельности, динамична, в ряде случаев носит временный характер. Поэтому наиболее показательным для оценки успехов развития системы является «допандемийный» период (2015-2020 гг.) (табл. 3.3).

Таблица 3.3 Динамика обеспеченности женского населения Российской Федерации и Санкт-Петербурга койками акушерско-гинекологического профиля, 2015 – 2020 гг.\*

Показатели	Годы						Динамика 2015 - 2020 гг.	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	абс.зн.	%
Число коек для беременных и рожениц в РФ (абс. число)								
Российская Федерация	35775	35373	34190	32739	30814	26730	- 9045	- 25,3
Санкт-Петербург	1104	1137	1161	1131	1111	1083	- 21	- 1,9
Число коек для беременных и рожениц на 10 000 женщин фертильного возраста (15-49 лет)								
Российская Федерация	10,01	10,07	9,73	9,44	8,88	7,71	- 2,3	- 23,0
Санкт-Петербург	8,35	8,57	8,75	8,47	8,32	8,22	- 0,13	- 1,6
Число коек патологии беременности (абс. число)								
Российская Федерация	32120	30523	29022	28159	26848	22827	- 9293	- 28,9
Санкт-Петербург	976	839	865	924	889	805	- 171	- 17,5
Число коек патологии беременности на 10000 женщин фертильного возраста (15-49 лет)								
Российская Федерация	8,99	8,69	8,26	8,12	7,74	6,62	- 2,37	- 26,4
Санкт-Петербург	7,38	6,32	6,52	6,92	6,66	6,07	- 1,31	- 17,7
Число гинекологических коек для взрослых и детей (абс. число)								
Российская Федерация	48564	46781	45033	44136	42810	31835	-16729	- 34,4
Санкт-Петербург	1061	997	1041	1046	1043	722	- 339	-31,9
Число гинекологических коек на 10000 женщин								
Российская Федерация	6,19	5,94	5,72	5,61	5,44	4,05	- 2,14	- 34,6
Санкт-Петербург	3,74	3,44	3,60	3,55	3,54	2,44	- 1,30	- 34,8

\* с учетом коек в медицинских организациях системы Минздрава РФ

За период 2015-2020 гг. число коек патологии беременности уменьшилось на 28,9 % (с 32120 до 22827 коек); число коек для беременных и рожениц

уменьшилось на 25,3 % (с 35775 до 26730 коек); число гинекологических коек для взрослых и детей сократилось на 34,4 % (с 48564 до 31835 коек).

Статистика 2022 г. свидетельствовала о некоторой стабилизации показателей, однако, число коек в интервале 2015-2022 гг. снизилось: по гинекологическим койкам на 8,5 тыс. коек (-17,9%), по койкам для беременных, рожениц и родильниц – на 17,1 тыс. коек (-24,6%).

Соответственно, снизилась обеспеченность женского населения РФ койками для беременных и рожениц с 10,01 койки на 10000 женского населения фертильного возраста в 2015 г. до 7,71 коек на 10000 женского населения фертильного возраста в 2020 г. (- 23,0 %). Обеспеченность женского населения России койками патологии беременности уменьшилась с 8,99 в 2015 г. до 6,62 коек на 10000 женщин фертильного возраста в 2020 г. (- 26,4 %). Отмечалось снижение обеспеченности женского населения гинекологическими койками, включающими койки для взрослого населения и для детей на 34,6 %: с 6,19 в 2015 г. до 4,05 коек на 10000 женского населения в 2020 г. Статистика 2022 г. свидетельствовала о некоторой стабилизации показателей, однако, отрицательная динамика показателя в интервале 2015-2022 гг. составила: по обеспеченности женского населения гинекологическими койками на 10000 женского населения 16,4%, койками для беременных, рожениц и родильниц – 22,2%.

В Санкт-Петербурге динамика числа коек для беременных и рожениц была незначительной: 1104 койки в 2015 г. и 1083 коек в 2020 г. (- 1,9%). В 2020 г. по сравнению с 2015 г. уменьшилось число коек патологии беременности: с 976 коек до 805 коек (- 17,5 %). Значительно уменьшилось число гинекологических коек: с 1061 койки до 722 коек (- 31,9 %). Уровень обеспеченности женщин Санкт-Петербурга койками для беременных и рожениц сократился незначительно с 8,35 коек до 8,22 койки на 10000 женщин (- 1,6 %). Более существенно уменьшилась обеспеченность женщин Санкт-Петербурга койками патологии беременности: с 7,38 коек на 10000 женщин в 2015 г. до 6,07 коек на 10000 женщин в 2020 г. (- 17,7 %). Обеспеченность женщин гинекологическими

койками в расчете на 10000 женского населения уменьшилась с 3,74 коек в 2015 году до 2,44 коек в 2020 г. (- 34,8%).

Следует отметить, что отмеченное в ходе исследования снижение коечного фонда акушерско-гинекологического профиля идет в русле общей оптимизации коечного фонда страны, направленного на рациональное использование имеющихся ресурсов, повышение эффективности здравоохранения: за период 2015-2022 гг. отмечено общее снижение коечного фонда страны на 80,1 тыс. коек (- 6,6%; с 1222,0 тыс. коек до 1141,9 тыс. коек), при этом показатель обеспеченности населения койками в расчете на 10000 чел. снизился на 6,0% - с 83,0 до 78,0 коек.

Наряду с обеспеченностью женского населения акушерскими и гинекологическими койками огромную роль в обеспечении доступности акушерско-гинекологической помощи играют показатели использования коечного фонда и динамика этих показателей.

### **3.3 Динамика показателей использования акушерско-гинекологических коек и уровня госпитализации женщин в акушерско-гинекологические отделения стационарных учреждений Санкт-Петербурга**

Для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях до 2012 г. функционировало несколько видов коек, среди которых койки для беременных и рожениц, койки патологии беременности, гинекологические койки, койки для производства аборт.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» предусмотрено выделение двух профилей медицинской помощи: «акушерское дело» и «акушерство и гинекология». Соответственно, по профилю «акушерское дело» предусмотрены койки для беременных и рожениц, койки патологии беременности, койки сестринского ухода. По профилю



«акушерство и гинекология» предусмотрены койки для беременных и рожениц, койки патологии беременности, гинекологические койки для взрослых, в том числе гинекологические койки для вспомогательных репродуктивных технологий, гинекологические койки для детей.

Анализ данных Санкт-Петербурга свидетельствовал об увеличении числа женщин в Санкт-Петербурге (+4,0 %, 2015-2020). Вместе с тем, общее число всех коек по профилю «акушерство и гинекология» в 2020 г. по сравнению с 2015 г. уменьшилось на 516 коек (-16,4%). Существенное сокращение акушерско-гинекологических коек для взрослых началось практически уже с 2016 г. В первый год распространения новой коронавирусной инфекции (2020 г.) на фоне перепрофилирования коечного фонда, в основном, были сокращены гинекологические койки для взрослых: в 2020 г. их число по сравнению с 2015 г. уменьшилось на треть (на 336 койки; - 32,6 %;  $p < 0,05$ ). Число коек патологии беременности в 2020 г. по сравнению с 2015 г. уменьшилось на 171 койку (- 17,5 %). На 21 койку было сокращено число коек для беременных и рожениц (- 1,9 %). Следует отметить, что число гинекологических коек для детей в 2020 г. по сравнению с 2015 г. уменьшилось на 3 койки (- 10,3 %) (табл. 3.4).

Таблица 3.4 Динамика числа коек в стационарах Санкт-Петербурга по профилю «акушерство и гинекология» в 2015 – 2020 гг.

Годы	Число коек, развернутых на конец года, абс.зн.				Численность женщин в СПб, чел.
	гинекологические		для беременных и рожениц	патологии беременности	
	для взрослых	для детей			
2015	1032	29	1104	976	2835667
2016	973	24	1137	839	2864222
2017	997	44	1161	865	2894765
2018	1002	44	1131	924	2929860
2019	1002	41	1111	889	2945964
2020	696	26	1083	805	2948268
Динамика 2015-2020, абс.зн.	-336	-3	-21	-171	112601
Динамика 2015-2020, %	-32,6	-10,3	-1,9	-17,5	4,0

Уже начиная с 2017 г., происходит сокращение числа госпитализаций на койки для беременных и рожениц: по сравнению с 2015 г. в 2020 г. число поступивших на койки данного профиля уменьшилось на 21,3 % (с 51073 до 40208 случаев госпитализации) (табл. 3.10). Число госпитализаций на койки патологии беременности уменьшилось в 2020 г. по сравнению с 2015 г. на 12,9%: с 42657 до 37494 случаев.

Снижение потока госпитализаций пациенток на койки для беременных и рожениц и на койки патологии беременности связано со снижением рождаемости (на 24,3%; 2015-2020 гг.;  $p < 0,05$ ): в 2015 г. в Санкт-Петербурге она составляла 13,6 ‰, в 2016 г. – 13,8‰, в 2017 г. - 12,5‰, в 2018 г. – 11,9‰, в 2019 г. – 10,9 ‰ и в 2020 г. - 10,3‰.

Существенно сократился поток госпитализаций на гинекологические койки (на 30,7%; с 76865 случаев до 53246 случаев; 2015-2020 гг.;  $p < 0,05$ ) в связи с сокращением их числа на фоне пандемии Covid 19, вызвавшей репрофилирование коечного фонда, развертывание дополнительных коек для «ковидных» отделений, уменьшение (а в ряде случаев – полное прекращение) плановой госпитализации (табл. 3.5).

Таблица 3.5 Динамика числа поступивших пациенток на койки акушерско-гинекологического профиля медицинских организаций Санкт-Петербурга в 2015 -2020 гг.

Профиль койки	Число госпитализаций пациенток на койки акушерско-гинекологического профиля, абс.зн.						Динамика показателей, 2015-2020 гг.	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Абс.зн.	%
Койки для беременных и рожениц	51073	53029	48054	46561	41900	40208	-10865	-21,3
Койки патологии беременности	42657	40910	39726	44388	45235	37494	-5163	-12,1

## Продолжение таблицы 3.5

Гинекологические койки для взрослых	76865	76246	74066	74186	74616	53246	-23619	-30,7
Гинекологические койки для детей	1279	1171	1162	1397	1636	1006	-273	-21,3

В связи с сокращением коек акушерско-гинекологического профиля (-16,4%) на фоне увеличения численности женского населения Санкт-Петербурга (+4,0%) можно было бы ожидать увеличения среднегодовой занятости коек данного профиля. Однако, данные, представленные в таблице 3.6, свидетельствуют об обратном.

Таблица 3.6 Среднегодовая занятость коек акушерско-гинекологического профиля в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2015 – 2020 гг. (дни)

Профиль койки	Среднегодовая занятость коек, дн.						Динамика показателей, 2015-2020 гг.	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Абс.зн.	%
Койки для беременных и рожениц	307,4	303,0	270,6	274,0	252,7	241,8	-65,6	-21,3
Койки патологии беременности	278,5	298,0	279,6	285,0	287,6	239,2	-39,3	-14,1
Гинекологические койки для взрослых	330,1	353,4	344,9	329,4	334,4	290,5	-39,6	-12,0
Гинекологические койки для детей	274,3	352,5	294,0	217,6	283,2	235,5	-38,8	-14,1

С 2017 г. стала существенно сокращаться средняя длительность работы в году койки для беременных и рожениц ( $p < 0,05$ ) и койки патологии беременности. Если в 2015 г. койка для беременных и рожениц была занята 307,4 дн., то в 2017 г. – 270,6 дн. (-12,0 %), а в 2020 г. - 241,8 дн. (- 21,3 %). Безусловно, в значительной степени это связано с уменьшением случаев госпитализации пациенток в связи со снижением рождаемости.

Показатели рождаемости практически не оказывают прямого влияния на потребность в госпитализации на гинекологические койки. Однако, среднегодовая занятость гинекологической койки для взрослых в 2020 г. по сравнению с 2015 г. уменьшилась на 12,0 % (с 330,1 до 290,5 дн.).

Необходимо подчеркнуть, что среднегодовая занятость койки зависит не только от числа госпитализаций, но и от средней длительности пребывания пациента на койке. По сравнению с 2015 г. в 2020 г. сократилась средняя длительность пребывания пациенток на койках патологии беременности (на 20,3%). Несущественно уменьшилась средняя длительность пребывания пациенток на койках для беременных и рожениц (на 3,6 %). Средняя длительность пребывания больных на гинекологических койках для взрослых в 2015 г. и в 2020 г. составила 4,4 дн. (табл. 3.7).

Таблица 3.7 Динамика средней длительности пребывания пациенток на койках акушерско-гинекологического профиля медицинских организаций Санкт-Петербурга в 2015 -2020 гг.

Профиль койки	Средняя длительность пребывания пациенток на койке, дн.						Динамика показателей, 2015-2020 гг.	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Абс.зн.	%
Койки для беременных и рожениц	5,6	5,5	5,6	5,6	5,7	5,4	-0,2	-3,6
Койки патологии беременности	7,9	7,8	7,3	7,0	6,8	6,3	-1,6	-20,3
Гинекологические койки для взрослых	4,4	4,7	4,5	4,5	4,4	4,4	0	0,0
Гинекологические койки для детей	6,3	6,8	6,5	6,8	7,2	8,0	1,7	27,0

Нормативы средней длительности пребывания устанавливаются в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Следует обратить внимание, что средняя длительность пребывания пациенток на койках гинекологического профиля в стационарных учреждениях Санкт-Петербурга в течение всего периода наблюдения существенно ниже рекомендуемого норматива, составляющего 6,6 дней.

Среди показателей использования коечного фонда особое внимание традиционно уделяется обороту койки. Изучение динамики оборота койки акушерско-гинекологического профиля в стационарах Санкт-Петербурга в 2015 – 2020 гг. показало, что уровень данного показателя существенно снизился в отделениях для беременных и рожениц: с 54,2 в 2015 г. до 44,1 в 2020 г. (-18,6 %) (табл. 3.8). При этом, как уже отмечалось, средняя длительность пребывания пациенток на койках данного профиля практически не изменилась.

Таблица 3.8 Средний оборот коек акушерско-гинекологического профиля в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2015 – 2020 гг. (дни)

Профиль койки	Средний оборот коек, дн.						Динамика показателей, 2015-2020 гг.	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Абс.зн.	%
Койки для беременных и рожениц	54,2	55,5	48,1	48,6	44,4	44,1	-10,1	-18,6
Койки патологии беременности	35,1	38,3	38,2	40,8	38,1	42,5	7,4	21,1
Гинекологические койки для взрослых	75,7	75,9	76,6	73,3	75,5	65,7	-10,0	-13,2
Гинекологические койки для детей	43,8	51,8	44,9	32,0	29,4	39,2	-4,6	-10,5

Существенно снизился оборот гинекологической койки для детей (с 43,8 пролеченных на одной койке детей в 2015 г. до 39,2 пролеченных детей на одной койке детей в 2020 г., т.е. на 10,5 %). Уровень оборота гинекологической койки для взрослых отличался в течение 2015-2019 гг. несущественно. Лишь в 2020 г. отмечается значительное снижение оборота койки данного профиля, и по

сравнению с 2015 г. уровень данного показателя уменьшился на 13,2 % (с 75,7 до 65,7 пролеченных больных на одной койке за год).

Среди показателей использования коечного фонда особое место занимает среднее время простоя койки, показывающее среднее время с момента выписки пациентки до поступления следующей пациентки на койку. Данный показатель характеризует не только рациональность использования коечного фонда. Он имеет большое значение для коек акушерско-гинекологического профиля и с точки зрения соблюдения требований санитарно-эпидемиологического режима (необходимости санитарной обработки коек и палат, цикличное заполнение послеродовых палат и т.д.). Для акушерских коек установлен один из самых высоких нормативов: 2,5 – 3 дня. Для коек гинекологического профиля норматив оборота койки составляет 0,5 дня. Динамика данного показателя свидетельствует о том, что фактические показатели среднего времени простоя койки для беременных и рожениц приблизились к нормативу лишь в 2019 – 2020 гг. Важно также отметить, что в течение 2015 – 2019 гг. фактический уровень простоя гинекологической койки был ниже норматива. Причем, в 2016 г. фактический оборот гинекологической койки был более, чем в 3 раза меньше норматива. Вместе с тем, среднее время простоя гинекологической койки для детей, за исключением 2016 г., существенно превышало норматив (табл. 3.9).

Таблица 3.9 Среднее время простоя коек акушерско-гинекологического профиля в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2015 – 2020 гг. (дни)

Профиль койки	Среднее время простоя коек, дн.						Динамика показателей, 2015-2020 гг.	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Абс.зн.	%
Койки для беременных и рожениц	1,06	1,12	1,96	1,87	2,55	2,77	1,71	161,3
Койки патологии беременности	2,46	1,58	2,24	1,96	1,82	3,30	0,84	34,1

## Продолжение таблицы 3.9

Гинекологические койки для взрослых	0,46	0,15	0,26	0,49	0,40	1,13	0,67	145,7
Гинекологические койки для детей	2,07	0,24	1,58	4,61	2,09	4,40	2,33	112,6

Комплексный анализ всех показателей использования гинекологических коек для взрослых в стационарах Санкт-Петербурга позволяет заключить: с 2015 г. по 2017 г. отмечается высокий уровень и среднегодовой занятости гинекологической койки и оборота койки при невысоком уровне средней длительности пребывания больных на гинекологической койке.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в эти годы гинекологическая койка работала с «перегрузом», и сроки лечения больных сокращались (табл. 3.10).

Таблица 3.10 Динамика показателей использования гинекологических коек для взрослых и больничной летальности в 2015 – 2020 гг.

Годы	Средняя длительность работы койки в году, дн.	Оборот койки	Средняя длительность пребывания больного на койке, дн.	Среднее время простоя койки, дн.	Летальность (%)
2015	330,1	75,7	4,4	0,46	0,03
2016	353,4	75,9	4,7	0,15	0,03
2017	344,9	76,6	4,5	0,26	0,02
2018	329,4	73,3	4,5	0,49	0,02
2019	334,4	65,7	4,4	0,40	0,02
2020	290,5	75,5	4,4	1,13	0,05
Динамика 2015-2020, абс.зн.	-39,6	-0,2	0	0,67	0,02
Динамика 2015-2020, %	-12,0	-0,3	0,0	145,7	66,7

Исключительным был 2015 г., когда среднее время простоя койки было близким к рекомендуемому нормативу (0,5 дн.), в 2016 – 2017 гг. уровень

данного показателя был значительно ниже норматива. В 2018-2019 гг. среднее время простоя койки практически соответствует нормативу. Однако, при относительно невысоком уровне средней длительности работы в году гинекологической койки, средняя длительность пребывания пациенток на гинекологической койке существенно ниже рекомендуемых нормативов.

Таким образом, тенденция к сокращению сроков лечения в эти годы была неоправданной, и часть коек пустовала по нескольку дней. В 2020 г. на фоне самого низкого за 6 лет значения средней длительности работы койки в году имел место самый высокий уровень среднего времени простоя койки – 1,13 дн.

Гинекологические отделения относятся к подразделениям с наиболее низким уровнем летальности. Однако, в 2020 г. по сравнению с 2015 г. летальность в гинекологических отделениях увеличилась в 1,7 раза: с 0,03 % до 0,05 %.

### **3.4. Сравнительный анализ**

#### **показателей использования коечного фонда гинекологических отделений в стационарах городского и федерального подчинения**

Как отмечалось ранее, гинекологические койки в Санкт-Петербурге развернуты не только в медицинских организациях городского подчинения, но и в клиниках федеральных образовательных учреждений, научно-исследовательских институтов и научно-исследовательских центров федерального подчинения.

В течение 2015-2020 гг. большая часть гинекологических коек в Санкт-Петербурге была сосредоточена в медицинских организациях городского подчинения. Однако, удельный вес гинекологических коек городских стационаров за период 2015-2020 гг. уменьшился с 83,4 % до 69,5 %, а в федеральных учреждениях, соответственно, увеличился с 16,6 % до 30,5 %. В ряде случаев это было связано с перепрофилированием коечного фонда,



развертыванием инфекционных отделений на фоне пандемии новой коронавирусной инфекции (рис. 3.5).

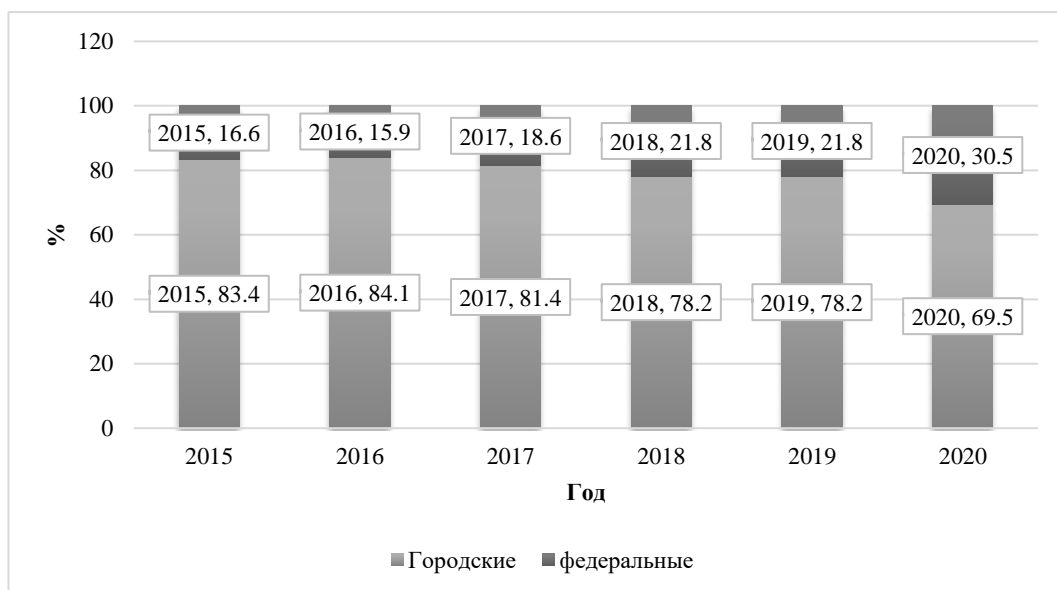


Рис. 3.5 Распределение гинекологических коек по медицинским организациям Санкт-Петербурга разного подчинения, 2015- 2020 гг., %

Анализ числа гинекологических коек, функционировавших в медицинских организациях различной подчиненности, в динамике свидетельствует о противоположных тенденциях. Так, на конец отчетного года число гинекологических коек для взрослых в медицинских организациях федерального подчинения увеличилось в 2020 г. по сравнению с 2015 г. на 24,0 % (с 171 койки до 212 коек). В то же время число коек данного профиля в городских стационарах уменьшилось на 56,2% (с 861 койки в 2015 г. до 484 коек в 2020 г.) ( $p < 0,05$ ) (табл. 3.11).

Число больных, поступивших на гинекологические койки городских стационаров, в 2020 г. по сравнению с 2015 г. уменьшилось на 35,9 % (с 69331 человек до 44457 человек). А число больных, поступивших на гинекологические койки федеральных клиник, в 2020 г. по сравнению с 2015 г., увеличилось на 16,7 % (с 7534 человек в 2015 г. до 8789 человек в 2020 г.).

Таблица 3.11 Число гинекологических коек в медицинских организациях Санкт-Петербурга разной подчиненности и число поступивших на них больных в 2015 – 2020 гг.

Год	Число гинекологических коек на конец года, абс.зн.		Число поступивших больных, чел.	
	городские медицинские организации	федеральные медицинские организации	городские медицинские организации	федеральные медицинские организации
2015	861	171	69331	7534
2016	818	155	68875	7371
2017	812	185	66186	7880
2018	784	218	64476	9710
2019	784	218	64126	10490
2020	484	212	44457	8789
Динамика 2015-2020, абс.зн.	-377	41	-24874	1255
Динамика 2015-2020, %	-43,8	24,0	-35,9	16,7

Безусловно, в 2020 г. в связи с перепрофилированием ряда подразделений и даже целых стационаров для госпитализации больных с коронавирусной инфекцией, существенно сократились объемы плановой госпитализации, в том числе и в гинекологические отделения. Причем, в основном перепрофилирование гинекологических отделений проходило только городских больницах, а сокращение плановой госпитализации – в стационарах городского и федерального подчинения.

Однако, следует отметить, что уже в 2018-2019 гг. по сравнению с 2015 г., в городских больницах существенно уменьшилось и число гинекологических коек (- 8,9 %), и число поступивших на эти койки больных. В 2018 г. по сравнению с 2015 г. число поступивших больных уменьшилось на 7,0 %, а в 2019 г. – на 7,5 %. В федеральных клиниках число поступивших больных на гинекологические койки в 2018 г. по сравнению с 2015 г. увеличилось на 28,9 %, а в 2019 г. – на 39,2 %.

Сопоставление показателей динамического ряда свидетельствуют не только о разнонаправленной динамике и числа гинекологических коек в

стационарных учреждениях разной подчиненности, и числа поступивших на них пациенток, но и о разных темпах этих изменения. Так, максимальный темп убыли гинекологических коек в городских стационарах отмечается в 2020 г. (- 38,3 %), а в федеральных клиниках в 2016 г. (- 9,4 %). В то же время в 2020 г. отмечается максимальный темп убыли поступивших больных и в городских (-30,7 %), и в федеральных медицинских организациях (- 16,2 %) (табл. 3.12).

Таблица 3.12 Динамика числа гинекологических коек в медицинских организациях Санкт-Петербурга разной подчиненности и числа поступивших на них больных в 2015 – 2020 гг.

Год	Абсолютный прирост числа гинекологических коек на конец года в мед. организациях разной подчиненности, абс.зн.		Темп прироста (убыли) гинекологических коек в мед. организациях разной подчиненности, %		Абсолютный прирост поступивших больных на гинекологические койки мед. организаций разной подчиненности, абс.зн.		Темп прироста поступивших больных на гинекологические койки мед. организаций разной подчиненности, %	
	городские	федер.	городские	федер.	городские	федер.	городские	федер.
2015	-	-	-			-		-
2016	- 43	- 16	- 5,0	- 9,4	- 456	- 163	- 0,7	- 2,8
2017	- 6	+ 30	- 0,7	+ 19,3	- 2689	+ 509	- 3,9	+ 6,9
2018	- 28	+ 33	- 3,4	+ 17,8	- 1710	+ 1830	- 2,6	+ 23,2
2019	0	0	0	0	- 350	+ 780	- 0,5	+ 8,0
2020	- 300	- 6	-38,3	- 2,8	19669	- 1701	- 30,7	- 16,2

В целом, складывается ситуация, свидетельствующая о перераспределении больных с гинекологическими заболеваниями из медицинских организаций второго, и даже первого уровня на высший третий уровень. Важно отметить, что госпитализация больных в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в федеральные клиники осуществляется в соответствии с госзаданием (в определенных установленных объемах). При этом важно обеспечивать направление пациенток с гинекологическими заболеваниями в стационары третьего А и Б уровней, нуждающихся, прежде

всего, в высокотехнологичных методах лечения на специализированных гинекологических койках.

При перераспределении больных между городскими и федеральными медицинскими организациями необходимо не только учитывать показания для госпитализации в медицинские организации разного уровня, но и обеспечивать рациональное использование коечного фонда.

На фоне постоянного сокращения гинекологических коек в городских стационарах практически до 2019 г. включительно гинекологическая койка работала с большой «перегрузкой»: в 2016 г. фактическая среднегодовая занятость гинекологической койки в стационарах городского подчинения превысила число календарных дней в году, составив 367 койко-дней. Лишь в 2020 г. по указанным ранее причинам показатель среднегодовой занятости койки составил 304,2 дн., т.е. был меньше рекомендуемого норматива (табл. 3.13).

Таблица 3.13 Среднегодовая занятость гинекологической койки и средняя длительность пребывания больной на гинекологической койке в медицинских организациях Санкт-Петербурга разной подчиненности в 2015 – 2020 гг.

Годы	Средняя длительность работы гинекологической койки в году, дн.		Среднее время пребывания больной на гинекологической койке, дн.	
	городские стационары	федеральные стационары	городские стационары	федеральные стационары
2015	345,3	256,8	4,2	6,0
2016	367,0	278,1	4,5	5,8
2017	354,6	295,9	4,3	5,9
2018	342,7	278,6	4,3	6,0
2019	346,8	287,6	4,2	5,6
2020	304,2	247,1	4,2	5,4
Динамика 2015-2020, абс.зн.	-41,1	-9,7	0	-0,6
Динамика 2015-2020, %	-11,9	-3,8	0,0	-10,0

На фоне показателей среднегодовой занятости гинекологической койки в городских стационарах, уровень данного показателя в федеральных клиниках существенно ниже.

В соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (часть IV., п. 2.4.), акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости - для текущего ремонта (не менее 14 календарных дней). В связи с периодическим закрытием гинекологических коек, функционирующих в составе федеральных клиник акушерства и гинекологии, на ежегодный ремонт, гинекологическая койка в федеральных стационарах в среднем не работала в 2015 г. – 44,2 дн., в 2016 г. – 35,7 дн., в 2017 г. – 28,4 дн., в 2018 г.- 30,5 дн., в 2019 г. – 23,2 дн. и в 2020 г. – 28,4 дн. (табл. 3.14).

Таблица 3.14 Динамика среднегодовой фактической занятости гинекологической койки в федеральных медицинских организациях с учетом дней закрытия коек на ремонт в 2015 – 2020 гг.

Годы	Число среднегод. гинекол. коек в федер. стационарах, абс.зн.	Фактическое число койко-дней, дн.	Фактическая среднегод. занятость гинекол. койки в федер. стационарах, дн.	Число койко-дней на ремонт всего, дн.	Число койко-дней на ремонт в расчете на 1 койку, дн.	Среднегод. занятость гинекол. койки в федер. стационарах с учетом койко-дней на ремонт, дн.
2015	176	45193	256,8	7788	44,2	301,0
2016	154	42821	278,1	5506	35,7	313,8
2017	160	47351	295,9	4538	28,4	324,3
2018	211	58780	278,6	6447	30,5	300,1
2019	206	59246	287,6	4784	23,2	310,8
2020	194	47937	247,1	5520	28,4	275,5

Продолжение таблицы 3.14

Динамика 2015-2020, абс.зн.	18	2744	-9,7	-2268	-15,8	-25,5
Динамика 2015-2020, %	10,2	6,1	-3,8	-29,1	-35,7	-8,5

С учетом дней «простоя» в связи с ремонтом среднегодовая занятость гинекологической койки существенно повышается, и за исключением 2020 г., в течение всего периода наблюдения уровень данного показателя превышает 300 дней.

Среди показателей использования коечного фонда особое место занимает показатель среднего времени пребывания больного на койке. Сравнение данных показателей в медицинских организациях разного подчинения свидетельствуют о том, что на протяжении 2015-2020 гг. уровень данного показателя существенно выше в медицинских организациях федерального подчинения, т.е. в стационарах третьего уровня, в значительной степени ориентированных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Однако, и в федеральных клиниках средняя длительность пребывания больной на гинекологической койке в 2019 – 2020 гг. существенно снизилась по сравнению с 2015 г.: в 2019 г. – на 6,7 %, в 2020 г. – на 10,0 %; в 2019 г. отмечается и максимальный темп убыли данного показателя (- 6,7 %) (табл. 3.15).

Таблица 3.15 Динамика средней длительности пребывания больной на гинекологической койке в федеральных медицинских организациях Санкт-Петербурга и с учетом дней закрытия коек на ремонт в 2015 – 2020 гг.

Годы	Средняя длительность пребывания больной на гинекологической койке в стационарах разного подчинения, дн.		Абсолютный прирост (убыль) средней длительности пребывания больной на гинекологической койке в стационарах разного подчинения, дн.		Темп прироста (убыли) средней длительности пребывания больной на гинекологической койке в стационарах разного подчинения, %	
	городские	федеральные	городские	федеральные	городские	федеральные
2015	4,2	6,0	-	-	-	-
2016	4,5	5,8	+ 0,3	- 0,2	+ 7,1	- 3,3
2017	4,3	5,9	- 0,2	+ 0,1	- 4,4	+ 1,7
2018	4,3	6,0	0	+ 0,1	0	+ 1,7
2019	4,2	5,6	- 0,1	- 0,4	- 2,3	- 6,7
2020	4,2	5,4	0	- 0,2	0	- 3,6

Об уровне интенсификации использования коечного фонда в значительной степени свидетельствует оборот койки. Сравнительный анализ уровня этого показателя в городских и федеральных медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих специализированную медицинскую помощь больным с гинекологическими заболеваниями, свидетельствует о более высоком уровне данного показателя в городских больницах. Максимальные различия данного показателя имели место в 2015 г., когда оборот гинекологической койки в городских стационарах превышал оборот гинекологической койки в федеральных клиниках в 1,9 раза (соответственно, 81,4 и 42,9). В последующие годы уровень данного показателя в стационарах Санкт-Петербурга разного подчинения отличался в 1,6 – 1,7 раза (табл. 3.16).

В 2020 г. по сравнению с 2015 г. оборот гинекологической койки в городских стационарах снизился на 11,5 %, а в стационарах федерального подчинения уровень данного показателя увеличился на 6,1 %. Еще более существенно отличается среднее время простоя гинекологической койки в городских и федеральных медицинских организациях.

Таблица 3.16 Динамика оборота и среднего времени простоя гинекологической койки в медицинских организациях федерального подчинения Санкт-Петербурга в 2015 – 2020 гг.

Годы	Оборот койки в медицинских организациях разного подчинения		Среднее время простоя койки в медицинских организациях разного подчинения, дн.	
	городские	федеральные	городские	федеральные
2015	81,4	42,9	0,24	2,5
2016	81,0	48,0	0,02	1,8
2017	81,9	49,7	0,13	1,4
2018	80,3	46,5	0,28	1,9
2019	81,8	51,6	0,22	1,5
2020	72,0	45,5	0,84	2,6
Динамика 2015-2020, абс.зн.	-9,4	2,6	0,6	0,1
Динамика 2015-2020, %	-11,5	6,1	250,0	4,0

Важно подчеркнуть, что уровень данного показателя в городских стационарах существенно ниже рекомендуемого норматива среднего времени простоя гинекологической койки (0,5 дн.). Исключением стал 2020 г., когда среднее время простоя гинекологической койки в городских стационарах увеличилось до 0,84 дн. Анализ среднего времени простоя гинекологической койки в федеральных клиниках свидетельствует о значительном превышении фактических показателей установленного норматива.

Важнейшим показателем, характеризующим качество оказания стационарной медицинской помощи, является больничная летальность. Этот показатель в значительной степени зависят не только от качества оказания стационарной помощи, но и от состава лечившихся, сроков их поступления в стационар, качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и т.д. За 6 лет наблюдения случаи смерти в гинекологических отделениях федеральных клиник были зафиксированы только в 2015 г. (3 случая), летальность составила 0,04%. В гинекологических отделениях городских



стационаров летальность в 2020 г. увеличилась по сравнению с 2015 г. в 3 раза и составила 0,02% и 0,06%, соответственно.

### **3.5 Анализ показателей укомплектованности штатных должностей врачей-акушеров-гинекологов медицинских организаций Санкт-Петербурга и их квалификационная характеристика**

На фоне роста общего числа врачебных кадров в РФ за 2015-2022 гг. на 10,6% (на 71,1 тыс. чел., с 673,0 тыс. чел. до 744,1 тыс. чел.) и обеспеченности врачебными кадрами в РФ на 11,2% (с 45,7 до 50,8 на 10000 населения) наблюдается незначительная положительная динамика и врачей акушеров-гинекологов: их число выросло на 1,2% (на 0,5 тыс. чел., с 24,8 тыс. чел. до 43,3 тыс. чел.), а обеспеченность кадрами – на 1,9% (с 5,4 до 5,5 на 10000 населения).

В Санкт-Петербурге число физических лиц акушеров-гинекологов в «допандемийный» период (2015-2019 гг.) увеличилось с 1559 до 1697 чел. (+ 8,8 %), а обеспеченность женского населения врачами данной специальности увеличилось с 5,44 до 5,76 в расчете на 10 000 женщин (+ 5,9 %) (табл. 3.17).

Таблица 3.17 Динамика обеспеченности женского населения в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге врачами акушерами-гинекологами в 2015 – 2019 гг.

Показатели	2015	2016	2017	2018	2019	Динамика 2015-2019 гг.	
						абс.зн.	%
Число акушеров-гинекологов, чел.:							
Российская Федерация	36574	36638	36603	36120	35657	-917	-2,5
Санкт-Петербург	1559	1569	1589	1644	1697	138	8,9
Число акушеров-гинекологов на 10 000 женщин, чел.:							
Российская Федерация	4,65	4,65	4,65	4,59	4,53	-0,12	-2,6
Санкт-Петербург	5,44	5,42	5,49	5,58	5,76	0,32	5,9

Более высокий уровень обеспеченности врачами-акушерами-гинекологами в Санкт-Петербурге за период 2015-2019 гг. обусловлен особенностями сети медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь и специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология». Прежде всего, это связано с наличием федеральных медицинских организаций третьего уровня, оказывающих не только специализированную, но и высокотехнологичную акушерско-гинекологическую помощь, в том числе в рамках апробации методов профилактики, лечения и реабилитации. В современных условиях штатные нормативы медицинских организаций и их подразделений определяются соответствующими Порядками оказания медицинской помощи. Важно отметить, что существенные изменения утверждаемых в последнее десятилетие Порядков оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в основном затрагивали организационные аспекты и практически не касались пересмотра штатных нормативов врачей акушеров-гинекологов. В соответствии с действующим Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи врачи акушеры-гинекологи работают:

- в медицинских организациях и подразделениях медицинских организаций, оказывающих населению первичную специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»;

- в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную акушерско-гинекологическую помощь.

В женских консультациях разного уровня отличается и структура учреждения, и штатное расписание. В соответствии со штатными нормативами, рекомендуемыми Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», возможно использование двух способов формирования штатов акушеров-гинекологов для медицинских организаций, оказывающих населению первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология». При использовании первого

способа 1,0 должность врача акушера-гинеколога выделяется на 2200 женщин детородного возраста. Второй способ предполагает выделение 1,0 должности акушера-гинеколога на 3500 – 4000 женского населения. В расчете на 10 000 детского населения выделяется 1,25 должности детского акушера гинеколога. В относительно крупных женских консультациях (не ниже второго уровня) выделяются должности врачей акушеров-гинекологов специализированного приема. Так, в расчете на 10,0 должностей врачей-специалистов предусматривается 1,0 должность акушера-гинеколога по выявлению заболеваний молочных желез. Кроме того, в расчете на 8 должностей врачей акушеров-гинекологов вводится по 1,0 должности гинеколога-эндокринолога, акушера-гинеколога по невынашиванию беременности, по лечению патологии шейки матки и акушера-гинеколога по сохранению и восстановлению репродуктивной функции. Штатные нормативы медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе, высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях, определяются для каждого типа медицинской организации в расчете на определенное число коек.

Изучение динамики числа штатных должностей во всех медицинских организациях городского и федерального подчинения за 2015-2020 гг. показало, что, начиная с 2017 года, наметилась отчетливая тенденция к увеличению общего числа штатных должностей акушеров-гинекологов и числа штатных должностей специалистов данного профиля в амбулаторных учреждениях (подразделениях). В течение 2015-2020 гг. практически 3/5 всех штатных должностей врачей данной специальности были сосредоточены в медицинских организациях и подразделениях амбулаторного типа (табл. 3.18).

В медицинских организациях, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях динамика числа штатных должностей была неоднозначной: их количество уменьшилось в 2016 году по сравнению с 2015 годом на 3,4 %, затем, в течение двух лет число штатных должностей увеличивалось (в 2017 году - на 8,3 %, в 2018 году – на 2,1 %). В 2019 г. произошло незначительное уменьшение числа акушеров-гинекологов (-

0,4 %), работавших в роддомах и больницах города, а концу 2020 г. число штатных должностей врачей данной специальности в стационарных учреждениях увеличилось на 1,1 % (табл. 3.19).

Таблица 3.18 Число штатных должностей врачей акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2015-2020 гг.

Показатели	Год						Динамика 2015- 2020, абс.зн.	Динамика 2015- 2020, %
	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Число штатных должностей акушеров-гинекологов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	824,0	796,25	862,25	880,25	876,75	886,00	62	7,5
Число штатных должностей акушеров-гинекологов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях	1250,25	1279,5	1282,5	1286,25	1310,5	1318,0	67,75	5,4
Число штатных должностей акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и в амбулаторных условиях	2074,25	2075,75	2144,75	2166,50	2187,25	2204,00	129,75	6,3
Итого	4148,5	4151,5	4289,5	4333	4374,5	4408	259,5	6,3

Таблица 3.19 - Динамика числа штатных должностей акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Годы	Число штатных должностей акушеров-гинекологов в мед. организациях Санкт-Петербурга, оказывающих мед. помощь в стационарных условиях, чел.	Абс. прирост	Показатель наглядности %	Показатель роста %	Темп прироста %
2015	824,0	-	100,0	-	-
2016	796,25	- 27,75	96,6	96,6	- 3,4
2017	862,25	+ 66,0	104,6	108,3	+ 8,3
2018	880,25	+ 18,25	106,8	102,1	+ 2,1
2019	876,75	- 3,75	106,4	99,6	- 0,4
2020	886,00	+ 9,75	107,5	101,1	+ 1,1

По сравнению с 2015 г., к концу 2020 г. произошло и небольшое увеличение числа физических лиц врачей акушеров-гинекологов в стационарных учреждениях Санкт-Петербурга (+5,2 %) (табл. 3.20).

Таблица 3.20 Динамика числа физических лиц акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в 2015 – 2020 гг.

Годы	Число физических лиц акушеров-гинекологов в медицинских организациях СПб, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, чел.	Абс. прирост	Показатель наглядности %	Показатель роста %	Темп прироста %
2015	656	-	100,0	-	--
2016	657	+ 1,0	100,2	100,2	+ 0,2
2017	658	+ 1,0	100,3	100,2	+ 0,3
2018	672	+ 14,0	102,4	102,1	+ 2,1
2019	707	+ 35,0	107,8	105,2	+ 5,2
2020	690	- 17,0	105,2	97,6	- 2,4

Причем, в 2019 г. абсолютный прирост физических лиц акушеров-гинекологов был максимальным (35 врачей). В этом же году отмечается и максимальный темп прироста физических лиц акушеров-гинекологов (+ 5,2%).

Однако, уже в 2020 г. число физических лиц врачей акушеров-гинекологов уменьшилось на 17 врачей (2,4 %).

Изменения числа штатных должностей и физических лиц врачей акушеров-гинекологов в медицинских организациях стационарного типа в 2015 – 2020 гг. не могли не сказаться на уровне показателей укомплектованности штатных должностей (табл. 3.21).

Таблица 3.21 Динамика показателей укомплектованности штатных должностей акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в 2015-2020 гг.

Годы	Укомплектованность штатных должностей акушеров-гинекологов стационарных учреждений, %		Коэффициент совместительства	Число штатных должностей на 1,0 физическое лицо акушера-гинеколога, ставок	Дефицит физических лиц акушеров-гинекологов, чел.
	с учетом всех занятых должностей	физическими лицами			
2015	90,4	79,6	1,14	1,26	168
2016	92,4	82,5	1,12	1,21	139
2017	88,7	76,3	1,16	1,31	204
2018	85,9	76,3	1,12	1,31	208
2019	89,0	80,3	1,10	1,24	170
2020	87,0	77,9	1,11	1,28	196
Динамика 2015-2020, абс.зн.	-3,4	-1,7	-0,03	0,02	28
Динамика 2015-2020, %	-3,8	-2,1	-2,6	1,6	16,7

Важное значение для анализа обеспеченности населения врачами является изучение дефицита физических лиц врачей в динамике (табл. 3.22). Представленные данные свидетельствуют о том, что максимальный дефицит врачей акушеров-гинекологов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, выявлен в 2017 – 2018 гг. (соответственно, 204 чел. и 208 чел.).

Таблица 3.22 Динамика дефицита акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в 2015 – 2020 гг.

Годы	Дефицит физических лиц акушеров-гинекологов в медицинских организациях СПб, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, чел.	Абс. прирост	Показатель наглядности %	Показатель роста %	Темп прироста %
2015	168	-	100,0	-	-
2016	139	- 29	82,7	82,7	+ 17,3
2017	204	+ 65	121,4	146,8	+ 46,8
2018	208	+ 4	123,8	102,0	+ 2,0
2019	170	- 38	101,2	81,7	- 18,3
2020	196	+ 26	116,7	115,3	+ 15,3

Следует отметить, что потребность медицинских организаций в акушерах-гинекологах могут увеличиться не только в связи с увеличением численности женского населения, особенно численности женщин фертильного возраста, и с ростом рождаемости, дополнительные кадры акушеров-гинекологов требуются также в клиниках, занимающихся развитием репродуктивных технологий.

На уровень потребности женского населения в амбулаторной акушерско-гинекологической помощи оказывают влияние и нормативы прохождения диспансеризации (приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»), устанавливающие кратность, контингент и структуру диспансеризации. В перечень медицинских осмотров включен осмотр акушера-гинеколога. Кроме того, приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514 н определен «Перечень исследований и осмотров при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», в который входит осмотр акушером-гинекологом девочек, достигших 3-х, 6-и и 14-и лет.

При анализе обеспеченности кадрами необходимо учитывать и особенности системы подготовки кадров, призванную обеспечить

здравоохранение квалифицированными кадрами, наполнить рынок труда. Поэтому при планировании подготовки кадров высшей квалификации по специальностям, получение которых возможно только в ординатуре, необходимо учитывать динамику дефицита данных специалистов и перспективы развития видов медицинской помощи, в которых задействованы эти специалисты.

Качество оказания медицинской помощи зависит не только от укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами, но и от уровня квалификации врачебного состава (рис. 3.7 и 3.8).

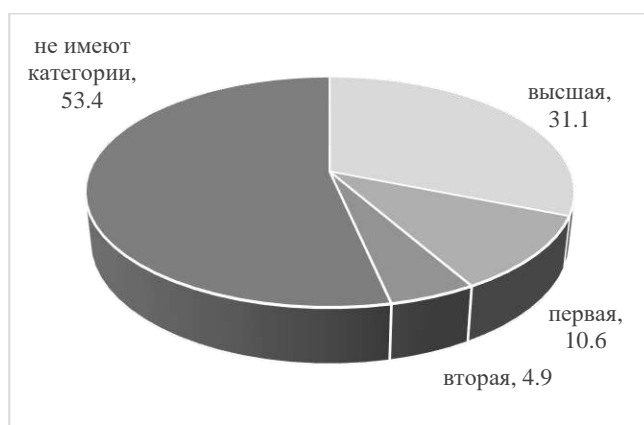


Рис. 3.7 Квалификационный состав всех врачей в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2020 году, %

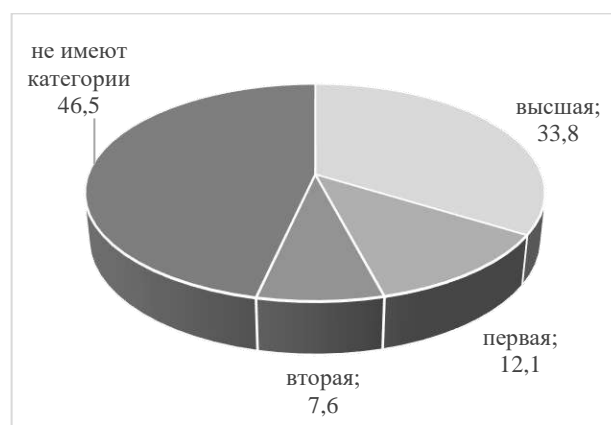


Рис.3.8 Квалификационный состав врачей акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2020 г., %

Следует отметить, что в связи с необходимостью иметь определенный стаж для получения квалификационной категории, наличие значительного удельного веса врачей, аттестованных на высшую квалификационную категорию, свидетельствует о наличии большого числа опытных специалистов, имеющих стаж работы по специальности не менее 7 лет.

Изучение квалификационного состава врачей акушеров - гинекологов, работавших в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2020 году, показало, что удельный вес акушеров-гинекологов, имевших квалификационные



категории, превышает удельный вес врачей всех специальностей, имевших на конец года квалификационную категорию (53,5 % и 46,6 %, соответственно).

Причем, в основном, более высокий удельный вес врачей акушеров-гинекологов, аттестованных на квалификационные категории, обусловлен более значительной по сравнению с врачами всех специальностей долей акушеров-гинекологов, аттестованных на вторую категорию (7,6 % и 4,9%, соответственно). Вместе с тем, доля врачей всех специальностей и доля акушеров-гинекологов, имеющих высшую категорию, практически не отличаются (31,1 % и 33,8 %, соответственно). Не выявлены и существенные различия при сравнении удельного веса врачей всех специальностей и врачей-акушеров-гинекологов, аттестованных на первую категорию: 10,6 % и 12,1 %, соответственно. Не имели к концу 2020 года квалификационные категории 53,4 % врачей всех специальностей и 46,5 % акушеров-гинекологов.

Выводы по III главе:

1. Важной социальной и демографической проблемой современной России является низкий уровень рождаемости, не обеспечивающий воспроизводство населения: в Российской Федерации за 5 лет уровень рождаемости снизился на 21,6 %, а в Санкт-Петербурге – на 25,4%, естественный прирост населения РФ с 2016 г. имеет отрицательное значение. Одним из актуальных направлений улучшения репродуктивного здоровья является совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи, повышение ее доступности и качества.

2. Оказание медицинской помощи в стационарных условиях в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе региональных схем маршрутизации, предусматривающих возможность предоставления дифференцированного объема обследования и лечения с учетом степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности медицинских организаций, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами.

3. Среди особенностей Санкт-Петербурга нужно отметить не только наличие медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь разного уровня, но и наличие медицинских организаций с разным уровнем подчиненности. В связи с этим усложняется методика планирования разных видов акушерско-гинекологической помощи, в том числе и коечного фонда.

4. Изучение динамики числа коек акушерско-гинекологического профиля в Российской Федерации (2000-2022 гг.) показало, что в стране число коек акушерско-гинекологического профиля сократилось практически на треть: гинекологических – на 20,9 тыс. (-32,4%), для беременных, рожениц и родильниц – на 25,1 тыс. коек (-32,4%), соответственно, снизилась и обеспеченность женского населения койками (на 10000 женского населения).

5. Оценка динамики показателей использования акушерско-гинекологических коек и уровня госпитализации женщин в акушерско-гинекологические отделения стационарных учреждений Санкт-Петербурга в 2015-2020 гг. свидетельствует о снижении рождаемости на 24,3 %, числа госпитализаций на койки для беременных и рожениц – на 21,3%, на гинекологические койки для взрослых - на 30,7 %.

6. Сравнительный анализ показателей использования коечного фонда гинекологических отделений в стационарах городского и федерального подчинения свидетельствовал о разнонаправленном перераспределении больных между медицинскими организациями: снижении объемных показателей работы в городских стационарах при росте таковых в федеральных.

7. Анализ кадрового состава врачей в РФ выявил незначительную положительную динамику врачей акушеров-гинекологов: за 2015-2022 гг. их число выросло на 1,2% (на 0,5 тыс. чел., с 24,8 до 43,3 тыс. чел.), а обеспеченность кадрами – на 1,9% (с 5,4 до 5,5 на 10000 населения). В Санкт-Петербурге число физических лиц акушеров-гинекологов в «допандемийный» период (2015-2019 гг.) увеличилось с 1559 до 1697 чел. (+ 8,8 %), а

обеспеченность женского населения врачами данной специальности увеличилось с 5,44 до 5,76 в расчете на 10 000 женщин (+ 5,9 %).

8. Изучение динамики числа штатных должностей во всех медицинских организациях городского и федерального подчинения за 2015-2020 гг. показало, что, начиная с 2017 г., наметилась отчетливая тенденция к увеличению общего числа штатных должностей акушеров-гинекологов (+6,3%, 2015-2020). В течение 2015-2020 гг. практически 3/5 всех штатных должностей врачей данной специальности были сосредоточены в медицинских организациях и подразделениях амбулаторного типа.

9. Число штатных должностей акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и в амбулаторных условиях, также имеет положительную динамику (+6,3%, 2015-2020 гг.). Однако, дефицит акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, сохраняется, укомплектованность штатных должностей (по физическим лицам) составляет 77,9% (2020 г.). Удельный вес акушеров-гинекологов, имевших квалификационные категории, превышает удельный вес врачей всех специальностей, имевших на конец года квалификационную категорию (53,5% и 46,6 %, соответственно, 2020 г.).

#### **ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИХ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Специализированная акушерско-гинекологическая медицинская помощь Российской Федерации является важной составляющей системы здравоохранения страны. В течение многих лет в России наблюдается тенденция к росту числа пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям. Среди больных, нуждающихся в экстренной и неотложной медицинской помощи, существенную долю составляют пациенты акушерско-гинекологического профиля. В условиях крупного многопрофильного стационара скорой медицинской помощи они требуют особых подходов для оптимального обеспечения организационной и лечебно-диагностической составляющих процесса, что обуславливает необходимость детального анализа данной категории больных и результатов деятельности медицинских организаций (Ким И.В. и соавт., 2020 аб, 2021 а-ж, 2022).

В целях совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля проведен анализ современного состояния организации медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в условиях мегаполиса на примере крупного многопрофильного стационара скорой медицинской помощи с отделениями соответствующего профиля (ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»), службы скорой медицинской помощи догоспитального этапа (СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи») и первичной медико-санитарной помощи (СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33»).

#### 4.1 Особенности работы стационара скорой медицинской помощи

Сведения о работе базового стационара за период 2015-2022 гг. представлены в таблице 4.1. В исследовании представлена динамика показателей работы учреждения как в «допандемийный» период (2015-2019 гг.), так и в наиболее сложный период работы в условиях эпидемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 (2020-2021 гг.).

Таблица 4.1 Основные показатели работы многопрофильного (базового) стационара скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Показатели	Год					Динамика, 2019-2021*	
	2015	2019	2020	2021	2022	Абс.зн.	%
Общее число больных, доставленных в Институт, чел.	66078	78 096	76 240	84 091	71189	5 995	7,7
Среднегодовое число коек, всего (включая реанимационные), ед.	905	877	877	897	897	20	2,3
Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, дн.	314527	322685	268425	300840	292098	-21845	-6,8
Среднегодовая занятость койки, дн.	348	368	306	335	325	-33	-9,0
Общее число пациентов, выбывших из стационара, чел.	38 357	49 284	39 414	41259	36041	-8 025	-16,3
Число амбулаторных больных, чел.	27721	28 812	36826	42832	35148	14020	48,7
Средняя длительность пребывания больного на койке, дн.	8,2	6,5	6,8	7,3	8,1	1	12,1
Оборот койки	42,4	56,2	44,9	46,0	40,2	-10	-18,1
Летальность, %	5,1	4,1	6,2	7,4	5,8	3,0	80,5

\*Динамика показателей рассчитана за период 2019-2021 гг. (с акцентом на сложный период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19).

Пандемия COVID-19 внесла существенные коррективы в работу медицинских организаций города, связанные с огромными потоками пациентов

инфекционного профиля и сопутствующей коронавирусной инфекцией, перепрофилированием ряда стационаров города, изменением алгоритмов госпитализации и маршрутизации пациентов, перераспределением годами сложившихся потоков пациентов, особенностями работы в условиях карантинных мер и строгого соблюдения противоэпидемического режима (Хоминец В.В. и соавт., 2023бгд).

Следует отметить, что исследуемый стационар в период 2020-2021 гг. не был перепрофилирован для приема пациентов инфекционного профиля (для пациентов с COVID-19), а продолжал работу в штатном режиме с учетом особенностей санитарно-эпидемической обстановки. Тем не менее, изучая период 2015-2022 гг., статистика 2020-2021 гг. при анализе медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в ряде фрагментов не учитывалась, поскольку отражала особенности работы медицинской организации не в режиме повседневной деятельности, а в режиме ЧС медико-биологического характера (пандемии COVID-19), что не входило в задачи данного исследования.

На протяжении последних лет наблюдался неуклонный рост числа пациентов, доставляемых в Институт (табл. 4.1): если в 2015 г. их было 66,1 тыс. чел., то в 2018 их количество превысило 75 тыс., в 2019 году – 78 тыс., а в 2021 году – 84 тыс. человек. Увеличивается количество амбулаторных пациентов: в 2018-2019 гг. оно достигло уровня 30 тыс. в год, а в 2021 г. – превысило 40 тыс. (+48,7% за 2019-2021 гг.,  $r=1,0$ ), что подтверждает сохраняющуюся избыточную нагрузку на стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Ряд показателей зафиксировали отрицательную динамику, что связано, в первую очередь, с распространением (пандемией) коронавирусной инфекции (2020-2021), работой стационара в условиях строгих карантинных мероприятий, ограничивающих потоки госпитализации (снижение числа пациентов, выбывших из стационара, пролеченных в дневном стационаре, сокращение (прекращение) плановой госпитализации). И на этом фоне – рост тяжести состояния госпитализированных пациентов (увеличение среднего числа дней

пребывания больного на койке, показателя летальности) (Хоминец В.В. и соавт., 2023бд).

Летальность возросла до 7,4 (2021 г.) вследствие текущей эпидемиологической ситуации. Всего летальных исходов – 3 051 случаев (рост на 80,5%, 2019-2021,  $r=1,0$ ), из них COVID-19 - 13.8% (419 случаев), структура представлена в табл. 4.2.

Таблица 4.2 Структура летальности в стационаре скорой медицинской помощи, 2019-2021 гг.

Нозологическая группа (код по МКБ-10)	Удельный вес по годам, %			Динамика, %
	2019	2020	2021	
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	43,2	44,3	43,8	0,6
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин (S00-T98)	16,4	14,9	11,2	-5,2
Новообразования (C00-D48)	16,8	15,7	14,0	-2,8
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	8,4	10,7	8,0	-0,4
Болезни органов дыхания (J00-J99)	1,1	1,8	1,8	0,7
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	0,49	0,45	0,56	0,07

Структура умерших пациентов в значительной мере определялась особенностями коечного фонда стационара (наличием региональных сосудистого, ожогового, токсикологического, септического центров, центра лечения тяжелой сочетанной травмы, значительной доли коек хирургического профиля). В структуре умерших первое место занимают пациенты с болезнями системы кровообращения (I00-I99) - 43,8%, второе - больные с новообразованиями (C00-D48) – 14,0%, третье место - больные с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин (S00-T98) – 11,2%. Рост общего показателя летальности обусловлен рядом причин, основными из которых являются эпидемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 (выявление инфекции среди поступающих больных, поздняя обращаемость пациентов в связи с боязнью инфицирования, поступление пациентов с III-IV стадиями онкологических заболеваний в связи с

ограничениями объемов специализированной помощи), высокий удельный вес пожилых пациентов (рост более, чем в 2 раза за последние годы). Среди умерших следует отметить дост. доли пациентов из группы Болезни органов дыхания (J00-J99) при отсутствии в стационаре коек пульмонологического и терапевтического профиля - на 0,7% ( $p < 0,05$ ), обусловленный пандемией COVID-19.

Данные 2022 года характеризуются стабилизацией ситуации после «ковидного» периода 2020-2021 гг., возвращением ряда показателей к «доковидному» уровню (2019 г.): снижением (по сравнению с педшествующим 2021 годом) обращаемости (на 12,9 тыс. чел.), уровня госпитализации (на 5,2 тыс. чел.), проведенных пациентами койко-дней (на 8,7 тыс. к/дн.), числа амбулаторных пациентов (на 7,7 тыс. чел.), летальности (на 1,6%).

#### **4.2 Анализ потоков распределения пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи**

Анализ потоков распределения пациентов по профилю «акушерство и гинекология», поступивших в стационар скорой медицинской помощи в 2015-2022 гг., позволил установить (табл. 4.1, рис. 4.1), что в специализированные отделения стационара СМП были госпитализированы только 76,9% обратившихся, так как требовали специализированных методов диагностики и лечения, врачебного наблюдения. Каждый пятый (22,9%) получил медицинскую помощь в стационарном отделении СМП (СтОСМП, приемно-диагностическом) с койками досуточного и краткосрочного наблюдения (в амбулаторных и стационарных условиях) и в дальнейшем был направлен в амбулаторно-поликлиническое учреждение с уточненным диагнозом и рекомендациями.



Таблица 4.3 Потоки распределения пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи (медицинская сортировка), 2015-2022 гг.

Год	№	2015		2016		2017		2019		2022		M±m	Динамика 2015-2022		Итого	
		Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%		Абс. зн.	%	Абс. зн.	%
Гинекологические отделения	1	5584	73,6	4835	70,3	4620	66,3	5673	74,3	5317	72,5	5205,8 ±462,2	-267	-4,8	26029	71,5
Отделения хирург. профиля	2	322	4,2	377	5,5	328	4,7	298	3,9	264	3,6	317,8 ±41,6	-58	-18,0	1589	4,4
Отделения терапев. профиля	3	5	0,1	6	0,1	63	0,9	3	0,0	2	0,03	15,8 ±26,4	-3	-60,0	79	0,2
Отделения анестезиологии и реанимации	4	127	1,7	37	0,5	58	0,8	48	0,6	41	0,6	62,2 ±37,1	-86	-67,7	311	0,9
ОЭМП (СтОСМП) <sup>1</sup>	5	130	1,7	132	1,9	198	2,8	75	1,0	106	1,4	128,2 ±45,3	-24	-18,5	641	1,8
Приемно-диагн. отделение (СтОСМП) <sup>2</sup>	6	1395	18,4	1477	21,5	1684	24,2	1532	20,1	1603	21,9	1538,2 ±111,5	208	14,9	7691	21,1
Переведены в др. стационары	7	20	0,3	18	0,3	15	0,2	5	0,1	2	0,03	12 ±8,0	-18	-90,0	60	0,2
<b>Всего</b>	<b>8</b>	<b>7583</b>	<b>100,0</b>	<b>6882</b>	<b>100,0</b>	<b>6966</b>	<b>100,0</b>	<b>7634</b>	<b>100,0</b>	<b>7335</b>	<b>100,0</b>	<b>7280</b> <b>±345,4</b>	<b>-248</b>	<b>-3,3</b>	<b>36400</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>ОЭМП (СтОСМП) – отделение экстренной медицинской помощи (стационарное отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания). <sup>2</sup>Приемно-диагностическое отделение (СтОСМП досуточного пребывания). Достоверность различий (p) показателей по строкам: p<sub>1-4-7</sub><0,01; p<sub>2-3</sub><0,01; p<sub>5-6</sub><0,01; p<sub>8-9</sub><0,01

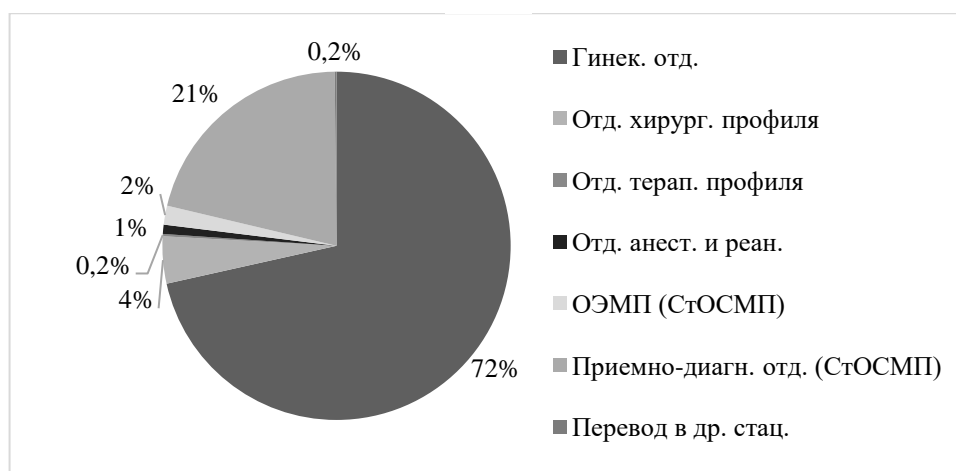


Рисунок 4.1 Потоки распределения пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи (медицинская сортировка), суммарный показатель за 2015-2022 гг.

Из госпитализированных в стационар СМП с диагнозом по профилю «акушерство и гинекология» (диагноз выписки) только 71,5% пациентов изначально поступили в специализированные отделения по профилю «акушерство и гинекология» (в гинекологические отделения).

4,4% пациентов были направлены в стационар с хирургическим диагнозом и поступили в отделения хирургического профиля, 0,9% - в отделения анестезиологии и реанимации, 0,2% - в отделения терапевтического профиля.

В динамике 2015-2022 гг. отмечалось снижение непрофильной госпитализации на 22,8% ( $r = -0,7$ ), в том числе: поступление больных акушерско-гинекологического профиля под маской хирургической и терапевтической патологии (на 18,0% и 60,0%, соответственно), в целом – на 17,7% ( $r = -0,7$ ), а также снижение доли пациентов, требующих перевода в другие стационары – на 90,0% ( $r = -0,7$ ); снижение тяжелого контингента пациентов, направляемых в отделения анестезиологии и реанимации на 67,7% ( $r = -0,9$ ). За период наблюдения отмечалось увеличение доли лиц, получивших медицинскую помощь в Приемно-диагностическом отделении (СтОСМП досуточного пребывания, на койках динамического наблюдения и в амбулаторных условиях) на 14,9% ( $r = 0,7$ ).

### 4.3 Пути госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационар скорой медицинской помощи

Анализ входящего потока пациентов, поступивших в многопрофильный стационар СМП за период (2015-2022 гг.) по экстренным показаниям (36,4 тыс.) с диагнозом по профилю «акушерство и гинекология» показал, что большинство из них – 50,6% ( $p < 0,01$ ), были направлены медицинскими организациями скорой медицинской помощи (государственной и частной системы здравоохранения), 36,3% - медицинскими организациями амбулаторно-поликлинического звена (городскими поликлиниками, женскими консультациями), 3,2% - медицинскими организациями стационарного типа (стационарами иного профиля, родильными домами), а 9,8% - самостоятельно обратились в приемно-диагностическое отделение стационара скорой медицинской помощи (стационарное отделение СМП, СтОСМП) за медицинской помощью в экстренной и неотложной форме (рис. 4.3, табл. 4.2).

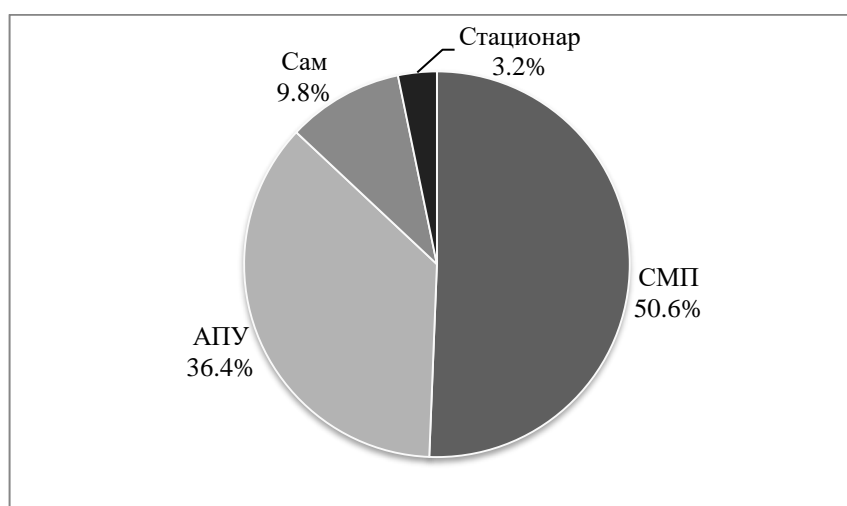


Рисунок 4.2 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по путям поступления в стационар скорой медицинской помощи, суммарный показатель за 2015-2022 гг.

Таблица 4.4 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по путям поступления в стационар скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Год	Показатель	Пути поступления в стационар СМП				Итого	P <sup>1</sup>
		СМП	АПУ	Сам	Из др. стационара		
Номер столбца		1	2	3	4	5	6
2015	Абс. зн.	4170	2621	633	159	<b>7583</b>	p <sub>1-2,3,4</sub> <0,01 p <sub>2-3,4</sub> <0,01
	%	55,0	34,6	8,3	2,1	100,0	
2016	Абс. зн.	3763	2468	617	34	<b>6882</b>	p <sub>3-4</sub> <0,01
	%	54,7	35,9	9,0	0,5	100,0	
2017	Абс. зн.	3576	2755	563	72	<b>6966</b>	
	%	51,3	39,5	8,1	1,0	100,0	
2019	Абс. зн.	3990	2428	790	426	<b>7634</b>	
	%	52,3	31,8	10,3	5,6	100,0	
2022	Абс. зн.	2934	2959	951	491	<b>7335</b>	p <sub>1-2,3,4</sub> <0,01 p <sub>3-4</sub> <0,01
	%	40,0	40,3	13,0	6,7	100,0	
Всего	Абс. зн.	<b>18433</b>	<b>13231</b>	<b>3554</b>	<b>1182</b>	<b>36400</b>	p <sub>1-2,3,4</sub> <0,01 p <sub>2-3,4; 3-4</sub> <0,01
	%	<b>50,6</b>	<b>36,3</b>	<b>9,8</b>	<b>3,2</b>	100,0	
Динамика 2015-2022	Абс. зн.	-1236	338	318	332	-248	
	%	-29,6	12,9	50,2	208,8	-3,3	
M±m		3686,6±477,0	2646,2±217,8	710,8±158,6	236,4±209,0	7280±345,4	

<sup>1</sup> Достоверность различий (p) показателей по столбцам

В динамике 2015-2022 гг. следует отметить увеличение доли больных, переведенных из других стационаров (на 208,8%;  $r=0,8$ ) в связи с особенностями маршрутизации пациентов в городе, а также лиц, самостоятельно обратившихся в стационар СМП (на 50,2%;  $r=0,81$ ).

Анализ входящего потока пациентов по профилю «акушерство и гинекология» (диагноз направления) показал (рис. 4.3, табл. 4.5), что подавляющее большинство пациентов – 85,0% (30,9 тыс.) – жители Санкт-Петербурга ( $p<0,01$ ), среди которых преобладало население Фрунзенского района (16,7 тыс.,  $p<0,01$ ), являющегося зоной обслуживания базового стационара СМП. Иногородних пациентов было в 9 раз меньше ( $p<0,01$ ), они составили 9,5% (3,4 тыс.), среди которых больные других субъектах РФ на 1/3 преобладали над жителями непосредственно прилегающей к границам Санкт-Петербурга Ленинградской области (2,1 тыс. и 1,3 тыс., соответственно,  $p<0,01$ ).

Граждане иностранных государств были представлены в наименьшем количестве – 5,5% (2,0 тыс.,  $p < 0,01$ ), среди них подавляющее большинство составляли пациенты из стран СНГ (1,9 тыс.,  $p < 0,01$ ).

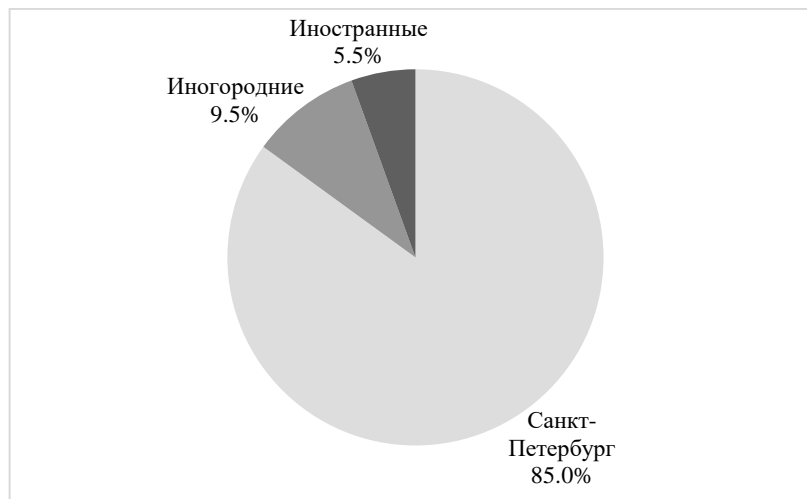


Рисунок 4.3 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи по месту регистрации, суммарный показатель за 2015-2022 гг.

В динамике 2015-2022 гг. следует отметить снижение доли жителей Санкт-Петербурга на 8,5% ( $r = -0,7$ ) и, прежде всего, Фрунзенского района (на 14,9%;  $r = -0,8$ ;  $p < 0,01$ ), при увеличении доли иногородних (на 43,4%) и иностранных (на 2,0%) пациентов.

Представленные данные соответствуют как фактическому росту туризма и трудовой миграции в Санкт-Петербурге (за исключением периода пандемии COVID-19, 2020-2021 гг.), так и особенностям маршрутизации пациентов, утвержденной в городе.

Таблица 4.5 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи по месту регистрации, 2015-2022 гг.

Год	№ строки	2015		2016		2017		2019		2022		Динамика 2015-2022		M±m	Итого	
		Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%		Абс. зн.	%
Санкт-Петербург	1	6503	85,8	6054	88,0	6210	89,1	6223	81,5	5952	81,1	-551	-8,5	6188,4 ±208,9	30942	85,0
СПб Фрунз. р-н <sup>1</sup>	2	3651	48,1	3236	47,0	3361	48,2	3311	43,4	3106	42,3	-545	-14,9	3333 ±202,1	16665	45,8
СПб др. р-ны <sup>2</sup>	3	2852	37,6	2818	40,9	2849	40,9	2912	38,1	2846	38,8	-6	-0,2	2855,4 ±34,4	14277	39,2
Иногородние	4	679	9,0	450	6,5	375	5,4	968	12,7	974	13,3	295	43,4	689,2 ±280,6	3446	9,5
Лен. обл. <sup>3</sup>	5	255	3,4	196	2,8	162	2,3	350	4,6	373	5,1	118	46,3	267,2 ±92,6	1336	3,7
др. субъекты РФ	6	424	5,6	254	3,7	213	3,1	618	8,1	601	8,2	177	41,7	422 ±188,7	2110	5,8
Иностраные	7	401	5,3	378	5,5	381	5,5	443	5,8	409	5,6	8	2,0	402,4 ±26,2	2012	5,5
страны СНГ	8	395	5,2	375	5,4	377	5,4	439	5,8	400	5,5	5	1,3	397,2 ±25,8	1986	5,5
страны дальнего зарубежья	9	6	0,1	3	0,0	4	0,1	4	0,1	9	0,1	3	50,0	5,2 ±2,4	26	0,1
<b>Всего</b>	<b>10</b>	<b>7583</b>	100,0	<b>6882</b>	100,0	<b>6966</b>	100,0	<b>7634</b>	100,0	<b>7335</b>	100,0	-248	-3,3	7280± 345,4	<b>36400</b>	100,0

<sup>1</sup>Фрунзенский район Санкт-Петербурга – зона обслуживания базового стационара СМП

<sup>2</sup>Другие районы Санкт-Петербурга

<sup>3</sup>Ленинградская область

Достоверность различий (p) показателей по строкам: p<sub>1-4-7</sub><0,01; p<sub>2-3</sub><0,01; p<sub>5-6</sub><0,01; p<sub>8-9</sub><0,01

#### 4.4 Время поступления пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационар скорой медицинской помощи

Анализ потоков распределения пациентов, поступивших в стационар скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в 2015-2022 гг., по времени поступления позволил установить (рис. 4.4, табл. 4.6) суточные колебания интенсивности потока пациентов, выделив приоритетные значения и расставив их по рейтингу (по уменьшению количества пациентов, поступивших в определенный 3-х часовой интервал времени):

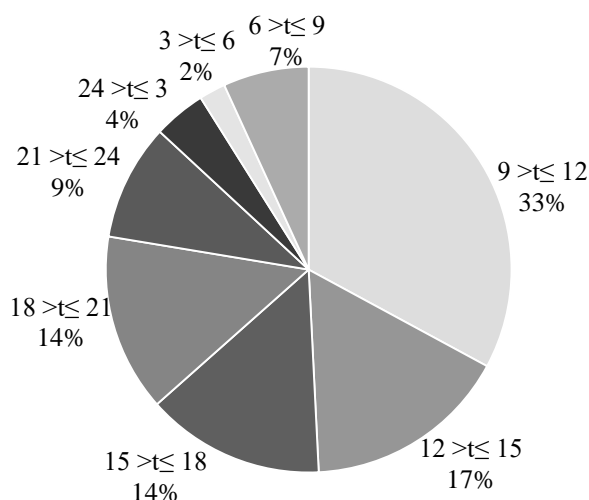


Рисунок 4.4 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по времени поступления в стационар скорой медицинской помощи, суммарный показатель за 2015-2022 гг.

1. подавляющее число пациентов (2,4 тыс.; 32,9%,  $p < 0,01$ ) поступило в интервале  $9 < t \le 12$  (1-е место);
2. на 2-м месте по количеству поступивших - пациенты, госпитализированные в интервалах  $12 < t \le 15$ ,  $15 < t \le 18$ ,  $18 < t \le 21$  (1,0-1,3 тыс.; 14,2%-16,3%;  $p < 0,01$ );

Таблица 4.6 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по времени поступления в стационар скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Интервал времени, час.	Показатель	Номер строки	Год					Всего	М	m	Пок-ли рейтинга	Динамика 2015-2022	
			2015	2016	2017	2019	2022					Абс. зн.	%
9 <t≤ 12	Абс. зн.	1	2274	2258	2237	2667	2538	11974	2394,8	195,5	<b>1</b>	264	11,6
	%	2	30,0	32,8	32,1	34,9	34,6	32,9	32,9				
12 <t≤ 15	Абс. зн.	3	1327	1121	1134	1190	1165	5937	1187,4	82,5	<b>2</b>	-162	-12,2
	%	4	17,5	16,3	16,3	15,6	15,9	16,3	16,3				
15 <t≤ 18	Абс. зн.	5	1116	1004	963	1115	986	5184	1036,8	73,3	<b>2</b>	-130	-11,6
	%	6	14,7	14,6	13,8	14,6	13,4	14,2	14,2				
18 <t≤ 21	Абс. зн.	7	1120	948	989	1076	1024	5157	1031,4	68,3	<b>2</b>	-96	-8,6
	%	8	14,8	13,8	14,2	14,1	14,0	14,2	14,2				
21 <t≤ 24	Абс. зн.	9	723	652	643	675	682	3375	675,0	31,2	<b>3</b>	-41	-5,7
	%	10	9,5	9,5	9,2	8,8	9,3	9,3	9,3				
24 <t≤ 3	Абс. зн.	11	343	311	296	309	262	1521	304,2	29,3	<b>5</b>	-81	-23,6
	%	12	4,5	4,5	4,2	4,0	3,6	4,2	4,2				
3 <t≤ 6	Абс. зн.	13	163	143	147	149	164	766	153,2	9,7	<b>6</b>	1	0,6
	%	14	2,1	2,1	2,1	2,0	2,2	2,1	2,1				
6 <t≤ 9	Абс. зн.	15	517	445	557	453	514	2486	497,2	47,2	<b>4</b>	-3	-0,6
	%	16	6,8	6,5	8,0	5,9	7,0	6,8	6,8				
Итого	Абс. зн.	17	7583	6882	6966	7634	7335	36400	7280,0	345,4		-248	-3,3
	%	18	20,8	18,9	19,1	21,0	20,2	100,0	20,0				

Достоверность различий (p) показателей рейтинга: p<sub>1-2,3,4,5,6</sub><0,01; p<sub>2-3,4,5,6</sub><0,01; p<sub>3-4,5,6</sub><0,01; p<sub>4-5,6</sub><0,01; p<sub>5-6</sub><0,01; p<sub>6-1,2,3,4,5</sub><0,01



3. на 3-м месте – пациенты, поступившие в интервале  $21 < t \leq 24$  (0,7 тыс.; 9,3%;  $p < 0,01$ );
4. на 4-м месте –  $6 < t \leq 9$  (0,5 тыс.; 6,8%;  $p < 0,01$ );
5. на 5-м месте –  $24 < t \leq 3$  (0,3 тыс.; 4,2%;  $p < 0,01$ );
6. наименьший поток пациентов поступает в интервале  $3 < t \leq 6$  (0,2 тыс.; 2,1%;  $p < 0,01$ ) – 6-е место.

Анализ динамики выявил увеличение доли обращений (госпитализаций) в утренние часы ( $9 < t \leq 12$ ) на 11,6% ( $r = 0,8$ ), т.е. в часы работы АПУ и снижение госпитализаций в ночное время ( $24 < t \leq 3$ ) на 23,6% ( $r = -0,9$ ), что свидетельствует о положительной тенденции - повышении роли учреждений первичной медико-санитарной помощи в организации экстренных госпитализаций пациентов.

#### **4.5 Время пребывания пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационарном отделении скорой медицинской помощи**

Анализ входящего потока пациентов, поступивших в многопрофильный стационар СМП за период 2015-2022 гг. по экстренным показаниям (36,4 тыс.) с диагнозом по профилю «акушерство и гинекология» показал (рис. 4.5, табл. 4.7 и 4.8), что среднее время пребывания в СтОСМП (приемно-диагностическом) составило около 2-х часов ( $121,2 \pm 117,0$  мин.).

По рейтингу приоритетов следует выделить наиболее значимые интервалы:

1. подавляющее большинство пациентов (1-е место) провели в СтОСМП от 1-го до 2-х часов (8,4 тыс.; 23,0%;  $p < 0,01$ );
2. на 2-м месте - пациенты, получившие помощь в интервале от 2-х до 3-х часов (8,1 тыс.; 22,1%;  $p < 0,01$ );
3. на 3-м месте - пациенты, получившие помощь в интервале до 2-х часов (6,0-6,2 тыс.; 16,6-17,0%;  $p < 0,01$ );

4. на 4-м месте – в интервал от 3-х до 4-х часов (4,0 тыс.; 11,0%;  $p < 0,01$ );

5. на 5-м месте – от 4-х до 5-и часов (1,9 тыс.; 5,1%;  $p < 0,01$ ).

Остальные интервалы определенно имеют меньшее значение (менее 1,0 тыс. пациентов за 5 лет; менее 2,5% каждый в общей совокупности;  $p < 0,01$ ).

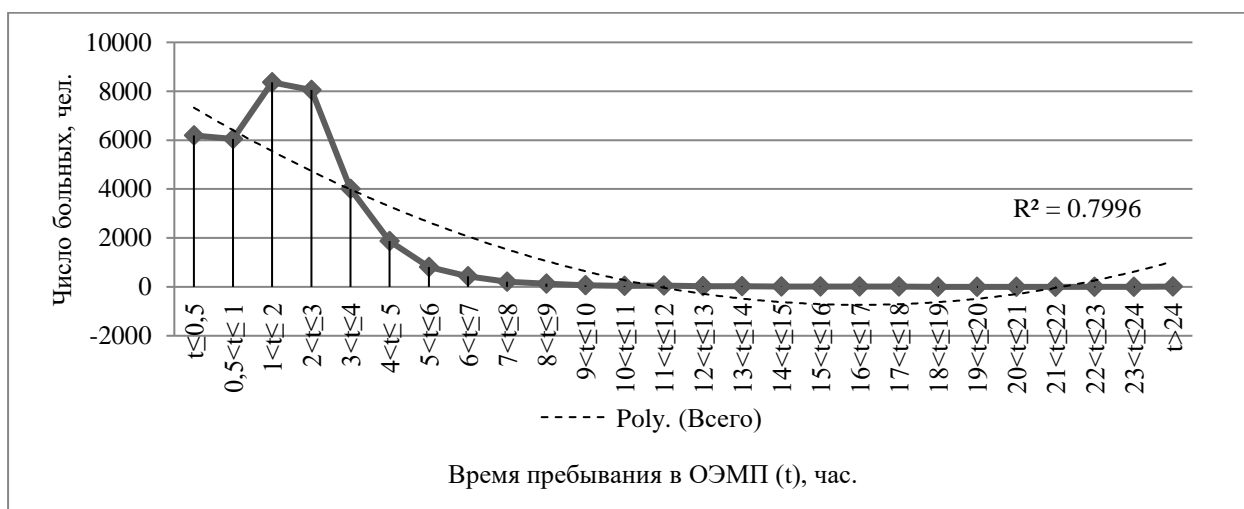


Рисунок 4.5 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по времени пребывания в СтОСМП, общий показатель за 2015-2022 гг.

В динамике 2015-2022 гг. наблюдается снижение среднего времени пребывания пациентов в СтОСМП ( $r = -0,7$ ), увеличение доли больных со временем получения медицинской помощи в СтОСМП в интервале от 1-го до 3-х часов ( $r = 0,7-0,9$ ) при снижении таковых в подавляющем большинстве интервалов ( $p < 0,01$ ), превышающих 3-х часовое пребывание в СтОСМП.

Таблица 4.7 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по времени пребывания в СтОСМП (приемно-диагностическом) стационара скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Гр III	Номер столбца	Время в ОЭМП (t), час.																								Итого			
		t≤0,5	0,5<t≤1	1<t≤2	2<t≤3	3<t≤4	4<t≤5	5<t≤6	6<t≤7	7<t≤8	8<t≤9	9<t≤10	10<t≤11	11<t≤12	12<t≤13	13<t≤14	14<t≤15	15<t≤16	16<t≤17	17<t≤18	18<t≤19	19<t≤20	20<t≤21	21<t≤22	22<t≤23		23<t≤24	t>24	
2015	Абс. зн.	1447	949	1802	1562	858	459	212	119	62	36	23	12	14	7	7	2	1	3	4	1	0	1	0	0	0	0	2	7583
	%	19,1	12,5	23,8	20,6	11,3	6,1	2,8	1,6	0,8	0,5	0,3	0,2	0,2	0,09	0,09	0,03	0,01	0,04	0,05	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	100,0
2016	Абс. зн.	1153	899	1662	1556	816	418	181	82	46	26	12	5	10	3	4	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	3	6882
	%	16,8	13,1	24,1	22,6	11,9	6,1	2,6	1,2	0,7	0,4	0,2	0,1	0,1	0,04	0,06	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	100,0	
2017	Абс. зн.	1048	1105	1584	1531	808	401	193	112	46	40	24	11	17	9	8	7	5	3	3	0	0	2	2	0	1	6	6966	
	%	15,0	15,9	22,7	22,0	11,6	5,8	2,8	1,6	0,7	0,6	0,3	0,2	0,2	0,13	0,11	0,10	0,07	0,04	0,04	0,00	0,00	0,03	0,03	0,00	0,01	0,09	100,0	
2019	Абс. зн.	1656	1298	1725	1709	695	299	112	59	30	11	7	6	6	3	3	1	0	3	1	2	2	2	1	0	0	3	7634	

Продолжение таблицы 4.7

Динамика 2015-2022	Всего		2022	
	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%
%				%
-38,4	-555	17,0	892	12,2
89,1	846	16,6	1795	24,5
-11,7	-211	23,0	1591	21,7
8,6	135	22,1	1697	23,1
-2,8	-24	11,0	834	11,4
-36,8	-169	5,1	290	4,0
-44,3	-94	2,2	118	1,6
-50,4	-60	1,2	59	0,8
-69,4	-43	0,6	19	0,3
-52,8	-19	0,4	17	0,2
-82,6	-19	0,2	4	0,1
-83,3	-10	0,1	2	0,0
-85,7	-12	0,1	2	0,0
-71,4	-5	0,07	2	0,03
-85,7	-6	0,06	1	0,01
-100,0	-2	0,03	0	0,00
0,0	0	0,02	1	0,01
-100,0	-3	0,03	0	0,00
-75,0	-3	0,03	1	0,01
0,0	0	0,01	1	0,01
-	0	0,01	0	0,00
0,0	0	0,02	1	0,01
-	0	0,01	0	0,00
-	2	0,01	2	0,03
-	1	0,01	1	0,01
150,0	3	0,05	5	0,07
-3,3	-248	100,0	7335	100,0
				100,0

Таблица 4.8 Обобщенные показатели распределения пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по времени пребывания в СтОСМП (ОЭМП) стационара скорой медицинской помощи 2015-2022 гг.

Год	Общее количество больных	Ср. время пребывания, мин. (M)	m	Медиана	Мода
2015	7583	126,8	121,6	105	5
2016	6882	126,0	110,0	112	5
2017	6966	132,5	133,4	112	41
2019	7634	107,0	101,7	92	40
2022	7335	113,2	113,3	101	41
Всего	36400	121,2	117,0	104	41

Интересным наблюдением является изменение Моды в периоде 2015-2022 гг. ( $r = 0,9$ ). В 2015-2016 гг. она равнялась 5-и минутам, то есть, по сути, включала только регистрацию факта поступления, далее больные транзитом проходили СтОСМП, поступая в специализированные отделения стационара. С 2017 г. она возросла до 40-41 мин., оставалась таковой и по совокупности данных за весь период наблюдения (общий показатель), и включала уже целый комплекс организационных (медицинская сортировка, динамическое наблюдение) и лечебно-диагностических мероприятий, связанных с определением показаний для госпитализации, уровня и места оказания медицинской помощи.

#### **4.6 Сроки госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи**

Анализ сроков госпитализации пациентов, поступивших в стационар скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в 2015-2022 гг., позволил установить (рис. 4.6, табл. 4.9), что подавляющее большинство пациентов (95,7%) находились в стационаре до 10 дней ( $p < 0,01$ ), из которых каждый пятый (20,4%) – менее 1 суток, 38,9% – в течение 1 суток, 54,2% – до 3-х суток, 71,7% – менее 5 суток.

Число пациентов с досуточным и суточным пребыванием в стационаре (7417 и 6757, соответственно) значительно превышало (в 2 и более раз,  $p < 0.01$ ) число больных с другими сроками госпитализации. Отмечалась сильная обратная корреляционная связь между сроками госпитализации (к/день) и числом больных ( $r = -0,8$ ) за все 7 лет наблюдения.

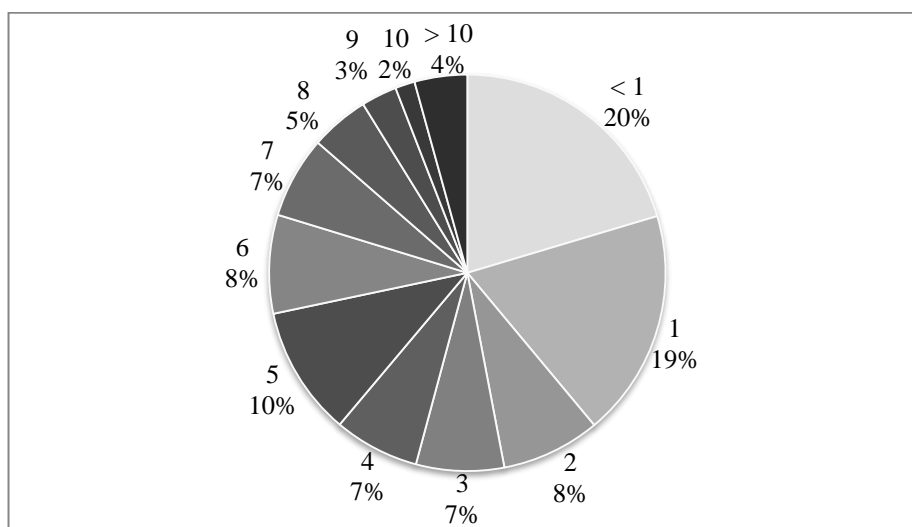


Рисунок 4.6 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по срокам госпитализации в стационаре скорой медицинской помощи, суммарный показатель за 2015-2022 гг., койко-день/%

В динамике 2015-2022 гг. наблюдалось увеличение числа пациентов с досуточным пребыванием (на 8,1%;  $r = 0,7$ ), пребыванием 2 к/дня (на 22,4%;  $r = 0,9$ ) и 4 к/дня (на 24,7%;  $r = 0,9$ ) при существенном снижении таковых с пребыванием 8 и 9 к/дней (на 45,9%;  $r = -0,9$  и на 61,0%;  $r = -1,0$ , соответственно), что свидетельствовало о тенденции к сокращению сроков госпитализации.

Таблица 4.9 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по срокам госпитализации в стационаре скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Показатели	Срок госпитализации, к/день												Итого	М	m	Коэф. корр. Пирсона r (к/день / число пациентов)	
	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10					
Номер столбца	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
2015	Абс. зн.	1464	1530	523	525	466	813	602	500	471	315	99	275	<b>7583</b>	237,0	404,4	-0,8
	%	19,3	20,2	6,9	6,9	6,1	10,7	7,9	6,6	6,2	4,2	1,3	3,6	100,0			
2016	Абс. зн.	1414	1298	529	499	454	750	538	406	374	272	121	227	<b>6882</b>	215,1	367,7	-0,8
	%	20,5	18,9	7,7	7,3	6,6	10,9	7,8	5,9	5,4	4,0	1,8	3,3	100,0			
2017	Абс. зн.	1378	1192	555	524	474	683	583	475	318	175	119	490	<b>6966</b>	217,7	350,9	-0,8
	%	19,8	17,1	8,0	7,5	6,8	9,8	8,4	6,8	4,6	2,5	1,7	7,0	100,0			
2019	Абс. зн.	1580	1420	686	561	557	780	605	520	324	176	139	286	<b>7634</b>	238,6	409,5	-0,8
	%	20,7	18,6	9,0	7,3	7,3	10,2	7,9	6,8	4,2	2,3	1,8	3,7	100,0			
2022	Абс. зн.	1582	1317	640	504	581	815	600	528	255	123	105	285	<b>7335</b>	229,2	400,1	-0,8
	%	21,6	18,0	8,7	6,9	7,9	11,1	8,2	7,2	3,5	1,7	1,4	3,9	100,0			
<b>Всего</b>	Абс. зн.	<b>7418</b>	<b>6757</b>	<b>2933</b>	<b>2613</b>	<b>2532</b>	<b>3841</b>	<b>2928</b>	<b>2429</b>	<b>1742</b>	<b>1061</b>	<b>583</b>	1563	<b>36400</b>	1137,5	1927,2	-0,8
	%	20,5	18,6	8,1	7,2	7,0	10,6	8,0	6,7	4,8	2,9	1,6	4,1	100,0			
Динамика 2015-22	Абс. зн.	118	-213	117	-21	115	2	-2	28	-216	-192	6	10	-248	-7,2		
	%	8,1	-13,9	22,4	-4,0	24,7	0,2	-0,3	5,6	-45,9	-61,0	6,1	3,6	-3,3	-3,0		
Коэф. корр. Пирсона r (год / число пациентов)		0,7	-0,4	0,9	0,1	0,9	0,1	0,4	0,5	-0,9	-1,0	0,3	0,1	0,3	0,2		

Достоверность различий (p) показателей по столбцам:  $p_{1,2-3,4,5,6,7,8,9,10,11} < 0,01$ ;  $p_{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11-12} < 0,01$  (строка Всего).

Представленные сведения свидетельствуют:

- о невысоких сроках госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология», поступивших в стационар СМП в экстренном порядке: с преобладанием больных, нуждающихся в краткосрочной медицинской помощи, причем, каждый пятый из поступивших – до суток, каждый второй – до 3-х суток пребывания;
- о тенденции к дальнейшему снижению сроков пребывания в стационаре.

#### **4.7 Возрастные особенности пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи**

Возрастные особенности пациентов, поступивших с диагнозом акушерско-гинекологического профиля (2015-2022 гг.), представлены на рисунках 4.7 и в таблице 4.10.

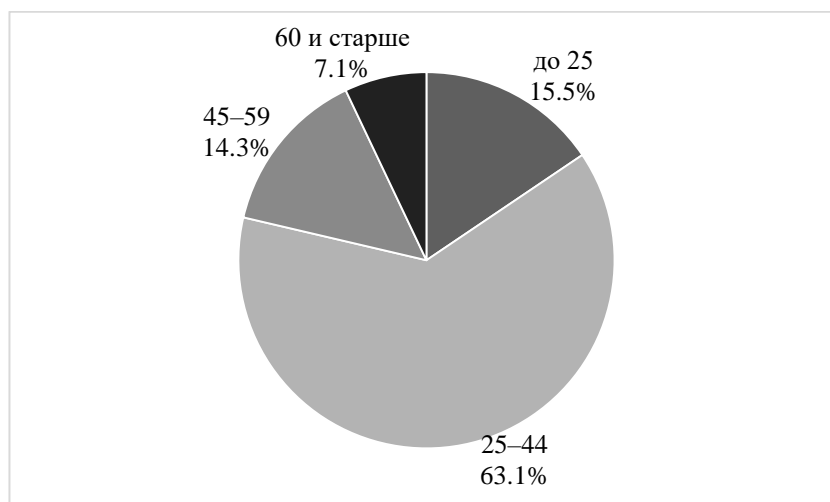


Рисунок 4.7 – Распределение по возрасту пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи, общий показатель за 2015-2022 гг.

Возрастной диапазон пациентов составил от 18 до 97 ( $36,2 \pm 10,0$ ) лет (табл. 4.10).



Таблица 4.10 Распределение по возрасту пациентов по профилю «акушерство и гинекология»  
в стационаре скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Год		Возраст, лет				Всего	Средний возраст, лет	m	Медиана	Мода
		< 25	25–39	40–54	≥ 55					
Номер столбца (возрастная группа)		1	2	3	4	5	6	7	8	9
2015	Абс. зн.	1297	4215	1437	634	<b>7583</b>	35,3	9,8	32	27
	%	17,1	55,6	19,0	8,4	100,0				
2016	Абс. зн.	1094	3973	1273	542	<b>6882</b>	35,1	9,3	32	30
	%	15,9	57,7	18,5	7,9	100,0				
2017	Абс. зн.	1069	3713	1375	809	<b>6966</b>	36,9	10,7	33	30
	%	15,3	53,3	19,7	11,6	100,0				
2019	Абс. зн.	1088	4152	1585	809	<b>7634</b>	36,7	10,1	33	30
	%	14,3	54,4	20,8	10,6	100,0				
2022	Абс. зн.	1111	3825	1648	751	<b>7335</b>	36,9	10,2	34	31
	%	15,1	52,1	22,5	10,2	100,0				
Итого	Абс. зн.	<b>5659</b>	<b>19878</b>	<b>7318</b>	<b>3545</b>	<b>36400</b>	36,2	10,0	33	30
	%	<b>15,5</b>	<b>54,6</b>	<b>20,1</b>	<b>9,7</b>	<b>100,0</b>				
Динамика, 2015-2022	Абс. зн.	-186	-390	211	117	-248	0,9	0,4	2	4
	%	-14,3	-9,3	14,7	18,5	-3,3	2,5	4,1	6,3	14,8

Достоверность различий (p) показателей по столбцам:  $p_{2-1,3,4} < 0,01$ ;  $p_{4-1,2,3} < 0,01$

Представленные данные свидетельствуют об отсутствии достоверных различий в общих возрастных количественных показателях по годам (табл. 4.10, столб. 5;  $r=0,1$ ). Однако имеются изменения в отдельных возрастных группах. Отмечается увеличение числа пациентов в 3-й (40–54 лет) и 4-й ( $\geq 55$  лет) возрастных группах на 14,7% и 18,5%, соответственно ( $r=0,8$  и  $0,7$  – связь сильная, прямая). Достоверно увеличился и средний возраст пациентов (на 2,5%,  $r=0,8$ ), а также медиана и мода сплошной выборки (на 6,3% и 14,8%;  $r=0,9$  и  $0,8$ , соответственно).

За наблюдаемые годы (2015-2022 гг.) значительно преобладали (в 2 и более раз) пациенты 25-39 лет ( $p<0,01$ ), что связано с наибольшей нагрузкой на репродуктивную сферу женщин именно в этот возрастной период, они составили более половины входящего потока (54,6%). В наименьшем количестве (9,7%) были представлены пациенты старшего возраста (55 и более лет, считавшегося ранее для женщин пенсионным) ( $p<0,01$ ).

#### **4.8 Характеристика нозологической структуры патологии по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи**

Сравнивая полученные в ходе исследования результаты с общероссийскими данными Минздрава России (Росстат: Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000 - 2022 гг.), следует отметить, что за период 2015-2022 гг. наблюдается снижение числа регистраций заболеваний в РФ:

по болезням мочеполовой системы – с 6792,9 тыс. до 5529,2 тыс. случаев (-1263,7 тыс. случаев; -18,6%;  $p<0,05$ );

по осложнениям беременности, родов и послеродового периода – с 2617,8 тыс. до 1824,7 тыс. случаев (-793,1 тыс. случаев; -30,3%;  $p<0,05$ ).

С учетом этих тенденций проведен анализ потоков распределения пациентов по нозологии, поступивших в стационар скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в 2015-2022 гг., который позволил выделить 5 основных классов заболеваний (по МКБ-10) и их структуру: подавляющее большинство (88,1%;  $p < 0,01$ ) пациентов поступили с патологией XIV и XV классов болезней: XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99) – 16,9 тыс. пациентов, 46,3%; XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) – 15,2 тыс. пациентов, 41,8%. В значительно меньшем количестве ( $p < 0,01$ ) были представлены другие классы МКБ-10: II. Новообразования (C00-D48) – 3,6 тыс. пациентов, 9,9%; IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90) – 0,7 тыс. пациентов, 1,9%; XVII. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99) – 4 пациента, 0,01% (рис. 4.8, табл. 4.11).

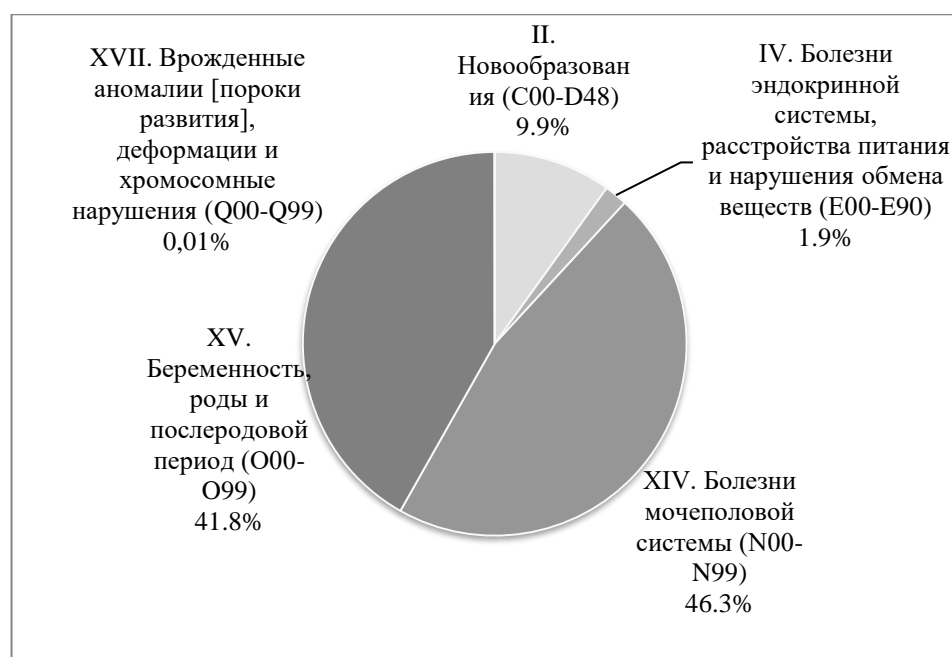


Рисунок 4.8 Распределение пациентов по нозологии (классу МКБ 10) по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи, суммарный показатель за 2015-2022 гг.

Таблица 4.11 Распределение по нозологии пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

МКБ -10	Показатель	Номер строки	Год					Всего	М	m	Динамика 2015-2022		
			2015	2016	2017	2019	2022				Абс. зн.	%	
Номер столбца			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
II. (C00-D48) <sup>1</sup>	Всего, С,	Абс. зн.	1	<b>162</b>	<b>157</b>	<b>137</b>	<b>174</b>	<b>171</b>	<b>801</b>	160,2	14,7	9	5,6
	в том числе	%	2	20,2	19,6	17,1	21,7	21,3	100,0				
	С 53	Абс. зн.	3	71	56	51	76	64	318	63,6	10,3	-7	-9,9
		%	4	22,3	17,6	16,0	23,9	20,1	100,0				
	С 56	Абс. зн.	5	58	68	56	64	78	324	64,8	8,8	20	34,5
		%	6	17,9	21,0	17,3	19,8	24,1	100,0				
	Всего, D,	Абс. зн.	7	<b>611</b>	<b>521</b>	<b>603</b>	<b>693</b>	<b>383</b>	<b>2811</b>	562,2	117,2	-228	-37,3
	в том числе	%	8	21,7	18,5	21,5	24,7	13,6	100,0				
	D 25	Абс. зн.	9	606	515	595	675	375	2766	553,2	114,7	-231	-38,1
		%	10	21,9	18,6	21,5	24,4	13,6	100,0				
IV. (E00-E90) <sup>2</sup>	E 28	Абс. зн.	11	203	136	109	129	129	706	141,2	36,0	-74	-36,5
		%	12	28,8	19,3	15,4	18,3	18,3	100,0				
XIV. (N00-N99) <sup>3</sup>	Всего,	Абс. зн.	13	<b>3348</b>	<b>3014</b>	<b>3230</b>	<b>3498</b>	<b>3771</b>	<b>16861</b>	3372,2	284,6	423	12,6
	в том числе	%	14	19,9	17,9	19,2	20,7	22,4	100,0				
	N 64	Абс. зн.	15	50	44	44	34	62	234	46,8	10,3	12	24,0
		%	16	21,4	18,8	18,8	14,5	26,5	100,0				
	N 70	Абс. зн.	17	434	389	374	367	317	1881	376,2	42,1	-117	-27,0
		%	18	23,1	20,7	19,9	19,5	16,9	100,0				
	N 71	Абс. зн.	19	110	59	40	42	65	316	63,2	28,3	-45	-40,9
		%	20	34,8	18,7	12,7	13,3	20,6	100,0				
	N 73	Абс. зн.	21	341	276	159	96	82	954	190,8	113,6	-259	-76,0
		%	22	35,7	28,9	16,7	10,1	8,6	100,0				
N 75	Абс. зн.	23	83	77	102	135	79	476	95,2	24,4	-4	-4,8	

Продолжение таблицы 4.11

		%	24	17,4	16,2	21,4	28,4	16,6	100,0				
	N 80	Абс. зн.	25	153	129	76	105	87	550	110,0	31,3	-66	-43,1
		%	26	27,8	23,5	13,8	19,1	15,8	100,0				
	N 83	Абс. зн.	27	413	384	428	418	481	2124	424,8	35,4	68	16,5
		%	28	19,4	18,1	20,2	19,7	22,6	100,0				
	N 84	Абс. зн.	29	564	417	446	453	428	2308	461,6	59,0	-136	-24,1
		%	30	24,4	18,1	19,3	19,6	18,5	100,0				
	N 85	Абс. зн.	31	121	128	243	318	337	1147	229,4	102,0	216	178,5
		%	32	10,5	11,2	21,2	27,7	29,4	100,0				
	N 92	Абс. зн.	33	768	836	946	1115	794	4459	891,8	142,1	26	3,4
		%	34	17,2	18,7	21,2	25,0	17,8	100,0				
	N 93	Абс. зн.	35	21	14	14	20	564	633	126,6	244,5	543	2585,7
		%	36	3,3	2,2	2,2	3,2	89,1	100,0				
	N 95	Абс. зн.	37	121	107	148	151	162	689	137,8	22,9	41	33,9
		%	38	17,6	15,5	21,5	21,9	23,5	100,0				
	Всего,	Абс. зн.	39	<b>3257</b>	<b>3054</b>	<b>2887</b>	<b>3139</b>	<b>2880</b>	<b>15217</b>	3043,4	162,8	-377	-11,6
	в том числе	%	40	21,4	20,1	19,0	20,6	18,9	100,0				
	О 00	Абс. зн.	41	104	117	125	168	102	616	123,2	26,8	-2	-1,9
		%	42	16,9	19,0	20,3	27,3	16,6	100,0				
	О 02	Абс. зн.	43	557	501	440	482	514	2494	498,8	42,9	-43	-7,7
		%	44	22,3	20,1	17,6	19,3	20,6	100,0				
	О 03	Абс. зн.	45	282	274	236	322	301	1415	283	32,2	19	6,7
		%	46	19,9	19,4	16,7	22,8	21,3	100,0				
	О 20	Абс. зн.	47	2194	2055	2003	2103	1900	10255	2051	109,9	-294	-13,4
		%	48	21,4	20,0	19,5	20,5	18,5	100,0				
XVII.	Всего	Абс. зн.	49	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	0,8	0,8	-1	-50,0
(Q00-Q99) <sup>5</sup>		%	50	50,0	0,0	0,0	25,0	25,0	100,0				
Итого		Абс. зн.	51	<b>7583</b>	<b>6882</b>	<b>6966</b>	<b>7634</b>	<b>7335</b>	<b>36400</b>	7280	345,4	-248	-3,3
		%	52	20,8	18,9	19,1	21,0	20,2	100,0				

Примечание к таблице 4.11:

<sup>1</sup>II. Новообразования (C00-D48): C53 Злокачественное новообразование шейки матки; C56 Злокачественное новообразование яичника; D25 Лейомиома матки

<sup>2</sup>IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90): E28 Дисфункция яичников

<sup>3</sup>XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99): N 64 Другие болезни молочной железы; N70 Сальпингит и оофорит; N71 Воспалительные болезни матки, кроме шейки матки; N73 Другие воспалительные болезни женских тазовых органов; N75 Болезни бартолиновой железы; N80 Эндометриоз; N 83 Невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки; N 84 Полип женских половых органов; N 85 Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки; N 92 Обильные, частые и нерегулярные менструации; N 93; N 95 Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде

<sup>4</sup>XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99): Беременность с абортным исходом (O00-O08): O00 Внематочная [эктопическая] беременность; O02 Другие анормальные продукты зачатия; O03 Самопроизвольный аборт; O20 Кровотечение в ранние сроки беременности

<sup>5</sup>XVII. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)

Достоверность различий (p) показателей по строкам:  $p_{13-39,7,1} < 0,01$ ;  $p_{39-7,1} < 0,01$

Среди нозологических форм представлены наиболее часто встречающиеся (более 300 случаев за 5 лет).

Самыми распространенными нозологическими формами у пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в 2015-2022 гг. были:

- O20 (Кровотечение в ранние сроки беременности) – около 1/3 (28,2%) пациентов в общем потоке поступающих по данному профилю (2051±109,9 в год;  $p < 0,01$ );

- N92 (Обильные, частые и нерегулярные менструации) – 12,3% пациентов (891,8±142,1 в год;  $p < 0,01$ );

- D25 (Лейомиома матки) – 7,6% пациентов (553,2±114,7 в год;  $p < 0,01$ ).

- Рассматривая самую большую по числу пациентов ( $p < 0,01$ ) группу заболеваний – XIV класс Болезни мочеполовой системы (N00-N99) (16,9 тыс. пациентов, 46,3%), следует отметить преобладающие ( $p < 0,01$ ) нозологические формы, среди которых:

- N92 (Обильные, частые и нерегулярные менструации; 26,4% в XIV классе) – по количеству пациентов занимают 1 место;

- N84 (Полип женских половых органов; 13,7% в XIV классе) – 2 место;

- N83 (Невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки; 12,6% в XIV классе) – 3 место;
- N70 (Сальпингит и оофорит; 11,2% в XIV классе) – 4 место;
- N85 (Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки; 6,8% в XIV классе) – 5 место.
- В группе пациентов с патологией XV класса Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) (15,2 тыс. пациентов, 41,8% в общей структуре) наиболее значимыми были:
  - O20 (Кровотечение в ранние сроки беременности; 67,4% в XV классе) – 1 место;
  - O02 (Другие аномальные продукты зачатия; 16,4% в XV классе) – 2 место;
  - O03 (Самопроизвольный аборт; 9,3% в XV классе) – 3 место;
  - O00 (Внематочная [эктопическая] беременность; 4,0% в XV классе) – 4 место.

В динамике 2015-2022 гг. отмечается увеличение числа больных с патологией XIV класса на 12,6% ( $r = 0,7$ ) при некотором снижении числа пациентов класса XV на 11,6% ( $r = -0,6$ ).

При детальном рассмотрении XIV класса МКБ: имеет место рост числа пациентов с патологией невоспалительного характера: N 85 (Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки; на 178,5%;  $r=1,0$ ) и N 83 (Невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки; на 16,5%;  $r = 0,8$ ), а также N 93 (Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища; на 2585,7%;  $r = 0,7$ ) и N 95 (Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде; на 33,9%;  $r = 0,9$ ) при снижении числа пациентов с патологией воспалительного характера – N70 (Сальпингит и оофорит; на 27,0%;  $r = -1,0$ ), N73 (Другие воспалительные болезни женских тазовых органов; на 76,0%;  $r = -1,0$ ), а также больных с N80 (Эндометриоз; на 43,1%;  $r = -0,8$ ). В динамике структуры патологии XV класса

следует отметить достоверное снижение только доли пациентов с диагнозом O20 (Кровотечение в ранние сроки беременности; на 13,4%;  $r = -0,8$ ).

Особого внимания заслуживает не столь многочисленная, но наиболее значимая в медико-социальном плане группа заболеваний, непосредственно связанная с показателями летальности в стационаре: II. класс МКБ-10 - Новообразования (C00-D48) – 3,6 тыс. пациентов, 9,9% в общей структуре поступивших по профилю, с общей и среднегодовой численностью госпитализированных 801 в целом,  $160,2 \pm 14,7$  пациентов год (C00-C97 Злокачественные новообразования) и 2811 в целом,  $562,3 \pm 117,2$  пациентов год (D10-D36 Доброкачественные новообразования).

Оценивая динамику показателей II. класса МКБ-10 за период наблюдения, следует отметить: увеличение доли пациентов со злокачественными новообразованиями на 5,6% ( $p > 0,01$ ,  $r = 0,4$ ) не имеет убедительных статистических различий. При этом уменьшение доли пациентов с доброкачественными новообразованиями на 37,3% ( $p < 0,01$ ,  $r = -0,4$ ) статистически достоверно.

#### **4.9 Тяжесть состояния пациентов**

##### **по профилю «акушерство и гинекология» при поступлении в стационар скорой медицинской помощи**

Анализ распределения пациентов по тяжести состояния при поступлении в стационар СМП (2015-2022 гг.) позволил констатировать, что, несмотря на экстренный порядок госпитализации, состояние большинства обратившихся в 94,3% случаев было расценено как удовлетворительное ( $p < 0,01$ ) (рис. 4.9, табл. 4.12). Они не имели клинических признаков угрозы для жизни, не нуждались в оказании медицинской помощи в экстренной форме, при медицинской сортировке были отнесены к «зеленому» потоку. И только 5,3% пациентов были по состоянию среднетяжелыми («желтый» поток), а 0,4% - тяжелыми («красный» поток).



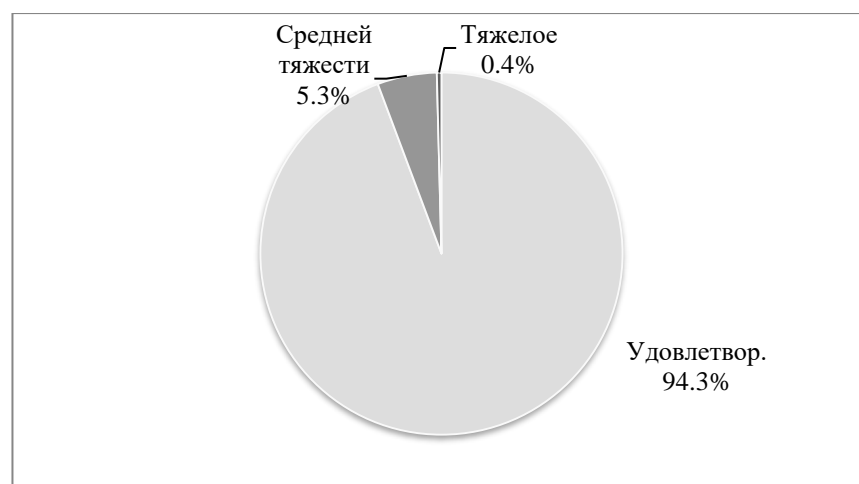


Рисунок 4.9 – Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по тяжести состояния при поступлении в стационар скорой медицинской помощи, суммарный показатель за 2015-2022 гг.

Таблица 4.12 Распределение пациентов по профилю «акушерство и гинекология» по тяжести состояния при поступлении в стационар скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Год	Показатель	Тяжесть состояния пациента при поступлении			Всего	P <sup>1</sup>
		Удовл.	Ср. тяж.	Тяж.		
Номер столбца		1	2	3	4	5
2015	Абс. зн.	7261	305	17	<b>7583</b>	p <sub>1-2,3</sub> <0,01 p <sub>2-1,3</sub> <0,01
	%	95,8	4,0	0,2	100,0	
2016	Абс. зн.	6554	316	12	<b>6882</b>	
	%	95,2	4,6	0,2	100,0	
2017	Абс. зн.	6504	430	32	<b>6966</b>	
	%	93,4	6,2	0,5	100,0	
2019	Абс. зн.	7156	433	45	<b>7634</b>	
	%	93,7	5,7	0,6	100,0	
2022	Абс. зн.	6845	447	43	<b>7335</b>	
	%	93,3	6,1	0,6	100,0	
Итого	Абс. зн.	<b>34320</b>	<b>1931</b>	<b>149</b>	<b>36400</b>	
	%	<b>94,3</b>	<b>5,3</b>	<b>0,4</b>	100,0	
Динамика 2015-2022	Абс. зн.	-416	142	26	-248	
	%	-5,7	46,6	152,9	-3,3	
M±m		6864,0±34,4	386,2±69,5	29,8±14,9	7280±345,4	

<sup>1</sup> Достоверность различий (p) показателей по столбцам

В динамике 2015-2022 гг. отмечено увеличение доли среднетяжелых пациентов на 46,6% ( $r=0,9$ ) и тяжелых пациентов на 152,9% ( $r=0,9$ ).

#### **4.10 Особенности потока пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи**

Особого внимания заслуживают исходы заболевания, являющиеся результатом процесса оказания медицинской помощи и отражающие с одной стороны, состояние здоровья населения, с другой – эффективность проводимых организационных и лечебно-диагностических мероприятий. В этой связи важными являются показатели летальности среди пациентов акушерско-гинекологического профиля, поступивших в стационар скорой медицинской помощи, и факторы, их определяющие.

Принимая во внимание анализ общего входящего потока пациентов, поступивших в многопрофильный стационар СМП за период (2015-2022 гг.) по экстренным показаниям (36,4 тыс.) с диагнозом по профилю «акушерство и гинекология» с определенными колебаниями численности пациентов, мы наблюдали и ежегодные колебания численности пациентов с летальным исходом (всего – 177 человек) (табл. 4.13), при этом среднегодовая их численность составила  $35,4 \pm 5,7$  пациентов в год, а показатель летальности менялся в диапазоне 0,4 – 0,6 (в среднем  $0,5 \pm 0,03$ ) при отсутствии выраженной тенденции к росту или снижению за период наблюдения.

Значительная часть пациентов (85,9%) была направлена в стационар медицинскими организациями амбулаторно-поликлинической сети и СМП (46,9% и 39,0%, соответственно,  $p > 0,05$ ), в то время как в общем потоке пациентов по профилю «акушерство и гинекология» большинство из них – 50,6% ( $p < 0,01$ ), были направлены медицинскими организациями СМП (государственной и частной системы здравоохранения) и только 36,3% - АПУ (городскими поликлиниками, женскими консультациями). Пациентов,

самостоятельно обратившихся за помощью в СтОСМП, в группе с летальным исходом не было (табл. 4.14, рис. 4.10).

Таблица 4.13 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» по годам и летальность в стационаре скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Показатель	Год					Итого	М	m	Динамика 2015-2022		
	2015	2016	2017	2019	2022				Абс. зн.	%	
Номер столбца	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Всего б-х	Абс. зн.	7583	6882	6966	7634	7335	36400	7280	345,4	-248	-3,3
	%	20,8	18,9	19,1	21,0	20,2	100,0	20,0	3,2	-0,6	
в том числе, с летал. исходом	Абс. зн.	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>177</b>	35,4	5,7	1	2,9
	%	19,8	20,3	15,3	24,3	20,3	100,0	20,0	2,9	1	
Летальность,%		0,5	0,5	0,4	0,6	0,5	0,5	0,5	0,07	0,03	6,3

Достоверность различий (p) показателей по столбцам (в строке летальный исход):  $p_{3,4} < 0,05$

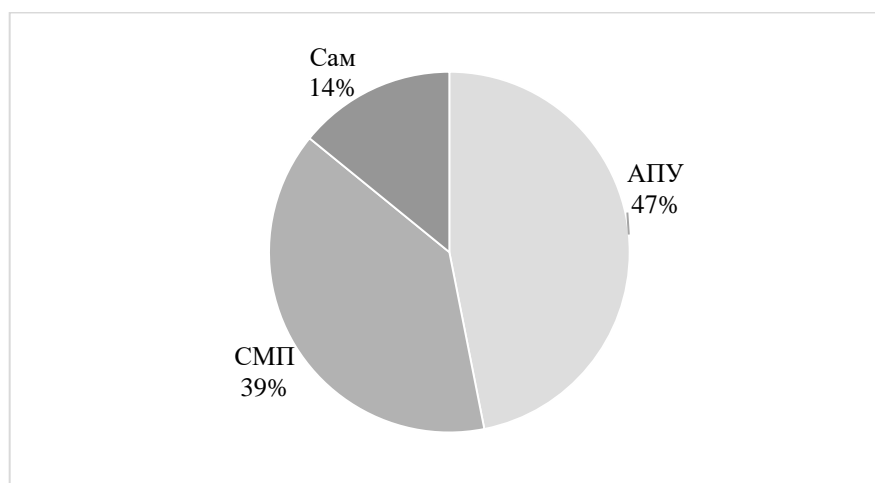


Рисунок 4.10 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» с летальным исходом по путям поступления в стационар скорой медицинской помощи, суммарный показатель за 2015-2022 гг.

Таблица 4.14 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» с летальным исходом по путям поступления в стационар скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Показатель	Пути поступления в стационар СМП			Всего	p <sup>1</sup>
	СМП	АПУ	Сам		
Номер столбца	1	2	3	5	6
Абс. зн.	69	83	25	177	p <sub>1-3</sub> <0,01
%	39,0	46,9	14,1	100,0	p <sub>2-3</sub> <0,01

<sup>1</sup>Достоверность различий (p) показателей по столбцам

Анализ входящего потока по месту регистрации пациентов с летальным исходом (2015-2022 гг.) показал (табл. 4.15), что подавляющее большинство пациентов – 89,8% (159 чел.) – жители Санкт-Петербурга (p<0,01). Иногородних пациентов было в 11,4 раза меньше (p<0,01), они составили 7,9% (14 чел.), среди которых больные других субъектах РФ на 3,7 раза преобладали над жителями непосредственно прилегающей к границам Санкт-Петербурга Ленинградской области (11 и 3 чел., соответственно, p<0,01). Граждане иностранных государств были представлены в наименьшем количестве – 2,3% (4 чел.), среди них все были из стран СНГ.

Таблица 4.15 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» с летальным исходом по месту регистрации в стационаре скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Регистрация	Номер строки	Показатели, 2015-2022	
		Абс. зн.	%
Санкт-Петербург	1	<b>159</b>	<b>89,8</b>
СПб Фрунзенский район <sup>1</sup>	2	89	50,3
СПб другие районы	3	70	39,5
Иногородние	4	<b>14</b>	<b>7,9</b>
Ленинградская область	5	3	1,7
другие субъекты РФ	6	11	6,2
Иностранные (страны СНГ)	7	<b>4</b>	<b>2,3</b>
Итого	<b>8</b>	<b>177</b>	100,0

<sup>1</sup>Фрунзенский район Санкт-Петербурга – зона обслуживания базового стационара СМП  
Достоверность различий (p) показателей по строкам: p<sub>1-4-7</sub><0,01; p<sub>5-6</sub><0,01

Анализ потоков распределения пациентов с летальным исходом по нозологии, поступивших в стационар скорой медицинской помощи по профилю

«акушерство и гинекология» в 2015-2022 гг., позволил выделить 3 основных класса заболеваний (по МКБ-10) и их структуру: подавляющее большинство (65,0%;  $p < 0,01$ ) пациентов поступили с патологией II класса болезней - Новообразования (C00-D48, 115 чел.). В значительно меньшем количестве ( $p < 0,01$ ) были представлены другие классы МКБ-10: XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99) - 61 чел., 34,5%; XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) – 1 чел., 0,6% (табл. 4.16).

Таблица 4.16 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» по нозологии в стационаре скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

МКБ -10		Номер строки	Абс. знач.	%
II. (C00-D48) <sup>1</sup>	Всего C-D,	1	<b>115</b>	<b>65,0</b>
	в том числе	2		
	C 52	3	1	0,6
	C 53	4	36	20,3
	C 54	5	30	16,9
	C 56	6	47	26,6
	D 25	7	1	0,6
XIV. (N00-N99) <sup>2</sup>	Всего N,	8	<b>61</b>	<b>34,5</b>
	в том числе	9		
	N 64	10	60	33,9
	N 95	11	1	0,6
XV. (O00-O99) <sup>3</sup>	Всего (O 06)	12	<b>1</b>	<b>0,6</b>
Итого		13	<b>177</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>II. Новообразования (C00-D48): C52 Злокачественное новообразование влагалища; C53 Злокачественное новообразование шейки матки; C54 Злокачественное новообразование тела матки; C56 Злокачественное новообразование яичника; D25 Лейомиома матки

<sup>2</sup>XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99): N 64 Другие болезни молочной железы; N95 Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде

<sup>3</sup>XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99): Беременность с абортным исходом (O00-O08): O06 Аборт неуточненный

Достоверность различий (p) показателей по строкам:  $p_{1-8-12} < 0,01$ ;  $p_{4,5,6-1,7} < 0,01$ ;  $p_{10-11} < 0,01$ ;  $p_{10-4,5} < 0,01$

Самыми распространенными нозологическими формами по профилю «акушерство и гинекология» у пациентов с летальным исходом были:

- N 64 Другие болезни молочной железы (33,9%, 60 чел.,  $p < 0,01$ );

- С56 Злокачественное новообразование яичника (26,6%, 47 чел.  $p < 0,01$ );
- С53 Злокачественное новообразование шейки матки (20,3%, 36 чел.,  $p < 0,01$ );
- С54 Злокачественное новообразование тела матки (16,9%, 30 чел.,  $p < 0,01$ ).

Все другие нозологические формы были представлены в единичном количестве (0,6%, по 1 чел,  $p < 0,01$ ).

Таким образом, основной причиной летального исхода в стационаре скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в 2015-2022 гг. были злокачественные новообразования женской половой сферы (влагалища, матки, яичников и молочных желез).

Возрастная характеристика контингента больных позволила отметить следующее: если среди больных в целом с диагнозом акушерско-гинекологического профиля (2015-2022 гг.) следует отметить преобладание пациентов в возрасте 25-39 лет (они составили более половины входящего потока - 54,6%), что связано с наибольшей нагрузкой на репродуктивную сферу женщин именно в этот возрастной период, увеличение доли пациентов старших возрастных групп и увеличение среднего возраста пациентов, поступивших в стационар СМП по экстренным показаниям, то в группе пациентов с летальным исходом отчетливо прослеживается преобладание больных старшей возрастной группы ( $\geq 55$  лет;  $p < 0,05$ ) – они составили 69,5%. Значительно меньшими были доли пациентов в группах 40-54 лет (24,3%;  $p < 0,05$ ) и 25-39 лет (6,2%;  $p < 0,05$ ) с тенденцией к дальнейшему повышению возраста: число больных в группе 40-54 г. за 5 лет снизилось на 41,7% ( $r = -0,8$ ), а в группе  $\geq 55$  лет – увеличилось на 28,6% ( $r = 0,5$ ) (рис. 4.11, табл. 4.17).

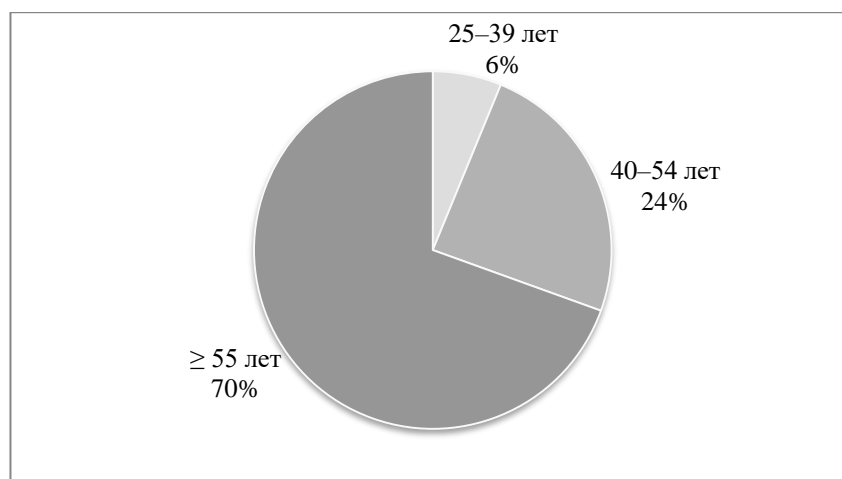


Рисунок 4.11 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» по возрасту в стационаре скорой медицинской помощи, суммарный показатель за 2015-2022 гг.

Таблица 4.17 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» по возрасту в стационаре скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Год	Возраст	Возраст, лет			Всего	M±m	Диапазон	Медиана	Мода
		25-39	40-54	≥ 55					
Номер столбца		1	2	3	4	5	6	7	8
2015	Абс. зн.	2	12	21	35	60,4 ±14,5	30:90	60	51
	%	5,7	34,3	60,0	100,0				
2016	Абс. зн.	2	9	25	36	62,6 ±14,4	32:97	63	69
	%	5,6	25,0	69,4	100,0				
2017	Абс. зн.	3	10	14	27	59 ±14,8	34:83	58	43
	%	11,1	37,0	51,9	100,0				
2019	Абс. зн.	2	5	36	43	64,9 ±13,5	31:90	63	61
	%	4,7	11,6	83,7	100,0				
2022	Абс. зн.	2	7	27	36	62,9 ±13,3	35:86	65	73
	%	5,6	19,4	75,0	100,0				
Итого	Абс. зн.	11	43	123	177	62,2 ±14,0	30:97	62	61
	%	6,2	24,3	69,5	100,0				

## Продолжение таблицы 4.17

Динамика 2015-22	Абс. зн.	0,0	-5,0	6,0	1,0	2,5 ±1,2		5,0	22,0
	%	0	-41,7	28,6	2,9	4,1±8, 3		8,3	43,1

Достоверность различий (p) показателей по столбцам:  $p_{1-2-3} < 0,05$  (2015, 2016, 2022, итого);  $p_{1-2,3} < 0,05$  (2017);  $p_{1,2-3} < 0,05$  (2019)

Важными в отношении анализа потока пациентов с летальным исходом, поступивших в стационар скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», являются параметры времени, к которым относятся:

- время поступления в стационар;
- время, проведенное в СтОСМП (приемно-диагностическом);
- общее время госпитализации (к/день).

Они позволяют оценить доступность, оперативность и качество медицинской помощи.

Анализ по времени поступления позволил установить (табл. 4.18) суточные колебания интенсивности потока пациентов, выделив приоритетные значения: подавляющее число пациентов ( $p < 0,01$ ) поступило в интервалах  $12 < t \leq 15$  и  $15 < t \leq 18$  – в целом они составили 85 чел., 48,0%. Другие 3-х часовые интервалы времени имели достоверно меньшее число пациентов ( $p < 0,01$ ). В динамике 2015-2022 гг. наблюдалось увеличение доли пациентов, поступающих в интервале  $15 < t \leq 18$  ( $r = 0,7$ ).

Таблица 4.18 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» по времени поступления в стационар скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Интерв. врем., час.	Пока- за- тель	Номер строки	Год					Всего	M	m	Динамика 2015-2022	
			2015	2016	2017	2019	2022				Абс. зн.	%
$9 < t \leq 12$	Абс. зн.	1	6	6	4	4	7	27	5,4	1,3	1	16,7
	%	2	22,2	22,2	14,8	14,8	25,9	100,0				



Продолжение таблицы 4.18

12 <t≤15	Абс. зн.	3	13	8	5	11	8	45	9,0	3,1	-5	-38,5
	%	4	28,9	17,8	11,1	24,4	17,8	100,0				
15 <t≤18	Абс. зн.	5	5	8	4	12	11	40	8,0	3,5	6	120,0
	%	6	12,5	20,0	10,0	30,0	27,5	100,0				
18 <t≤21	Абс. зн.	7	4	7	2	2	3	18	3,6	2,1	-1	-25,0
	%	8	22,2	38,9	11,1	11,1	16,7	100,0				
21 <t≤24	Абс. зн.	9	3	2	6	6	2	19	3,8	2,0	-1	-33,3
	%	10	15,8	10,5	31,6	31,6	10,5	100,0				
24 <t≤3	Абс. зн.	11	2	1	4	2	3	12	2,4	1,1	1	50,0
	%	12	16,7	8,3	33,3	16,7	25,0	100,0				
3 <t≤6	Абс. зн.	13	1	0	2	3	1	7	1,4	1,1	0	0,0
	%	14	14,3	0,0	28,6	42,9	14,3	100,0				
6 <t≤9	Абс. зн.	15	1	3	0	2	1	7	1,4	1,1	0	0,0
	%	16	14,3	42,9	0,0	28,6	14,3	100,0				
Итого	Абс. зн.	17	35	36	27	43	36	177	35,4	5,7	1	2,9
	%	18	19,8	20,3	15,3	24,3	20,3	100,0				

Достоверность различий (p) показателей по столбцам:  $p_{3,5-1,7,9,11,13,15} < 0,01$  (столбец М);

Эти сведения коррелируют с полученными ранее данными о преимущественном поступлении пациентов (экстренная госпитализация) по направлению АПУ и в часы работы АПУ (поликлиник, женских консультаций), что свидетельствует о повышении качества работы этих учреждений.

Анализ входящего потока пациентов с летальным исходом, поступивших в многопрофильный стационар СМП по экстренным показаниям (177 чел.) и диагнозом по профилю «акушерство и гинекология» по времени пребывания в СтОСМП позволил выделить наиболее значимые интервалы (табл. 4.19 и 4.20):

1. подавляющее большинство пациентов (1-е место) находились в СтОСМП от 0,5 до 1 час. (58 чел.; 32,8%;  $p < 0,01$ );
2. на 2-м месте - пациенты, время пребывания которых в СтОСМП составило до 0,5 час. (37 чел.; 20,9%;  $p < 0,01$ );
3. на 3-м месте - пациенты, получившие помощь в интервале 4-х - 5-и часов (21 чел.; 11,9%;  $p < 0,01$ ).

Остальные интервалы определенно имеют меньшее значение (менее 20 чел. за период наблюдения; менее 11,0% каждый в общей совокупности;  $p < 0,01$ ).

Таблица 4.19 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» по времени пребывания в СтОСМП (приемно-диагностическом) стационара скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Год		Время в ОЭМП (t), час.										Всего
		$t \leq 0,5$	$0,5 < t \leq 1$	$1 < t \leq 2$	$2 < t \leq 3$	$3 < t \leq 4$	$4 < t \leq 5$	$5 < t \leq 6$	$6 < t \leq 7$	$7 < t \leq 8$	$8 < t \leq 9$	
Номер столбца		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2015	Абс. зн.	11	5	2	3	2	7	1	3	0	0	35
	%	31,4	14,3	5,7	8,6	5,7	20,0	2,9	8,6	0,0	0,0	100,0
2016	Абс. зн.	10	9	3	6	1	3	2	1	0	1	36
	%	27,8	25,0	8,3	16,7	2,8	8,3	5,6	2,8	0,0	2,8	100,0
2017	Абс. зн.	3	11	1	3	4	4	1	0	0	1	27
	%	11,1	40,7	3,7	11,1	14,8	14,8	3,7	0,0	0,0	3,7	100,0
2019	Абс. зн.	6	17	3	3	2	5	3	0	3	1	43
	%	14,0	39,5	7,0	7,0	4,7	11,6	7,0	0,0	7,0	2,3	100,0
2022	Абс. зн.	7	16	2	4	2	2	1	0	1	1	36
	%	19,4	44,4	5,6	11,1	5,6	5,6	2,8	0,0	2,8	2,8	100,0
Итого	Абс. зн.	37	58	11	19	11	21	8	4	4	4	177
	%	20,9	32,8	6,2	10,7	6,2	11,9	4,5	2,3	2,3	2,3	100,0
Динамика 2015-2022	Абс. зн.	-4	11	0	1	0	-5	0	-3	1	1	-248
	%	-36,4	220,0	0,0	33,3	0,0	-71,4	0,0	-100,0	-	-	-3,3

Достоверность различий (p) показателей по столбцам:

$p_{1-2,3,4,5,7,8} < 0,05$ ;  $p_{6-3,5,7} < 0,05$  (2015);

$p_{1-3,5,6,7,8,10} < 0,05$ ;  $p_{2-3,5,6,7,8,10} < 0,05$  (2016);  $p_{1-2,3,4,5,6,7,10} < 0,05$  (2017);

$p_{2-1,3,4,5,6,7,9,10} < 0,01$  (2019);

$p_{2-1,3,4,5,6,7,9,10} < 0,01$  (2022);  $p_{1-2,3,4,5,6,7,8,9,10} < 0,01$ ;  $p_{2-3,4,5,6,7,10} < 0,01$ ;

$p_{6-3,5,7,8,9,10} < 0,05$  (в столб. Всего)

Таблица 4.20 Общие показатели распределения пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» по времени пребывания в СтОСМП (приемно-диагностическом) стационара скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Год	Общее количество больных	Ср. время пребывания, мин. (M)	m	Медиана	Мода
2015	35	278,1	162,0	143	31
2016	36	150,2	133,4	84	31
2017	27	132,8	125,6	86	31
2019	43	140,9	152,5	46	31
2022	36	102,3	127,5	31	31
Итого	177	133,4	141,8	52	31

Потоки распределения пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» и показатели времени нахождения их в стационаре скорой медицинской помощи представлены в табл. 4.21 и 4.22.

В динамике (2015-2022 гг.) наблюдается увеличение доли больных со временем получения медицинской помощи в СтОСМП в интервале от 0,5 до 1 час. ( $r = 1,0$ ) при снижении таковых в интервалах 4-5 час. ( $r = -0,7$ ) и 6-7 час. ( $r = -0,8$ ), что свидетельствует о повышении оперативности оказания медицинской помощи на этапе поступления в стационар (в СтОСМП).

В целом следует отметить снижение среднего времени пребывания в СтОСМП с  $278,1 \pm 162,0$  мин. (2015) до  $102,3 \pm 127,5$  мин. (2022) ( $r = -0,8$ ) и медианы с 143 мин. (2015) до 31 мин. (2022) ( $r = -1,0$ ).

Таблица 4.21 Потоки распределения пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи (медицинская сортировка), 2015-2022 гг.

Год	Номер строки	2015		2016		2017		2019		2022		M±m	Динамика 2015-2022		Всего	
		Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%		Абс. зн.	%	Абс. зн.	%
Отделения хирургического профиля	1	5	14,3	3	8,3	4	14,8	6	14,0	8	22,2	5,2±1,9	3	60,0	26	14,7
Отделения анестезиологии и реанимации	2	29	82,9	33	91,7	22	81,5	37	86,0	28	77,8	29,8±5,6	-1	-3,4	149	84,2
СтОСМП <sup>1</sup>	3	1	2,9	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0,4±0,5	-1	-100,0	2	1,1
Итого	4	35	100,0	36	100,0	27	100,0	43	100,0	36	100,0	35,4±5,7	1	2,9	177	100,0

<sup>1</sup>СтОСМП – стационарное отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания  
 Достоверность различий (p) показателей по строкам:  $p_{1-2-3} < 0,01$  (в столб. 2015-2022, всего)

Таблица 4.22 Распределение пациентов с летальным исходом по профилю «акушерство и гинекология» по срокам госпитализации в стационаре скорой медицинской помощи, 2015-2022 гг.

Показатели		Срок госпитализации, к/день											Всего	M	m	Коэф. корр. Пирсона r (к/день / число пациентов)	
		<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					>10
Номер столбца		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2015	Абс. зн.	6	6	3	1	2	2	3	1	1	1	1	8	35	2,9	2,4	-0,2
	%	17,1	17,1	8,6	2,9	5,7	5,7	8,6	2,9	2,9	2,9	2,9	22,9	100,0			
2016	Абс. зн.	3	5	1	2	1	2	1	3	1	2	0	15	36	3,0	4,0	0,3
	%	8,3	13,9	2,8	5,6	2,8	5,6	2,8	8,3	2,8	5,6	0,0	41,7	100,0			
2017	Абс. зн.	3	3	3	4	0	1	1	1	0	0	1	10	27	2,3	2,8	0,1
	%	11,1	11,1	11,1	14,8	0,0	3,7	3,7	3,7	0,0	0,0	3,7	37,0	100,0			
2019	Абс. зн.	4	5	4	4	5	1	1	3	2	3	1	10	43	3,6	2,5	0,04
	%	9,3	11,6	9,3	9,3	11,6	2,3	2,3	7,0	4,7	7,0	2,3	23,3	100,0			
2022	Абс. зн.	6	8	4	3	3	0	2	0	2	0	0	8	36	3,0	3,0	-0,4
	%	16,7	22,2	11,1	8,3	8,3	0,0	5,6	0,0	5,6	0,0	0,0	22,2	100,0			
Итого	Абс. зн.	<b>22</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>51</b>	<b>177</b>	14,8	13,5	-0,01
	%	12,4	15,3	8,5	7,9	6,2	3,4	4,5	4,5	3,4	3,4	1,7	28,8	100,0			
Динамика 2015-22	Абс. зн.	0	2	1	2	1	-2	-1	-1	1	-1	-1	0	1	0,1	1,3	-0,5
	%	0	33,3	33,3	200,0	50,0	-100,0	-33,3	-100,0	100,0	-100,0	-100,0	0,0	2,9			
Коэф. корр. Пирсона r (год / число пациентов)			0,1	0,3	0,6	0,7	0,5	-0,9	-0,4	-0,2	0,6	-0,1	-0,3	-0,3	0,3	0,3	

Достоверность различий (p) показателей по столбцам: p<sub>1,2-3,4,5,6,7,8,9,10,11</sub> < 0,01; p<sub>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11-12</sub> < 0,01 (строка Всего).

Анализ маршрутизации в стационаре СМП свидетельствует, что 84,2% этих пациентов при поступлении были госпитализированы в отделения анестезиологии и реанимации (в силу тяжести состояния), а 14,7% - в отделения хирургического профиля (табл. 4.20).

Время пребывания в стационаре СМП значительной части пациентов (27,7%,  $p < 0,01$ ) составило менее суток (досуточная летальность) (табл. 4.21).

Выводы по IV главе:

Таким образом, анализ организационных аспектов госпитализации пациентов акушерско-гинекологического профиля, поступивших в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи (2015-2022 гг.) позволил заключить (Ким И.В. и соавт., 2021ж):

1. около 10% пациентов самостоятельно обращаются за необходимой медицинской помощью без участия организаций первичного медико-санитарного звена и скорой медицинской помощи в силу доступности диагностических ресурсов стационарных отделений скорой медицинской помощи, работающих в круглосуточном режиме; доля этих пациентов может быть значительно выше в силу особенностей состояния поступающих больных (преимущественно удовлетворительное);

2. значительная часть пациентов, поступающих в стационар СМП по экстренным показаниям, не нуждается в оказании медицинской помощи на койках круглосуточного пребывания, как по тяжести своего состояния, так и по нуждаемости в специализированных лечебно-диагностических мероприятиях; развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи дает возможность сортировки поступающих пациентов по этим критериям;

3. почти каждый пятый (22,9%) поступающий в экстренном порядке пациент получает адекватный (необходимый и достаточный) объем медицинской помощи в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях или на койках скорой медицинской помощи

досуточного пребывания; доля этих пациентов может быть значительно выше в силу особенностей состояния поступающих больных (преимущественно удовлетворительное); уточненный диагноз и результаты обследования обеспечивают преемственность в оказании медицинской помощи и позволяют продолжить лечение и врачебное наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической сети;

4. отмечается снижение непрофильной госпитализации, в том числе поступление больных акушерско-гинекологического профиля под маской хирургической (на 22,8%) и терапевтической (на 17,7%) патологии, что свидетельствует о повышении качества диагностического процесса на догоспитальном этапе и в условиях СтОСМП;

5. подавляющее большинство пациентов (85,0%; 30,9 тыс.) являются жителями Санкт-Петербурга, среди которых преобладает население Фрунзенского района Санкт-Петербурга (16,7 тыс.); при этом отмечено увеличение доли иногородних (на 43,4%) и иностранных (на 2,0%) пациентов, что соответствует как особенностям маршрутизации пациентов, утвержденной в городе, так и фактическому росту туризма и трудовой миграции в Санкт-Петербурге;

6. подавляющее большинство (77,6%) пациентов по профилю «акушерство и гинекология» поступает в стационар в интервале с 9.00 до 21.00, т.е. в часы работы амбулаторно-поликлинических учреждений (поликлиник, женских консультаций), направляющих больных на экстренную госпитализацию; анализ динамики поступления пациентов за период 2015-2022 гг. показал увеличение доли госпитализируемых пациентов в интервале 9.00-12.00 на 11,6% и снижение их доли в интервале 24.00-3.00 на 23,6%, что свидетельствует о повышении качества работы амбулаторно-поликлинических учреждений;

7. среднее время пребывания пациента в СтОСМП (приемно-диагностическом) составило около 2-х часов ( $121,2 \pm 117,0$  мин.); в динамике (2015-2022 гг.) наблюдается снижение среднего времени пребывания пациентов

в СтОСМП, увеличение доли больных со временем получения медицинской помощи в СтОСМП в интервале от 1-го до 3-х часов при снижении таковых в других интервалах; при этом особенностью работы современного отделения скорой медицинской помощи стационара является не только первичный осмотр и регистрация поступающего пациента, сколько целый комплекс организационных (медицинская сортировка, динамическое наблюдение) и лечебно-диагностических мероприятий, связанных с определением показаний для госпитализации на специализированную койку, а также уровня и места оказания медицинской помощи;

8. отмечены невысокие сроки госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология», поступивших в стационар СМП в экстренном порядке, с преобладанием больных, нуждающихся в краткосрочной медицинской помощи: подавляющее большинство пациентов (95,7%) находились в стационаре до 10 дней, из которых каждый пятый (20,4%) – менее 1 суток, 38,9% – в течение 1 суток, 54,2% – до 3-х суток, 71,7% – менее 5 суток; наблюдается тенденция к дальнейшему снижению сроков пребывания в стационаре: в динамике 2015-2022 гг. наблюдалось увеличение числа пациентов с досуточным пребыванием (на 8,1%), пребыванием продолжительностью 2 к/дня (на 22,4%) и 4 к/дня (на 24,7%) при снижении таковых с более длительными сроками госпитализации.

Анализ медико-статистических особенностей пациентов акушерско-гинекологического профиля, поступивших в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи (2015-2022 гг.) свидетельствовал:

1. о преобладании пациентов в возрасте 25-39 лет (они составили более половины входящего потока - 54,6%), что связано с наибольшей нагрузкой на репродуктивную сферу женщин именно в этот возрастной период; за период наблюдения отмечалось увеличение доли пациентов старших возрастных групп и увеличение среднего возраста пациентов, поступивших в стационар СМП по экстренным показаниям;



2. подавляющее большинство (88,1%;  $p < 0,01$ ) пациентов поступили с патологией XIV и XV классов болезней: XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99) – 16,9 тыс. пациентов, 46,3%; XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) – 15,2 тыс. пациентов, 41,8%;

3. самыми распространенными нозологическими формами были: Кровотечение в ранние сроки беременности (O20, 28,2%), Обильные, частые и нерегулярные менструации (N92, 12,3%), Лейомиома матки (D25, 7,6%);

4. в динамике 2015-2022 гг. отмечается увеличение числа больных с патологией XIV класса на 12,6% при некотором снижении числа пациентов класса XV (на 11,6%), а также рост числа пациентов с патологией невоспалительного характера при снижении такового с патологией воспалительного характера;

5. значительная часть пациентов, поступивших в стационар СМП по экстренным показаниям, не нуждалась в оказании медицинской помощи на койках круглосуточного пребывания, как по тяжести своего состояния, так и по потребности в специализированных лечебно-диагностических мероприятиях; развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи дает возможность сортировки поступающих пациентов по этим критериям;

6. пациенты с неблагоприятным (летальным) исходом составляют  $35,4 \pm 5,7$  человек в год, а показатель летальности - в диапазоне 0,4 – 0,6 (в среднем  $0,5 \pm 0,03$ ) при отсутствии выраженной динамики показателя за период наблюдения;

основной причиной летального исхода в стационаре скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в 2015-2022 гг. были злокачественные новообразования женской половой сферы (влагалища, матки, яичников и молочных желез);

среди пациентов с летальным исходом отчетливо прослеживается преобладание больных старшей возрастной группы ( $\geq 55$  лет;  $p < 0,05$ ) – они составили 69,5%, значительно меньшими были доли пациентов в других возрастных группах ( $p < 0,05$ ), отмечена тенденция повышения возраста: число

больных в группе 40-54 г. за 5 лет снизилось на 41,7% ( $r = -0,8$ ), а в группе  $\geq 55$  лет – увеличилось на 28,6%;

подавляющее большинство пациентов – 89,8% (159 чел.), были жителями Санкт-Петербурга ( $p < 0,01$ ); значительная их часть (85,9%) была направлена на госпитализацию медицинскими организациями амбулаторно-поликлинической сети и СМП (46,9% и 39,0%, соответственно,  $p > 0,05$ ); основная их часть ( $p < 0,01$ ) поступила в стационар в интервале  $12 < t \leq 18$  (48,0%), то есть в часы работы АПУ (поликлиник, женских консультаций), что свидетельствует о повышении качества работы этих учреждений;

подавляющее большинство пациентов находились в СтОСМП от 0,5 до 1 час. (58 чел.; 32,8%;  $p < 0,01$ ); в динамике (2015-2022 гг.) наблюдается увеличение доли больных со временем получения медицинской помощи в СтОСМП в интервале от 0,5 до 1 час. при снижении таковых в других временных интервалах, что свидетельствует о повышении оперативности оказания медицинской помощи на этапе поступления в стационар (в СтОСМП); в целом по группе больных с неблагоприятным исходом следует отметить снижение среднего времени пребывания в СтОСМП с  $278,1 \pm 162,0$  мин. (2015 г.) до  $102,3 \pm 127,5$  мин. (2022 г.) и медианы с 143 мин. (2015 г.) до 31 мин. (2022 г.).

84,2% этих пациентов при поступлении были госпитализированы в отделения анестезиологии и реанимации (в силу тяжести состояния), а 14,7% - в отделения хирургического профиля; время пребывания в стационаре СМП значительной части пациентов (27,7%,  $p < 0,01$ ) составило менее суток (досуточная летальность).

Таким образом, проведенный анализ организационных аспектов госпитализации пациентов акушерско-гинекологического профиля, поступивших в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи, позволяет заключить о значительной положительной динамике в системе оказания медицинской помощи данному контингенту больных. В то же время нельзя не отметить необходимость дальнейшего совершенствования системы оказания медицинской помощи в современных условиях.

Уровень развития и современное состояние стационарного этапа оказания скорой медицинской помощи, лечебно-диагностических возможностей многопрофильных стационаров СМП требует разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса, среди которых:

- разработка четкого алгоритма приема пациентов акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи (включающего медицинскую сортировку по тяжести состояния и нозологии патологии), обеспечивающего сокращение необоснованной госпитализации, повышение доступности и оперативности оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

- расширение возможностей СтОСМП (лечебно-диагностических, динамического наблюдения) для приема этого контингента больных, направленных на сокращение необоснованной госпитализации в специализированные отделения стационара, сроков госпитализации, с расширением возможностей использования коек скорой медицинской помощи (досуточного и краткосрочного пребывания) для пациентов акушерско-гинекологического профиля; последнее требует создания особых условий для пребывания этих пациентов (отдельных палат, смотровых кабинетов), штатного нормирования профильных специалистов-консультантов (врачей акушеров-гинекологов) в СтОСМП, дополнительной подготовки врачей скорой медицинской помощи СтОСМП по профилю «акушерство и гинекология».

## **ГЛАВА 5. ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ, ЭКОНОМИКИ И МЕНЕДЖМЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Важным условием скоординированной работы системы здравоохранения является учет объемов, форм и условий ее предоставления на разных уровнях оказания медицинской помощи. Вариабельность системы оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» заставляет более внимательно обратить внимание на некоторые аспекты ее организации. Одной из задач исследования было изучить вопросы преемственности в оказании акушерско-гинекологической помощи в экстренной и неотложной формах на догоспитальном и госпитальном этапах.

Анализ статистических данных по Санкт-Петербургу, а именно – счетов, выставленных в страховые медицинские организации (по данным Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга за 2021 г.) выявил, что эту помощь в системе ОМС оказывали 140 медицинских организаций (МО) города, из которых 74 (52,9%) - МО, подчиненные администрациям районов города, 29 (20,7%) – Комитету по здравоохранения, 23 (16,4%) – учреждения частной системы здравоохранения, 8 (5,7%) – федеральные медицинские учреждения Минздрава России, 6 (4,3%) – ведомственные МО. Из указанных 140 медицинских организаций 126 (90,0%) оказывали медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 71 (50,7%) – в условиях дневного стационара и 39 (27,9%) – в стационарных условиях. При этом существует еще значительная доля медицинских организаций государственной и частной системы здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь по профилю «акушерство и здравоохранение» на

внебюджетной (платной) основе, их услуги не вошли в данную статистику.

Выстраивая единую линию маршрутизации этих больных в медицинских организациях города, мы практически связали различные виды оказания медицинской помощи (первичную медико-санитарную, специализированную и скорую) в разных условиях (вне медицинской организации, амбулаторно и стационарно) и формах (экстренной и неотложной) ее предоставления, чтобы изучить особенности организации этой помощи с позиции различных организаций, найти общие проблемы и закономерности.

### **5.1 Особенности организации оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в условия догоспитального этапа скорой медицинской помощи**

Оказание скорой медицинской помощи (СМП) в России регламентировано Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Скорая медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядком оказания медицинской помощи - Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», на основе клинических рекомендаций (с 01.01.2022), с учетом стандартов медицинской помощи.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь является видом медицинской помощи и оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (приказ Минздрава России от 20.06.2013 N 388н). И если скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь вне медицинской организации согласно Порядку ее оказания (приказ Минздрава России от 20.06.2013 N 388н, п. 6) оказывается медицинскими

работниками выездных бригад СМП, то в амбулаторных и стационарных условиях она оказывается медицинскими работниками МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях (п. 8). Среди поводов для вызова СМП в экстренной форме следует отметить внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу для жизни пациента, в том числе роды, угрозу прерывания беременности.

Медицинская эвакуация является элементом оказания медицинской помощи, это транспортировка пациента в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий) с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Городская станция скорой медицинской помощи (ГССМП) - самое крупное медицинское учреждение Санкт-Петербурга, имеющая 26 подстанций СМП в разных районах города. Ежедневно в оперативный отдел Центральной подстанции СМП по телефонам 103 и 03 поступает до 8 тыс. обращений, бригады СМП выполняют до 1,8 тыс. выездов в сутки, круглосуточно по вызовам населения выезжают более 180 бригад различного профиля. ГССМП принимает вызовы от лиц, находящихся на территории Адмиралтейского, Василеостровского, Выборгского, Калининского, Кировского, Красногвардейского, Красносельского, Московского, Невского, Петроградского, Приморского, Фрунзенского, Центрального административных районов Санкт-Петербурга. Вызовы, поступающие из пригородных районов Санкт-Петербурга, коммутируются на узлы связи расположенных там территориально пригородных станций и отделений скорой

медицинской помощи, являющихся самостоятельными медицинскими организациями.

Медицинскую эвакуацию в Санкт-Петербурге осуществляют бригады СМП ГССМП, ОСМП поликлиник и пригородных станций (отделений) СМП, в том числе экстренную, переданную от медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (поликлиник, женских консультаций, бригад неотложной помощи).

СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» обеспечивает оказание СМП при острых внезапных заболеваниях у взрослых и детей, возникших вне мест проживания (на улице, в общественных местах, на производстве и т.д.); при несчастных случаях в местах проживания, на улице, общественных местах, на производстве; при родах и нарушениях нормального течения беременности; при развитии острого психического расстройства; при угрозе возникновения и возникновении чрезвычайной ситуации; при массовых катастрофах и стихийных бедствиях. Оказание СМП больным в местах их постоянного или временного проживания при состояниях, вызванных внезапными острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, угрожающими жизни и здоровью, обеспечивают отделения СМП городских поликлиник (ОСМП).

Следует отметить, что бригады СМП лишь доставляют (при наличии показаний) пациентов в стационар для решения вопроса о госпитализации. Решение о нуждаемости пациентов в лечебно-диагностических мероприятиях на койках круглосуточного пребывания (в стационарных условиях) принимает врач приемно-диагностического отделения (или стационарного отделения скорой медицинской помощи при его наличии в структуре МО).

С целью провести анализ экстренных госпитализаций пациентов акушерско-гинекологического профиля бригадами СМП Санкт-Петербурга были изучены обобщенные показатели выездов бригад скорой медицинской помощи по всему городу (ГССМП, СМП пригородных районов и отделений

СМП поликлиник, n=272554 вызовов), 2015 и 2022 годы представлены в таблице 5.1.

При анализе результатов выполненных вызовов СМП установлено, что 97,9% (2015 г.) и 95,9% (2022 г.) обратившихся за СМП с патологией акушерско-гинекологического профиля подлежали госпитализации, из которых фактически госпитализированы 95,0% и 93,3%, соответственно, около 2/3 из которых - в стационар, 1/3 – в роддом, и только около 2,0% (2022 г.) обратившихся остались дома (по месту вызова бригады СМП) при отсутствии показаний для госпитализации, и столько же – отказались от предложенной госпитализации.

Таблица 5.1 Анализ экстренных вызовов бригад скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга к пациентам акушерско-гинекологического профиля, 2015 и 2022 гг. (фрагмент)

Показатели	Год				Динамика 2015-2022	
	2015		2022		Абс. зн., вызов	%
	Абс. зн., вызов	%	Абс. зн., вызов	%		
1. Пациент госпитализирован в стационар	39248	64,5	32200	66,6	-7048	-18,0
2. Пациент госпитализирован в роддом	18558	30,5	12908	26,7	-5650	-30,4
3. Пациент оставлен на месте (при отсутствии показаний для госпитализации)	873	1,4	979	2,0	106	12,1
4. Пациент отказался от госпитализации (при наличии показаний для госпитализации)	1791	2,9	1002	2,1	-789	-44,1
5. Иное <sup>1</sup>	410	0,7	1254	2,6	844	205,9
Итого	60880	100,0	48343	100,0	-12537	-20,6

<sup>1</sup>Иное: пациент не найден, отмена вызова, отказ от медпомощи, доставлен домой, в морг, вызов передан в ЛПУ (в женскую консультацию, в поликлинику и др.)

Следует отметить снижение общего числа обращений акушерско-гинекологического профиля за скорой медицинской помощью на 20,6% (с 60,9 тыс. до 48,3 тыс. вызовов в год,  $p < 0,05$ ) при снижении числа отказов от



госпитализации (на 44,1%,  $p < 0,05$ ). Число госпитализаций в стационары сократилось на 18,0%, но наиболее значительно сократилось число госпитализаций в роддом – на треть (30,4%, на 5,7 тыс. вызовов в год,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о следующем:

– высокий процент госпитализации пациентов с патологией акушерско-гинекологического профиля (93-95%) - о значительном риске развития жизнеугрожающих состояний у этой категории обратившихся и крайне ограниченных лечебно-диагностических возможностях персонала бригад СМП по профилю «акушерство и гинекология» на догоспитальном этапе, принимая во внимание, в том числе значительную долю фельдшерских бригад в структуре СМП;

– снижение общего числа обращений акушерско-гинекологического профиля (на 20,6%) и экстренных госпитализаций в роддом (на 30,4%) коррелирует, с одной стороны, с данными о демографических проблемах в нашей стране, в том числе о снижении естественного прироста населения и показателей рождаемости, с другой – с оптимизацией работы первичного звена здравоохранения, при которой пациенты наблюдаются и лечатся амбулаторно, а госпитализируются в стационар (роддом) по направлению женской консультации (в экстренном и плановом порядке).

## **5.2 Особенности организации оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в условиях женской консультации**

С 1 января 2021 года вступил в силу приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Первичная специализированная медицинская помощь по профилю «акушерство и гинекология» оказывается в женских консультациях или в акушерско-гинекологических кабинетах поликлиник. Основным отличием современной модели оказания первичной

специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» является принцип этапности ее оказания не только с учетом численности обслуживаемого населения, но и с учетом степени специализации первичной медико-санитарной помощи, оказываемой женской консультацией (Глава 3, Приложение В): медицинские организации, оказывающие населению первичную специализированную акушерско-гинекологическую помощь, делятся на три группы (уровня).

В первую группу входят женские консультации (кабинеты поликлинических отделений) при центральных районных больницах, районных больницах, при акушерских стационарах первого уровня с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек. Вторая группа включает самостоятельные женские консультации, а также женские консультации в составе родильных домов второй группы, городских больниц и поликлиник с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек, а также в составе межрайонных перинатальных центров с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек. В третью группу входят консультативно-диагностические отделения перинатальных центров, республиканских, краевых, областных, окружных родильных домов, центров охраны материнства и детства, а также самостоятельные центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков.

В перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и послеродовой период, женщинам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с группами (уровнями) оказания амбулаторной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, включены 57 медицинских организаций (Приложение В). В первую группу вошли 17 медицинских организаций: женские консультации и акушерско-гинекологические отделений поликлиник. Во вторую группу вошли все 6 самостоятельных женских консультаций, а также 32 женские консультации, входящие в состав родильных домов и поликлиник. Третья группа включает 8

медицинских организаций городского подчинения: консультативно-диагностические отделения родильных домов и Городского перинатального центра, Диагностический центр (медико-генетический), Центр планирования семьи и репродукции, Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков "Ювента".

Большинство женских консультаций Санкт-Петербурга входят во вторую группу (уровень) оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях.

Женская консультация (ЖК) является одной из специализированных медицинских организаций для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в амбулаторных условиях. Основными задачами ее являются: оказание первичной специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, услуг по укреплению и охране репродуктивного здоровья, профилактике аборт, профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний.

Мы оценили динамику некоторых показателей работы ЖК одного из районов крупного города (рис. 5.1, табл. 5.2) – «старейшего» района мегаполиса с относительно стабильным жилищным фондом и устоявшейся инфраструктурой.

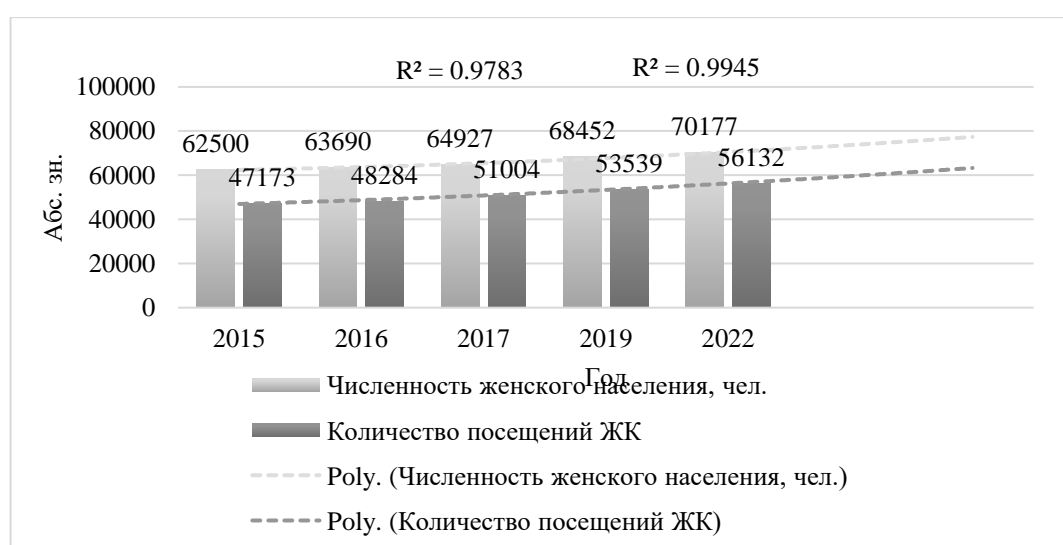


Рисунок 5.1 Численность прикрепленного женского населения и количество посещений женской консультации, 2015-2022 гг.

Таблица 6.2 Общие объемные показатели работы женской консультации, 2015-2022 гг.

Год	2015		2016		2017		2019		2022		М±m	Динамика 2015-2022		Итого	
	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%		Абс. зн.	%	Абс. зн.	%
Численность женского населения, чел.	62500	19,0	63690	19,3	64927	19,7	68452	20,8	70177	21,3	65949,2 ±2904,6	7677	12,3	3297 46	100,0
в том числе, женщин фертил. возраста, чел.	39025	18,5	39830	18,9	44000	20,9	45114	21,4	42807	20,3	42155,2 ±2357,4	3782	9,7	2107 76	100,0
Акушерско- гинеколог. участков, ед.	10		10		10	0	11	0	11		10,6 ±0,5	1	10,0		
Дневной стац. (ДС), коек	0	0,0	3	100	3	100	3	100	3	100	2,4±1,2	3	-	3	100,0
Объем стационар- замещ. помощи (число беременных, прошедших лечение в ДС), чел.	0	0,0	624	24,3	653	25,4	679	26,4	613	23,9	513,8 ±257,9	613	-	2569	100,0
Количество посещений ЖК	47173	18,4	48284	18,9	51004	19,9	53539	20,9	56132	21,9	51226,4 ±3303,0	8959	19,0	2561 32	100,0
в том числе, на дому	47	17,3	46	17,7	62	22,9	53	19,6	61	22,5	54,2 ±6,3	14	29,8	271	100,0

ЖК – женская консультация, ДС – дневной стационар

За период наблюдения отмечен рост численности прикрепленного к ЖК женского населения на 12,3% (на 7,7 тыс., с 62,5 тыс. до 70,2 тыс.), в том числе женщин фертильного возраста на 9,7% (на 3,8 тыс., с 39,0 тыс. до 42,8 тыс.), что обусловило рост числа посещений ЖК на 19,0% (на 8,9 тыс., с 47,2 тыс. до 56,1 тыс. в год), в том числе на дому на 29,8% ( $p < 0,05$ ).

Значимым явилось также открытие дневного стационара в объеме 3-х коек (в 2016 г.), что позволило увеличить объем оказываемой в ЖК медицинской помощи с использованием стационар-замещающих технологий: около 600 беременных в год получают лечение на этих койках (613 в 2022 году).

Организационные мероприятия сопровождались также увеличением числа акушерско-гинекологических участков на обслуживаемой территории на 10,0% (на 1 ед., с 10 в 2015-2017 гг. до 11 участков в 2019 году) и, соответственно, кадрового состава ЖК (акушеров-гинекологов, врачей УЗИ, акушерок, медицинских сестер – согласно штатным нормативам), обеспечивающего работу этого подразделения.

В соответствии со штатными нормативами, рекомендуемыми Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», возможно использование двух способов формирования штатов акушеров-гинекологов для медицинских организаций, оказывающих населению первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология». При использовании первого способа 1,0 должность врача акушера-гинеколога выделяется на 2200 женщин детородного возраста. Второй способ предполагает выделение 1,0 должности акушера-гинеколога на 3500 – 4000 женского населения. В расчете на 10 000 детского населения выделяется 1,25 должности детского акушера гинеколога. В относительно крупных ЖК (не ниже второго уровня) выделяются должности врачей акушеров-гинекологов специализированного приема. Так, в расчете на 10,0 должностей врачей-специалистов предусматривается 1,0 должность акушера-гинеколога по выявлению заболеваний молочных желез. Кроме того, в расчете на 8 должностей врачей-акушеров гинекологов вводится по 1,0

должности гинеколога-эндокринолога, акушера-гинеколога по невынашиванию беременности, по лечению патологии шейки матки и акушера-гинеколога по сохранению и восстановлению репродуктивной функции.

В базовой ЖК в связи с ростом численности обслуживаемого контингента произошло увеличение числа штатных должностей врачей акушеров-гинекологов с 21,0 до 23,0 должностей (табл. 5.3). При этом в течение 2015-2022 гг. укомплектованность штатных должностей с учетом совместительства и замещения в женской консультации составляла 100,0%.

Таблица 5.3 Динамика укомплектованности штатных должностей акушеров-гинекологов в женской консультации в 2015 – 2022 гг.

Годы	Число должностей акушеров-гинекологов, абс. зн.		Число физич. лиц, абс. зн.	Укомплектованность штатных должностей		Коэффициент совместительства	Дефицит физических лиц	
	штатных	занятых		с учетом занятых должностей, %	физическими лицами, %		абс. зн.	%
2015	21	21	12	100,0	57,1	1,75	9	42,9
2016	21	21	14	100,0	66,7	1,50	7	33,3
2017	23	23	19	100,0	82,6	1,21	4	17,4
2019	23	23	16	100,0	69,6	1,44	7	30,4
2022	23	23	17	100,0	73,9	1,35	6	26,1

Существенно ниже были показатели укомплектованности штатных должностей акушеров-гинекологов физическими лицами. Минимальный уровень данного показателя выявлен в 2015 году (57,1 %), а максимальный уровень – в 2017 году (82,6 %). Соответственно, в эти годы был выявлен и самый высокий уровень коэффициента совместительства (1,75 занятых должностей на 1,0 физическое лицо акушера-гинеколога в 2015 году) и самый низкий уровень данного показателя (1,21 занятых должностей на 1,0 физическое лицо акушера-гинеколога в 2017 году).

Положительная тенденция прослеживается в отношении дефицита физических лиц акушеров-гинекологов. В 2015 году дефицит физических лиц

акушеров-гинекологов составил 9 врачей, а в 2022 году – 6 чел. Соответственно, не были заняты физическими лицами в 2015 году 42,9 % штатных должностей, а в 2022 году – 26,1 %. Следует отметить, что 3,0 штатные должности акушеров-гинекологов были выделены для специализированного приема и 1,0 должность занимает акушер-гинеколог дневного стационара. Таким образом, для участков акушеров-гинекологов выделялось по 17,0 штатных должностей в 2015-2016 гг. и по 19,0 штатных должностей в 2019 – 2022 гг.

Оставались нерешенными проблемы кадрового обеспечения терапевтами, психологами, юристами, социальными работниками, которые также предусмотрены в штате ЖК.

Изучение численности женского населения в расчете на 1,0 штатную должность врача акушера-гинеколога, осуществляющего оказание акушерско-гинекологической помощи по участковому принципу, в динамике показало, что в целом за период наблюдения данный показатель соответствовал установленному нормативу (рис. 5.2).



Рисунок 5.2 - Динамика общего числа женщин и числа женщин детородного возраста, прикрепленных к женской консультации, на 1,0 штатную должность акушера-гинеколога в 2015 – 2019 гг.

Вместе с тем, в 2016-2019 гг. выявлено некоторое превышение численности женщин фертильного возраста в расчете на 1,0 штатную должность акушера-гинеколога: в 2016 г. фактический уровень данного показателя превышал рекомендуемый норматив на 6,5 %, в 2017 г. - на 5,3 %, а в 2019 г. – на 7,9 %. Следует также отметить, что в течение всего периода наблюдения динамика обоих показателей носила разнонаправленный характер (рис. 5.2).

Нерешенной проблемой в течение многих лет является отсутствие помещений для развертывания необходимого числа кабинетов врачей акушеров-гинекологов при увеличении численности женского населения, обслуживаемой ЖК территории. По этой же причине имеются сложности для развертывания кабинетов специализированного приема и увеличения мощности дневного стационара.

Изучение динамики числа экстренных госпитализаций пациенток по направлению ЖК свидетельствует о существенном увеличении и абсолютного числа госпитализаций, и числа госпитализаций в расчете на 1000 женщин (табл. 5.4).

Таблица 5.4 Динамика абсолютного числа экстренных госпитализаций пациенток по направлению врачей женской консультации и числа экстренных госпитализаций в расчете на 1000 женщин обслуживаемой территории в 2015 - 2022 гг.

Годы	Число экстренных госпитализаций пациенток, абс. зн.	Показатель наглядности, %	Темп прироста, %	Число экстренных госпитализаций пациенток в расчете на 1000 женщин, абс.зн.	Показатель наглядности, %	Темп прироста, %
2015	340	100,0	-	5,4	100,0	-
2016	446	131,1	+ 31,1	7,0	129,6	+ 29,6
2017	517	152,1	+ 15,9	8,0	148,1	+ 14,3
2018	512	150,6	- 1,0	7,5	138,9	- 6,3
2019	531	156,2	+ 3,7	7,6	140,7	+ 1,3
2022	535	157,3	+ 0,7	7,5	138,9	- 1,3



По сравнению с 2015 г. в 2022 г. число госпитализаций женщин по направлению врачей женской консультации увеличилось более, чем в 1,5 раза: с 340 случаев до 535 случаев (+ 57,3 %). Максимальный темп прироста числа госпитализаций выявлен в 2016 г. (+31,1%). Число экстренных госпитализаций пациенток акушерско-гинекологического профиля в расчете на 1000 женщин обслуживаемой ЖК территории увеличилось с 5,4 случаев в 2015 г. до 8,0 случаев в 2017 г. (+48,1%). В последующие годы отмечается незначительное снижение показателя до 7,5 случаев в 2018 г. и в 2022 г. и до 7,6 случаев в 2019 г. При этом темп прироста показателя в 2016 – 2017 гг. был положительным с максимальным значением в 2016 г. В 2018 году темп прироста стал отрицательным, выявлено максимальное значение темпа убыли данного показателя.

Изучение возрастного состава пациенток, госпитализированных по направлению врачей ЖК в медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях, позволило выявить некоторое изменение возрастного состава за период 2015 – 2022 гг. Так, в 2015-2016 гг. первое место в возрастной структуре госпитализированных пациенток занимали лица в возрасте от 20 до 29 лет (47,4 % в 2015 г.; 44,4 % в 2016 г.;  $p > 0,05$ ). Второе место в эти годы занимали пациентки в возрасте 30-39 лет (соответственно, 35,0 % в 2015 г. и 42,4 % в 2016 г.;  $p > 0,05$ ) (табл. 5.5).

В последующие четыре года первое место занимали пациентки в возрасте от 30 до 39 лет, а в 2022 г., женщины данной возрастной группы составили почти половину (49,0%). Третье место и в 2015 г., и в 2022 г. среди госпитализированных по направлению ЖК пациенток занимали женщины в возрасте 40-49 лет (соответственно, 10,9 % и 14,0 %,  $p > 0,05$ ). Незначительную долю составили пациентки в возрасте 50 – 59 лет (2,6 % в 2015 г. и 3,0 % в 2022 г.;  $p > 0,05$ ) и пациентки в возрасте 60 лет и старше (2,6 % в 2015 г. и 3,2 % в 2022 г.,  $p > 0,05$ ).

Следует отметить, что доля пациенток в возрасте 20-29 лет уменьшилась с 47,4 % в 2015 г. до 29,5 % в 2022 г. ( $t = 5,34$ ;  $p < 0,01$ ), а удельный вес пациенток в возрасте 30 – 39 лет, наоборот, увеличился с 35,0 % в 2015 г. до 49,0 % в 2022 г. ( $t = 4,15$ ;  $p < 0,01$ ).

Особое внимание необходимо обратить на то, что в течение всего периода наблюдения доля женщин фертильного возраста среди госпитализированных по направлению ЖК пациенток варьировала в незначительных пределах от 97,4 % в 2016 г. (максимальный удельный вес) до 93,8 % в 2022 г. (минимальный удельный вес,  $p > 0,05$ ).

Таблица 5.5 Возрастной состав пациенток, госпитализированных по экстренным показаниям врачами женской консультации в 2015-2022 гг., %

Возраст (число лет)	Годы					
	2015	2016	2017	2018	2019	2022
< 20 лет	1,5	1,6	1,5	1,8	3,2	1,3
20 – 29	47,4	44,4	41,4	37,9	33,5	29,5
30 – 39	35,0	42,4	43,7	44,5	45,2	49,0
40 – 49	10,9	9,0	8,9	10,6	12,2	14,0
50 -59	2,6	2,2	3,3	3,7	3,6	3,0
60 – 69	2,6	0,4	1,2	1,5	2,3	3,2
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Изучение нозологического состава пациенток, госпитализированных в экстренном порядке по направлению врачей ЖК, показало, что первое место в течение периода наблюдения заняли пациентки, направленные в стационар по поводу беременности, родов и послеродового периода (XV класс по МКБ -10) (рис. 5.3). Удельный вес пациенток, направленных в стационар по поводу беременности, родов и послеродового периода варьировал от 82,1 % в 2016 г. (максимальный уровень показателя) до 71,3 % в 2018 г. (минимальный уровень показателя):  $t = 4,19$ ;  $p < 0,01$ . Второе место устойчиво занимали пациентки с болезнями мочеполовой системы (класс XIV по МКБ-10), существенное увеличение удельного веса пациенток, госпитализированных с заболеваниями, относящимися к данному классу, отмечается, начиная с 2017 г. Максимальная

доля пациенток с заболеваниями мочеполовой системы в 2019 г. (21,8 %) в 2,1 раза превышает минимальную долю пациенток с данной патологией, госпитализированных в 2016 г. (10,3 %),  $t=4,19$ ;  $p < 0,01$ . Третье место в 2015 – 2018 гг. занимали пациентки с состояниями, входящие в класс МКБ «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (класс XXI)», а четвертое – пациентки с новообразованиями.

Данные, представленные на рисунке 5.5, наглядно свидетельствуют о существенном росте среди причин госпитализации удельного веса болезней акушерско-гинекологического профиля, относящихся к классу XIV – «Заболевания мочеполовой системы». Максимальный темп прироста данного показателя отмечен в 2017 году, когда доля пациенток с данными заболеваниями возросла в 1,9 раза: с 10,3 % в 2016 г. до 19,3% в 2017 г. По сравнению с 2015 г. в 2022 г. доля пациенток этой нозологической группы увеличилась в 1,5 раза с 13,8 % до 20,9 % ( $t = 4,40$ ;  $p < 0,001$ ).

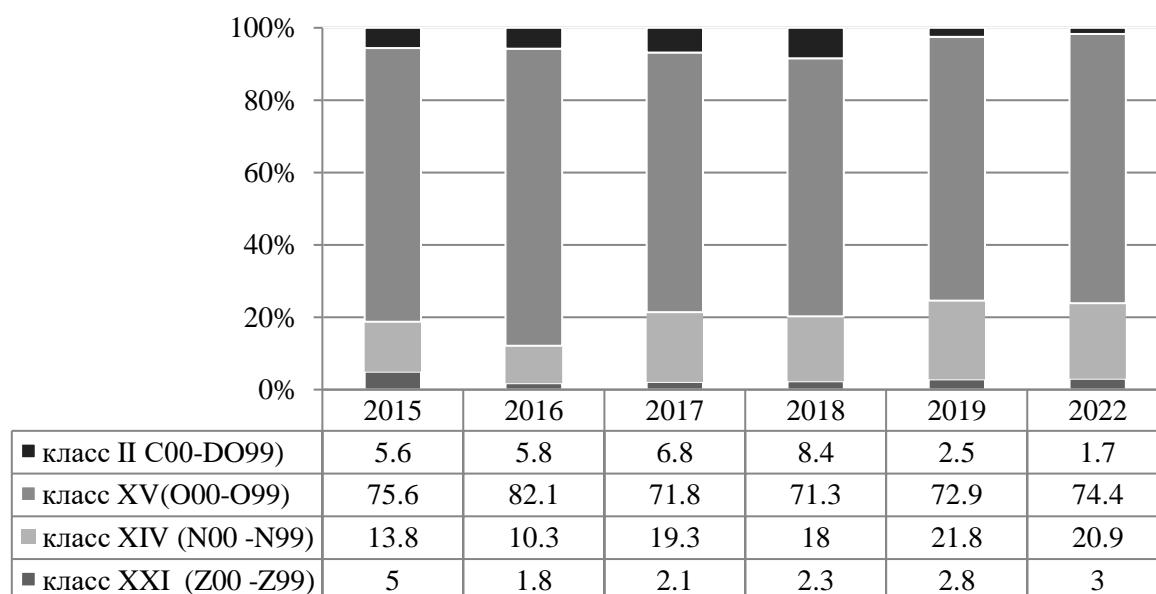


Рисунок 5.3 - Нозологический состав пациенток, госпитализированных по экстренным показаниям врачами женской консультации в 2015 – 2022 гг., %

Следует обратить внимание на снижение доли пациенток, госпитализированных в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (XXI класс МКБ-10): с 5,6 % в 2015 г. до 1,7 % в 2020

г. ( $t = 2,86$ ;  $p < 0,01$ ). Отмечается незначительное снижение удельного веса пациенток с новообразованиями (с 5,0 % в 2015 г. до 3,0 % в 2020 г.;  $t = 1,44$ ;  $p > 0,05$ ).

Результаты исследования (табл. 5.6) свидетельствуют о том, что и в 2015 г., и в 2022 г. первое место среди женщин, госпитализированных по экстренным показаниям врачами ЖК, занимали пациентки, направленные на госпитализацию с диагнозами, включенными в рубрику «Другие болезни матери, преимущественно связанные с беременностью» (O20 – O29).

Таблица 5.6 Нозологический состав пациенток, направленных женской консультацией на госпитализацию по экстренным показаниям в 2015-2022 гг.

Показатели	Год					
	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Нозологические группы						
Злокачественные и доброкачественные новообразования женских половых органов (C53, D 25-D 27) – абс. число	17	8	11	12	15	16
Удельный вес %	5,0	1,8	2,1	2,3	2,8	3,0
Воспалительные заболевания женских половых органов (N 70- N77) – абс. число	8	11	22	18	30	12
Удельный вес %	2,3	2,5	4,3	3,5	5,7	2,2
Невоспалительные заболевания женских половых органов (N80 - N 88) – абс. число	4	7	15	13	12	18
Удельный вес%	1,2	1,6	2,9	2,5	2,3	3,4
Нарушения менструального цикла, кровотечения (N 91 –N 95) ) – абс. число	35	28	63	61	74	82
Удельный вес %	10,3	6,3	12,2	11,9	13,9	15,3
Беременность с абортным исходом внематочная беременность, аномальные продукты зачатия (O 00 –O08) – абс. число	39	34	29	38	23	35
Удельный вес %	11,5	7,6	5,6	7,4	4,3	6,5
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности (O10-O16) – абс. число	64	78	80	69	57	78
Удельный вес %	18,8	17,5	15,5	13,6	10,7	14,6
Другие болезни матери, преимущественно связанные с беременностью (O20 -O29) - абс. число	118	166	178	161	205	158
Удельный вес %	34,7	37,2	34,4	31,5	38,6	29,5

## Продолжение таблицы 5.6

Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения (O30-O48) – абс. число	12	37	26	41	25	11
Удельный вес %	3,5	8,3	5,0	8,0	4,7	2,1
Другие болезни матери из других рубрик (O99) – абс. число	24	51	58	56	77	116
Удельный вес %	7,1	11,4	11,2	10,9	14,5	21,7
Наблюдение за нормально протекающей беременностью (Z34) – абс. число	19	26	35	43	13	9
Удельный вес %	5,6	5,8	6,8	8,4	2,5	1,7
Итого – абс. число	340	446	517	512	531	535
Итого %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В данную нозологическую группу вошли пациентки с «Кровотечениями в ранние сроки беременности (O20)». Однако доля таких пациенток уменьшилась с 34,7 % в 2015 г. до 29,5 % в 2022 г. ( $t = 3,52$ ;  $p > 0,001$ ). В 2015 г. второе место занимали пациентки, госпитализированные с диагнозом «Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности (O10-O16)» (18,8%), а в 2022 г. пациентки с данной патологией заняли четвертое место (14,6 %). На втором месте (21,7%) оказались пациентки с «Другими болезнями матери, классифицированными в других рубриках (O99)», в том числе больные с анемией, эндокринными, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями. В 2015 г. пациентки с данной патологией занимали лишь четвертое место, составляя 10,3 %. Третье место в 2015 г. занимали беременные пациентки, госпитализированные в связи с абортным исходом и внематочной беременностью (O 00 – O 08), составившие 11,5 %. А в 2022 г. третье место занимали пациентки с «Нарушениями менструального цикла (N 91–N 95)». Причем, их доля увеличилась с 10,3 % в 2015 г. до 15,3 % в 2022 г. ( $t = 4,58$ ,  $p < 0,001$ ). В 2015 г. пациентки из этой нозологической группы занимали четвертое место. Необходимо отметить увеличение и абсолютного числа, и удельного веса женщин, госпитализированных с диагнозами, входящими в нозологическую группу «Другие болезни матери из других рубрик (O99)». Их число увеличилось

с 24 чел. в 2015 г. до 116 чел. в 2022 г. (в 4,8 раза), а доля - с 7,1% до 21,7 % (в 3,1 раза) -  $p < 0,001$ .

При практически равном количестве госпитализированных по поводу новообразований (17 чел. в 2015 г. и 16 чел. в 2022 г.) их доля за этот период уменьшилась с 5,0% до 3,0%. Доля пациенток с диагнозами, вошедшими в рубрику «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения (O30 – O48)», уменьшилась несущественно (с 3,5 % до 2,1 %;  $p > 0,05$ ), хотя абсолютное число госпитализаций по этим причинам осталось практически неизменным.

Незначительную долю среди всех госпитализированных по экстренным показаниям в 2015 г. и в 2022 г. составляли пациентки с воспалительными заболеваниями женских половых органов (2,3% и 2,2 %) и невоспалительными заболеваниями женских половых органов (1,2% и 3,4 %).

Особого внимания заслуживает существенное уменьшение удельного веса женщин, госпитализированных по поводу нормально протекающей беременности. Максимальное число и максимальный удельный вес таких пациенток сохранялось с 2015 г. по 2018 г. С 2019 г. наметилась динамика снижения удельного веса пациенток, госпитализированных врачами женской консультации по поводу нормально протекающей беременности, их доля уменьшилась с 8,4 % в 2018 г. до 2,5 % в 2019 г. и до 1,7 % в 2022 г. ( $t = 4,48$ ;  $p < 0,001$ ). Выявленная динамика связана со снижением рождаемости (табл. 5.6).

Таким образом, изучение особенностей организации оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в условия женской консультации за период наблюдения (2015-2022 гг.) позволил заключить:

о росте численности прикрепленного к ЖК женского населения на 12,3%, в том числе женщин фертильного возраста на 9,7%, что обусловило рост числа посещений ЖК на 19,0%, в том числе на дому на 29,8%;

о существенном увеличении абсолютного числа экстренных госпитализаций пациенток по направлению ЖК (более, чем в 1,5 раза, на 57,3 %) и числа госпитализаций в расчете на 1000 женщин (на 48,1%);

об изменении (увеличении) возрастного состава госпитализируемых: с 2016 г. первое место занимали пациентки в возрасте 30-39 лет, а в 2022 г., женщины данной возрастной группы составили почти половину (49,0%) госпитализируемых;

о нозологическом составе пациенток, госпитализированных в экстренном порядке по направлению врачей ЖК: первое место (74,4%, 2022 г.) заняли пациентки, направленные в стационар по поводу беременности, родов и послеродового периода (XV класс по МКБ -10), второе (20,9%) - с болезнями мочеполовой системы (класс XIV по МКБ-10);

особого внимания заслуживает существенное уменьшение удельного веса женщин, госпитализированных по поводу нормально протекающей беременности: их доля уменьшилась с 8,4 % (2018 г.) до 2,5 % (2019 г.) и до 1,7 % (2022 г.).

В итоге, за период наблюдения в экстренном порядке на госпитализацию по направлению женской консультации было направлено 2,9 тыс. случаев, среди которых преобладала ( $p < 0,01$ ) патология беременных (74,4%, 2022 г.). Это одна из наиболее значимых групп пациенток, требующих особого внимания, заботы и надлежащего медицинского обеспечения.

Полученные данные свидетельствуют, с одной стороны, о положительной динамике в решении демографических проблем страны – росте женского населения фертильного возраста, что открывает перспективы повышения рождаемости, с другой – о необходимости совершенствования акушеско-гинекологической службы, обеспечении доступности и качества медицинской помощи. В этой связи важной является проблема решения кадровых вопросов ЖК, обеспечивающих решение этих задач.

### **5.3 Особенности организации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи для пациентов акушерско-гинекологического профиля**

Как показало настоящее исследование, значительная часть пациентов, поступивших в стационар СМП по экстренным показаниям по профилю «акушерство и гинекология», не нуждалась в оказании медицинской помощи на койках круглосуточного пребывания, как по тяжести своего состояния, так и по потребности в специализированных лечебно-диагностических мероприятиях. Отмечены невысокие сроки госпитализации пациентов с преобладанием больных, нуждающихся в краткосрочной медицинской помощи: каждый пятый (20,4%) находился в стационаре менее 1 суток, 38,9% – в течение 1 суток, 54,2% – до 3-х суток. Почти каждый пятый (22,9%) поступающий в экстренном порядке пациент получил адекватный (необходимый и достаточный) объем медицинской помощи в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи (в амбулаторных условиях или на койках скорой медицинской помощи досуточного пребывания); доля этих пациентов может быть значительно выше в силу особенностей состояния поступающих больных (преимущественно удовлетворительное состояние).

С 2010-2011 гг. в многопрофильных стационарах скорой медицинской помощи стали создаваться стационарные отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП). И пациенты, не нуждающиеся в длительном лечении на специализированной койке, могут быть направлены в эти отделения.

В итоге, современное состояние многопрофильных стационаров СМП требует разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса в целях оптимизации использования имеющихся ресурсов (Мануковский В.А. и соавт., 2023). В этой связи следует учесть некоторые технологические особенности функционирования стационарного отделения скорой медицинской помощи. Современный этап развития системы СМП характеризуется совершенствованием ее оказания в экстренной и



неотложной форме, в том числе, госпитального этапа оказания скорой медицинской помощи. Этот процесс регламентирован Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н). Зарубежный и отечественный опыт показывает, что оптимальным вариантом организации приема экстренных больных является создание на госпитальном этапе стационарного отделения скорой медицинской помощи (emergency department, отделение экстренной медицинской помощи, СтОСМП). Преемственность оказания помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, их организационное взаимодействие связано с наличием единой лечебно-диагностической технологии оказания медицинской помощи вне зависимости от вида заболевания, травмы или отравления, возраста и социального статуса пациента. СтОСМП организуют как структурное подразделение многопрофильных стационаров с коечной мощностью не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 больных (пострадавших).

Технология функционирования стационарного отделения СМП предполагает медицинскую сортировку входящего потока пациентов по степени тяжести состояния пациента, его инфекционной и социальной опасности для окружающих; раннее синдромальное лечение; госпитализацию пациентов с признаками угрозы жизни и здоровью (или риском их развития); динамическое наблюдение для уточнения диагноза и краткосрочное лечение.

Виды коек скорой медицинской помощи определены приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» и включают койки СМП краткосрочного пребывания (для диагностики, наблюдения и лечения пациента в период до 3-х суток) и койки СМП суточного пребывания (для диагностики, наблюдения и лечения пациента в период до 1-х суток) (рис. 5.4).

Международный опыт организации работы на госпитальном этапе СМП позволило выделить следующие основные положения концепции создания СтОСМП в многопрофильном стационаре:

- обеспечение организационных алгоритмов работы СтОСМП, обеспечивающих рациональную логистику пациентов и персонала в режиме 24/7/365 (архитектурно-планировочное решение, койки СМП, штаты, оборудование, лекарственные средства и медицинские изделия); исключительно важным является наличие современной, компактно расположенной диагностической службы, территориально приближенной к потоку поступающих больных (пострадавших);
- проведение медицинской сортировки больных (пострадавших) в условиях СтОСМП, выделение потоков пациентов (в зависимости от тяжести их состояния);
- использование лечебно-диагностических алгоритмов оказания медицинской помощи СтОСМП (в соответствии с выделенными потоками пациентов), обеспечивающих оперативность, последовательность и качество медицинских услуг;
- динамическое наблюдение для контроля состояния пациента и уточнения диагноза в условиях СтОСМП;
- краткосрочное лечение больных (пострадавших), не требующих специализированного стационарного лечения (в том числе ВМТ), в условиях СтОСМП;
- готовность к оказанию СМП на догоспитальном этапе выездными бригадами СМП отделения (при их наличии в структуре подразделения), в том числе, обеспечение медицинской эвакуации.

Последующее распределение обследованных больных осуществляется с учетом степени тяжести их состояния, обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи. По показаниям для продолжения лечения пациенты направляются:

- в медицинские организации амбулаторно-поликлинического типа (с уточненным диагнозом и рекомендациями);
- в общепрофильное отделение скорой медицинской помощи (СтОСМП) с койками скорой медицинской помощи суточного (до 24 час.) или краткосрочного (до 72 час.) пребывания - для дополнительного обследования, краткосрочного лечения и динамического наблюдения;
- в специализированные отделения многопрофильного стационара по профилю патологии (в данном случае - «акушерство и гинекология») для обследования, лечения и наблюдения врачами-специалистами, в том числе, в реанимационное отделение, противошоковую операционную.



Рисунок 5.4 – Структура и задачи стационарного отделения скорой медицинской помощи

Разделение больных по степени тяжести предполагает выделение основных потоков больных, которым соответствуют соответствующие зоны в СтОСМП (Мануковский В.А. и соавт., 2023). Выделяют следующие потоки:

I (красный) - «реанимационные» пациенты – отделение реанимации и интенсивной терапии, противошоковая операционная - нарушение жизненно

важных функций организма или быстрое их нарастание, для устранения которых необходимы экстренные лечебные мероприятия или оперативные вмешательства;

II (желтый) - «лежачие» пациенты – палата СтОСМП - состояние средней тяжести, умеренно выраженные нарушения жизненно важных функций организма, не представляющие угрозу для жизни;

III (зеленый) «ходячие» пациенты - зал ожидания СтОСМП - удовлетворительное состояние, незначительные и компенсированные функциональные расстройства или их отсутствие.

Созданные по такому принципу отделения позволяют более эффективно:

- осуществлять сортировку пациентов по тяжести их состояния, инфекционной и социальной безопасности, что обеспечивает рациональное использование лечебно-диагностического потенциала, приоритетное оказание экстренной помощи нуждающемуся контингенту;

- обеспечивать доступность диагностической базы для срочной диагностики патологических состояний, оперативности оказания медицинской помощи;

- обеспечить кратковременное наблюдение, диагностику и лечение пациентов, не нуждающихся в длительном (специализированном) стационарном лечении;

- сократить поток непрофильных больных на специализированные отделения многопрофильного стационара, способствуя тем самым оптимизации режима их функционирования, повышению эффективности использования коечного фонда и ресурсов.

Принимая во внимание общепрофильный характер коек скорой медицинской помощи СтОСМП, в отношении пациенток по профилю «акушерство и гинекология» важным является учет специфических особенностей лечебно-диагностического процесса для этих больных, а именно: наличие обособленных палат и смотровых кабинетов, которые необходимо

развернуть в условиях СтОСМП. Помимо врачей скорой медицинской помощи – основного персонала СтОСМП, должны быть профильные специалисты – врачи акушеры-гинекологи, которые могут быть штатными сотрудниками СтОСМП либо консультантами, привлекаемыми для организации лечебно-диагностического процесса профильным больным. Значительная часть этих вопросов определяется объемом потока соответствующих пациентов. Очевидным является одно – оказание медицинской помощи, а если более точно – скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в условиях СтОСМП, должно быть организовано в режиме 24/7, включая диагностические обследования.

#### **5.4 Экономические аспекты госпитализации больных по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи**

Целью государственной политики в области здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности качественной медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг. Совершенствование скорой медицинской помощи, в том числе в стационарных условиях, является одной из основных задач государственной программы развития здравоохранения, направленной на повышение доступности и качества медицинской помощи (Барсукова И.М. и соавт., 2022абв).

Экономические аспекты деятельности стационаров в условиях развития рыночных отношений и системы ОМС продолжают сохранять актуальность и представляют большой интерес при анализе их работы.

Как показали наши предыдущие исследования, представленные ранее, значительная часть пациентов, поступивших в стационар СМП по экстренным показаниям, не нуждалась в оказании медицинской помощи на койках круглосуточного пребывания; отмечены невысокие сроки госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология», поступивших в стационар

СМП в экстренном порядке, с преобладанием больных, нуждающихся в краткосрочной медицинской помощи. Эти данные позволили нам по-иному посмотреть на систему организации медицинской помощи данной категории больных.

Механизмом обеспечения доступности и качества медицинской помощи является сбалансированность между необходимыми объемами, структурой медицинской помощи, условиями ее оказания и необходимыми для этого финансовыми средствами.

Встает вопрос о целесообразности использования специализированных акушерско-гинекологических коек для пациентов с краткосрочным пребыванием, не нуждающихся в высокотехнологических методах диагностики и лечения. И второй вопрос – о возможности и целесообразности использования коек скорой медицинской помощи для оказания медицинской помощи этой категории больных.

В соответствие с современными требованиями медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи (Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (с изм. и доп.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Важным ориентиром в организации работы медицинской организации является также Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». При этом территориальные особенности организации лечебно-диагностического процесса в медицинской организации не так принципиальны, если соблюдены основные приоритеты лечебно-диагностической работы – доступность и качество медицинской помощи, отсутствуют нарушения прав застрахованного лица по ОМС на получение качественной своевременной медицинской помощи.

Величина тарифов на медицинские услуги ежегодно определяется тарифным соглашением Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

На территории Санкт-Петербурга разрабатывается и заключается генеральное тарифное соглашение в соответствии с Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами ОМС, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, ежегодными законами Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге ...» и другими нормативными правовыми актами РФ и Санкт-Петербурга. Оно определяет и устанавливает порядок применения способов оплаты медицинской помощи (МП); размер и структуру тарифов на оплату МП, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, являющейся частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП в Санкт-Петербурге, а также порядок и условия их применения; размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание МП, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание МП ненадлежащего качества.

В Санкт-Петербурге оплата оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с клинико-статистическими группами, для каждой из которых «Генеральным тарифным соглашением», утверждаемым ежегодно, определены сроки лечения. Оплата по полному тарифу осуществляется, если фактический срок пребывания пациентки в стационаре составляет не менее 80 % от установленной длительности лечения. В связи с этим стационары не заинтересованы в сокращении сроков стационарного лечения.

Вместе с тем, анализ средней длительности пребывания на койке пациенток с рядом гинекологических заболеваний свидетельствует о существенных различиях этих показателей и длительности стационарного лечения больных с этой патологией, установленной в соответствии с клинко-статистическими группами (табл. 5.7).

Так, в 2019 году пациентки с сальпингоофоритом находились на стационарном лечении в среднем 6,4 дн., что составляет 53,3% от сроков лечения по данной клинко-статистической группе. Длительность оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара по клинко-статистической группе «эндометриоз» составляет 14 дн., а фактический срок лечения в городских больницах – 6,8 дн. (48,6% рекомендуемого срока).

Таблица 5.7 Сопоставление средней длительности лечения в стационарах города пациенток с гинекологическими заболеваниями и длительности лечения по соответствующей клинко-статистической группе

Код по КСГ	Диагноз	Длительность лечения по КСГ, дн.	80 % от длительности лечения по КСГ, дн.	Средняя длительность лечения в стационарах СПб, дн.	% от длительности лечения по КСГ
361010	Острый сальпингоофорит	12	10	6,4	53,3
361020	Хронический сальпингоофорит	12	10		
361040	Эндометриоз	14	12	6,8	48,6
361120	Полип, эрозия	3	3	2,9	96,7
361160	Гиперменорея	10	8	2,9	29,0
361150	Женское бесплодие	8	7	2,9	36,3

Наиболее существенно отличаются рекомендуемые и фактические сроки стационарного лечения больных по поводу гиперменореи (соответственно, 10 дн. и 2,9 дн.; 29,0% рекомендуемого срока) и по поводу бесплодия (соответственно, 8 дн. и 2,9 дн.; 36,3 % рекомендуемого срока)



Для стационарных отделений скорой медицинской помощи действуют иные тарифы, причем, койко-день в этих отделениях дороже, так как значительный объем лечебно-диагностических услуг, определяемых стандартами оказания медицинской помощи, выполняется в течение одного дня (при госпитализации на койки суточного пребывания) или в течение 3 дней (при госпитализации на койки кратковременного пребывания).

Безусловно, при необходимости проведения краткосрочного обследования и лечения в условиях стационара, отсутствии показаний к госпитализации в специализированные гинекологические отделения СтОСМП является более предпочтительным. Кадровые ресурсы и лечебно-диагностические возможности СтОСМП позволяют в короткие сроки установить диагноз и провести комплекс лечебных мероприятий с последующим продолжением лечения в амбулаторных условиях.

Тарифы скорой медицинской помощи СтОСМП и порядок их применения представлены в Приложении Е. Указанные тарифы применяются за законченный случай лечения пациента в стационарном отделении скорой медицинской помощи при условии выполнения ему не менее 3-х лабораторных и 2-х инструментальных исследований. Они разрешены к использованию в определенных медицинских организациях города, работающих в режиме стационаров скорой помощи. Утвержденные тарифы скорой медицинской помощи СтОСМП по профилю «акушерство и гинекология» представлены в табл. 5.8.

Таблица 5.8 Тарифы на оплату медицинских услуг пациентам в условиях СтОСМП (на койках скорой медицинской помощи) - приложение № 4 к Генеральному тарифному соглашению Санкт-Петербурга на 2021 год (фрагмент)

Код тарифа	Название КСГ взрослый	Тариф, руб.	Длительность	Тариф досуточный
521021	Оказание помощи гинекологическим больным (пострадавшим) на койке динамического наблюдения	6 847,10	1	6 847,10
521023	Оказание помощи, наблюдение и краткосрочное лечение гинекологических больных (пострадавших) на койке краткосрочного пребывания	11363,10	3	6 847,10

В ходе выполнения данного исследования проанализированы случаи оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи не только в гинекологических отделениях СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, но и в отделении скорой медицинской помощи на предмет их медико-социальной и финансово-экономической эффективности, сопоставлены размеры оплаты случаев лечения и рентабельности оказания медицинской помощи в сравниваемых отделениях.

Используя методику организационного эксперимента, мы попытались сравнить стандартно используемые тарифы специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» у пациентов с краткосрочным пребыванием (со сроками пребывания до 3 суток), получивших медицинскую помощь на койках специализированных отделений (по выставленным на оплату счетам), и утвержденные тарифным соглашением Санкт-Петербурга тарифы скорой медицинской помощи для стационарных отделений скорой медицинской помощи, которые могли бы быть использованы у данной категории больных (при условии их лечения в СтОСМП). Для этого рассчитали и сравнили экономические показатели для фактически пролеченных в течение года (2021) пациентов (n=1367, сплошная выборка), используя 2 варианта расчетов (тарифов).

Сравнительная характеристика тарифов на оплату случаев оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» со сроками пребывания до 3 суток при использовании тарифов специализированной медицинской помощи и тарифов скорой медицинской помощи, а также их финансовая эффективность представлены в табл. 5.9 и 5.10.

Как показали расчеты, использование тарифов скорой медицинской помощи у пациентов, нуждающихся в медицинской помощи в экстренной и неотложной форме (n=1367), в условиях СтОСМП позволяет получить значительно превосходящий финансовый эффект, превышающий эффект от стандартного использования тарифов специализированной медицинской помощи в 2,7 раза (больше на 7,5 млн руб., на 173,4%,  $p < 0,01$ ).

Ориентируясь на выставленные счета в системе ОМС, следует отметить, что 1-суточная госпитализация потребовалась 35,3% пациентов с краткосрочным (до 3-х сут.) пребыванием, 2-х суточная – 29,6%, 3-х суточная – 25,9% больных. Статистически значимых различий между этими сроками нет ( $p > 0,05$ ). Досуточное пребывание в стационаре наблюдалось значительно реже (в 2 и более раз,  $p < 0,01$ ) и отмечалось в 9,2% случаев.

Результаты внедрения технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи для больных акушерско-гинекологического профиля с использованием соответствующих тарифов скорой медицинской помощи в условиях СтОСМП в 2022 году показали свою эффективность: тариф 521021 - Оказание помощи гинекологическим больным (пострадавшим) на койке динамического наблюдения (6847,1 руб.) - был выставлен 219 пациентам с досуточным пребыванием, экономический эффект составил 1499514,9 руб. (табл. 5.11).

Таблица 5.9 Сравнительная характеристика оплаты случаев оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» со сроками пребывания до 3-х суток при использовании тарифов специализированной и скорой медицинской помощи (фрагмент)

Номер мед. карты	Убыль из отделения	МКБ-10	Длительность пребывания пациента на койке	Выставленный тариф специализированной медицинской помощи (оплата койко-дней)		Альтернативный тариф скорой медицинской помощи в стационарных условиях (оплата койко-дней)	
				код тарифа	сумма	код тарифа	сумма
1	2	3	4	5	6	7	8
71*	ГО № 1	O03.9	2	361180	2 701,80	521023	9 105,10
110*	ГО № 1	O02.0	2	361170	2 386,40	521023	9 105,10
354*	ГО № 1	O02.0	1	361170	1 193,20	521023	6 847,10
400*	ГО № 1	N70.0	3	361010	5 654,10	521023	11 363,10
429*	ГО № 1	O02.0	2	361170	2 386,40	521023	9 105,10
519*	ГО №2	N92.4	3	361160	5 243,40	521023	11 363,10
533*	ГО №2	N84.0	0	361120	1 001,50	521021	6 847,10
668*	ГО №2	O20.0	3	462130	9 135,90	521023	11 363,10
712*	ГО № 1	O02.0	3	361170	3 579,60	521023	11 363,10
778*	ГО №2	N92.5	2	361160	3 495,60	521023	9 105,10
832*	ГО № 1	O02.0	2	361170	2 386,40	521023	9 105,10
950*	ГО №2	O20.0	3	462130	9 135,90	521023	11 363,10
962*	ГО №2	N83.2	0	361110	915,30	521021	6 847,10
1075*	ГО №2	N83.2	3	361260	4 885,50	521023	11 363,10
1130*	ГО № 2	O20.0	3	462130	9 135,90	521023	11 363,10
1145*	ГО № 1	O02.0	1	361170	1 193,20	521023	6 847,10
1215*	ГО № 1	E28.8	3	361160	5 243,40	521023	11 363,10
1273*	ГО № 1	E28.8	3	361160	5 243,40	521023	11 363,10
1598*	ГО № 1	O02.0	1	361170	795,50	521023	6 847,10
1893*	ГО № 1	O02.0	3	361170	3 579,60	521023	11 363,10
2006*	ГО №2	O02.0	3	361170	3 579,60	521023	11 363,10
2048*	ГО № 1	O03.9	1	361180	900,60	521023	6 847,10
2215*	ГО №2	N92.5	1	361160	1 747,80	521023	6 847,10
2249*	ГО №2	N92.4	1	361160	1 165,20	521023	6 847,10
2255*	ГО №2	N92.5	1	361160	1 165,20	521023	6 847,10
...	...	...	...	...	...	...	...
n=1367							
<b>Итого (за 1 год, руб. )</b>					<b>4344376,8</b>		<b>11 876 639,0</b>
Разница (столб. 8 и 6), руб.							7 532 262,2
Разница (столб. 8 и 6), %							173,4

\*- номер мед. карты частично скрыт

ГО – гинекологическое отделение (ГО № 1 или ГО № 2)

Таблица 5.10 Экономическая характеристика потока пациентов по профилю «акушерство и гинекология» при использовании тарифов специализированной и скорой медицинской помощи

Показатель	№ Строки	Сроки пребывания в стационаре (сут.)				Всего
		0 (до сут.)	1	2	3	
№ Столбца	1	2	3	4	5	6
N, абс. знач.	2	126	483	404	354	<b>1367</b>
Доля пациентов, %	3	9,2	35,3	29,6	25,9	100,0
Тарифы специализированной медицинской помощи (выставлены)						
Финансовый эффект, руб.	4	394587,9	679271,1	1340414,7	1930103,1	<b>4344376,8</b>
Финансовый эффект, %	5	9,1	15,6	30,9	44,4	100,0
Тарифы скорой медицинской помощи (альтернативные)						
Финансовый эффект, руб.	6	867134,1	3306836,9	3707226,6	3995441,4	<b>11876639,0</b>
Финансовый эффект, %	7	7,3	27,8	31,2	33,6	100,0

Таблица 5.11 Результаты внедрения технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи для больных акушерско-гинекологического профиля с использованием соответствующих тарифов скорой медицинской помощи (итоги 2022 года)

Номер мед карты	Дата поступления	Дата убытия	МКБ-10	Профиль	Название профиля	Отделение	Выставлен счет, руб.
1	2	3	4	5	6	7	8
63*	03.01.21	03.01.21	N92.5	521021	Оказание помощи гинекологич. больным (пострадавшим) на койке динамического наблюдения	СтОСМП	6847,1
238*	11.01.21	11.01.21	N70.0	521021		СтОСМП	6847,1
709*	29.01.21	29.01.21	N92.5	521021		СтОСМП	6847,1
730*	30.01.21	30.01.21	N92.5	521021		СтОСМП	6847,1
989*	10.02.21	10.02.21	N92.5	521021		СтОСМП	6847,1
995*	10.02.21	10.02.21	N92.5	521021		СтОСМП	6847,1
1036*	12.02.21	12.02.21	N92.5	521021		СтОСМП	6847,1
1158*	18.02.21	18.02.21	N92.4	521021		СтОСМП	6847,1
1239*	22.02.21	22.02.21	N70.0	521021		СтОСМП	6847,1
1315*	25.02.21	25.02.21	N70.1	521021		СтОСМП	6847,1
1316*	25.02.21	25.02.21	N70.0	521021		СтОСМП	6847,1
1376*	28.02.21	28.02.21	N70.0	521021		СтОСМП	6847,1
1438*	03.03.21	03.03.21	C56.0	521021		СтОСМП	6847,1
...	...	...	...	...		...	...
8384*	30.12.21	30.12.21	N70.0	521021	Тот же	СтОСМП	6847,1
n=219							
<b>Итого</b>				<b>521021</b>	Тот же	СтОСМП	<b>1499514,9</b>

\*- номер мед. карты (истории болезни пациента) частично скрыт

Анализ нозологической структуры пациентов акушерско-гинекологического профиля с досуточным пребыванием в СтОСМП представлен в табл. 5.12.

Таблица 5.12 Анализ нозологической структуры пациентов акушерско-гинекологического профиля с досуточным пребыванием в СтОСМП, 2022 г.

МКБ -10		Показатель	2022 год	Всего (по классам МКБ)	
				Абс. зн.	%
II.	Всего, С,	Абс. зн.	7	23	10,5
(C00-D48) <sup>1</sup>	в том числе	%	100,0		
	С 53,0	Абс. зн.	2		
		%	28,6		
	С 56,0	Абс. зн.	5		
		%	71,4		
	Всего, D,	Абс. зн.	16		
	в том числе	%	100,0		
	D 25,9	Абс. зн.	16		
		%	100,0		
IV.	Е 28,8	Абс. зн.	6	6	2,7
(E00-E90) <sup>2</sup>		%	100,0		
XIV.	Всего,	Абс. зн.	180	180	82,2
(N00-N99) <sup>3</sup>	в том числе	%	100,0		
	N 70,0	Абс. зн.	80		
		%	44,4		
	N 70.1	Абс. зн.	12		
		%	6,7		
	N 83.8	Абс. зн.	3		
		%	1,7		
	N 84.0	Абс. зн.	1		
		%	0,6		
	N 92.1	Абс. зн.	7		
		%	0,6		
	N 92.3	Абс. зн.	2		
		%	1,1		
	N 92.4	Абс. зн.	8		
		%	4,4		
	N 92.5	Абс. зн.	64		
		%	35,6		
	N 92.6	Абс. зн.	3		
		%	1,7		

## Продолжение таблицы 5.12

XV.	Всего,	Абс. зн.	10	10	4,6
(O00-O99) <sup>4</sup>	в том числе	%	100,0		
	O 02.2	Абс. зн.	9		
		%	90,0		
	O 21.0	Абс. зн.	1		
Итого		Абс. зн.		219	100,0

## Примечание к таблице 5.12

<sup>1</sup>II. Новообразования (C00-D48): C53 Злокачественное новообразование шейки матки; C56 Злокачественное новообразование яичника; D25 Лейомиома матки;

<sup>2</sup>IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90): E28 Дисфункция яичников;

<sup>3</sup>XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99): N70 Сальпингит и оофорит; N 83 Невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки; N 84 Полип женских половых органов; N 92 Обильные, частые и нерегулярные менструации;

<sup>4</sup>XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99): O02 Другие аномальные продукты зачатия; O03 Самопроизвольный аборт; O21 Чрезмерная рвота беременных.

Среди поступивших пациентов преобладали ( $p < 0,01$ ) больные с патологией XIV класса МКБ - Болезни мочеполовой системы (N00-N99): они составили 82,2%. Самыми распространенными ( $p < 0,01$ ) нозологическими формами у пациентов с досуточным пребыванием по профилю «акушерство и гинекология» в СтОСМП в 2022 году были: N70 (Сальпингит и оофорит; 36,5%) и N92 (Обильные, частые и нерегулярные менструации; 29,2%); вместе они составили 65,8% среди поступивших больных данной категории. По всей видимости, именно эти пациенты, несмотря на экстренный характер госпитализации, по тяжести своего состояния (заболевания) не нуждались в лечении на койках специализированных отделений стационара (в высокотехнологичных методах диагностики и лечения, круглосуточном врачебном наблюдении), а требовали уточнения диагноза, консультации специалиста, минимального объема обследования для исключения угрожающего жизни и здоровью состояния, а также рекомендаций для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Следует отметить, что возможность использования тарифов скорой медицинской помощи у пациентов с краткосрочным пребыванием, не

требующих высокотехнологичных методов диагностики и лечения, мотивирует медицинскую организацию оперативно, в максимально сжатые сроки выполнить весь комплекс необходимых пациенту лечебно-диагностических мероприятий, чтобы обеспечить одно из условий использования тарифа – временной интервал (до 24 час. – на койке СМП суточного пребывания, до 72 час. – на койке СМП краткосрочного пребывания). Это в полной мере соответствует принципам организации работы скорой медицинской помощи (в данном случае – в стационарных условиях, в СтОСМП), обеспечивает высокий оборот койки в СтОСМП, доступность и качество медицинской помощи (Барсукова И.М. и соавт., 2022бв).

#### **5.5. Механизмы совершенствования организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи**

В ходе исследования по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи проведен детальный анализ ресурсного, операционного и финансового менеджмента в соответствии с триадой: структура (ресурсы) – процесс (технология) – результат.

По результатам работы в соответствии с целью, задачами и программой исследования, представлены особенности и перспективы совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи, имеющие научно-методическое и практическое значение (табл. 5.13).



Таблица 5.13 Особенности и перспективы совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи

Показатели	Особенности и перспективы совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического (АГ) профиля в стационаре скорой медицинской помощи (СМП)
Структура стационара СМП	Стационарное отделение скорой медицинской помощи - СтОСМП (приемно-диагностическое с коечным фондом): <ul style="list-style-type: none"> <li>- суточного пребывания (до 24 час.)</li> <li>- краткосрочного пребывания (до 72 час.)</li> </ul> Специализированные отделения АГ профиля
Койки стационара СМП	Скорой медицинской помощи в структуре СтОСМП*: <ul style="list-style-type: none"> <li>- суточного пребывания (до 24 час.)</li> <li>- краткосрочного пребывания (до 72 час.)</li> </ul> Профильные специализированные в структуре специализированных отделений АГ профиля
Врачебные кадры	Врачи скорой медицинской помощи Старшие врачи СтОСМП Врачи-специалисты (акушеры-гинекологи, штатные или консультанты) Врачи диагностических служб (по показаниям)
Алгоритм действий при поступлении пациентов в стационаре СМП	Медицинская сортировка пациентов по тяжести состояния, социальной и эпидемиологической безопасности с выделением потоков (зеленый, желтый, красный) Регистрация Прием (первичный осмотр) врача скорой медицинской помощи Лечебно-диагностические мероприятия (с использованием общеклинических методов) Консультативная помощь врача-специалиста акушера-гинеколога (по показаниям, с использованием методов АГ диагностики)* Определение показаний к госпитализации на специализированное (АГ и/или иного профиля) отделение (по результатам диагностики) Оказание медицинской помощи амбулаторным пациентам (не нуждающимся в госпитализации) Динамическое наблюдение на койках скорой медицинской помощи* Диагностика и краткосрочное лечение на койках скорой медицинской помощи* <ul style="list-style-type: none"> <li>- суточного пребывания (до 24 час.)</li> <li>- краткосрочного пребывания (до 72 час.)</li> </ul> Направление в специализированные отделения АГ профиля (по показаниям)
Тарифы ОМС	Скорой медицинской помощи в структуре СтОСМП: <ul style="list-style-type: none"> <li>- суточного пребывания (до 24 час.)</li> <li>- краткосрочного пребывания (до 72 час.)</li> </ul> Профильные специализированные за оказание медицинской помощи пациентам специализированных отделений АГ профиля

\*с учетом особенностей контингента пациентов - организацией обособленных палат, смотровых и диагностических кабинетов для пациентов АГ профиля

Механизмы совершенствования акушерско-гинекологической помощи в стационаре скорой медицинской помощи и Алгоритм маршрутизации пациентов АГ профиля в стационарных условиях представлены на рис. 5.5 и 5.6.



Рисунок 5.5 – Механизмы совершенствования акушерско-гинекологической (АГ) помощи в стационаре скорой медицинской помощи (СМП)

Разработана Технологическая карта по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи, включающая мероприятия надзорного, нормативного правового, организационного и экономического характера (табл. 5.14).

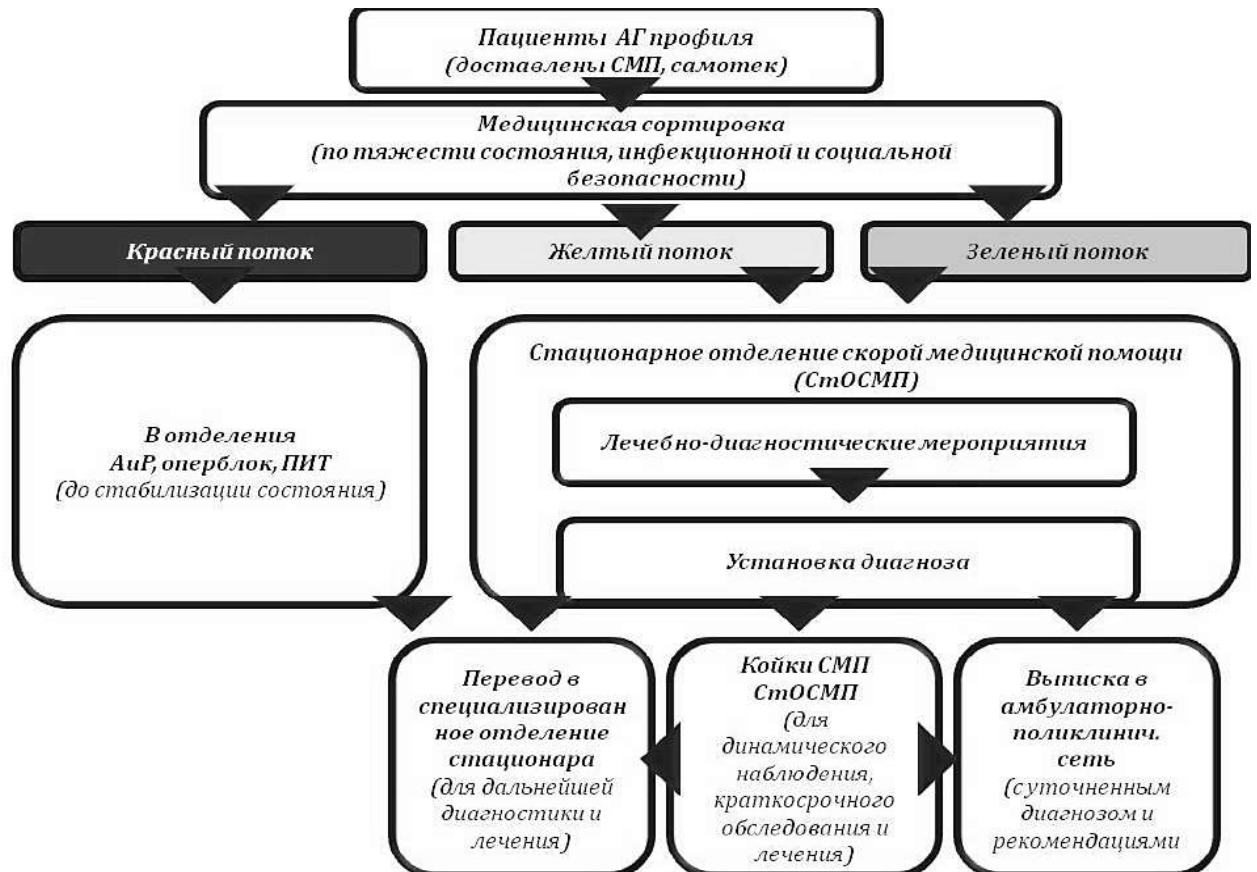


Рисунок 5.5 – Алгоритм маршрутизации пациентов аушерско-гинекологического (АГ) профиля в стационарных условиях

В итоге исследования разработаны организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи:

- обоснованы научно-методические положения и выводы,
- даны практические рекомендации,
- представлены перспективы развития,
- разработаны алгоритмы маршрутизации пациентов в многопрофильном стационаре СМП,
- разработана Технологическая карта по совершенствованию медицинской помощи пациентам с гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи,
- подготовлено (и издано) учебное пособие,
- результаты исследования внедрены в практическую работу научных, лечебных и образовательных организаций (акты внедрения).

Таблица 5.14 Технологическая карта по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи

Цель: разработать комплекс мероприятий по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи		
Мероприятия	Задачи	Технология и результат
1. Мероприятия надзорного характера	аудит существующих и строящихся в субъекте РФ стационаров СМП с койками АГ профиля	<ul style="list-style-type: none"> <li>- анализ структуры и технологии оказания медицинской помощи, результативности работы стационара (с учетом показателей доступности и качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов уровнем медицинской помощи, эффективности использования коечного фонда и ресурсов);</li> <li>- особое внимание оказанию медицинской помощи пациентам АГ профиля</li> </ul>
2. Мероприятия нормативного правового характера	<p>приведение нормативного правового обеспечения стационара СМП в соответствие с:</p> <p>Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»</p> <p>Приказом Минздравсоцразвития от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»</p> <p>Приказом Минздрава России от 10.05.2017 N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»</p> <p>- Постановлением Правительства РФ от 01.06.2021 N 852 "О лицензировании медицинской деятельности ...»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- разработка нормативных правовых актов стационара СМП локального характера (положения о СтОСМП, должностных инструкций персонала СтОСМП, алгоритмов оказания медицинской помощи в условиях СтОСМП и др.) для оказания медицинской помощи АГ профиля</li> <li>- корректировка профильного приказа (коечного фонда) МО</li> <li>- корректировка штатного расписания МО</li> </ul>

Продолжение таблицы 5.14

3. Мероприятия организационного характера	формирование СтОСМП с размещением приемно-диагностического блока и коек скорой медицинской помощи (суточного и краткосрочного пребывания), внедрение технологии СтОСМП для пациентов АГ профиля	<ul style="list-style-type: none"> <li>- разработка архитектурно-планировочного проекта с обеспечением зонирования (красная, желтая и зеленая зоны), медицинской сортировки, диагностического наблюдения на койках скорой медицинской помощи с учетом особенностей контингента пациентов (организация обособленных палат, смотровых и диагностических кабинетов для пациентов АГ профиля);</li> <li>- разработка лечебно-диагностических алгоритмов и оптимальной логистики пациентов и персонала МО;</li> <li>- организация подготовки кадров СтОСМП</li> </ul>
4. Мероприятия экономического характера	решение вопросов финансово-экономического обеспечения	<ul style="list-style-type: none"> <li>- утверждение стационарных тарифов СМП для пациентов АГ профиля</li> <li>- корректировка планового государственного задания МО</li> </ul>

Сокращения:

СМП – скорая медицинская помощь,

АГ – акушерско-гинекологический,

СтОСМП – стационарное отделение скорой медицинской помощи,

МО – медицинская организация

Результаты исследования в полной мере внедрены в работу ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт имени И.И. Джанелидзе» Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга:

– в научной его деятельности – при разработке НИР по совершенствованию скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах (научное подразделение – Отдел организации скорой медицинской помощи);

– в клинической работе, реализуемой в условиях нового лечебно-диагностического корпуса, введенного в эксплуатацию в декабре 2022 года;

– в образовательной деятельности – при подготовке специалистов (скорой медицинской помощи, врачей акушеров-гинекологов, организаторов здравоохранения) в условиях Учебного центра института.

Разработанные в ходе исследования организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи имеют положительные количественный и качественный эффекты, они направлены:

Количественный эффект -

- на рациональное использование (оптимизацию) коечного фонда стационара скорой медицинской помощи (за счет оперативности организации лечебно-диагностического процесса, сокращения времени пребывания пациентов в стационаре при развертывании коек скорой медицинской помощи суточного и краткосрочного пребывания, высвобождении специализированного коечного фонда);
- на повышение экономической эффективности работы стационара скорой медицинской помощи (при использовании тарифов скорой медицинской помощи в стационарных условиях);

Качественный эффект -

- на повышение доступности и качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов АГ профиля уровнем медицинской помощи;
- на совершенствование технологии оказания медицинской помощи - реализация лечебно-диагностических алгоритмов и оптимальной логистики пациентов и персонала стационара скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи пациентам с гинекологической патологией.

Выводы по V главе:

1. Данные догоспитального этапа оказания СМП свидетельствуют о высокой доле (93-95%) госпитализации пациентов с патологией акушерско-гинекологического профиля, что связано со значительным риском развития жизнеугрожающих состояний у этой категории обратившихся и ограниченными лечебно-диагностическими возможностями персонала бригад СМП; а также о снижении общего числа обращений акушерско-гинекологического профиля (на 20,6%) и экстренных госпитализаций в роддом (на 30,4%) в подразделениях догоспитального этапа скорой медицинской помощи.

2. Изучение особенностей организации оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в условия женской консультации за период наблюдения (2015-2022 гг.) позволил заключить:

- о росте численности прикрепленного к ЖК женского населения на 12,3%, в том числе женщин фертильного возраста на 9,7%, что обусловило рост числа посещений ЖК на 19,0%, в том числе на дому на 29,8%;
- о существенном увеличении абсолютного числа экстренных госпитализаций пациенток по направлению ЖК (более, чем в 1,5 раза, на 57,3 %) и числа госпитализаций в расчете на 1000 женщин (на 48,1%);
- об изменении (увеличении) возрастного состава госпитализируемых: с 2016 г. первое место занимали пациентки в возрасте 30-39 лет, а в 2022 г.,

женщины данной возрастной группы составили почти половину (49,0%) госпитализируемых;

- о нозологическом составе пациенток, госпитализированных в экстренном порядке по направлению врачей ЖК: первое место (74,4%, 2022 г.) заняли пациентки, направленные в стационар по поводу беременности, родов и послеродового периода (XV класс по МКБ -10), второе (20,9%) - с болезнями мочеполовой системы (класс XIV по МКБ-10);
- особого внимания заслуживает существенное уменьшение удельного веса женщин, госпитализированных по поводу нормально протекающей беременности: их доля уменьшилась с 8,4 % (2018 г.) до 2,5 % (2019 г.) и до 1,7 % (2022 г.).

3. Современное состояние многопрофильных стационаров СМП требует разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса в целях оптимизации использования имеющихся ресурсов. Технология функционирования стационарного отделения СМП предполагает медицинскую сортировку входящего потока пациентов по степени тяжести состояния пациента, его инфекционной и социальной опасности для окружающих; раннее синдромальное лечение; госпитализацию пациентов с признаками угрозы жизни и здоровью (или риском их развития); динамическое наблюдение для уточнения диагноза и краткосрочное лечение.

4. Развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи открывает новые возможности для оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология». Эти возможности имеют не только перспективные медико-социальные, организационные, лечебно-диагностические, но и финансово-экономические аспекты.

5. Использование тарифов скорой медицинской помощи для пациентов по профилю «акушерство и гинекология» с краткосрочным пребыванием, нуждающихся в медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, является экономически обоснованным и целесообразным. Такой подход позволяет получить максимальный экономический эффект при



сокращении сроков пребывания в стационаре, высоких показателях оборота койки скорой медицинской помощи, рациональной и оперативной организации лечебно-диагностического процесса для пациентов акушерско-гинекологического профиля.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования решены все поставленные нами задачи. Представлен аналитический обзор научных исследований по современному состоянию и общим проблемам оказания специализированной акушерско-гинекологической медицинской помощи в медицинских организациях скорой медицинской помощи. Изучение и обобщение отечественного и зарубежного опыта по теме диссертации выявило многообразие подходов к совершенствованию организационных механизмов развития систем оказания акушерско-гинекологической и скорой медицинской помощи. Анализ доступной литературы показал, что в настоящий момент в нашей стране и в мире идет поиск концепций, методологий, наиболее актуальных направлений инновационного развития. Все эти и другие аспекты связаны с необходимостью совершенствования системы менеджмента медицинских организаций скорой медицинской помощи, в том числе в отношении больных по профилю «акушерство и гинекология».

В работе многопланово рассмотрены вопросы организации медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» на догоспитальном и госпитальном этапах, нуждающимся в экстренной и неотложной медицинской помощи. Выстраивая единую линию маршрутизации этих больных в медицинских организациях города, мы практически связали различные виды оказания медицинской помощи (первичную медико-санитарную, специализированную и скорую) в разных условиях (вне медицинской организации, амбулаторно и стационарно) и формах (экстренной и неотложной) ее предоставления, чтобы изучить особенности организации этой помощи с позиции различных организаций, найти общие проблемы и закономерности. При этом основной акцент сделали на стационарном отделении скорой медицинской помощи – новой современной технологии, обеспечивающей организационное и

технологическое единство этих этапов.

Вопросы женского здоровья исключительно важны, так как напрямую связаны с демографическими проблемами в нашей стране – снижением рождаемости (за 5 лет на 21,6% в РФ и на 25,4% в Санкт-Петербурге) и убыли населения (2000-2022 гг.). Поэтому одним из актуальных направлений улучшения репродуктивного здоровья является совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи, повышение ее доступности и качества.

Проведен анализ обеспеченности населения РФ и Санкт-Петербурга койками акушерско-гинекологического профиля и врачами акушерами-гинекологами (2015 – 2022 гг.), который выявил, что оказание медицинской помощи в стационарных условиях в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе региональных схем маршрутизации, предусматривающих возможность предоставления дифференцированного объема обследования и лечения с учетом степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности медицинских организаций, уровня оснащения, обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами и подчиненности. Изучение динамики числа коек акушерско-гинекологического профиля в РФ (2000-2022 гг.) показало, что в стране число коек акушерско-гинекологического профиля сократилось практически на треть: гинекологических – на 20,9 тыс. (-32,4%), для беременных, рожениц и родильниц – на 25,1 тыс. коек (-32,4%), соответственно, снизилась и обеспеченность женского населения койками (на 10000 женского населения). Оценка динамики показателей использования акушерско-гинекологических коек и уровня госпитализации женщин в акушерско-гинекологические отделения стационарных учреждений Санкт-Петербурга в 2015-2020 гг. свидетельствует о снижении числа госпитализаций на койки для беременных и рожениц – на 21,3%, на гинекологические койки для взрослых – на 30,7 %. Сравнительный анализ показателей использования коечного фонда гинекологических отделений в стационарах городского и федерального

подчинения свидетельствовал о разнонаправленном перераспределении больных между медицинскими организациями: снижении объемных показателей работы в городских стационарах при росте таковых в федеральных.

Анализ кадрового состава врачей в РФ выявил незначительную положительную динамику врачей акушеров-гинекологов: за 2015-2022 гг. их число выросло на 1,2% (на 0,5 тыс. чел., с 24,8 до 43,3 тыс. чел.), а обеспеченность кадрами – на 1,9% (с 5,4 до 5,5 на 10000 населения). В Санкт-Петербурге число физических лиц акушеров-гинекологов в «допандемийный» период (2015-2019 гг.) увеличилось с 1559 до 1697 чел. (+ 8,8 %), а обеспеченность женского населения врачами данной специальности увеличилось с 5,44 до 5,76 в расчете на 10 000 женщин (+ 5,9 %). Изучение динамики числа штатных должностей во всех медицинских организациях городского и федерального подчинения за 2015-2020 гг. показало, что, начиная с 2017 года, наметилась отчетливая тенденция к увеличению общего числа штатных должностей акушеров-гинекологов (+6,3%, 2015-2020 гг.). В течение 2015-2020 гг. практически 3/5 всех штатных должностей врачей данной специальности были сосредоточены в медицинских организациях и подразделениях амбулаторного типа. Число штатных должностей акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и в амбулаторных условиях, также имеет положительную динамику (+6,3%, 2015-2020 гг.), однако, дефицит этих специалистов сохраняется, укомплектованность штатных должностей (по физическим лицам) составляет 77,9% (2020 г.). Удельный вес акушеров-гинекологов, имевших квалификационные категории, превышает удельный вес врачей всех специальностей, имевших на конец года квалификационную категорию (53,5% и 46,6 %, соответственно, 2020 г.).

Изучение организационных аспектов госпитализации пациентов акушерско-гинекологического профиля, поступивших в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи (2015-2022 гг.), позволило заключить, что около 10% пациентов самостоятельно обращаются за необходимой

медицинской помощью без участия организаций первичного медико-санитарного звена и скорой медицинской помощи в силу доступности диагностических ресурсов стационарных отделений скорой медицинской помощи, работающих в круглосуточном режиме; доля этих пациентов может быть значительно выше в силу особенностей состояния поступающих больных (преимущественно, удовлетворительное). При этом значительная часть пациентов, поступающих в стационар СМП по экстренным показаниям, не нуждается в оказании медицинской помощи на койках круглосуточного пребывания, как по тяжести своего состояния, так и по нуждаемости в специализированных лечебно-диагностических мероприятиях; развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи дает возможность сортировки поступающих пациентов по этим критериям. Почти каждый пятый (22,9%) поступающий в экстренном порядке пациент получает адекватный (необходимый и достаточный) объем медицинской помощи в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях или на койках скорой медицинской помощи досуточного пребывания; уточненный диагноз и результаты обследования обеспечивают преемственность в оказании медицинской помощи и позволяют продолжить лечение и врачебное наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической сети. Следует отметить также снижение непрофильной госпитализации, в том числе поступление больных акушерско-гинекологического профиля под маской хирургической (на 22,8%) и терапевтической (на 17,7%) патологии, что свидетельствует о повышении качества диагностического процесса на догоспитальном этапе и в условиях СтОСМП.

Анализ временных интервалов показал, что подавляющее большинство (77,6%) пациентов поступает в стационар в интервале с 9.00 до 21.00, т.е. в часы работы амбулаторно-поликлинических учреждений (поликлиник, женских консультаций), направляющих больных на экстренную госпитализацию, и снижение их доли в ночное время, что свидетельствует о повышении качества работы амбулаторно-поликлинических учреждений.

Среднее время пребывания пациента в СтОСМП составило около 2-х часов, в динамике (2015-2022 гг.) наблюдается снижение показателя; при этом особенностью работы современного отделения скорой медицинской помощи стационара является не столько первичный осмотр и регистрация поступающего пациента, сколько целый комплекс организационных (медицинская сортировка, динамическое наблюдение) и лечебно-диагностических мероприятий, связанных с определением уровня и места оказания медицинской помощи. Отмечены невысокие сроки госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология», поступивших в стационар СМП в экстренном порядке, с преобладанием больных, нуждающихся в краткосрочной медицинской помощи: подавляющее большинство пациентов (95,7%) находились в стационаре до 10 дней, из которых каждый пятый (20,4%) – менее 1 суток, 38,9% – в течение 1 суток, 54,2% – до 3-х суток, 71,7% – менее 5 суток; наблюдается тенденция к дальнейшему снижению сроков пребывания в стационаре.

Анализ медико-статистических особенностей пациентов акушерско-гинекологического профиля, поступивших в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи (2015-2022 гг.) позволил заключить о преобладании пациентов в возрасте 25-39 лет (они составили более половины входящего потока - 54,6%), что связано с наибольшей нагрузкой на репродуктивную сферу женщин именно в этот возрастной период; за период наблюдения отмечалось увеличение доли пациентов старших возрастных групп и увеличение среднего возраста пациентов, поступивших в стационар СМП по экстренным показаниям. Подавляющее большинство (88,1%;  $p < 0,01$ ) пациентов поступили с патологией XIV и XV классов болезней: XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99) – 16,9 тыс. пациентов, 46,3%; XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) – 15,2 тыс. пациентов, 41,8%. Самыми распространенными нозологическими формами были: Кровотечение в ранние сроки беременности (O20, 28,2%), Обильные, частые и нерегулярные менструации (N92, 12,3%), Лейомиома матки (D25, 7,6%); в динамике 2015-2019

гг. отмечается увеличение числа больных с патологией XIV класса на 12,6% ( $r=0,7$ ) при некотором снижении числа пациентов класса XV (на 11,6%), а также рост числа пациентов с патологией невоспалительного характера при снижении такового с патологией воспалительного характера.

Пациенты с неблагоприятным (летальным) исходом составляют  $35,4\pm 5,7$  человек в год, а показатель летальности -  $0,5\pm 0,03\%$ ; основной причиной были злокачественные новообразования женской половой сферы (влагалища, матки, яичников и молочных желез); отчетливо прослеживается преобладание больных старшей возрастной группы ( $\geq 55$  лет) – они составили 69,5%, отмечена тенденция повышения возраста: число больных в группе 40-54 г. за 5 лет снизилось на 41,7%, а в группе старше 55 лет – увеличилось на 28,6%. 84,2% этих пациентов при поступлении были госпитализированы в отделения анестезиологии и реанимации (в силу тяжести состояния), время пребывания в стационаре СМП значительной части пациентов (27,7%) составило менее суток (досуточная летальность).

Анализ догоспитального этапа оказания скорой медицинской помощи показал снижение общего числа обращений акушерско-гинекологического профиля (на 20,6%) и экстренных госпитализаций в роддом (на 30,4%), что коррелирует с демографическими особенностями в нашей стране, в том числе, снижением численности населения детородного возраста и показателей рождаемости, а также о высоком проценте госпитализации пациентов с патологией акушерско-гинекологического профиля (93-95%), связанный со значительным риском развития жизнеугрожающих состояний у этой категории обратившихся и крайне ограниченными лечебно-диагностическими возможностями персонала бригад СМП.

Данные женской консультации свидетельствовали о положительной демографической динамике в конкретном (Невском) районе Санкт-Петербурга: об увеличении численности прикрепленного женского населения на 12,3%, в том числе женщин фертильного возраста на 9,7%, что обусловило рост числа посещений на 19,0%, в том числе на дому на 29,8%. При этом наблюдалось

существенное увеличение абсолютного числа экстренных госпитализаций пациенток по направлению женской консультации (более, чем в 1,5 раза, на 57,3 %) и числа госпитализаций в расчете на 1000 женщин (на 48,1%). Следует отметить и изменение (увеличение) возрастного состава госпитализируемых: с 2016 г. первое место занимали пациентки в возрасте 30-39 лет, а в 2022 г., женщины данной возрастной группы составили почти половину (49,0%) госпитализируемых. В структуре нозологии пациенток первое место (74,4%, 2022 г.) заняли госпитализированные, направленные в стационар по поводу беременности, родов и послеродового периода (XV класс по МКБ -10), второе (20,9%) - с болезнями мочеполовой системы (класс XIV по МКБ-10). Особого внимания заслуживает существенное уменьшение удельного веса женщин, госпитализированных по поводу нормально протекающей беременности: их доля уменьшилась с 8,4 % (2018 г.) до 2,5 % (2019 г.) и до 1,7 % (2022 г.).

Анализ экономических аспектов госпитализации больных по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи позволил заключить, что возможность использования тарифов скорой медицинской помощи у пациентов с краткосрочным пребыванием, не требующих высокотехнологичных методов диагностики и лечения, мотивирует медицинскую организацию оперативно, в максимально сжатые сроки выполнить весь комплекс необходимых пациенту лечебно-диагностических мероприятий, чтобы обеспечить одно из условий использования тарифа – временной интервал (до 24 час. – на койке СМП суточного пребывания, до 72 час. – на койке СМП краткосрочного пребывания). Это в полной мере соответствует принципам организации работы скорой медицинской помощи (в данном случае – в стационарных условиях, в СтОСМП), обеспечивает высокий оборот койки в СтОСМП, доступность и качество медицинской помощи. Поэтому использование тарифов скорой медицинской помощи для пациентов по профилю «акушерство и гинекология» с краткосрочным пребыванием, нуждающихся в медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, является экономически обоснованным и целесообразным. Такой подход



позволяет получить максимальный экономический эффект при сокращении сроков пребывания в стационаре, высоких показателях оборота койки скорой медицинской помощи, рациональной и оперативной организации лечебно-диагностического процесса.

Таким образом, современное состояние многопрофильных стационаров СМП требует разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса в целях оптимизации использования имеющихся ресурсов. Технология функционирования стационарного отделения СМП предполагает медицинскую сортировку входящего потока пациентов по степени тяжести состояния пациента, его инфекционной и социальной опасности для окружающих; раннее синдромальное лечение; госпитализацию пациентов с признаками угрозы жизни и здоровью (или риском их развития); динамическое наблюдение для уточнения диагноза и краткосрочное лечение. Развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи открывает новые возможности для оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология». Причем, эти возможности имеют не только перспективные медико-социальные, организационные, лечебно-диагностические, но и финансово-экономические аспекты.

В ходе исследования по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи проведен детальный анализ ресурсного, операционного и финансового менеджмента в соответствие с триадой: структура (ресурсы) – процесс (технология) – результат. По результатам работы в соответствие с целью, задачами и программой исследования представлены особенности и перспективы совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи, имеющие научно-методическое и практическое значение. Разработана Технологическая карта по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного

стационара скорой медицинской помощи, включающая мероприятия надзорного, нормативного правового, организационного и экономического характера, отмечены качественный и количественный эффекты этих мероприятий.

## ВЫВОДЫ

1. Важной социальной и демографической проблемой современной России является низкий уровень рождаемости, не обеспечивающий воспроизводство населения: в Российской Федерации за 5 лет уровень рождаемости снизился на 21,6 %, а в Санкт-Петербурге – на 25,4%, естественный прирост населения РФ с 2016 года имеет отрицательное значение.

За период 2015-2022 гг. в стране существенно сократилось число коек акушерско-гинекологического профиля: гинекологических – на 20,9 тыс. (-32,4%), для беременных, рожениц и родильниц – на 25,1 тыс. коек (-32,4%), соответственно, снизилась и обеспеченность женского населения койками (на 10000 женского населения). В Санкт-Петербурге общее число профильных коек уменьшились на 16,4%, числа госпитализаций на койки для беременных и рожениц – на 21,3%, на гинекологические койки для взрослых - на 30,7 %.

Анализ кадрового состава врачей акушеров-гинекологов в РФ выявил незначительную положительную динамику: за 2015-2022 гг. их число выросло на 1,2% (на 0,5 тыс. чел., с 24,8 до 43,3 тыс. чел.), а обеспеченность кадрами – на 1,9% (с 5,4 до 5,5 на 10000 населения). В Санкт-Петербурге также отмечена положительная динамика, за период наблюдения практически 3/5 всех штатных должностей врачей данной специальности были сосредоточены в медицинских организациях и подразделениях амбулаторного типа; при этом дефицит акушеров-гинекологов в стационарах сохранялся, укомплектованность штатных должностей (по физическим лицам) составляла 77,9%.

2. Анализ организационных аспектов госпитализации пациентов акушерско-гинекологического профиля позволил заключить:

значительная часть пациентов не требует оказания медицинской помощи на койках круглосуточного пребывания, как по тяжести своего состояния, так и по нуждаемости в специализированных лечебно-диагностических мероприятиях; почти каждый пятый (22,9%) пациент получает адекватный

(необходимый и достаточный) объем медицинской помощи в условиях стационарного отделения СМП в амбулаторных условиях или на койках СМП досуточного пребывания;

среднее время пребывания пациента в СтОСМП (приемно-диагностическом) - около 2-х часов ( $121,2 \pm 117,0$  мин.); в динамике наблюдается снижение показателя; при этом особенностью работы современного отделения СМП стационара является не столько первичный осмотр и регистрация поступающего пациента, сколько целый комплекс организационных (медицинская сортировка, динамическое наблюдение) и лечебно-диагностических мероприятий, связанных с определением показаний для госпитализации на специализированную койку, а также уровня и места оказания медицинской помощи;

отмечены невысокие сроки госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» с преобладанием больных, нуждающихся в краткосрочной медицинской помощи: каждая пятая (20,4%) находилась в стационаре менее 1 суток, 38,9% – в течение 1 суток, 54,2% – до 3-х суток; наблюдается тенденция к дальнейшему снижению сроков пребывания в стационаре.

3. Анализ медико-статистических особенностей пациентов акушерско-гинекологического профиля, позволил заключить:

о преобладании пациентов в возрасте 25-39 лет (54,6%), что связано с наибольшей нагрузкой на репродуктивную сферу женщин именно в этот возрастной период; отмечалось увеличение доли пациентов старших возрастных групп и среднего возраста, поступивших в стационар СМП по экстренным показаниям;

подавляющее большинство (88,1%) пациентов поступили с патологией XIV и XV классов болезней (Болезни мочеполовой системы (N00-N99), 46,3%) и Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), 41,8%); самыми распространенными нозологическими формами были: Кровотечение в ранние сроки беременности (O20, 28,2%), Обильные, частые и нерегулярные

менструации (N92, 12,3%), Лейомиома матки (D25, 7,6%); в динамике отмечается увеличение числа больных с патологией XIV класса (на 12,6%), а также рост числа пациентов с патологией невоспалительного характера при снижении такового с патологией воспалительного характера;

пациенты с неблагоприятным (летальным) исходом составляют  $35,4 \pm 5,7$  человек в год, а показатель летальности - 0,4-0,6% при отсутствии выраженной динамики показателя за период наблюдения; основной причиной были злокачественные новообразования женской половой сферы; преобладали (69,5%) больные старшей возрастной группы ( $\geq 55$  лет), отмечена тенденция повышения возраста: число больных в группе старше 55 лет – увеличилось на 28,6%; 84,2% этих пациентов поступали в тяжелом состоянии; время пребывания в стационаре СМП значительной части пациентов (27,7%) составило менее суток (досуточная летальность).

4. Данные догоспитального этапа оказания СМП свидетельствуют о высокой доле (93-95%) госпитализации пациентов с патологией акушерско-гинекологического профиля, что связано со значительным риском развития жизнеугрожающих состояний у этой категории обратившихся и ограниченными лечебно-диагностическими возможностями персонала бригад СМП; о снижении общего числа обращений акушерско-гинекологического профиля (на 20,6%) и экстренных госпитализаций в роддом (на 30,4%).

Изучение особенностей организации оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в условия женской консультации (ЖК) за период наблюдения (2015-2022 гг.) позволило заключить:

о существенном увеличении абсолютного числа экстренных госпитализаций пациенток по направлению ЖК (более, чем в 1,5 раза, на 57,3 %) и числа госпитализаций в расчете на 1000 женщин (на 48,1%);

об изменении (увеличении) возрастного состава госпитализируемых: с 2016 г. первое место занимали пациентки в возрасте 30-39 лет, а в 2022 г., женщины данной возрастной группы составили почти половину (49,0%) госпитализируемых;

о нозологическом составе пациенток: первое место (74,4%) заняли пациентки, направленные в стационар по поводу беременности, родов и послеродового периода (XV класс по МКБ -10), второе (20,9%) - с болезнями мочеполовой системы (класс XIV по МКБ-10); особого внимания заслуживает существенное уменьшение удельного веса женщин, госпитализированных по поводу нормально протекающей беременности: их доля уменьшилась с 8,4 % (2018 г.) до 2,5 % (2019 г.) и до 1,7 % (2022 г.).

Современное состояние многопрофильных стационаров СМП требует разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса в целях оптимизации использования имеющихся ресурсов. Развитие стационарных отделений скорой медицинской помощи открывает новые возможности для оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология». Эти возможности имеют не только перспективные медико-социальные, организационные, лечебно-диагностические, но и финансово-экономические аспекты.

5. Использование тарифов скорой медицинской помощи для пациентов по профилю «акушерство и гинекология» с краткосрочным пребыванием, нуждающихся в медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, является экономически обоснованным и целесообразным, позволяет получить максимальный экономический эффект при сокращении сроков пребывания в стационаре, высоких показателях оборота койки скорой медицинской помощи, рациональной и оперативной организации лечебно-диагностического процесса.

6. По результатам исследования разработаны организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи: представлены особенности и перспективы развития системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи, разработаны Алгоритм маршрутизации пациентов и Технологическая карта по

совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи, подготовлено учебное пособие.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

*Министерству здравоохранения Российской Федерации:*

- принять к рассмотрению разработанную в ходе исследования Технологическую карту по совершенствованию медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи.

*Территориальным органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, территориальным фондам ОМС:*

- предусмотреть при разработке территориальных программ здравоохранения комплекс мероприятий по совершенствованию работы больниц скорой помощи: приведение ее в соответствие с Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», включающей внедрение технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи, организацию подготовки кадров для этого отделения, разработку и внедрение тарифов скорой медицинской помощи для стационарного этапа скорой медицинской помощи, в том числе для оплаты медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля;

*Главным врачам медицинских организаций скорой медицинской помощи стационарного типа:*

принять к сведению разработанные в ходе исследования методические материалы: особенности и перспективы развития системы оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи, Алгоритм маршрутизации пациентов и Технологическую карту по совершенствованию организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи;



в целях организации лечебно-диагностического процесса для больных по профилю «акушерство и гинекология» предусмотреть необходимость развертывания обособленных палат, смотровых и диагностических кабинетов в СтОСМП с возможностью оказания медицинской помощи пациентам на койках скорой медицинской помощи суточного и краткосрочного пребывания; в штатном расписании помимо врачей скорой медицинской помощи – основного персонала СтОСМП, обеспечить наличие профильных специалистов (врачей акушеров-гинекологов), которые могут быть штатными сотрудниками СтОСМП либо консультантами, привлекаемыми для организации лечебно-диагностического процесса профильным больным; обеспечить организацию лечебно-диагностического процесса в СтОСМП в режиме 24/7.

*Руководителям образовательных организаций:*

повысить уровень подготовки специалистов скорой медицинской помощи (врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи), оказывающих медицинскую помощь вне медицинской организации (догоспитального этапа) и в стационарных условиях по вопросам акушерства и гинекологии;

при подготовке врачей акушеров-гинекологов, организаторов здравоохранения включить в образовательные программы вопросы оказания медицинской помощи в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

Перспективы дальнейшей разработки темы заключаются в мониторинге внедрения предложенных в ходе исследования механизмов по совершенствованию медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологической патологией в условиях стационара скорой медицинской помощи, реализации мероприятий Технологической карты с оценкой эффективности работы стационаров скорой помощи (медико-статистической, организационной и экономической) в динамике последующих лет.

Перспективной научной разработкой может стать углубленное изучение вопросов доступности (оперативности) и качества работы подразделений акушерско-гинекологического профиля и скорой медицинской помощи догоспитального и стационарного этапов с точки зрения обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи, организационного, технологического и информационного взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология».

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АПУ	– амбулаторно-поликлиническое учреждение
АГ	– акушерско-гинекологический (профиль)
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГССМП	– Городская станция скорой медицинской помощи
ГО	– гинекологическое отделение
ГТС	– Генеральное татифное соглашение
ЖК	– женская консультация
МИС	– медицинская информационная система
МП	– медицинская помощь
НИИ	– научно-исследовательский институт
ОИМ	– острый инфаркт миокарда
ОМС	– обязательное медицинское страхование
РФ	– Российская Федерация
СМП	– скорая медицинская помощь
СтОСМП	– стационарное отделение скорой медицинской помощи
ТФ ОМС	– территориальный фонд ОМС
ФСН	– форма статистического наблюдения

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абсава, Т.А. Значение и роль в улучшении демографической ситуации государственной программы «Материнский капитал» / Т.А. Абсава, В.Г. Пузырев, А.О. Петрич // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2014. – С. 11-12.
2. Аденомиоз и бесплодие. Обзор репродуктивных исходов после оперативного лечения и экстракорпорального оплодотворения / К.Ю. Крылов, Н.Н. Рухляда, Е.И. Бирюкова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2022. – Т. 22, № 1. – С. 66-73.
3. Айламазян, Э.К. Проблемы высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных учреждениях Северо-Западного федерального округа и г. Санкт-Петербурга / Э.К. Айламазян, М.С. Зайнулина, Д.Р. Еремеева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, № 3. – С. 31-34.
4. Акопян, Р.А. Морфологические и иммуногистохимические особенности лейомиоматозной пролиферации, ассоциированной с аденомиозом / Р.А. Акопян, В.А. Печеникова // Вестник Военно-медицинской академии. – 2017. – Т. 57, № 1. – С. 55-60.
5. Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я / под ред. Т. Холлингуорта; пер. с англ. под ред. Н.М. Подзолковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 400 с.
6. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций : методические рекомендации / Е.П. Какорина, Г.А. Александрова, А.В. Поликарпов [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 400 с.
7. Анализ выставленных счетов и применения тарифов обязательного медицинского страхования по профилю «акушерство и гинекология» в медицинских организациях Санкт-Петербурга за 2021 год : информационный бюллетень / В.Ф. Беженарь, В.В. Стожаров, О.Н. Эргашев [и др.]. – Санкт-Петербург: ООО «Медиапапир», 2022. – 60 с. – ISBN 978-5-6047955-2-1. – EDN GMFVQS.
8. Анализ кадрового врачебного обеспечения скорой медицинской помощи в Российской Федерации / В.В. Хоминец, Н.Н. Лукогорская, И.М. Барсукова, М.Н. Степанова // Вестник экстренной медицины. – 2022а. – Т. 15, № 3-4. – С. 103.
9. Анализ коечного фонда коек скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания стационарных отделений скорой медицинской помощи в Российской Федерации / В.В. Хоминец, И.М. Барсукова, Н.Н. Лукогорская [и др.] // Проблемы городского

- здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2022б. – С. 88-91.
10. Анализ потока пациентов с краткосрочным пребыванием в специализированных отделениях больницы скорой помощи / В.В. Хоминец, И.М. Барсукова, Е.Ю. Тявокина [и др.] // Наука побеждать... болезнь : материалы VI Международного форума Донбасса, 15-16 декабря 2022 г. Университетская клиника. – Донецк, 2022в. – Т. 2, Прил. – С. 377.
  11. Анализ развития нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе / А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7, Ч. 2. – С. 344- 349.
  12. Анализ структуры и динамики гинекологической заболеваемости в Республике Саха (Якутия) / Н.В. Саввина, А.А. Яворский, Е.А. Борисова [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 49-52.
  13. Анализ эффективности использования коечного фонда / С.И. Шляфер, Д.А. Матвеев, Е.Н. Ермолюк, Т.А. Горохова // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 5. – С. 33-35.
  14. Аполихин, О.И. Концепция охраны репродуктивного здоровья и активного социального долголетия / О.И. Аполихин // Медицина. – 2015. – № 3. – С. 47-52.
  15. Армашевская, О.В. Анализ гинекологической заболеваемости и инфекций, передающихся преимущественно половым путем в Российской Федерации. Уральском Федеральном округе и Ханты-Мансийском автономном округе (Югре) за 2015-2017 годы / О.В. Армашевская, Л.Ю. Чучалина, П.С. Феоктистова // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – 2018. – № 4. – С. 3-8.
  16. Балашова, Л.А. Некоторые аспекты достижения практических результатов улучшения деятельности акушерско-гинекологической помощи в Тверской области / Л.А. Балашова, Л.К. Самошкина // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2013. – С. 273-275.
  17. Барсукова, И.М. Анализ нозологической структуры пациентов по профилю «акушерство и гинекология» с неблагоприятным исходом в стационаре скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, И.В. Ким, Е.Н. Пенюгина // Скорая медицинская помощь – 2021 : сборник статей по материалам 20-го Всероссийского конгресса и Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 10-11 июня 2021 г. – Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2021а. – С. 13. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46220160&pff=1>.
  18. Барсукова, И.М. О госпитализации пациентов с акушерско-гинекологической патологией в стационар скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, И.В. Ким // Скорая медицинская

- помощь – 2020 : сборник статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 28-29 мая 2020 г. – Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2020. – С. 15-16. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44178878>.
19. Барсукова, И.М. Организационные и финансово-экономические механизмы совершенствования скорой медицинской помощи в новых экономических условиях: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Барсукова Ирина Михайловна. — Санкт-Петербург, 2017. — 397 с.
  20. Барсукова, И.М. Особенности маршрутизации пациентов с неблагоприятным исходом по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, И.В. Ким, Е.Н. Пенюгина // Скорая медицинская помощь – 2021 : сборник статей по материалам 20-го Всероссийского конгресса и Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 10-11 июня 2021 г. – Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2021а. – С. 14-15. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46220161&pff=1>.
  21. Баширов, Э.В. Профиль адаптационных реакций женщин с миомой матки после органосохраняющих вмешательств / Э.В. Баширов, В.А. Хорольский, Т.Г. Мелконьянц // Медицинский вестник. – 2014. – Т. 148, № 6. – С. 95-100.
  22. Бебнева, Т.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза / Т.Н. Бебнева, К.К. Дамирова // Гинекология. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 39-44.
  23. Беженарь, В.Ф. Инновации в акушерстве, гинекологии и репродуктологии / В.Ф. Беженарь // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. – 2019. – № 3-4. – С. 7-9.
  24. Беликова, М.А. Научное обоснование оказания консультативной гинекологической помощи в крупном многопрофильном стационаре : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Беликова Мадина Евгеньевна. – Санкт-Петербург, 2011. – 19 с.
  25. Бирюкова, Е.И. Аденомиоз: хирургический подход и репродуктивные исходы / Е.И. Бирюкова, Н.Н. Рухляда, К.Ю. Крылов // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 5. – С. 30-34.
  26. Богомазова, Т.В. Заболеваемость и смертность от рака шейки матки в Забайкальском крае / Т.В. Богомазова, Т.Н. Чимитдоржиева // Гинекология. – 2020. – Т. 22, № 4. – С. 11-16.
  27. Бондаренко, К.Р. Современные представления о воспалительных заболеваниях органов малого таза: обзор литературы / К.Р. Бондаренко, А.С. Дворников // Гинекология. – 2016. – Т. 18, № 3. – С. 4-8.

28. Борисова, З.К. Заболеваемость девушек-подростков, связанная с репродуктивным здоровьем (по данным целевого гинекологического обследования) / З.К. Борисова, Н.К. Рыжова, Ю.А. Гаревская // Медицинский альманах. – 2009. – № 4. – С. 111-114.
29. Борщенко, И.Н. Репродуктивное здоровье при хроническом эндометрите / И.Н. Борщенко, Ю.А. Петров, Д.З. Аллахяров // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2021. – № 8. – С. 26-31.
30. Бурова, Н.А. Острые воспалительные заболевания органов малого таза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика рецидивов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / Бурова Наталья Александровна. – Волгоград, 2020. – 46 с.
31. Бутова, В.Г. Анализ обращаемости прикрепленного женского населения в связи с заболеваниями органов репродуктивной системы / В.Г. Бутова, С.С. Рамазанова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2, Ч. 3. – 75 с.
32. Венцковская, И.Б. Качество жизни и индивидуально-психологические особенности как интегральный критерий эффективности хирургического лечения пациенток с миомой матки / И.Б. Венцковская, О.Н. Проценко // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2021. – № 11. – С. 755-766.
33. Венцовский, Б.М. Современные подходы к диагностике и лечению женщин с наиболее распространенными бактериальными инфекциями, передающимися половым путем: обзор доказательных рекомендаций 2021 года / Б.М. Венцовский, О.А. Бурка, В.М. Куц // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11, № 6. – С. 717-721.
34. Возможности использования программы ускоренного восстановления в коррекции течения послеоперационного периода при хирургическом лечении в гинекологии / А.А. Попов, А.Д. Идашкин, С.С. Тюрина, Т.С. Будыкина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2019. – Т. 19, № 6. – С. 23-30.
35. Воспалительные болезни женских тазовых органов – 2021 : клинические рекомендации / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Н.В. Артымук [и др.]. – URL: <http://zdrav.spb.ru/media/filebrowser>.
36. Воспалительные заболевания органов малого таза: патогенетические проблемы, диагностика, клиника, лечение (обзор литературы) / Н.А. Буралкина, А.С. Каткова, Е.Э. Арутюнова [и др.] // Гинекология. – 2018. – Т. 2, № 3. – С. 12-15.
37. Высоцкий, М.М. Показатели репродуктивного здоровья после эндоскопических видов хирургического лечения / М.М. Высоцкий, И.И. Куранов, О.Б. Невзоров // Акушерство, Гинекология и Репродукция. – 2019. – Т. 13, № 4. – С. 297-304.
38. Гайворонский, Д.И. Постгистерэктомический синдром: клинические проявления и методы их коррекции / Д.И. Гайворонский, А.А. Коваль, В.Г. Скворцов // Вестник Военно-медицинской академии. – 2012. – Т. 40, № 4. – С. 120-123.

39. Гараева, А.С. Общая гинекологическая заболеваемость женщин старшего возраста, проживающих в регионе с высокой рождаемостью / А.С. Гараева // Клиническая геронтология. – 2017. – Т. 23, № 3-4. – С. 65-69.
40. Гарашова, М.А. Диагностическая значимость гормональных, биохимических и эхографических методов исследования при раке эндометрия в постменопаузальном периоде / М.А. Гарашова, Э.М. Алиева // Акушерство, Гинекология и Репродукция. – 2019. – Т. 13, № 3. – С. 189-196.
41. Государственная политика в области охраны здоровья матери и ребенка – долгосрочные перспективы развития / Г.Т. Сухих, М.П. Шувалова, О.Г. Фролова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 4-9.
42. Давыдов, А.И. Восстановительное лечение после органосохраняющих операций у больных подслизистой миомой матки и аденомиозом / А.И. Давыдов, В.В. Панкратов, И.П. Ягудаева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – Т. 6, № 10. – С. 13-21.
43. Давыдов, А.Ю. Приоритетные направления организации акушерско-гинекологической помощи в муниципальном образовании / А.Ю. Давыдов, Г.Б. Артемьева // Роль здравоохранения в охране здоровья : материалы Международной научно-практической конференции. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 5. – С. 58-62.
44. Демидов, А.В. Медико-социальные аспекты органосохраняющих оперативных вмешательств при воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Демидов Алексей Владимирович. – Воронеж, 2014. – 23 с.
45. Денисов, Б.П. Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? / Б.П. Денисов, В.И. Сакевич // Демографическое обозрение. – 2014. – № 1. – С. 144-169.
46. Джамалудинова, А.Ф. Репродуктивное здоровье населения России / А.Ф. Джамалудинова, М.М. Гонян // Молодой ученый. – 2017. – Т. 148.2, № 14.2. – С. 10-13.
47. Дзидзария, Ф.Г. Деятельность дневных стационаров гинекологического профиля / Ф.Г. Дзидзария, А.В. Фомина // Роль здравоохранения в охране здоровья : материалы Международной научно-практической конференции. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 1. – С. 74-75.
48. Динамика количества подразделений скорой медицинской помощи в Российской Федерации / В.В. Хоминец, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2022г. – Т. 23, № 4. – С. 18-23.
49. Динамика рождаемости в субъектах Северо-Западного федерального округа Российской Федерации в 2016-2020 гг. / И.М. Барсукова, И.В. Ким, С.И. Стожарова, Ю.П. Мажара //



- Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова, И.М. Барсуковой. – Санкт-Петербург, 2021б. – С. 29-33.
50. Динамика укомплектованности штатных должностей врачей акушеров-гинекологов и акушерок в учреждениях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях / И.М. Барсукова, М.В. Окулов, А.А. Козырев, И.В. Ким // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 103-107.
51. Динамика экстренных госпитализаций пациентов акушерско-гинекологического профиля бригадами скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, А.А. Бойков, А.А. Шевцов [и др.] // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова, И.М. Барсуковой. – Санкт-Петербург, 2021в. – С. 89-92.
52. Дискуссионные вопросы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики опухолей яичников у женщин репродуктивного возраста / Н.М. Подзолкова, Б.Б. Осадчев, К.В. Бабков, Н.Е. Сафонова // Гинекология. – 2020. – Т. 22, № 1. – С. 7-13.
53. Диспансеризация больных раком эндометрия / Б.Б. Кравец, А.В. Власов, Л.А. Воронина, И.А. Кузнецова // Врач-аспирант. – 2017. – Т. 85, № 6. – С. 16-21.
54. Доброхотова, Д.Э. Миома матки у пациенток предменопаузального периода / Д.Э. Доброхотова, И.Ю. Ильина // Медицинский Совет. – 2019. – № 13. – С. 123-128.
55. Доброхотова, Ю.Э. Современное представление о воспалительных заболеваниях органов малого таза: обзор литературы / Ю.Э. Доброхотова, К.Р. Бондаренко, А.С. Дворников // Гинекология. – 2016. – Т. 18, № 3. – С. 4-8.
56. Долгова, А.А. Демографический кризис в Российской Федерации / А.А. Долгова, В.А. Фурсов // Образование и проблемы развития общества. – 2020. – Т. 10, № 4. – С. 44-48.
57. Егунова, М.А. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований яичников (история вопроса) / М.А. Егунова, И.Г. Куценко // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. LXV, Вып. 6. – С. 68-78.
58. Жабицкая, Л.А. Патогенез и патофизиология влияния эндометриоза на репродуктивную функцию / Л.А. Жабицкая, И.В. Гужевская // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11, № 6. – С. 767- 771.
59. Жильцова, Е.Е. Медико-социальные проблемы заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в современных условиях / Е.Е. Жильцова, С.Б. Волкова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – № 1. – С. 145-150.

60. Зайдиева, Я.З. Аномальные маточные кровотечения в перименопаузе / Я.З. Зайдиева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – № 5. – С. 92-99.
61. Здоровоохранение в России. 2019 : статистический сборник / Росстат. – Москва, 2021. – 170 с.
62. Зиганшин, А.М. Оптимизация комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / А.М. Зиганшин, В.А. Мудров // Гинекология. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 30-34.
63. Иванова, А.Е. Резервы снижения смертности в России, обусловленные эффективностью здравоохранения / А.Е. Иванова, В.Г. Семенова, Т.П. Сабгайда // Вестник Российской Академии наук. – 2021. – Т. 91, № 9. – С. 865-878.
64. Идашкин, А.Д. Реализация принципов Fast Trak-хирургии при лапароскопических и робот-ассистированных операциях в гинекологии: : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Идашкин Александр Дмитриевич. – Москва, 2014. – 24 с.
65. Исследование психофизиологического статуса женщин, перенесших гистерэктомию / Е.И. Кахиани, В.Н. Цыган, Л.И. Чаава [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2017. – Т. 57, № 1. – С. 68-71.
66. Итоги реализации комплекса медико-организационных мероприятий по оптимизации работы Мурманского областного перинатального центра / В.И. Орел, Н.А. Гурьева, Е.Б. Либова [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. – 2017. – Т. 2, № 3. – С. 4-8.
67. Кадровое обеспечение приемно-диагностических отделений стационаров в Российской Федерации / В.В. Хоминец, И.М. Барсукова, Н.Н. Лукогорская [и др.] // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2022д. – С. 137-142.
68. Кадыров, Ф.Н. Актуальные проблемы внедрения профессиональных стандартов / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2016а. – № 4. – С. 69-77.
69. Кадыров, Ф.Н. Особенности применения профессиональных стандартов в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2016б. – № 8. – С. 67-77.
70. Кайгородова, Т.В. Стратегические подходы ВОЗ в охране репродуктивного здоровья и формировании здорового потомства / Т.В. Кайгородова, Ж.И. Войцеховская, Е.В. Землянова // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2007. – № 5. – С. 28-31.
71. Ким, И.В. Анализ потока пациентов по профилю «акушерство и гинекология» с неблагоприятным исходом в стационаре скорой медицинской помощи / И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина // Скорая медицинская помощь – 2021 : сборник статей по

- материалам 20-го Всероссийского конгресса и Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 10-11 июня 2021 г. – Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2021а. – С. 36-37. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46220186>.
72. Ким, И.В. Возрастные особенности пациентов с диагнозом акушерско-гинекологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи / И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова, И.М. Барсуковой. – Санкт-Петербург, 2020. – С. 142-144.
73. Ким, И.В. Динамика показателей медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в условия женской консультации / И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина / «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. – 2021б. – № S2, Приложение. – С. 29.
74. Ким, И.В. Некоторые особенности оказания медицинской помощи в условиях женской консультации / И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Ю. Тявокина // Джанелидзеовские чтения – 2022 : сборник материалов научно-практической конференции, 02-03 февраля 2022 г. – Санкт-Петербург: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2022. – С. 55-58.
75. Ким, И.В. Особенности потока пациентов акушерско-гинекологического профиля в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи / И.В. Ким, И.М. Барсукова // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова, И.М. Барсуковой. – Санкт-Петербург, 2020б. – С. 193-195.
76. Ким, И.В. Оценка динамики показателей лечебно-диагностической работы женской консультации / И.В. Ким, И.М. Барсукова // Джанелидзеовские чтения – 2021 : сборник материалов научно-практической конференции, 16-17 апреля 2021 г. – Санкт-Петербург: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2021в. – С. 66-69.
77. Ким, И.В. Оценка тяжести состояния пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи / И.В. Ким, Е.Н. Пенюгина, И.М. Барсукова // Джанелидзеовские чтения – 2021 : сборник материалов научно-практической конференции, 16-17 апреля 2021 г. – Санкт-Петербург: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2021г. – С. 72-75.
78. Ким, И.В. Показатели времени при госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» / И.В. Ким, И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь – 2020 : сборник статей по материалам 19-го Всероссийского конгресса и Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 28-29 мая 2020 г. – Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2020в. – С. 36-37. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44178896>.

79. Ким, И.В. Характеристика нозологической структуры патологии по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи / И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина // Джанелидзе-ские чтения – 2021 : сборник материалов научно-практической конференции, 16-17 апреля 2021 г. – Санкт-Петербург: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2021д. – С. 69-72.
80. Кирокосян, Е.В. Поиск причин формирования нарушений репродуктивной системы: обзор научных исследований / Е.В. Кирокосян, Т.А. Назаренко, С.В. Павлович // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 11. – С. 18-25.
81. Клинышкова, Т.В. Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в Омской области / Т.В. Клинышкова, Д.В. Турчанинов, М.С. Буян // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 3. – С. 102-108.
82. Козлова, Т.В. Роль женских консультаций в поддержании мотивации сохранения беременности / Т.В. Козлова, Ю.А. Пивоварова // Молодой ученый. – 2017. – Т. 139, № 5. – С. 396-400.
83. Комличенко, Э.В. Репродуктивное здоровье женщин и обоснование системы мер по его улучшению (на примере Санкт-Петербурга) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Комличенко Эдуард Владимирович. – Санкт-Петербург, 2010. – 41 с.
84. Комплексная методика ультразвуковой диагностики аденомиоза / С.В. Нагорнева, М.А. Шалина, М.И. Ярмолинская, Е.А. Нетреба // Журнал акушерства и женских болезней. – 2021. – Т. 70, № 6. – С. 73-82.
85. Контрацептивное поведение женщин Республики Калмыкия / В.К. Юрьев, А.Г. Сердюков, Ц.М. Теблеев, В.Г. Пузырев // Педиатр. – 2016. – Т. 7, № 2. – С. 79-84.
86. Концепция ускоренного восстановления после операций в онкогинекологии / Ю.Э. Доброхотова, М.Д. Тер-Ованесов, Е.И. Боровкина [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2018. – Т. 5, № 1. – С. 45-50.
87. Коренная, В.В. Органосохраняющие методы лечения миомы матки: есть ли повод для дискуссии? / В.В. Коренная, Н.М. Подзолкова, К.В. Пучков // Гинекология. – 2015. – Т. 17, № 1. – С. 78-82.
88. Костерева, В.С. Состояние здоровья женщин репродуктивного возраста / В.С. Костерева, А.И. Бухаринов, А.А. Цицов // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2012. – С. 307-309.
89. Костюк, И.П. Роль и место эвисцерации малого таза в онкогинекологии / И.П. Костюк // Вестник Военно-медицинской академии. – 2012. – Т. 39, № 3. – С. 249-257.

90. Крутова, В.А. Хирургическое лечение эндометриом яичников в условиях интраоперационной эхографии / В.А. Крутова, Н.В. Наумова, Е.А. Болдовская // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27, № 1. – С. 49-58.
91. Лазарев, В.Н. Влияние взысканий на качество акушерско-гинекологической помощи / В.Н. Лазарев, И.С. Филоненко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – Вып. 1, Ч. 2. – С. 103-107.
92. Лапина, И.А. Оптимизация лечения пациенток с пролиферативными заболеваниями матки / И.А. Лапина, Н.И. Насырова // Гинекология. – 2015. – Т. 17, № 4. – С. 27-31.
93. Люцко, В.В. Акушерско-гинекологические аспекты репродуктивного здоровья женщин / В.В. Люцко, И.В. Сергейко // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – С. 355.
94. Мазитова, М.И. Гениоуринарный менопаузальный синдром: современные подходы к лечению / М.И. Мазитова, Р.Р. Мардиева // Гинекология. – 2020. – Т. 22, № 6. – С. 16-20.
95. Малоинвазивный доступ – путь к снижению операционных осложнений при хирургическом лечении доброкачественных заболеваний матки / А.Н. Плеханов, Н.А. Татарова, Г.Б. Рябинин [и др.] // Гинекология. – 2014 – Т. 16, № 1. – С. 73-76.
96. Мануковский, В.А. Основы организации скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах: учебное пособие / В. А. Мануковский, Н. И. Вишняков, И. М. Барсукова [и др.]; ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». – Санкт-Петербург: ГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе", 2023. – 92 с. – ISBN 978-5-6047956-7-5. – EDN WRWTRD.
97. Матейкович, Е.А. Качество оказания акушерско-гинекологической помощи и защита интересов врача в судебном разбирательстве / Е.А. Матейкович // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 6. – С. 92-98.
98. Матейкович, Е.А. Структура жалоб, связанных с качеством оказанной акушерско-гинекологической помощи (обзор) / Е.А. Матейкович // Медицинский альманах. – 2018. – Т. 57, № 6. – С. 15-20.
99. Медико-статистическая характеристика пациентов больниц скорой помощи в период пандемии COVID-19 / В.В. Хоминец, И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, В. В. Стожаров, А. И. Махновский, И. В. Ким // Скорая медицинская помощь. – 2023а. – Т. 24, № 3. – С. 18-22.
100. Медицинская сортировка в стационаре скорой медицинской помощи: входящий поток по профилю «акушерство и гинекология» / И.В. Ким, Е.Н. Пенюгина, И.М. Барсукова, Р.П. Миннуллин // Скорая медицинская помощь. – 2021е. – Т. 22, № 1. – С. 40-45.

101. Медицинские и социальные аспекты прерывания беременности / Т.А. Обоскалова, Г.И. Колпащикова, С.А. Воронова, Э.А. Прохорова // Вестник акушерства и женских болезней. – 2003. – Т. LII, № 2. – С. 62-65.
102. Мелкозерова, О.А. Новые технологии визуализации в оперативной гинекологии: стратегии и перспективы / О.А. Мелкозерова, А.В. Мурзин // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2022. – Т. 22, № 1. – С. 52-57.
103. Место робот-ассоциированной лапароскопии в оперативной гинекологии / А.А. Попов, К.В. Атрошенко, Т.Н. Мананникова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 2. – С. 65-69.
104. Метод внутрибольничной сортировки женщин репродуктивного возраста с острым абдоминальным синдромом в стационаре скорой медицинской помощи / Р.И. Миннуллин, М.Ю. Кабанов, Н.Н. Рухляда [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2014. – Т. 15, № 4. – С. 77-83.
105. Мингазова, Э.Н. К вопросу о медико-социальной профилактике воспалительных гинекологических заболеваний среди девочек и девушек-подростков (обзор литературы) / Э.Н. Мингазова, П.В. Железова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 2. – С. 42-46.
106. Минимальный рак эндометрия и его выявление в программах селективного скрининга / А.Е. Чернобровкина, Я.В. Бохман, С.Я. Максимов [и др.] // Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 42, № 6. – С. 65-68.
107. Миннуллин, Р.И. Совершенствование лечебно-диагностической тактики при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у женщин репродуктивного возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17; 14.01.01 / Миннуллин Руслан Ильдарович. – Санкт-Петербург, 2016. – 24 с.
108. Мирварисова, Л.Т. Выбор метода сортировки (триажа) пациентов в системе экстренной медицинской помощи / Л.Т. Мирварисова, Х.Э. Анваров // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21, № 1. – С. 4-14.
109. Митковская, Е.В. Региональные особенности акушерско-гинекологической помощи в России : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01; 14.02.03 / Митковская Елена Валериевна. – Москва, 2014. – 28 с.
110. Мустафина, Г.Т. Показатели заболеваемости женского населения, проживающего в городской местности / Г.Т. Мустафина, В.В. Полунина // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 181-184.

111. Мустафина, Г.Т. Состояние гинекологической заболеваемости в Республике Башкортостан в период 2002-2011 гг. / Г.Т. Мустафина, Н.Х. Шарафутдинова, З.М. Султанаева // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013а. – Т. 8, № 1. – С. 12-17.
112. Мустафина, Г.Т. Способ доставки больных с гинекологическими заболеваниями в стационар / Г.Т. Мустафина // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2013б. – С. 283-287.
113. Наумова, Н.В. Хирургическое лечение доброкачественных новообразований яичников с применением интраоперационных ультразвуковых исследований / Н.В. Наумова, В.А. Крутова, Е.А. Болдовская // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 10. – С. 162-167.
114. Научно обоснованный расчет коек стационарного отделения скорой медицинской помощи / В.Е. Парфенов, С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – Т. 14, № 2. – С. 72-77.
115. Некрасова, Е.А. Место лапароскопической хирургии в лечении рака эндометрия / Е.А. Некрасова, И.В. Берлев, А.Ф. Урманчеева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, № 4. – С. 23-32.
116. Немгирова, А.С. Основные показатели деятельности женской консультации / А.С. Немгирова, А.А. Ромахова, Н.Ф. Водовская // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – Т. 107, № 5-2. – С. 112-115.
117. Новые подходы к лечению апоплексии яичника для сохранения репродуктивной функции / Б.М. Венцковский, В.Г. Жегулович, Ю.В. Жегулович [и др.] // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11, № 6. – С. 686-701.
118. Нозологическая структура больных в отделении скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания многопрофильного стационара / А.Г. Мирошниченко, Р.Р. Алимов, Д.Л. Корбут, П.А. Дубикайтис // Скорая медицинская помощь. – 2015. – Т. 16, № 4. – С. 65-71.
119. О проблеме своевременности выявления злокачественных новообразований шейки матки в Омской области / О.П. Голева, З.Б. Тасова, О.Н. Прудникова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60, № 6. – С. 298-302.
120. Огрызко, Е.В. Инфекции, передаваемые половым путем как фактор формирования репродуктивного здоровья / Е.В. Огрызко, Н.В. Вартапетова, С.А. Виноградова // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. – № 6. – С. 33-39.
121. Олина, А.А. Внематочная беременность в структуре репродуктивных потерь / А.А. Олина, Г.К. Садыкова, Н.Л. Лазарькова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2019. – Т. 19, № 2. – С. 88-92.

122. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма при подозрении на «острый живот» у женщин репродуктивного возраста / Р.М. Миннуллин, М.Ю. Кабанов, Н.Н. Рухляда [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2015. – Т. 16, № 2. – С. 67-72.
123. Опыт применения стандартизованной методики лапароскопической миомэктомии / В.Ф. Беженарь, А.А. Цыпурдеева, А.А. Долинский [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, № 4. – С. 23-32.
124. Организационные аспекты госпитализации пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи / И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.И. Новиков [и др.] // Medline.ru. Организация Здравоохранения. – 2021ж. – Т. 22. – С. 316-327.
125. Основы анестезиологии и реаниматологии: учебник для медицинских вузов / Ю.А. Александрович, И.М. Барсукова, Б.Н. Богомолов и др. Под ред. Ю.А. Полушина. – 3-е изд., доп. и испр. – Санкт-Петербург: Экспо-Вектор, 2023. – 649 с.
126. Особенности больниц скорой медицинской помощи в Российской Федерации / В.В. Хоминец, Н.Н. Лукогорская, И.М. Барсукова, М.Н. Степанова // Вестник экстренной медицины. – 2022е. – Т. 15, № 3-4. – С. 103-104.
127. Особенности организации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи для пациентов акушерско-гинекологического профиля / И.М. Барсукова, И.В. Ким, Е.Н. Пенюгина, Е.Ю. Тявокина // Джанелидзевские чтения – 2022 : сборник научных трудов научно-практической конференции, 02-03 февраля 2022 г. – Санкт-Петербург: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2022а. – С. 10-13.
128. Особенности репродуктивных потерь в Чувашской Республике в 2014-2018 гг. / В.Г. Кудрина, Н.В. Суслонова, И.В. Антонова [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранении. – 2019. – № 4. – С. 13-21.
129. Отдельные аспекты профилактической работы женской консультации / М.В. Нуженкова, Д.В. Бурсикова, Т.Н. Новикова, Л.Г. Зыкова // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 343-347.
130. Патоморфологическая характеристика urgentных заболеваний женской половой сферы / С.А. Повзун, Н.Ю. Новицкая, А.С. Сайко [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2019. – Т. 20, № 4. – С. 76-79.
131. Пенюгина, Е.Н. Возрастная характеристика контингента больных акушерско-гинекологического профиля с неблагоприятным исходом в стационаре скорой медицинской помощи / Е.Н. Пенюгина, И.М. Барсукова, И.В. Ким // Скорая медицинская помощь – 2021 : сборник статей по материалам 20-го Всероссийского конгресса и Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 10-11



- июня 2021 г. – Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2021. – С. 56. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46220209>.
132. Первый опыт работы отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания многопрофильного стационара / В.Е. Парфенов, С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – Т. 14, № 3. – С. 61-65.
  133. Перхов, В.И. Метаморфозы стандартизации медицинской помощи / В.И. Перхов, А.В. Гречко, Д.С. Янкевич // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 6. – С. 6-12.
  134. Пестрикова, Т.Ю. Современный взгляд на клиническое течение, диагностику и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза / Т.Ю. Пестрикова, И.В. Юрасов, Е.А. Юрасова // Российский Вестник акушера-гинеколога. – 2015. – Т. 15, № 4. – С. 23-28.
  135. Петров, Ю.А. Оценка адаптационного и иммунного резерва женщин с хроническим эндометритом в зависимости от объема реабилитационной терапии / Ю.А. Петров // Валеология. – 2016а. – № 2. – С. 35-39.
  136. Петров, Ю.А. Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы) / Ю.А. Петров, Т.Ю. Байкулова // Международный журнал фундаментальных и прикладных исследований. – 2016б. – № 8-5. – С. 727-731.
  137. Петров, Ю.А. Сонографические аспекты диагностики хронического эндометрита при ранних репродуктивных потерях / Ю.А. Петров // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92, № 4. – С. 522-525.
  138. Пивень, Д.В. Стандарты медицинской помощи: обязательны ли они для соблюдения медицинскими организациями / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 8. – С. 6-12.
  139. Применение имитационного моделирования для оптимизации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи / В.М. Теплов, Е.А. Цебровская, Е.А. Карпова [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2019. – Т. 20, № 2. – С. 14-19.
  140. Пример расчета необходимого числа коек стационарного отделения скорой медицинской помощи / Р.Р. Алимов, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – Т. 14, № 3. – С. 52-53.
  141. Путь от приемного отделения к отделению скорой медицинской помощи многопрофильного стационара / С.Н. Дылевский, Т.В. Калинина, С.Ю. Грачев [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2021. – Т. 22, № 2. – С. 17-24.
  142. Пучков, К.В. Fast Track: хирургические протоколы ускоренной реабилитации в гинекологии / К.В. Пучков, В.В. Коренная, Н.М. Подзолкова // Гинекология. – 2012. – Т. 17, № 3. – С. 40-45.

143. Растегаева, И.Н. Проблемы репродуктивного здоровья женщин и главные меры по их решению / И.Н. Растегаева // Проблемы городского здравоохранения : сборник научного труда / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2012. – С. 317-321.
144. Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Программа «Репродуктивное здоровье и беременность». – Копенгаген, Дания, 2001. – 35 с.
145. Регионы России. Социально-экономические показатели : статистический сборник / Росстат. – Москва, 2018. – 1162 с.
146. Регионы России. Социально-экономические показатели : статистический сборник / Росстат. – Москва, 2021. – 1112 с.
147. Результативность диспансерного наблюдения при раке яичника / Д.Н. Майстренко, А.Г. Манихас, А.Е. Чернобровкина [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2022. – Т. 103, № 2. – С. 269-277.
148. Результаты и перспективы вакцинопрофилактики онкологических заболеваний, обусловленных вирусом папилломы человека в Северо-Западном Федеральном округе / А.Е. Чернобровкина, М.Ф. Ипполитова, О.Б. Строгонова, Н.С. Башкетова // Медицина и организация здравоохранения. – 2022. – Т. 7, № 2. – С. 37-45.
149. Репродуктивные нарушения и акушерские осложнения при гинекологических заболеваниях / А.Л. Унанян, И.С. Сидорова, А.Д. Никонеу [и др.] // Гинекология. – 2018. – Т. 20, № 2. – С. 77-81.
150. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд. III часть / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.]. – Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2018. – 56 с.
151. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд. III часть / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.]. – Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2020. – 56 с.
152. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд. III часть / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.]. – Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. – 61 с. – ISBN 978-5-94116-055-6.
153. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры. I часть / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.]. – Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2018. – 282 с. – ISBN 978-5-94116-095-2.
154. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры. I часть / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.]. – Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2020. – 284 с.

155. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры. I часть / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.]. – Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. – 284 с. – ISBN 978-5-94116-053-2.
156. Роль современных демографических тенденций в совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения / О.Ю. Александрова, С.М. Смбалян, Т.П. Васильева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 5-11.
157. Российская Федерация. Законы. Федеральный закон : Об образовании в Российской Федерации от 29 декабря 2012 № 273-ФЗ (ред. от 30.12.2021) [принят Государственной Думой 12 декабря 2012 года : одобрен Советом Федерации 26 декабря 2012 года]. – Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.
158. Российская Федерация. Законы. Федеральный закон : Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ [принят Государственной Думой 01 ноября 2011 года : одобрен Советом Федерации 09 ноября 2011 года]. – Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.
159. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. О внесении изменения в Порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01 ноября 2004 г. № 179 : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.08.2010 г. – Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.
160. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов : письмо Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2018 г. № 11-7/10/1-511. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
161. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи : приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
162. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения : приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 апреля 2018 г. № 182. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
163. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения : приказ Министерства

- здравоохранения РФ от 08 июня 2016 г. № 358. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
164. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи : приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 555н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
165. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях : приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2021 г. № 116н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
166. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) : приказ Министерства здравоохранения РФ от 01 ноября 2012 № 572н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
167. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология : приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
168. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи : приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 № 388н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
169. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения : приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. № 231н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
170. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при воспалительных заболеваниях половых органов : приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1502н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
171. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях

- дневного стационара и порядков их ведения : приказ Министерства здравоохранения РФ от 05 августа 2022 г. № 530н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
172. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи : приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 02 октября 2009 г. № 808. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
173. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (часть IV., п.2.4.) от 18 мая 2010 года № 58 [зарегистрировано в Минюсте РФ 09.08.2010 № 08094]. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
174. Российская Федерация. Министерство науки и высшего образования. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология : приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 09 января 2023 г. № 6. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
175. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Национальный проект «Демография» : утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16. – URL: <http://government.ru/info/35559>.
176. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-акушер-гинеколог» : приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 19 апреля 2021 г. № 262н. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
177. Российская Федерация. Правительство. О маршрутизации взрослого населения при онкологических заболеваниях : распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 18 января 2022 года № 18. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
178. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении плана мероприятий по реализации в 2021-2025 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» : распоряжение Правительства РФ от 16 сентября 2021 г. № 2580-р. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
179. Российская Федерация. Президент. О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации : указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 606. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.

180. Российская Федерация. Президент. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года : указ Президента Российской Федерации от 09 октября 2007 г. № 1351. – Доступ из справочно-правовой системы Гарант.
181. Руководство по анализу основных статистических показателей состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций / С.А. Леонов, И.М. Сон, А.А. Савина, Н.М. Зайченко. – Москва: ФГБУ ЦНИИОиИЗ, 2015. – 49 с.
182. Рухляда, Н.Н. Неотложная специализированная помощь больным с раком шейки матки / Н.Н. Рухляда, Е.И. Бирюкова // Медицина: теория и практика. – 2017. – Т. 2, № 1. – С. 33-38.
183. Рыбкина, Н.Л. Медико-организационный и клинико-статистический мониторинг репродуктивных исходов на региональном уровне / Н.Л. Рыбкина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – Вып. 1, Ч. 2. – С. 139-143.
184. Рязанцев, С.В. Демографическое развитие России в XX-XXI веках: историческое и геополитическое измерения / С.В. Рязанцев, Л.Л. Рыбаковский // Вестник Академии наук. – 2021. – Т. 91, № 9. – С. 810-819.
185. Сахно, А.В. Медико-демографическая характеристика экстренно госпитализированных больных гинекологического профиля / А.В. Сахно // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2004. – № 3. – С. 108-109.
186. Сахно, А.В. Объем и характер лечебно-диагностических мероприятий, проведенных экстренно госпитализированным больным гинекологического профиля / А.В. Сахно // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2005а. – № 1. – С. 32-33.
187. Сахно, А.В. Потребность в консультативной помощи экстренно госпитализированных больных гинекологического профиля : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Сахно Алексей Викторович. – Москва, 2005б. – 31 с.
188. Сеница, А.Л. Пространственные особенности распределения количества прерываний беременности на 100 родов в Российской Федерации в 1993-2014 годах / А.Л. Сеница // Региональная экономика: теория и практика. – 2017. – № 15. – С. 1384-1398.
189. Скрининг рака яичников: реальность и перспективы. Обзор литературы / Е.В. Герфанова, Л.А. Ашрафян, И.Б. Антонова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 69-75.
190. Слуханчук, Е.В. Возможности робот-ассистированной хирургии в лечении рака тела матки. Современный взгляд на проблему / Е.В. Слуханчук, А.Г. Тянь // Акушерство, Гинекология и Репродукция. – 2020 – Т. 14, № 6. – С. 666-674.

191. Смирнова, Т.Л. Анализ запущенных случаев рака шейки матки в Чувашской республике / Смирнова Т.Л., Игонин Ю.А. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 4-3. – С. 184-186.
192. Современные проблемы организации экстренной госпитализации больных в стационары Санкт-Петербурга / В.В. Стожаров, Е.Н. Пенюгина, Н.В. Разумный [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – Т. 14, № 1. – С. 28-34.
193. Соловьева, В.А. Особенности организации медицинской помощи женщинам с гинекологической патологией в Оренбургской области / В.А. Соловьева, Н.Ю. Перепелкина // Организационные, правовые и экономические проблемы здравоохранения Российской Федерации и пути их решения : материалы научно-практической конференции с международным участием. – Новосибирск: ГКУЗ НСО «МИАЦ», 2013а. – С. 172-174.
194. Соловьева, Е.А. Заболеваемость девочек и подростков болезнями половой системы (на примере крупного города) / Е.А. Соловьева, А.Т. Сайдашева // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 262-264.
195. Соловьева, Е.А. К вопросу о гинекологической заболеваемости в Оренбургской области / Е.А. Соловьева // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2013б. – С. 276-280.
196. Сохранение репродуктивного здоровья: возможности роботхирургии. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии / Т.А. Чернышенко, Ф.В. Ненахов, А.Д. Идашкин [и др.] // Лечение и профилактика. – 2017. – Т. 7, № 4. – С. 79-84.
197. Сравнительный анализ деятельности больниц скорой помощи в «ковидный» период / В.В. Хоминец, С.К. Филимонов, И.М. Барсукова [и др.] // Морская медицина. – 2023б. – Т. 9, № 1. – С. 32-38. – doi: 10.22328/2413-5747-2023-9-1-32-38. – EDN MIOMPU.
198. Сравнительный анализ триажных шкал, используемых в стационарных отделениях скорой помощи в различных странах / С.Ф. Багненко, В.М. Теплов, Е.А. Карпова [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2015. – Т. 14, № 3. – С. 42-48.
199. Стародубов, В.И. Репродуктивные проблемы демографического развития России / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова. – Москва: Менеджер здравоохранения, 2012. – 319 с.
200. Стационарное отделение скорой медицинской помощи и его роль в оптимизации работы отделений реанимации многопрофильного стационара / В.М. Теплов, Ю.С. Полушин, А.С. Повзун [и др.] // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2017. – Т. 14, № 3. – С. 5-9.

201. Стожарова, С.И. Организация стационарной медицинской помощи при воспалительных болезнях женских тазовых органов : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Стожарова Светлана Игоревна. – Санкт-Петербург, 2010. – 18 с.
202. Стратегические подходы ВОЗ в охране репродуктивного здоровья и формирования здорового потомства // Здоровоохранение за рубежом. – 2007. – № 6. – С. 6-9.
203. Сулима, А.Н. Программа «Fast track» в оперативной гинекологии / А.Н. Сулима, А.Д. Баснаева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. – Т. 20, № 1. – С. 81-86.
204. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – 2-е издание. – Москва: Литтерра, 2013. – 384 с.
205. Тактика сохранения репродуктивного материала при раке шейки матки. Репродуктивное здоровье и ВРТ / И.Е. Дмитриева, Я.О. Мартиросян, Л.Г. Джанашвили [и др.] // Медицинский Совет. – 2021. – № 3. – С. 28-32.
206. Тарасова, Е.А. Современные подходы в профилактике искусственного аборта / Е.А. Тарасова, А.Л. Санников // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных работ / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 125-129.
207. Тарифы скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» многопрофильного стационара / И.М. Барсукова, А.И. Махновский, И.В. Ким [и др.] // Джанелидзе-ские чтения – 2022 : сборник научных трудов научно-практической конференции, 02-03 февраля 2022 г. – Санкт-Петербург: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2022б. – С. 13-16.
208. Теплов, В.М. Концепция трехуровневой системы оказания скорой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации в режиме повседневной деятельности и при чрезвычайных ситуациях биолого-социального характера : дис. ... д-ра мед. наук: 05.26.02, 14.02.03 / Теплов Вадим Михайлович. – Санкт-Петербург, 2022. – 342 с.
209. Трегубов, В.Н. Эффективность использования коечного фонда федеральных округов / В.Н. Трегубов, А.А. Бовина // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2020. – Т. 64, № 4. – С. 173-180.
210. Фетищева, Л.Е. Совершенствование метода органосохраняющего оперативного лечения при внематочной беременности : автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.01.01 / Фетищева Лариса Егоровна. – Челябинск, 2019. – 23 с.
211. Фетищева, Л.Е. Способ восстановления проходимости маточной трубы при трубной беременности в ампулярном отделе / Л.Е. Фетищева, О.Н. Новикова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – Т. 18, № 1. – С. 59-64.
212. Филиппов, О.С. Аборт: особенности статистики в федеральных округах России / О.С. Филиппов, З.З. Токова, А.С. Гата // Гинекология. – 2016. – Т. 18, № 1. – С. 92-96.



213. Характеристика нозологических форм воспалительных заболеваний малого таза у женщин, госпитализированных в гинекологические стационары / Т.Ю. Пестрикова, И.В. Юрасов, Е.А. Юрасова, Е.Л. Сухонослова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 64-67.
214. Характеристика социально-гигиенических аспектов трудовой деятельности женщин с гинекологической патологией, проходящих лечение в многопрофильном стационаре / Е.А. Швырева, А.А. Бубновская, А.В. Романенко, В.О. Гурдус // Клинический опыт Двадцатки. – 2014. – № 2. – С. 34-37.
215. Хворостухина, Н.Ф. Новые возможности комплексного лечения осложненного эктропиона шейки матки / Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова // Медицинский Совет. – 2021. – № 13. – С. 12-22.
216. Хоминец, В. В. SWOT-анализ в оценке деятельности больниц скорой медицинской помощи / В. В. Хоминец, С. К. Филимонов, И. М. Барсукова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023г. - № 2. - С. 898-1006, DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-989-1006
217. Хоминец, В. В. Оперативная работа больниц скорой помощи в период пандемии новой коронавирусной инфекции / В.В. Хоминец, С.К. Филимонов, И.М. Барсукова, Е.Г. Скородумова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023г. - №1. - С. 769-783; URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=1009>,– DOI 10.24412/2312-2935-2023-1-769-783. – EDN VVHCXW.
218. Хоминец, В.В. Динамика объемных показателей работы больниц скорой медицинской помощи во время пандемии новой коронавирусной инфекции Covid-19 / В.В. Хоминец, С.К. Филимонов, И.М. Барсукова // Медицина катастроф. – 2023д. - №3. - С. 30-34. <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2023-3-30-34>.
219. Хоминец, В.В. Динамика численности врачей скорой медицинской помощи в Российской Федерации / В. В. Хоминец, И. М. Барсукова, М. Н. Степанова, Е. Ю. Тявокина // VI неделя образования в Елизаветинской больнице: сборник материалов многопрофильного медицинского форума, Санкт-Петербург, 14–18 ноября 2022 года. – Москва: Издательство "Перо", 2022ж. – С. 32-34. – EDN IMIYCSQ. <https://elibrary.ru/item.asp?id=50103976>.
220. Хоминец, В.В. Особенности работы стационаров в современных условиях / В. В. Хоминец, И. М. Барсукова, Н. Н. Лукогорская [и др.] // Джанелидзе-ские чтения - 2023: Сборник научных трудов научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 01–03 марта 2023 года. – Санкт-Петербург: ГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе", 2023г. – С. 222-224. – EDN CEAYFX. <https://elibrary.ru/item.asp?id=50296640>.

221. Хоминец, В.В. Особенности финансового обеспечения стационарного этапа скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге / В.В. Хоминец, И.М. Барсукова, А.И. Махновский и др. / Проблемы городского здравоохранения. Вып. 28: сб. науч. тр. / под ред. Н. И. Вишнякова. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2023ж. – С. 185-191.
222. Хутиева, С.В. Опыт использования комплексного восстановительного лечения больных с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки / С.В. Хутиева, Л.В. Майсурадзе, Л.В. Цаллагова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – Т. 24, № 4. – С. 146-149.
223. Цивьян, Б.Л. Доброкачественные новообразования органов женской половой сферы: качество медицинской помощи в женских консультациях / Б.Л. Цивьян // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2015а. – № 1. – С. 101-108.
224. Цивьян, Б.Л. Научно-организационные основы оптимизации медицинской помощи при доброкачественных новообразованиях органов женской половой сферы : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Цивьян Борис Львович. – Санкт-Петербург, 2017. – 40 с.
225. Цивьян, Б.Л., Организация направления гинекологических пациенток к врачу / Б.Л. Цивьян, М.В. Окулов // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2015б. – С. 264-267.
226. Цивьян, Б.Л. Оценка перспектив применения методик восстановительного и санаторно-курортного лечения в гинекологии / Б.Л. Цивьян // Медицинский вестник. – 2014а. – Т. 152, № 3. – С. 123-127.
227. Цивьян, Б.Л. Оценка проблем и перспектив амбулаторной медицинской помощи в Санкт-Петербурге при доброкачественных новообразованиях органов женской половой сферы / Б.Л. Цивьян // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014б. – Т. 148, № 6. – С. 95-100.
228. Цивьян, Б.Л. Порядок предоставления специализированной медицинской помощи в гинекологии / Б.Л. Цивьян // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2014в. – С. 351-354.
229. Цивьян Б.Л. Профессиональная характеристика врачей-акушеров-гинекологов стационаров Санкт-Петербурга / Б.Л. Цивьян // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И.Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2014г. – С. 231- 235.
230. Цивьян, Б.Л. Стационарозамещающие технологии в лечении гинекологических пациентов в условиях обязательного медицинского страхования / Б.Л. Цивьян, О.Б. Строгонова // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2013. – С. 290-293.

231. Чернобровкина, А.Е. Вклад диспансеризации взрослого населения в раннее выявление онкологических заболеваний женских половых органов / А.Е. Чернобровкина // Профилактическая медицина. – 2022а. – Т. 25, № 1. – С. 7-13.
232. Чернобровкина, А.Е. Информированность населения о первичной профилактике рака шейки матки / А.Е. Чернобровкина, В.И. Стародубов, Н.Н. Белкина // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 1. – С. 29-35.
233. Чернобровкина, А.Е. Реализация скрининга злокачественных новообразований органов женской половой сферы в Северо-Западном Федеральном округе / А.Е. Чернобровкина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022б. – № 1. – С. 563-577.
234. Чернов, А.В. Научное обоснование совершенствования гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара с использованием информационных технологий : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.03 / Чернов Алексей Владимирович. – Рязань, 2005. – 24 с.
235. Чижова, Г.В. Ранние, поздние и отдаленные последствия аборт / Г.В. Чижова, В.Г. Дьяченко, Н.В. Шиганцова // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2014. – № 1. – С. 3-7.
236. Чучалина, Л.Ю. Совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Чучалина Лариса Юрьевна. – Москва, 2018. – 23 с.
237. Шарафутдинова, Н.Х. Некоторые аспекты организации медицинской помощи женщинам при гинекологических заболеваниях / Н.Х. Шарафутдинова, Г.Т. Мустафина, Д.Ф. Кандарова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – Т. 15, № 8. – С. 38-41.
238. Швырева, Е.А. Организационные мероприятия по улучшению состояния здоровья женщин с гинекологическими заболеваниями в условиях стационара : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Швырева Елена Александровна. – Москва, 2014. – 25 с.
239. Шипова, В.М. Актуальные проблемы планирования объема акушерско-гинекологической помощи / В.М. Шипова, О.В. Гриднев, Э.А. Вартанян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 163-166.
240. Экономические аспекты госпитализации пациентов по профилю "акушерство и гинекология" в стационаре скорой медицинской помощи / И. М. Барсукова, А. И. Махновский, В. В. Стожаров, О.Н. Эргашев, А.Г. Мирошниченко, Р.И. Миннуллин, И.В. Ким, Л.С. Судьина // Скорая медицинская помощь. – 2022в. – Т. 23, № 2. – С. 38-43. – DOI 10.24884/2072-6716-2022-23-2-38-43. – EDN OTFFVJ.

241. Юрасов, И.В. Клинические проявления и дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза / И.В. Юрасов, Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 92-95.
242. Юрьев, В.К. Методы расчета и анализа показателей деятельности учреждений здравоохранения / В.К. Юрьев, Д.В. Заславский, К.Е. Моисеева. – Санкт-Петербург: СПбГПМА, 2009. – 46 с.
243. Экономическая эффективность внутрибольничной сортировки у пациенток репродуктивного возраста с острым абдоминальным болевым синдромом / И.А. Соловьев, М.Ю. Кабанов, Р.И. Миннуллин [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2015. – № 1. – С. 36-44.
244. Экстренные сочетанные операции в хирургии органов брюшной полости и малого таза / В.З. Маховский, В.А. Аксененко, И.М. Лайпанов, Ж.М. Яхья // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 9. – С. 48-54.
245. Эндометриоз кишечника: особенности клинической и морфологической диагностики / В.А. Печеникова, А.С. Данилова, В.Е. Кварку, Н.Н. Рамзаева // Вестник Военно-медицинской академии. – 2021. – Т. 73, № 1. – С. 41-50.
246. Яхтьева, З.И. К проблеме организации гинекологической помощи в Чечено-Ингушской Республике в послевоенные годы XX столетия / З.И. Яхтьева, Х.М. Батаев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко. – 2017. – № 5. – С. 91-95.
247. A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease / R.B. Ness, K.E. Kip, S.L. Hillier [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 2005. – Vol. 162. – P. 585-590. – doi: 10.1093/aje/kwi243.
248. A multicenter randomized, controlled study comparing laparoscopic versus minilaparotomic myomectomy: reproductive outcomes / S. Palomba, E. Zupi, A. Falbo [et al.] // Fertil. Steril. – 2007. – Vol.88. – P. 933-941. – doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.12.048.
249. ACOG Committee Opinion No. 440: the role of transvaginal ultrasonography in the evaluation of postmenopausal bleeding / American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 114. – P. 409-411. – doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b48feb.
250. Adenomyosis in endometriosis – prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging / G. Kunz, D. Beil, P. Huppert [et al.] // Hum. Reprod. – 2005. – Vol. 20. – P. 2309-2316. – doi: 10.1093/humrep/dei021.
251. Adenomyosis reduces pregnancy rates in infertile women undergoing IVF / R. Salim, S. Riris, W. Saab [et al.] // Reprod. Biomed. – 2012. – Vol. 25. – P. 273-277. – doi: 10.1016/j.rbmo.2012.05.003.

252. Alkatout, I. Robotic surgery in gynecology / I. Alkatout, N. Mettler, J. Maass // *J. Turk Ger. Gynecol. Assoc.* – 2016. – Vol. 17, № 4. – P. 224-232. – doi: 10.5152/jtgga.2016.16187.
253. Arias-Sosa, L.A. Understanding the role of telomere dynamics in normal and dysfunctional human reproduction / L.A. Arias-Sosa // *Reprod. Sci.* – 2019. – Vol. 26, № 1. – P. 6-17. – doi: 10.1177/1933719118804409.
254. Boggess, J.F. Robotic surgery in gynecologic oncology: evolution of a new surgical paradigm / J.F. Boggess // *J. Robot Surg.* – 2007. – Vol. 1, № 1. – P. 31-37. – doi: 10.1007/s11701-007-0011-4.
255. Brunham, R.C. Pelvic inflammatory disease / R.C. Brunham, S.L. Gottlieb, J. Paavonen // *N. Engl. J. Med.* – 2015. – Vol. 372. – P. 2039-2048. – doi: 10.1056/NEJMra1411426.
256. Cariati, F. The evolving role of genetic tests in reproductive medicine / F. Cariati, V. D'Argenio, R. Tomaiuolo // *J. Transl. Med.* – 2019. – Vol. 17, № 1. – P. 267. – doi: 10.1186/s12967-019-2019-8.
257. Cervikal Ectropion May Be a Cause of Desquamative inflammatory vaginitis / L. Mitchell, M. King, H. Brillhart, A. Goldstein // *Sex. Med.* – 2017. – Vol. 5, № 3. – P. 212-214. – doi: 10.1016/j.esxm.2017.03.001.
258. Chappell, C.A. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess / C.A. Chappell, H.C. Wiesenfeld // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 55, № 4. – P. 893-903. – doi: 10.1097/GRF.0b013e3182714681.
259. Characterization of uterine NK cells in women with infertility or recurrent pregnancy loss and associated endometriosis / E. Giuliani, K.L. Parkin, B.A. Lessey [et al.] // *Am. J. Reprod. Immunol.* – 2014. – Vol. 72, № 3. – P. 262-269. – doi: 10.1111/aji.12259.
260. Chronic endometritis and altered embryo implantation: a unified pathophysiological theory from a literature systematic review / G. Buzzaccarini, A. Vitagliano, A. Andrisani [et al.] // *J. Assist Reprod Genet.* – 2020. – Vol. 37, № 12. – P. 2897-2911. – doi: 10.1007/s10815-020-01955-8.
261. Chronic endometritis modifies decidualization in human endometrial stromal cells / D. Wu, F. Kimura, L. Zheng [et al.] // *Reprod. Biol. Endocrinol.* – 2017. – Vol. 15, № 1. – P. 16. – doi: 10.1186/s12958-017-0233-x.
262. Clinical outcomes after fast-track care in women undergoing lap-arooscopic hysterectomy / L. Minig, L. Chuang, M.G. Patrono [et al.] // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2015. – Vol. 131, № 3. – P. 301-304. – doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.034.
263. Clinician provision of oncofertility support in cancer patients of a reproductive age: A systematic review / S. Logan, J. Perz, J. Ussher [et al.] // *Psychooncology.* – 2018. – Vol. 27, № 3. – P. 748-756. – doi: 10.1002/pon.4502.

264. Comparing of hemostatic sealants on ovarian reserve during laparoscopic ovarian cystectomy / J.H. Kang, Y.S. Kim, S.H. Lee [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2015. – Vol. 194. – P. 64-67. – doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.08.010.
265. Comparison of acute and sub-clinical pelvic inflammatory disease / H.C. Wiesenfeld, R.L. Sweet, R.B. Ness [et al.] // *Sex. Transm. Dis.* – 2005. – Vol. 32. – P. 400-405. – doi: 10.1097/01.olq.0000154508.26532.6a.
266. Comparison of the prevalence of chronic endometritis as determined by means of different diagnostic methods in women with and without reproductive failure / Y. Liu, X. Chen, J. Huang [et al.] // *Fertil. Steril.* – 2018. – Vol. 109, № 5. – P. 832-839. – doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.01.022.
267. Differential diagnosis of pelvic mass: improved algorithms and novel biomarkers / R.C. Bast Jr, S. Skates, A. Lokshin, R.G. Moore // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 2012. – Vol. 22. – P. 5-8. – doi: 10.1097/IGC.0b013e318251c97d.
268. Early life abuse and risk of endometriosis / H.R. Harris, F. Wieser, A.F. Vitonis [et al.] // *Hum. Reprod.* – 2018. – Vol. 33. – P. 1657. – doi: 10.1093/humrep/dey248.
269. Effect of hemostatic method on ovarian reserve following laparoscopic endometrioma excision; comparison of suture, hemostatic sealant, and bipolar desiccation. A systematic review and meta-analysis / B. Ata, E. Turkgeldi, A. Seyhan, B. Urman // *J. Minim Invasive Gynecol.* – 2015. – Vol. 22, № 3. – P. 363-372. – doi: 10.1016/j.jmig.2014.12.168.
270. Effect on ovarian reserve of hemostasis by bipolar coagulation versus suture during laparoendoscopic single-site cystectomy for ovarian endometriomas / T. Song, W.Y. Kim, K.W. Lee, K.H. Kim // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2015. – Vol. 22, № 3. – P. 415-420. – doi: 10.1016/j.jmig.2014.11.002.
271. Effectiveness and cost-effectiveness of traditional and new partner notification technologies for curable sexually transmitted infections: observational study, systematic reviews and mathematical modeling / C.L. Althaus, K.M. Turner, C.H. Mercer [et al.] // *Health Technol. Assess.* – 2014. – Vol. 18. – P. 1-100. – doi: 10.3310/hta18020.
272. Effects of chronic endometritis therapy on in vitro fertilization outcome in women with repeated implantation failure: a systematic review and meta-analysis / A. Vitagliano, C. Saccardi, M. Noventa [et al.] // *Fertil. Steril.* – 2018. – Vol. 110, №1. – P. 103-112. – doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.03.017.
273. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials / G. Ronco, J. Dillner, K.M. Elfström [et al.] // *Lancet.* – 2014. – Vol. 383, № 9916. – P. 524-532. – doi: 10.1016/S0140-6736(13)62218-7.

274. Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis / A. Di Spiezio Sardo, C. Di Carlo, S. Minozzi [et al.] // *Hum. Reprod. Update.* – 2016. – Vol. 22, № 4. – P. 479-496. – doi: 10.1093/humupd/dmw008.
275. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis / M. Arbyn, E. Weiderprass, L. Bruni [et al.] // *Lancet Glob. Health.* – 2020. – Vol. 8, № 2. – P. 191-203. – doi: 10.1016/S2214-109X(19)30482-6.
276. Fast track surgery: a clinical audit / J. Carter, R. Szabo, W.W. Sim [et al.] // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* – 2010. – Vol. 50, № 2. – P. 159-163. – doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01134.x.
277. Gradison, M. Pelvic inflammatory disease / M. Gradison // *Am. Fam Physician.* – 2012. – Vol. 85, № 8. – P. 791-796.
278. Haggerty, C.L. Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease / C.L. Haggerty, R. Schulz, R.B. Ness // *Obstet. Gynecol.* – 2003. – Vol. 102, № 5. – P. 934-938. – doi: 10.1016/s0029-7844(03)00695-1.
279. Hediger, M.L. Association of endometriosis with body size and figure / M.L. Hediger, H.J. Hartnett, G.M. Louis // *Fertil. Steril.* – 2005 – Vol. 84. – P. 1366. – doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.05.029.
280. Hysteroscopic myomectomy for menorrhagia using Versascope bipolar system: efficacy and prognostic factors at a minimum of one year follow up / R. Varma, H. Soneja, T.J. Clark, J.K. Gupta // *Eur J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2009. – Vol. 142. – P. 154-159. – doi: 10.1016/j.ejogrb.2008.10.006.
281. Identification of symptoms that indicate a pelvic examination is necessary to PID in adolescent women / D.R. Blake, K. Fletcher, N. Joshi, S.J. Emans // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2003. – Vol. 16, № 1. – P. 25-30. – doi: 10.1016/s1083-3188(02)00207-3.
282. Induction of the epithelial-mesenchymal transition in the endometrium by chronic endometritis in infertile patients / M. Ishida, A. Takebayashi, F. Kimura [et al.] // *PLoS One.* – 2021. – Vol. 16, № 4. – P. e0249775. – doi: 10.1371/journal.pone.0249775.
283. Inter-rater agreement of triage system RETTSHEV / L. Nissen, H. Kirkegaard, N. Perez [et al.] // *Eur. J. Emergency Med.* – 2014. – Vol. 21. – P. 37-41. – doi: 10.1097/MEJ.0b013e32836397d9.
284. Iserson, K.V. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types / K.V. Iserson, J.C. Moskop // *Ann. Emerg. Med.* – 2007. – Vol. 49, № 3. – P. 275-281. – doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.05.019.
285. Kehlet, H. Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery / H. Kehlet, D.W. Wilmore // *Ann. Surg.* – 2008. – Vol. 248, № 2. – P. 189-198. – doi: 10.1097/SLA.0b013e31817f2c1a.

286. Kondo, W. Fast-track surgery in intestinal deep infiltrating endometriosis / W. Kondo, R. Ribeiro, M.T. Zomer // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2014. – Vol. 21, № 2. – P. 285-290. – doi: 10.1016/j.jmig.2013.09.006.
287. Krause, A.K. Robotic-Assisted Gynecologic Surgery and Morbidity in Elderly Women / A.K. Krause // *J. Minim Invasive Gynecol.* – 2016. – Vol. 23, № 6. – P. 949-953. – doi: 10.1016/j.jmig.2016.05.013.
288. Loveless, M. Presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology / M. Loveless, M.O. Vulvovaginitis // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2017. – Vol. 17. – P. 30132- 30133. – doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.08.014.
289. Management of pelvic inflammatory disease in selected u.s. sexually transmitted disease clinics: sexually transmitted disease surveillance network, January 2010-december 2011 / E. Llata, K.T. Bernstein, R.P. Kerani [et al.] // *Sex. Transm. Dis.* – 2015. – Vol. 42, № 8. – P. 429-433. – doi: 10.1097/OLQ.0000000000000309.
290. Masukume, G. Insights into abdominal pregnancy / G. Masukume // *Wiki J. Med.* – 2014. – Vol. 1, № 2. – P. 1-3. – doi: 10.15347/wjm/2014.012.
291. Meta-analysis of observational studies on the safety and effectiveness of robotic gynaecological surgery / M. Reza, S. Maeso, J.A. Blasco, E. Andradas // *Brit. J. Surg.* – 2010. – Vol. 97, № 12. – P. 1772-1783. – doi: 10.1002/bjs.7269.
292. Modern way of diagnosis and treatment of patients with ovarian apoplexy for prevention and restoration of reproductive function / Y. Zhegulovich, A. Iefimenko, O. Shevchenko, I. Nohovska // *Eur. Society Gynaecol. Endoscopy.* – 2011. – Vol. 8, № 1. – P. 148.
293. Moskop, J.C. Triage in medicine, part II: Underlying values and principles / J.C. Moskop, K.V. Iserson // *Ann. Emerg. Med.* – 2007. – Vol. 49, № 3. – P. 282-287. – doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.07.012.
294. Ong, C.L. The current status of three-dimensional ultrasonography in gynaecology / C.L. Ong // *Ultrasonography.* – 2016. – Vol. 35, № 1. – P. 13-24. – doi: 10.14366/usg.15043.
295. Outpatient robotic hysterectomy: clinical outcomes and financial analysis of initial experience / M.A. Borahay, P.R. Patel, C.H. Kilic [et al.] // *Int. J. Med. Robot.* – 2014. – Vol. 10, № 2. – P. 244-250. – doi: 10.1002/rcs.1565.
296. Preoperative identification of a suspicious adnexal mass: a systematic review and meta-analysis / J.E. Dodge, A.L. Covens, C. Lacchetti [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2012. – Vol. 126, № 1. – P. 157-166. – doi: 10.1016/j.ygyno.2012.03.048.
297. Retention of intrauterine devices in women who acquire pelvic inflammatory disease: a systematic review / N.K. Tepper, M.W. Steenland, M.E. Gaffield [et al.] // *Contraception.* – 2013. – Vol. 87. – P. 655-660. – doi: 10.1016/j.contraception.2012.08.011.



298. Ross, J. International Union against sexually transmitted infections. 2012 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease / J. Ross, P. Judlin, J. Jensen // *Int. J. STD AIDS*. – 2014. – Vol. 25, № 1. – P. 1-7. – doi: 10.1177/0956462413498714.
299. Severe complications of hysterectomy: the VALUE study / K. McPherson, M.A. Metcalfe, A. Herbert [et al.] // *BJOG*. – 2004. – Vol. 111. – P. 688-694. – doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00174.x.
300. Sigma and Beta Convergence in Regional Mortality: A case study of the Netherlands / F. Janssen, A. van den Hende, J. de Beer, L.J.G. van Wissen // *Demographic Res.* – 2016. – Vol. 35, № 74. – P. 81-116. – doi: 10.4054/DemRes.2016.35.4.
301. Somigliana, E. Ovarian reserve, endometriomas, and surgery: research must go on / E. Somigliana // *Fertil. Steril.* – 2018. – Vol. 110, № 5. – P. 856-857. – doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.07.017.
302. Subclinical pelvic inflammatory disease and infertility / H.C. Wiesenfeld, S.L. Hillier, L.A. Meyn [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 120. – P. 37-43. – doi: 10.1097/AOG.0b013e31825a6bc9.
303. Systematic review of robotic surgery in gynecology: robotic techniques compared with laparoscopy and laparotomy / R.B. Gala, R. Margulies, A. Steinberg [et al.] // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2014. – Vol. 21, № 3. – P. 353-361. – doi: 10.1016/j.jmig.2013.11.010.
304. Sweet, R.L. Treatment strategies for pelvic inflammatory disease / R.L. Sweet // *Expert. Opin. Pharmacother.* – 2009. – Vol. 9, № 5. – P. 823-837. – doi: 10.1517/14656560902823816.
305. The effectiveness of the South African Triage Score (SATS) in a rural Emergency Medicine / K. Rosedale, Z.A. Smith, H. Davies, D Wood // *South African Med. J.* – 2011. – Vol. 101, № 8. – P. 537-540.
306. The effects of uterine artery embolization and surgical treatment on ovarian function in women with uterine fibroids / S. Rashid, A. Khaund, L.S. Murray [et al.] // *BJOG*. – 2010. – Vol. 117. – P. 985-989. – doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02579.x.
307. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity / P. Taboulet, V. Moreira, L. Haas [et al.] // *Eur. J. Emerg. Med.* – 2009. – Vol. 16, № 2. – P. 61-67. – doi: 10.1097/MEJ.0b013e328304ae57.
308. Trussell, J. Reproductive health risks in perspective / J. Trussell, B. Jordan // *Contraception*. – 2006. – Vol. 73, № 5. – P. 437-439. – doi: 10.1016/j.contraception.2006.01.008.
309. Uterine artery embolization versus myomectomy: impact on quality of life-results of the FUME (Fibroids of the Uterus: Myomectomy versus Embolization) Trial / I.T. Manyonda, M. Bratty, J.S. Horst [et al.] // *Cardiovasc. Intervent Radiol.* – 2012. – Vol. 35. – P. 530-536. – doi: 10.1007/s00270-011-0228-5.

310. Vander Borgh. M Fertility and infertility: definition and epidemiology / M. Vander Borgh, C. Wyns // Clin. Biochem. – 2018. – Vol. 62. – P. 2-10. – doi: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012.
311. Vanthuyne, A. Diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease / A. Vanthuyne, R. Pittrof // Prescriber. – 2016. – Vol. 10, № 27. – P. 47-50.
312. Vilos, G.A. Resectoscopic surgery in women with abnormal uterine bleeding and nobatypical endometrial hyperplasia / G.A. Vilos, P.G. Harding, H.C. Ettlter // J. Minimally Invasive Gynecology. – 2002. – Vol. 9, № 2. – P.131-137. – doi: 10.1016/s1074-3804(05)60120-x.
313. Vinko, K.K. Endometrial thermoablation for menorrhagia comparison of two methods in outpatient setting / K.K. Vinko, R. Rainala, E. Taina // Obstet. Gynecol. Scand. – 2003. – Vol. 82, № 3. – P. 269-274. – doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00110.x.
314. Wodlin, N.B. The development of fast-track principles in gynecological surgery / N.B. Wodlin, L. Nilsson // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2013. – Vol. 92, № 1. – P. 17-27. – doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01525.x.
315. Zhang, C.H. Clinical study of the impact of ovarian reserve by different hemostasis methods in laparoscopic cystectomy for ovarian endometrioma / C.H. Zhang, L. Wu, P.Q. Li // Taiwan J. Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 15, № 4. – P. 507-511. – doi: 10.1016/j.tjog.2015.08.026.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение А. Карта изучения случая оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в многопрофильном стационаре

Шифр пациента \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование признаков	Шифр
1.	Дата поступления: год    месяц    число	1
2.	Возраст (число полных лет на момент госпитализации)	2
3.	Место постоянной регистрации: страна	3
4.	Наименование населенного пункта	4
		5
5.	Район	6
6.	Наименование медицинской организации, направившей пациента в стационар	7
		8
		9
		10
7.	Время поступления    час.    мин.	11
		12
8	Диагноз направившей организации	13
		14
		15
9	Состояние при поступлении: тяжелое, средней тяжести, Удовлетворительное	16
		17
10	Время пребывания в приемно-диагностическом отделении с час. мин. до час. мин.	18
		19
11	Диагноз приемного отделения	20
		21
		22
12	Время постановки диагноза	23
13	Из приемного отделения направлена в отделение (профиль)	24
14	Сведения о переводах: профиль отделения и даты переводов	25
		26
		27
15	Диагноз клинический	28
		29
		30
16	Сведения об операции: дата	31
17	Наименование (код) операции	32
		33
18.	Заключительный диагноз	34
		35
		36
19	Код КСГ	37
		38
20	Тариф по КСГ	39
21	Дата выписки	41
		42

## Приложение Б. Карта изучения случая экстренной госпитализации пациентки женской консультации

Шифр истории болезни пациента \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование признаков	Шифр
1.	Дата направления на госпитализацию: год	1
2.	месяц	2
3.	число	3
4.	день недели	4
5.	Возраст (число полных лет на момент госпитализации)	5
5.	Место постоянной регистрации: страна	6
		7
		8
6.	Наименование населенного пункта	9
		10
7.	Район Санкт-Петербурга	11
		12
8	№ участка	13
9.	ФИО врача	14
10.	Диагноз направившей организации	15
		16
		17

**Приложение В. Группы (уровни) женских консультаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология»**

Группа (уровень)	Характеристика медицинских организаций	Численность обслуживаемого населения
Первая группа (уровень)	женские консультации (кабинеты поликлинических отделений) при центральных районных больницах и районных больницах, акушерских стационарах первой группы (уровня), оказывающих первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях	от 20 000 до 50 000 человек
Вторая группа (уровень)	женские консультации самостоятельные или в составе родильных домов второй группы (уровня), городских больниц и поликлиник,	от 50 000 до 70 000 человек
	женские консультации в составе межрайонных перинатальных центров	от 70 000 до 100 000 человек
Третья группа (уровень)	консультативно-диагностические отделения перинатальных центров, республиканских, краевых, областных, окружных родильных домов, центров охраны материнства и детства, самостоятельные центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков	-----

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и послеродовой период, женщинам с гинекологическими заболеваниями, в соответствии с группами (уровнями) оказания амбулаторной медицинской помощи в Санкт-Петербурге (Приложение 9 к распоряжению Комитета по здравоохранению от 03.12.2019 N 644-р)

**Первая группа (уровень)**

N	Наименование медицинской организации
1.	СПб ГБУЗ "Детская городская поликлиника N 71" Женская консультация N 7 (по согласованию)
2.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 99" Акушерско-гинекологическое отделение (по согласованию)
3.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 63" Акушерско-гинекологическое отделение (по согласованию)
4.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 54" Женская консультация N 10 (по согласованию)
5.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 40" Поликлиническое отд. N 68 Женская консультация (по согласованию)
6.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 40" Поликлиническое отд. N 69 Женская консультация (по согласованию)
7.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 40" Поликлин. отд. N 70 Кабинет акушера-гинеколога (по согласованию)
8.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 6" Женская консультация N 31 (по согласованию)
9.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 46" Женская консультация N 6 (по согласованию)
10.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 34" Женская консультация N 34 (по согласованию)
11.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 32" Женская консультация N 14 (по согласованию)

## Продолжение таблицы Первая группа (уровень)

12.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 122" Женская консультация (по согласованию)
13.	СПб ГБУЗ "Николаевская больница" Женская консультация (по согласованию)
14.	СПб ГБУЗ "Гор. поликли. N 60 Пушкинского р-на" Поликл. отд. "Шушары" Женская конс. (по соглас.)
15.	СПб ГБУЗ "Гор. поликли. N 60 Пушкинского р-на" Поликл. отд. N 67 Женская конс. (по согласованию)
16.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 106" Женская консультация N 24 (по согласованию)
17.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 106" Женская консультация N 25 (по согласованию)

## Вторая группа (уровень)

18.	СПб ГБУЗ "Женская консультация N 18" (по согласованию)
19.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 4" Женская консультация N 16 (по согласованию)
20.	СПб ГБУЗ "Женская консультация N 22" (по согласованию)
21.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 112" Женская консультация N 29 (по согласованию)
22.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 96" Женская консультация N 32 (по согласованию)
23.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 86" Женская консультация N 39 (по согласованию)
24.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 88" Женская консультация N 13 (по согласованию)
25.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 43 "Женская консультация N 20 (по согласованию)
26.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 23 "Женская консультация N 36 (по согласованию)
27.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 71" Женская консультация (по согласованию)
28.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 72" Женская консультация (по согласованию)
29.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 68" Женская консультация N 8 (по согласованию)
30.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 17" Женская консультация N 9 (по согласованию)
31.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 93" Женская консультация N 27 (по согласованию)
32.	СПб ГБУЗ "Женская консультация N 5" (по согласованию)
33.	СПб ГБУЗ "Женская консультация N 33" (по согласованию)
34.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 77" Акушерско-гинекологическое отделение (по согласованию)
35.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 100" Женская консультация N 37 (по согласованию)
36.	СПб ГБУЗ "Женская консультация N 40" (по согласованию)
37.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 49" Женская консультация N 12 (по согласованию)
38.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 111" Женская консультация N 11 (по согласованию)
39.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 111" Женская консультация N 15 (по согласованию)
40.	СПб ГБУЗ "Женская консультация N 44" (по согласованию)
41.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 44" Женская консультация N 19 (по согласованию)
42.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 38" Женская консультация N 35 (по согласованию)

## Продолжение таблицы Вторая группа (уровень)

43.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 39" Женская консультация N 2 (по согласованию)
44.	СПб ГБУЗ "Городская поликлиника N 74" Женская консультация N 43 (по согласованию)
45.	СПб ГБУЗ "Городской перинатальный центр N 1" Женская консультация
46.	СПб ГБУЗ "Родильный дом N 6 им. В.Ф.Снегирева" Женская консультация
47.	СПб ГБУЗ "Родильный дом N 9" Женская консультация
48.	СПб ГБУЗ "Родильный дом N 10" Женская консультация
49.	СПб ГБУЗ "Родильный дом N 16" Женская консультация

## Третья группа (уровень)

50.	Акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными бригадами, консультативно-диагностическое отделение Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Городской перинатальный центр N 1"
51.	Амбулаторно-консультативное отделение ("Центр профилактики и лечения невынашивания беременности") Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Родильный дом N 1 (специализированный)"
52.	Консультативно-диагностическое отделение (Городской акушерский гематологический центр, Городской акушерский центр эндокринной патологии) Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Родильный дом N 6 им. В.Ф.Снегирева"
53.	Амбулаторное консультативно-диагностическое отделение Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Родильный дом N 13"
54.	Амбулаторное отделение пренатальной диагностики Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Родильный дом N 17"
55.	Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения "Диагностический центр (медико-генетический)"
56.	СПб ГБУЗ "Центр планирования семьи и репродукции"
57.	СПб ГБУЗ "Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков "Ювента"

**Приложение Г. Группы (уровни) акушерских стационаров, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, и новорожденным**

Группа (уровень)	Характеристика медицинских организаций
Первая группа (уровень)	акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в своем составе ургентный родильный зал
Вторая группа (уровень)	акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилированные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации (палаты интенсивной терапии) для женщин (по решению руководителя медицинской организации с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации), палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, пост патологии новорожденных и недоношенных детей (по решению руководителя медицинской организации)
Третья А группа (уровень)	акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии –реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии –реанимации
Третья Б группа (уровень)	акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов РФ.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в зависимости от возможности оказания медицинской помощи в период беременности, родов и послеродовой период (Приложение 3 к распоряжению Комитета по здравоохранению от 03.12.2019 N 644-р)

II группа	III А группа	III Б группа
1. СПб ГБУЗ "Родильный дом N 1 (специализированный)"	1. СПб ГБУЗ "Родильный дом N 18"	1. ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова"
2. СПб ГБУЗ "Родильный дом N 6 им. проф. В.Ф.Снегирева"		2. ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет"
3. СПб ГБУЗ "Родильный дом N 9"		
4. СПб ГБУЗ "Родильный дом N 10"		
5. СПб ГБУЗ "Родильный дом N 13"		
6. СПб ГБУЗ "Родильный дом N 16"		
7. СПб ГБУЗ "Родильный дом N 17"		
8. СПб ГБУЗ "Городская больница N 33"		
9. СПб ГБУЗ "Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского"		
10. ФГБНУ "Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта"		
11. ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова"		
12. ФГБОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова"		



**Приложение Д. Группы (уровни) медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь гинекологическим больным в стационарных условиях**

Группы (уровни) МО*	Наименования подразделений и МО, оказывающие специализ. МП женщинам с гинекологической патологией в стационарных условиях	Критерии для определения этапности оказания МП при гинекологической патологии
Первая группа (уровень)	<p>МО, оказывающие специализированную МП женщинам с гинекологической патологией в гинекологических палатах хирургических отделений (с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек, при удаленности ближайшего гинекологического стационара более 100 км и временем доставки пациентов более 60 мин.)</p> <p>гинекологические отделения в составе центральных районных больниц, городских больниц, ведомственных больниц с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек.</p>	<p>- состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи;</p> <p>- состояния, требующие планового оказания специализированной МП в объеме, соответствующем уровню оснащенности и квалификации врача - акушера-гинеколога.</p>
Вторая группа (уровень)	отделения городских больниц, специализированных гинекологических больниц, городских больниц скорой медицинской помощи, родильных домов, межрайонных перинатальных центров, медико-санитарных частей, диспансеров или центров, оказывающих специализированную МП по профилю "акушерство и гинекология" с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек.	<p>- состояния, требующие экстренной или неотложной МП;</p> <p>- состояния, обусловленные гинекологической патологией, и требующие оказания специализированной МП с использованием, в том числе, современных медицинских технологий (эндоскопических, а также при необходимости привлечения смежных специалистов).</p>
Третья А группа (уровень)	гинекологические отделения городских, областных, краевых, республиканских, окружных, клинических больниц, перинатальных центров, центров охраны материнства и детства и других МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, МП по профилю "акушерство и гинекология".	<p>состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями аборт и родов; заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом, с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения;</p> <p>состояния, требующие оказания высокотехнологичной МП, с использованием инновационных технологий, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы.</p>

## Продолжение таблицы Приложение Д

Третья Б группа (уровень)	гинекологические стационары федеральных МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, МП по профилю "акушерство и гинекология", а также в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.	состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями аборт и родов; заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом, с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения; состояния, требующие оказания высокотехнологичной МП, с использованием инновационных технологий, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы. состояния, обусловленные гинекологической патологией для оказания МП в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.
---------------------------	--	---

\*МО – медицинская организация, МП – медицинская помощь

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями, в соответствии с группами (уровнями) оказания стационарной медицинской помощи в Санкт -Петербурге ((Приложение 10 к распоряжению Комитета по здравоохранению от 03.12.2019 N 644-р)

<b>Вторая группа (уровень)</b>	
1.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 9"
2.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 20"
3.	СПб ГБУЗ "Городской гериатрический медико-социальный центр"
4.	СПб ГБУЗ "Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского"
5.	СПб ГБУЗ "Николаевская больница"
6.	Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения Клиническая больница Святителя Луки
7.	СПб ГБУЗ "Городская многопрофильная больница N 2"
8.	СПб ГБУЗ "Центр планирования семьи и репродукции"
<b>Третья группа (уровень)</b>	
1.	СПб ГБУЗ "Городская Александровская больница"
2.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 26"
3.	СПб ГБУЗ "Городская клиническая больница N 31"
4.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 40 Курортного района" (по согласованию)
5.	СПб ГБУЗ "Городская больница Святого Великомученика Георгия"
6.	Государственное бюджетное учреждение "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе"
7.	СПб ГБУЗ "Городская Маринская больница"
8.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 33"
9.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 15"
10.	СПб ГБУЗ "Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы"
11.	СПб ГБУЗ "Городская больница N 38 им. Н.А.Семашко"

## Приложение Е. Порядок применения тарифов на оплату скорой медицинской помощи в стационарных условиях (фрагмент)

Приложение № 1  
к Генеральному тарифному  
соглашению на 2021 год  
(Санкт-Петербург)

Номер пункта	Название тарифов	Наименование МО, применяющих тарифы	Примечание
19	Тарифы с кодами 521011, 521013, 521021, 521023, 521031, 521033, 521041, 521043, 521051, 521053, 521061, 521063, 521071, 521073, 521081, 521083, 521091, 521093, 521101, 521103, 521111, 521113	ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России (780039); ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (780036); СПб ГБУЗ «Александровская больница» (780047); СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» (780014); СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» (780006); ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России (780018); СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» (780004); СПб ГБУЗ «Городская больница № 15» (780045); СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (780046) Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова (780152)	<p>Указанные тарифы применяются за законченный случай лечения в стационарном отделении скорой медицинской помощи при условии выполнения не менее 3 лабораторных и 2 инструментальных исследований.</p> <p>В случае перевода больных (пострадавших) из стационарного отделения скорой медицинской помощи (приемного отделения) для последующего лечения на профильное отделение стационара для дальнейшего оказания медицинской помощи указанные тарифы не применяются, а применяются тарифы в соответствии с КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях стационарного типа (раздел 1 и раздел 2 <b>Приложения № 4</b> к ГТС на 2021 год) и тарифы за анестезиологические, реанимационные пособия, на отдельно оплачиваемые услуги в зависимости от объема оказанной медицинской помощи, или тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с <b>Приложением № 4-3</b> к ГТС на 2021 год.</p> <p>При оказании медицинской помощи амбулаторно (без госпитализации больного, в т.ч. на койку динамического наблюдения или краткосрочного пребывания) применяется «Тариф досуточный» в соответствии с разделами 1 и 2 <b>Приложения № 4</b> к ГТС на 2021 год.</p>

## Акты внедрения

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова  
Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»  
Проректор по учебной работе  
ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ  
им. акад. И.П. Павлова»  
Минздрава России



/ А. И. Яременко /

«14» мая 2014г.

### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

в учебный процесс Кафедры общественного здоровья и здравоохранения  
с курсом экономики и управления здравоохранением  
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

результатов диссертационной работы

**КИМ ИРИНЫ ВАЛЕРЬЕВНЫ**

на тему «Совершенствование организации экстренной и неотложной гинекологической  
помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи»,  
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальностям 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение,

**Наименование предложения:**

Разработан и внедрен Алгоритм приема и лечебно-диагностической тактики при оказании медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.

**Краткая аннотация:** Исследована медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, оказываемая пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи при госпитализации в стационарное отделение скорой медицинской помощи, разработаны механизмы ее совершенствования.

**Эффект от внедрения:** Повышение качества образовательного процесса при подготовке профильных специалистов.

**Место внедрения:** Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

**Форма внедрения:** включение материалов в образовательные программы основного и дополнительного профессионального образования при подготовке специалистов (врачей скорой медицинской помощи, организаторов здравоохранения, акушеров-гинекологов) по темам:

1. Совершенствование организации системы оказания скорой медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в Российской Федерации: скорая медицинская помощь в стационарных условиях.

2. Организация приема и совершенствование дальнейшей лечебно-диагностической тактики при ведении пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.

3. Контроль доступности и качества скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах ее оказания (при оказании помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология»).

Заведующий кафедрой,  
з.д.н. РФ, профессор

/ Н. И. Вишняков /



«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор

ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»

Академик РАН профессор С.Ф. Багненко

«14» марта 2022 г.

### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

в учебный процесс кафедры скорой медицинской помощи и хирургии поврежденных  
**ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский  
 университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России**  
 результатов диссертационной работы аспиранта 4 года обучения кафедры общественного  
 здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением  
**ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России**  
**Ким Ирины Валерьевны**

на тему «Совершенствование организации экстренной и неотложной гинекологической  
 помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи»,  
 представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
 по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

**Наименование предложения:** разработан и обоснован Алгоритм приема и дальнейшей  
 лечебно-диагностической тактики для пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в  
 стационаре скорой медицинской помощи.

**Краткая аннотация:** исследованы организация и содержание медицинской помощи в  
 экстренной и неотложной форме, оказываемой пациенткам по профилю «акушерство и  
 гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи при госпитализации в  
 стационарное отделение скорой медицинской помощи, разработаны механизмы ее  
 совершенствования.


**Эффект от внедрения:** повышение качества образовательного процесса при  
 подготовке профильных специалистов.

**Место внедрения:** кафедра скорой медицинской помощи и хирургии поврежденных  
 ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

**Форма внедрения:** включение материалов в образовательные программы ординатуры  
 и ДПО при подготовке специалистов (врачей скорой медицинской помощи, организаторов  
 здравоохранения, акушеров-гинекологов) по темам:

1. Совершенствование системы оказания скорой медицинской помощи  
 пациенткам по профилю «акушерство и гинекология» в Российской Федерации: скорая  
 медицинская помощь в стационарных условиях.
2. Алгоритмы приема и дальнейшей лечебно-диагностической тактики пациенток  
 по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.
3. Контроль доступности и качества скорой медицинской помощи на  
 догоспитальном и госпитальном этапах ее оказания (при оказании помощи пациенткам по  
 профилю «акушерство и гинекология»).

Заведующий кафедрой  
 профессор

 И.П. Миннуллин

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ



Государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт  
скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»  
(ГБУ СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе)

192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., дом 3 литер А  
Телефон/Факс: (812) 709-61-00, 384-46-46  
e-mail: info@emergency.spb.ru, http://www.emergency.spb.ru  
ИНН 7816058093 КПП 781601001  
ОКПО 01967075 ОГРН 1037835021135

«УТВЕРЖДАЮ»  
Заместитель директора по научной работе  
ГБУ «СПб НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе»

Профессор И.А. Вознюк

«29» *сентября* 2021 г.

*29.09.2021* № *3023-р*

На № \_\_\_\_\_ **АКТ ВНЕДРЕНИЯ**  
**в научно-исследовательскую деятельность**  
**ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»**  
**результатов диссертационной работы**  
**Ким Ирины Валерьевны**

на тему «Совершенствование организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

**Наименование предложения:** Разработан и обоснован Алгоритм приема и дальнейшей лечебно-диагностической тактики для пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.

**Краткая аннотация:** Исследована медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, оказываемая пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи при госпитализации в стационарное отделение скорой медицинской помощи, разработаны механизмы ее совершенствования.

**Эффект от внедрения:** Повышение доступности и качества скорой медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология», эффективности работы медицинской организации.

**Место внедрения:** Отдел организации скорой медицинской помощи и телемедицины (Балтийский центр телемедицины) ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

**Форма внедрения:**

Результаты исследования использованы при выполнении НИР Института на тему: «Основные направления повышения доступности и качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах» (в соответствии с планом НИР ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе», Решениями Медицинского Совета Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга).

**Руководитель подразделения – базы исследования:**

Руководитель

Отдела организации скорой медицинской помощи

и телемедицины (Балтийский центр телемедицины), Ученый секретарь

д.м.н.

И.М. Барсукова

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ



Государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт  
скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»  
(ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе)

192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., дом 3 литер А  
Телефон/Факс: (812) 709-61-00, 384-46-46  
e-mail: info@emergency.spb.ru, http://www.emergency.spb.ru  
ИНН 7816058093 КПП 781601001  
ОКПО 01967075 ОГРН 1037835021135

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач

ГБУ «СПб НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе»

к.м.н. А.С. Повец

«29» сентября 2021 г.

**АКТ ВНЕДРЕНИЯ**

в практику лечебной работы

ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

На № \_\_\_\_\_ результатов диссертационной работы

**Ким Ирины Валерьевны**

на тему «Совершенствование организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

**Наименование предложения:** Разработан и обоснован Алгоритм приема и дальнейшей лечебно-диагностической тактики для пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.

**Краткая аннотация:** Исследована медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, оказываемая пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи при госпитализации в стационарное отделение скорой медицинской помощи, разработаны механизмы ее совершенствования.

**Эффект от внедрения:** Повышение доступности и качества скорой медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология», эффективности работы медицинской организации.

**Место внедрения:** Стационарное отделение скорой медицинской помощи (приемно-диагностическое), Отделение скорой медицинской помощи (краткосрочного пребывания) ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

**Форма внедрения:** алгоритм внедрен в практику лечебной работы стационара.

**Руководитель подразделения – базы исследования:**

Руководитель

Отдела организации скорой медицинской помощи  
и телемедицины «Балтийский центр телемедицины»

д.м.н.

Заведующий Стационарным отделением скорой медицинской помощи  
(приемно-диагностическое)

Заведующий Отделением скорой медицинской помощи  
(краткосрочного пребывания)

И.М. Барсукова

С.В. Столярчук

Д.Л. Корбут



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Государственное бюджетное учреждение  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

192242 г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А  
Тел./факс (812) 774-86-75  
www.emergency.spb.ru  
ИНН 7816058093 КПП 781601001  
ОКПО 01967075 ОКОНХ 95120  
ОКОГУ 23340 ОКАТО 40296563000

ОГРН 1037835021135

на № 19/12-2021/1 от 20.02.2021

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель директора по научной работе  
ГБУ «СПб НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе»

Профессор И.А. Вознюк

«29» февраля 2021 г.

**АКТ ВНЕДРЕНИЯ**

в учебный процесс Учебного центра  
ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»  
результатов диссертационной работы  
Ким Ирины Валерьевны

на тему «Совершенствование организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

**Наименование предложения:** Разработан и обоснован Алгоритм приема и дальнейшей лечебно-диагностической тактики для пациентов по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.

**Краткая аннотация:** Исследована медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, оказываемая пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи при госпитализации в стационарное отделение скорой медицинской помощи, разработаны механизмы ее совершенствования.

**Эффект от внедрения:** Повышение качества образовательного процесса при подготовке профильных специалистов.

**Место внедрения:** Учебный центр ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

**Форма внедрения:** включение материалов в образовательные программы ординатуры и ДПО при подготовке специалистов (врачей скорой медицинской помощи, организаторов здравоохранения, акушеров-гинекологов) по темам:

1. Совершенствование системы оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации: скорая медицинская помощь в стационарных условиях.
2. Алгоритмы приема и дальнейшей лечебно-диагностической тактики пациентов для по профилю «акушерство и гинекология» в стационаре скорой медицинской помощи.
3. Контроль доступности и качества скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах ее оказания.

**Руководитель подразделения – базы исследования:**

Руководитель Учебного центра

д.м.н.

Специалист по учебно-методической работе Учебного центра

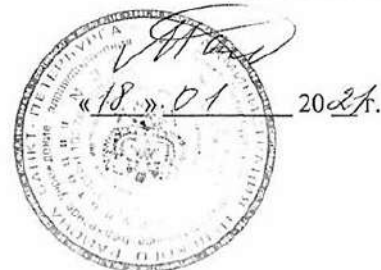
И.М. Барсукова

Н.К. Соловьева



Санкт-Петербургское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
«ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ №33»  
193079, Санкт-Петербург,  
ул. Народная, дом 17,  
корпус 2,  
телефон/факс 446-14-59,  
e-mail: [jk33@zdrav.spb.ru](mailto:jk33@zdrav.spb.ru)

«УТВЕРЖДАЮ»  
Заместитель главного врача по  
медицинской части  
СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33»  
Малых Е.В.



**АКТ  
О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ В ПРАКТИКУ  
ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

1. **Наименование предложения:** Прогностическое значение расширения зоны стационар-замещающих технологий в условиях женской консультации.
2. **Краткая аннотация:** Произведено расширение зоны стационар-замещающих технологий в виде оставления под динамическим наблюдением пациенток с острой гинекологической патологией, расцененных во время амбулаторного приема как нуждающиеся в госпитализации, в условиях дневного стационара в течении 2 часов с проведением базового клинико-лабораторного обследования и симптоматической терапии.
3. **Эффект от внедрения:** 10% пациенток по результатам наблюдения и получения результатов лабораторных анализов были направлены обратно на участок, минуя госпитализацию в круглосуточный стационар.
4. **Место и время использования предложения:** СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33», с февраля 2019 года.
5. **Форма внедрения:** Разработка локального акта о порядке маршрутизации на отделение дневного стационара утреннего потока пациенток с гинекологической патологией для участковых врачей и врачей дневного стационара.
6. **Название темы:** «Совершенствование организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара»

**Автор:** Ким Ирина Валерьевна, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

**Руководитель подразделения – базы внедрения:**  
Заместитель главного врача по медицинской части

«18» 01 2019 г.

Ф.И.О

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач

Санкт-Петербургского государственного  
бюджетного учреждения здравоохранения  
«Женская консультация №44»

Пушкинского района

консультация

« 20 » 02

Р.И. Миннуллин

2023 г.



**АКТ  
О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ В ПРАКТИКУ  
ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

1. **Наименование предложения:** Прогностическое значение расширения зоны стационар-замещающих технологий в условиях женской консультации.
2. **Краткая аннотация:** Произведено расширение применения стационарзамещающих технологий в амбулаторном звене акушерско-гинекологической службы (койки краткосрочного пребывания) для динамического наблюдения в условиях дневного стационара в течении 2 часов с проведением базового клинико-лабораторного обследования и симптоматической терапии.
3. **Эффект от внедрения:** У 12% пациенток, обратившихся с острой болью в Женскую консультацию по результатам дообследования и динамического наблюдения при проведении симптоматической терапии и получении результатов лабораторных исследований (СИО) были исключены неотложные состояния, сняты показания для госпитализации в круглосуточный стационар.
4. **Место и время использования предложения:** СПб ГБУЗ «Женская консультация № 44» Пушкинского района, с января 2021 года.
5. **Форма внедрения:** Разработка локального акта о порядке маршрутизации на отделение дневного стационара утреннего потока пациенток с гинекологической патологией для участковых врачей и врачей дневного стационара.
6. **Название темы:** «Совершенствование организации экстренной и неотложной гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара»

**Автор:** Ким Ирина Валерьевна, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Главный врач СПбГБУЗ «Женская консультация № 44», доцент кафедры акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

к.м.н. Миннуллин Руслан Ильдарович

« 20 » 02 \_\_\_\_\_ 2023 г.