



© Л. В. Кочорова, Б. Л. Цивьян, 2017 г.  
УДК 618.1-006.03 : 614.215

Л. В. Кочорова<sup>1\*</sup>, Б. Л. Цивьян<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40 Курортного района», Санкт-Петербург, Россия

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЫ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

### Резюме

**Введение.** Доброкачественные новообразования гинекологической сферы оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье населения. Усилия органов государственной власти направлены на преодоление демографического кризиса, в связи с чем вопросы организации медицинской помощи женщинам требуют особого внимания.

**Цель** — разработать систему мер по оптимизации организации медицинской помощи женщинам с доброкачественными новообразованиями гинекологической сферы и оценить ее эффективность.

**Материал и методы.** В 2015 – 2016 гг. на базе женских консультаций Санкт-Петербурга проведено исследование оказания медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями гинекологической сферы. С привлечением экспертов проанализировано 2500 случаев лечения: оценивалась полнота и обоснованность лечебно-диагностических мероприятий, степень преемственности в работе медицинских организаций, потребность пациенток в лечении на различных этапах. С учетом полученных результатов на базе одного из районов проведен организационный эксперимент по оптимизации предоставления медицинской помощи женщинам, а в дальнейшем оценена его эффективность: проведены социологические опросы 2190 пациенток, анализ 3334 случаев лечения по базе данных выставленных и оплаченных счетов и медицинским картам амбулаторного больного.

**Результаты исследования.** Оптимизация предоставления амбулаторной медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями женской половой сферы возможна путем повышения активности их динамического наблюдения: информирования об особенностях течения заболевания, контроля соблюдения графика посещений врача, что позволяет повысить частоту профилактических посещений с 1,2 до 1,8 в год (оптимальная частота — не менее 1,56 посещения в год). Повышение эффективности лечения достигнуто путем ранней медицинской реабилитации — профессиональной психологической поддержки пациенток. Уточнен объем психологических проблем пациенток в связи с выявленным доброкачественным новообразованием: 67,0 % пациенток показана консультация врача-психотерапевта, трети из них — специализированное лечение. Внедрение двухуровневой системы внутреннего контроля качества медицинской помощи позволяет выполнять установленные объемы медицинской помощи, обеспечить преемственность амбулаторного и стационарного этапов ее оказания и сократить частоту экстренной госпитализации с 11,6 до 9,0 на 100 тыс. взрослого населения.

**Выводы.** Эксперимент показал, что эффективное наблюдение больных возможно только при условии тесного взаимодействия медицинских организаций всех уровней и построения доверительного взаимоотношения лечащего врача с пациенткой.

**Ключевые слова:** доброкачественные новообразования, репродуктивное здоровье, гинекологическая медицинская помощь, женская консультация

*Кочорова Л. В., Цивьян Б. Л.* Результаты организационного эксперимента по оптимизации оказания медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями гинекологической сферы в женской консультации. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2017;24(1):28–34. DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-1-28-34.

\* **Автор для связи:** Лариса Валерьяновна Кочорова. ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, ул. Льва Толстого, д. 6/8, Санкт-Петербург, Россия, 197022. E-mail: larisakochorova@yandex.ru

© L. V. Kochorova, B. L. Tsivyan, 2017  
UDK 618.1-006.03 : 614.215

Л. В. Кочорова<sup>1\*</sup>, В. Л. Цивьян<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician I. P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup> Saint-Petersburg City Hospital № 40, St. Petersburg, Russia

## THE RESULTS OF THE ORGANIZATIONAL EXPERIMENT TO OPTIMIZING THE MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH BENIGN NEOPLASMS OF THE GYNECOLOGICAL FIELD IN THE ANTENATAL CLINIC

### Abstract

**Relevance.** Benign neoplasms of the gynecological field have a significant impact on reproductive health of the population. The efforts of the state authorities aimed at overcoming the demographic crisis; therefore, the questions of organization of medical care for women require special consideration.

**Goal of research** — to develop a system of measures to optimize the arrangement of medical care for women with benign neoplasms of the gynecological sphere and to evaluate its effectiveness.

**Materials and methods.** In 2015-2016, the study of delivery of medical care of patients with benign neoplasms of the gynecological field was undertaken on the basis of the antenatal clinics of St. Petersburg. 2500 cases of treatment were analyzed with the involvement of experts. Completeness and validity of diagnostic and treatment activities, the degree of continuity in the work of health care organizations, the need of patients in treatment at different stages were estimated. Taking into account the obtained results on the basis of one of the districts organizational experiment to optimize the provision of health care to women was carried out, and further its effectiveness was evaluated: an opinion poll of 2190 patients was held, 3334 cases were analyzed according to the database of issued and paid bills and ambulatory medical records.

**Results.** Optimization of delivery of outpatient medical care to patients with benign tumors of female genital sphere is possible by increasing the activity of their dynamic monitoring: information on the characteristics of the disease, monitoring of compliance with the schedule of doctor visits, which can increase the frequency of prophylactic visits from 1.2 to 1.8 per year (optimal frequency — no less than 1.56 visits per year). Increase of treatment efficiency is achieved by early medical rehabilitation — professional psychological support of patients. Adjusted volume of psychological problems of patients in connection with the identified benign neoplasm: consultation of psychotherapist is indicated to 67.0% of the patients, specialized treatment is prescribed to one third of them. The introduction of a two-level system of internal quality control of medical care, allows to perform the prescribed amount of medical care, to ensure continuity of outpatient and inpatient stages of its delivery and to reduce the frequency of emergency hospitalization from 11.6 to 9.0 per 100 thousand of the adult population.

**Conclusions.** The experiment showed that the effective observation of patients is possible only under condition of close cooperation of medical organizations at all levels and building of a trusting relationship of the physician with his patient.

**Key words:** benign tumors, reproductive health, gynecological medical care, antenatal clinic

*Kochorova L. V., Tsivyan B. L.* The results of the organizational experiment to optimizing the medical care of patients with benign neoplasms of the gynecological field in the antenatal clinic. The Scientific Notes of IPP-SPSMU. 2017;24(1):28–34. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-1-28-34.

\* **Corresponding author:** Larisa V. Kochorova. FSBEI HE I. P. Pavlov SPbSMU MOH Russia, 6-8 L'va Tolstogo street, Saint-Petersburg, 197022 Russia. E-mail: larisakochorova@yandex.ru

### ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественные новообразования органов женской половой сферы оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье населения [1–4]. В последние годы усилия органов государственной власти Российской Федерации направлены на преодоление демографического кризиса, в связи с чем вопросы организации медицинской помощи женщинам требуют особого внимания [4]. В настоящей статье рассматриваются меры, направленные на оптимизацию организации медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями женской половой сферы на этапе женской консультации, а также приводятся результаты оценки их эффективности.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период 2015–2016 гг. на базе женских консультаций Санкт-Петербурга проведено комплексное исследование оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями гинекологической сферы. Всего изучено 2500 случаев оказания первичной медико-санитарной помощи

пациенткам в женской консультации, проведено анкетирование 5800 пациенток и 450 врачей-акушеров-гинекологов в 18 женских консультациях, располагающихся во всех районах города. На последующем этапе исследования все случаи лечения пациенток в базовых женских консультациях были проанализированы экспертами из числа врачей-акушеров-гинекологов, имеющих высшую квалификацию и ученую степень. Оценивалась полнота и обоснованность лечебно-диагностических мероприятий, проведенных женщинам на соответствующих этапах оказания медицинской помощи, степень преемственности в работе медицинских организаций, потребность пациенток в лечении на различных его этапах.

С учетом полученных результатов в 2015 г. был разработан и внедрен на базе медицинских организаций одного из районов Санкт-Петербурга организационный эксперимент по оптимизации предоставления медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы. На этапе первичной медико-санитарной помощи организационный эксперимент включал в себя следующие основные компоненты:

– внедрение системы оптимизации учета пациенток, подлежащих диспансеризации, и активное их привлечение к выполнению профилактических посещений;

– внедрение системы информирования гинекологических пациенток о профилактике доброкачественных новообразований женской половой сферы;

– организация психотерапевтического консультирования пациенток с доброкачественными новообразованиями женской половой сферы на базе женских консультаций;

– внедрение системы внутреннего контроля качества первичной специализированной акушерско-гинекологической помощи.

Для оценки эффективности проведенных мероприятий применялся специально разработанный инструментарий, включающий проведение социологических опросов пациенток (всего опрошено 2190 женщин), анализ базы данных выставленных и оплаченных счетов, а также медицинских карт амбулаторного больного (всего изучено 3334 случая оказания медицинской помощи в женской консультации), организована работа врача-психотерапевта в женской консультации для оказания профессиональной помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями женской половой сферы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ, проведенный экспертной группой, выявил значительное число проблем при оказании медицинской помощи пациенткам с гинекологическими доброкачественными новообразованиями. На этапе предоставления первичной специализированной акушерско-гинекологической медико-санитарной помощи установлены следующие основные недостатки: недостаточная активность диспансерного наблюдения женщин в женской консультации; несоблюдение установленных порядков оказания медицинской помощи пациенткам гинекологического профиля.

Недостаточная активность диспансерного наблюдения женщин с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы подтверждена данными исследования, проведенного в 2015 г.: установлены значительные отличия в выявлении таких заболеваний в женских консультациях отдельных районов Санкт-Петербурга и, соответственно, в уровне потребления пациентками медицинской помощи. По отдельным районам различается также и уровень госпитализаций пациенток изученной группы. При этом наибольшее значение имеют различия в частоте экстренных госпитализаций, что свидетельствует о недостаточной активности ведения пациенток именно на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

В соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н, в рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин. По результатам профилактических осмотров формируются группы состояния здоровья: I группа – практически здоровые, не нуждающиеся в наблюдении; II группа – женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы; III группа – нуждающиеся в дополнительном амбулаторном обследовании и лечении; IV группа – нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара; V группа – имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При проведении анализа в 2015 г. установлено, что среди пациенток с диагнозом доброкачественного новообразования органов женской половой сферы только 11,2 % были отнесены к II группе здоровья (как правило, пациентки после перенесенного оперативного лечения по поводу лейомиомы матки). Большая часть женщин отнесены к III (78,2 %) и IV (10,6 %) группам. По результатам экспертной оценки установлено, что в среднем пациентки с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы, с установленной III группой здоровья должны осматриваться врачом-акушером-гинекологом в рамках профилактических осмотров (диспансеризации) с частотой не менее 1,6 раза в год, а с установленной IV группой здоровья – с частотой не менее 1,9 раз в год. В среднем пациентки изученной группы должны выполнять 1,56 посещения врача-акушера-гинеколога с профилактической целью. Рассчитанное количество амбулаторных профилактических посещений является, по мнению экспертов, оптимальным для эффективной организации медицинской помощи пациенткам этой группы, так как будет способствовать сохранению и укреплению их здоровья за счет своевременного назначения и проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, а также оптимизации расходов на оплату медицинской помощи за счет предупреждения развития urgentных ситуаций.

Предложенный подход апробирован в 2015 г. в женских консультациях, расположенных в одном из районов Санкт-Петербурга. До апробации в среднем в женских консультациях базового района пациентки выполняли в рамках диспансерного наблюдения 1,2 посещения в год.

В целях совершенствования выявления и наблюдения пациенток в женских консультациях проведен ряд мероприятий, направленных на повышение эффективности организации лечебно-диагностического процесса в этой части, а именно:

— проведен семинар «Актуальные вопросы выявления и наблюдения пациенток с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы» для врачей-акушеров-гинекологов женских консультаций района;

— разработана и внедрена система учета пациенток, подлежащих диспансеризации, и активного их привлечения к выполнению профилактических посещений;

— разработана и внедрена система информирования гинекологических пациенток о профилактике доброкачественных новообразований женской половой сферы;

— организован прием врача-психотерапевта.

Программа семинара включала вопросы соблюдения законодательства при организации медицинской помощи гинекологическим пациенткам, вопросы раннего своевременного выявления, лечения и профилактики доброкачественных новообразований. Итоговое анкетирование врачей показало высокую эффективность семинара: 87,8 % участников указали, что полученная информация является актуальной и полезной в части современных представлений о профилактике и раннем выявлении гинекологических заболеваний, а также в части медико-психологических аспектов взаимодействия врача-акушера-гинеколога с пациентами.

Наряду с проведенным дополнительным обучением врачей, в медицинских организациях базового района была внедрена дополнительная система учета пациенток, подлежащих диспансеризации. Для каждой пациентки, как с впервые выявленным диагнозом доброкачественного новообразования, так и с диагнозом заболевания этой группы, установленным ранее, и состоящей на диспансерном учете (только для тех, кто посетил врача в 2015 г.), был составлен индивидуальный график профилактических посещений врача женской консультации. Контроль за исполнением графика осуществлялся медицинскими регистраторами женской консультации путем заблаговременного оповещения пациентки о необходимости выполнения очередного профилактического посещения. В случае отказа в выполнении посещения по возможности выяснялась причина, и сведения передавались лечащему врачу для дальнейшего учета в работе. В случае согласия пациентки медицинский регистратор осуществлял ее предварительную запись на прием к врачу. По итогам контроля соблюдения индивидуального графика посещений врача пациентками было установлено, что 84,5 % пациенток удалось по телефону передать информацию о необходимости посещения врача; 66,7 % пациенток из тех, с которыми были проведены переговоры, были записаны на прием к врачу, а 53,4 % посетили врача.

Анализ причин отказа пациенток в посещении врача-акушера-гинеколога при их приглашении на прием показал, что в большинстве случаев (76,4 %)

пациентки не считают целесообразным тратить время на посещение врача с профилактической целью при отсутствии жалоб. В 16,4 % пациентки указали, что предложенные варианты посещения на ближайшее время им не удобны и просили перезвонить им в течение месяца. В 4,4 % пациентки сообщали, что не нуждаются в наблюдении врача районной женской консультации, поскольку наблюдаются у другого специалиста. Полученные данные позволяют еще раз указать на недостаточную активность пациенток в вопросе профилактики гинекологических заболеваний, поскольку большинство из них отказались посетить врача по своему личному усмотрению. Вместе с тем анкетирование пациенток, посетивших врача-акушера-гинеколога после приглашения, позволяет считать предложенную методику крайне эффективной: 66,5 % пациенток указали, что забыли о предстоящем визите к врачу и без напоминания со стороны женской консультации вряд ли бы посетили врача в ближайшее время. В этой связи перспективным в дальнейшем следует считать информирование пациенток, нуждающихся в профилактическом осмотре врача-акушера-гинеколога, посредством смс-оповещения, а также путем рассылки по электронной почте (с учетом согласия женщины получать такие сообщения).

Учитывая полученные ранее данные о таких ведущих причинах недостаточной эффективности амбулаторного лечения доброкачественных заболеваний органов женской половой сферы, как низкая санитарная грамотность пациенток (70,2 на 100 опрошенных врачей), несвоевременность обращения за медицинской помощью (95,5 на 100 опрошенных врачей) и несоблюдение рекомендаций врача (48,4 на 100 опрошенных врачей), следующим направлением совершенствования организации выявления и наблюдения пациенток изученной группы стала система индивидуального информирования женщин с профилактической целью, включающая следующие компоненты: индивидуальная разъяснительная беседа с пациентками; вручение информационно-разъяснительных материалов (буклет, памятка).

Примененная практика индивидуального информирования показала свою крайнюю эффективность: считают представленную информацию «нужной и полезной» 68,8 % опрошенных; «узнали много нового» 56,8 %; считают, что официальные печатные информационно-разъяснительные материалы являются оптимальной формой получения необходимой информации по состоянию здоровья, 45,5 % опрошенных (38,8 % указали, что оптимальной формой является разъяснительная беседа с лечащим врачом, 8,6 % указали, что доверяют информации, размещенной в сети Интернет, остальные 7,1 % указали, что предпочли бы пользоваться иными каналами предоставления информации).

Проведенные мероприятия позволили существенно повысить активность динамического наблюдения пациенток с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы. Контрольное исследование, проведенное в 2016 г., показало, что объем посещений, выполненных пациентками женских консультаций базового района по поводу всех доброкачественных заболеваний женской половой сферы, составил 8852,1 на 100 тыс. взрослого населения, что превышает показатель, полученный в этом районе Санкт-Петербурга в 2015 г., на 27,9 % (6920,4 на 100 тыс. взрослого населения,  $t = 3,9$ ;  $p < 0,05$ ), а в целом по Санкт-Петербургу — на 54,6 % (5724,5 на 100 тыс. взрослого населения,  $t = 4,2$ ;  $p < 0,05$ ). При этом удалось достичь и даже несколько превысить предположенную при проведении экспертной оценки частоту проведения осмотров с профилактической целью.

В целях совершенствования медицинской помощи пациенткам в женских консультациях были также проведены мероприятия, направленные на повышение эффективности организации лечебно-диагностического процесса в части раннего применения методов медицинской реабилитации. При разработке вышеуказанных мер сформулированы и соблюдены такие принципы медицинской реабилитации, как начало реабилитационных мероприятий на ранних стадиях развития заболевания; применение индивидуального подхода; непрерывность, последовательность и преемственность мероприятий на различных этапах реабилитации; активное и сознательное участие самих пациенток. Применение всех вышеописанных принципов в комплексе на этапе лечения пациенток в женских консультациях возможно при осуществлении профессиональной психологической поддержки пациенток. Тем более, что функция женской консультации по оказанию, в том числе психологической, помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности установлена «Правилами организации деятельности женской консультации», утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н.

Проведенный ранее анализ показал крайне низкий уровень развития профессиональной психологической помощи в женских консультациях в настоящее время. Согласно рекомендуемым штатным нормативам женской консультации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н, обеспеченность врачами-психотерапевтами (медицинскими психологами) должна соответствовать следующему показателю: 1 должность на 10 должностей врачей-специалистов. На конец 2015 г. в женских консультациях Санкт-Петербурга имелось в целом 19,25 штатной должности психотерапевтов для проведения приема пациентов в рамках

оказания бесплатной медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования. Более чем в половине женских консультаций (57,6 %) такие должности не предусмотрены, в том числе и в женских консультациях базового района.

С учетом доказанной необходимости психологической поддержки пациенток с доброкачественными новообразованиями женской половой сферы на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, в рамках настоящего исследования в базовом районе Санкт-Петербурга на протяжении 2016 г. был организован прием пациенток женской консультации врачом-психотерапевтом. Для реализации данного организационного решения специалист для работы в женской консультации на 1 ставку привлечен на договорной основе. Численность врачей-специалистов в базовой женской консультации позволила соблюсти рекомендованный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н норматив: 1 должность врача-психотерапевта на 10 должностей врачей-специалистов. Основными функциями врача-психотерапевта, реализуемыми в рамках настоящего исследования, явились следующие: консультативно-диагностическая работа с пациентками женской консультации по направлению врача-акушера-гинеколога (с учетом согласия пациентки); отбор пациенток для дальнейшего психотерапевтического лечения; психотерапия, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой формах (в сочетании, по необходимости, с фармакотерапией и другими видами лечения); осуществление консультативного взаимодействия с врачами-акушерами-гинекологами по выявлению психологических проблем у пациенток; проведение образовательных программ в целях повышения знаний и совершенствования психологических навыков врачей, среднего медицинского и иного персонала женской консультации.

Внедрение системы психотерапевтической помощи женщинам в женской консультации позволило уточнить объем психологических проблем, испытываемых пациентками в связи с выявленным доброкачественным новообразованием. Так, по данным опроса пациенток женских консультаций, проведенного в 2015 г., около половины испытывали тревогу по поводу предстоящей операции, а около четверти — по поводу своего женского здоровья и прогноза заболевания, что может быть расценено как значительная потенциальная частота нуждаемости женщин в психологической помощи. Опрошеные врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций в большинстве своем считают, что применение таких методов целесообразно (42,5 % ответили «да», и 43,3 % ответили «скорее, да»). Сомневаются в эффективности психотерапевтических методик при лечении пациенток, страдающих доброкачественными новообразованиями органов женской

половой сферы, не более 5,0 % врачей, ведущих амбулаторный прием. В рамках эксперимента в базовой женской консультации 67,0 % пациенток врачами-акушерами-гинекологами была рекомендована консультация врача-психотерапевта. Согласие на данную консультацию дали 55,0 % из числа нуждающихся, после первичной консультации и диагностики 34,9 % из числа получивших медицинскую помощь предложены различные курсы психотерапевтического лечения. Анализ причин отказа пациенток в посещении врача-психотерапевта при их направлении врачом-акушером-гинекологом показал, что основной причиной (85,3 %) является недоверие, боязнь общения с психотерапевтом, которого они воспринимают, скорее, как психиатра; в 11,2 % пациентки указали, что предложенные варианты посещения на ближайшее время им неудобны; в 3,5 % пациентки сообщили, что не нуждаются в консультации врача-психотерапевта районной женской консультации, поскольку пользуются услугами «своего» психолога. Данные опроса женщин, получивших психотерапевтическую помощь, показали, что три четверти пациенток (76,4 %) удовлетворены ею, а более половины (67,2 %) считают ее эффективной.

В части несовершенства организации наблюдения пациенток с доброкачественными новообразованиями, с учетом данных проведенного ранее анализа, доказано, что одним из наиболее существенных дефектов организации предоставления им медицинской помощи на амбулаторном этапе следует считать невыполнение «Базового спектра обследования пациенток в соответствии с этапностью оказания им медицинской помощи», установленной «Порядком оказания медицинской помощи по профилю „Акушерство и гинекология“», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н. С учетом выявленных дефектов нами была предложена двухуровневая система внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказываемой пациенткам этой группы. Для этого в рамках требований законодательства к проведению внутреннего контроля качества медицинской помощи разработаны, предложены и внедрены на уровне женских консультаций базового района Санкт-Петербурга подходы к проведению внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказываемой пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы, основными задачами которого следует считать следующие:

- оценка соответствия лечебно-диагностического процесса предоставления медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы;
- выявление дефектов медицинской помощи, оказанной конкретным пациенткам с доброкаче-

ственными новообразованиями гинекологической сферы, установление причин их возникновения;

- оценка организационных технологий оказания медицинской помощи пациенткам;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в медицинской организации;
- оценка удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;
- подготовка предложений для руководителя медицинской организации, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

В рамках предложенной системы внутреннего контроля качества медицинской помощи установлены функции заведующих женскими консультациями (отделениями), реализуемые на первом уровне контроля: контроль за обоснованностью, своевременностью и правильностью постановки диагноза, проводимого лечения, направления на госпитализацию, санаторно-курортное лечение и МСЭ, выдачи листков нетрудоспособности, выписки рецептов; контроль за оформлением и ведением медицинской документации; контроль за соблюдением лечебно-диагностического процесса в соответствии с установленными стандартами и порядками оказания медицинской помощи; контроль за обеспечением преемственности в работе между женской консультацией и гинекологическим отделением стационара, в том числе анализ обоснованности плановой и экстренной госпитализации, полноты использования возможностей амбулаторного этапа лечения; организация оценки удовлетворенности пациенток оказанной им в женской консультации медицинской помощи. Функции врачебной комиссии (второй уровень контроля) устанавливались в соответствии с требованиями приказа МЗиСР Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н.

Предложенная система предполагала проведение контроля в постоянном режиме, для чего заведующими женских консультаций еженедельно проводилась оценка медицинской документации не менее 30 % случаев оказания медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы. Систематизированные данные по выявленным дефектам еженедельно представлялись на врачебных конференциях, выявленные недостатки оценивались персонифицированно по случаям оказания медицинской помощи каждым врачом-акушером-гинекологом.

Пристальный контроль за организацией оказания медицинской помощи пациенткам позволил существенно повысить качество оказанных им медицинских услуг, а также качество ведения первичной медицинской документации в женских кон-

сультациях. Так, в частности, если по результатам наблюдения, проведенного в 2015 г., микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, а также цитология мазков пациенткам с лейомиомой матки не назначались в 43,7 % случаев, то по итогам 2016 г. этот показатель удалось снизить до 12,2 % ( $t = 2,9, p < 0,05$ ). При этом из всех случаев проведения микроскопического исследования в амбулаторных картах пациенток в 2015 г. отсутствовали указания на его назначение в 44,7 %, что следует расценивать либо как серьезные дефекты оформления первичной медицинской документации, либо как самостоятельное обращение пациенток для выполнения соответствующих анализов. По итогам наблюдения, проведенного в 2016 г., во всех случаях назначения микроскопического исследования имелась отметка о его назначении лечащим врачом в первичной медицинской документации.

Наряду с этим, анализ амбулаторных карт пациенток интересующей нас группы, наблюдающихся в женских консультациях в 2015 г., показал, что в 39,5 % случаев не выполнялось цитологическое исследование. Назначение исследования даже в случае его проведения было отмечено в медицинской документации только 80,6 % пациенток. После внедрения системы внутреннего контроля качества медицинской помощи невыполнение цитологического исследования было зафиксировано в 16,1 % случаев ( $t = 2,9, p < 0,05$ ).

Также по итогам анализа, проведенного в 2015 г., было установлено, что в 16,3 % не выполнялось УЗИ, а при его выполнении в 80,3 % случаев инициатором являлась сама пациентка (отсутствует отметка о назначении в первичной медицинской документации). По итогам 2016 г.: УЗИ не выполнялось в 5,0 % случаев, отсутствовало назначение в 21,2 % случаев ( $t = 3,9, p < 0,05$ ).

Введение комплекса мер по совершенствованию оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе также позволило повысить удовлетворенность пациенток оказанными медицинскими услугами. По результатам социологического мониторинга, проведенного в 2015 г., было установлено, что удовлетворены организацией работы женской консультации только 60,0 % пациенток. Удовлетворены работой лечащего врача 68,9 % опрошенных женщин. Социологический мониторинг, проведенный после внедрения предложенной системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в 2016 г., позволил получить следующие показатели:

в целом удовлетворены работой женской консультации 77,8 % опрошенных, удовлетворены работой лечащего врача 80,0 % опрошенных женщин (64,9 % из них полностью удовлетворены, и 15,1 % указали, что, скорее, да, удовлетворены).

Оптимизация предоставления медицинских услуг при доброкачественных новообразованиях гинекологической сферы требует комплексного подхода, учитывающего конкретные направления и необходимый для этого баланс ресурсов. Проведенный эксперимент показал, что эффективное наблюдение больных возможно только при условии тесного взаимодействия медицинских организаций всех уровней и построения доверительного взаимоотношения лечащего врача и больного.

### Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

### Conflicts of interest

Authors declare no conflict of interest.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Горохова Л. М., Буренков Г. М., Кузьмин А. Г. и др. Пути улучшения здоровья женщин фертильного возраста в Вологодской области // Экология человека. — 2008. — № 7. — С. 38–39.
2. Горохова Л. М. Медико-социальные особенности бесплодного брака / Л. М. Горохова, Н. А. Мартынова, Л. В. Кочорова, А. Г. Калинин // Экология человека. — 2008. — № 12. — С. 44–47.
3. Фролова О. Г. Состояние репродуктивного здоровья населения на современном этапе социально-экономического развития // Вестник Росс. ун-та дружбы народов. — 2004. — № 2. — С. 25–34.
4. Кулаков В. И., Фролова О. Г. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Ин-т социально-эконом. проблем народонаселения РАН. — 2004. — № 3 (25). — С. 60–66.

### REFERENCES

1. Gorohova L.M., Burenkov G.M., Kuz'min A.G., Martynova N.A., Kochorova L.V. Ways to improve the health of women of childbearing age in the Vologda region. *Jekologija cheloveka*. 2008. №.7. Pp.38–39 (In Russ.).
2. Frolova O.G. The state of reproductive health of the population at the present stage of socio-economic development. *Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby narodov*. 2004. №2. Pp.25-34 (In Russ.).
3. Kulakov V.I., Frolova O.G. Reproductive health in the Russian Federation. *Institut social'no-jekonomicheskikh problem narodonaselenija RAN*. 2004;3(25):060–066 (In Russ.).
4. Gorohova L.M., Martynova N.A., Kochorova L.V., Kalinin A.G. Medico-social features of infertile marriage. *Jekologija cheloveka*. 2008. №.12. Pp.44–47 (In Russ.).

Дата поступления статьи 27.12.2016

Дата публикации статьи 27.03.2017