

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АРУТЮНЯН Анаит Анушавановна

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ В
СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ**
(На материале бесплодия и нарушения менструального цикла у женщин)

Специальность 14.02.05-Социология медицины

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Сердюков А.Г.

Научный консультант –
доктор социологических наук,
профессор
Фомина Т.К.

Волгоград - 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	14
1.1. Исследования проблем акушерско-гинекологической помощи городским и сельским жительницам в отечественной социологии медицины	14
1.2. Институализация акушерско-гинекологической службы в системе медицинской помощи городскому и сельскому населению	41
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	74
2.1. Характеристика исследовательского поля	74
2.2. Методы исследования	75
2.3. Дизайн исследования	78
ГЛАВА 3. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ	81
3.1. Параметры выделения медико-социальной группы женщин, страдающих бесплодием и нарушением менструального цикла	81
3.2. Территориальные детерминанты клинических признаков анализируемой медико-социальной группы	95
3.3. Компаративный анализ медико-социального статуса городских и сельских пациенток акушерско-гинекологической практики	109
3.4. Социальные диспозиции городских и сельских жительниц по отношению к гинекологическому здоровью	124
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	136
ВЫВОДЫ	145
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	147
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	150
ПРИЛОЖЕНИЯ	165

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В связи с введением в практику отечественного здравоохранения трехуровневой системы оказания медицинской помощи, с одной стороны, возросла степень дифференцированности групп пациентов, а с другой – стала более выраженной связь медицины с другими социальными институтами. Все это заставляет по-новому подходить к проблеме медико-социальной стратификации общества, составляющей частью которой является вопрос о корректном выделении в ней медико-социальных групп. Термин «медико-социальная группа» в социологической литературе использует Академик РАН А.В.Решетников. Он расшифровывает определение социологии медицины, говоря о том, что это «наука о функционировании человека в медико-социальных системах, изучающая их структуру и эволюцию развития, взаимодействие медико-социальных групп (*подчеркнуто мною – А.А.*), закономерности развития, становления и распада медико-социальных организаций»¹. Следовательно, медико-социальная группа включена в перечень объектов изучения социологии медицины, при этом латентно признана субъектом медико-социальных взаимодействий, но пока не дефиницирована в категориальном поле социологии медицины. Нам представляется, что процесс выработки определения понятия, обозначающего данный феномен, его объема и содержания, должен быть ускорен в связи с появлением и распространением *несоциологического* термина «медико-социальная группа» (Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002), который обозначает группу в составе медицинского работника, социального работника, работника правоохранительной системы и, возможно, представителя общественной организации, которые посещают пациентов

¹ Решетников А.В. Социология медицины. Руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2010. С.72.

(чаще – неблагополучных!) на дому с целью оказания помощи, как медицинской, так и социальной. Можно утверждать, что административный термин «медико-социальная группа» не несет социологической нагрузки, его применение может дезориентировать тех, кто пользуется результатами социологических исследований медико-социальных групп. Поэтому необходимо эксплицировать указанное понятие в его исходном - медико-социологическом - смысле.

Эффективность исследования в данном направлении во многом зависит от выбора изучаемой модели медико-социальной группы. Актуальной должна быть сама причина структурирования такой группы, поэтому обоснованным представляется рассмотрение групп пациентов, состояние здоровья которых представляет особую общественную ценность. К ним, безусловно относится медико-социальная группа женщин, страдающих бесплодием

Проблемы здоровья, а, вернее, нездоровья женщин, не позволяющие им иметь детей, год от года ощущаются все сильнее. Бесплодие вообще остается важной медицинской и социальной проблемой, прежде всего, для развитых стран с низким уровнем рождаемости².

Несмотря на совершенствование комплексных клинико-лабораторных, инструментальных, в том числе эндоскопических методов исследования и внедрение в широкую клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий, показатель частоты бесплодия колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира³. Во многих исследованиях авторы указывают на нарушения менструального цикла как на предиктор бесплодия⁴.

²Кравцова, О.В. Медико-социальные аспекты здоровья девушек-подростков в городе и сельской местности / О.В. Кравцова, В.В. Долгих, О.Я. Лещенко // Мать и дитя: Материалы X юбилейного Всероссийского научного форума. – М., 2009. - С. 497-498

³Герасименко, Н.Ф. Сверхсмертность населения главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2009. - № 3. - С. 10-14; Recent advances in reproductive neuroendocrinology: a role for RFamide peptides in seasonal reproduction? / T. J. Greives, L. J.

При этом данная медико-социальная группа обладает не только признаками общности, но и является внутренне дифференцированной, что позволяет при ее рассмотрении изучить вопрос о допустимой степени внутренней дифференциации подобных групп в целом. Что касается женщин, страдающих бесплодием и/или нарушением менструального цикла, то общими чертами, позволяющими объединить их в одну медико-социальную группу, являются: наличие общей патологии (бесплодие), фертильный возраст, принадлежность к одному гендеру. Различия проявляются в причинах бесплодия, образе жизни, социальном положении, уровне образования и доходах. При этом главным дифференцирующим фактором является территориальная принадлежность членов группы. Показательно, что распространенность бесплодия в сельской местности превышает таковую в городе⁵, что несколько меняет представления об урбанизации как факторе, способствующем возникновению и развитию бесплодия. Частота бесплодия в сельской местности многих регионов превышает критический уровень, определенный Проблемной группой ВОЗ как 15%⁶, в связи с чем бесплодие может расцениваться как ведущий фактор, влияющий на демографические показатели в регионах. При этом уровень оказания медицинской помощи на селе значительно ниже, чем в городе. Возникает вопрос: не являются ли

Kriegsfeld, G. E. Bentley, K. Tsutsui et al. // *Proc Biol Sci.* - 2008. - Vol. 275. - P. 1943-1951; Sonmezer, M. Fertility preservation in female patients. / M. Sonmezer, Oktay K. // *Human Reproduction Update.* - 2004. - Vol. 10. - №3. - P. 251-266.

⁴Андреева, В.О. Состояние репродуктивной системы у девочек-подростков при нервной анорексии: Автореф. дис... д-ра мед.наук. / В.О. Андреева; ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи». - Ростов-на-Дону, 2008. - 46 с.; Лободина, И.М. Оптимизация терапии маточных кровотечений пубертатного периода: Автореф. дис... канд. мед.наук / И.М. Лободина; ГОУ ВПО Московская Медицинская академия им. И.М. Сеченова. - М., 2008. - 24 с.; Ross, A.H. Implications of Dimorphism, Population Variation, and Secular Change in Estimating Population Affinity in the Iberian Peninsula / A.H. Ross, D.H. Ubelaker, E.H. Kimmerle // *Forensic Science International.* - 2011. - V. 206 - P. 214e1-214e5.

⁵Филатов, В.Б. Некоторые тенденции в состоянии здоровья населения России в 2006 году / В.Б. Филатов // *Зам. главного врача.* - 2007. - №2. - С. 6-14.

⁶Хальфин, Р.А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы / Р.А. Хальфин // *Экономика здравоохранения.* - 2007. - №11(120). - С. 45-50.

жители урбанизированных и кастелумизированных территорий, страдающие бесплодием, представительницами различных медико-социальных групп? Ответ на этот вопрос имеет принципиальное значение для определения стратегии оказания им медицинской помощи, которая должна быть либо унифицирована, либо дифференцирована и даже персонализирована, что сделает неэффективными многие региональные программы ее оказания.

Медицинская помощь сельскому населению, как известно, строится на основных принципах организации здравоохранения. Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней влияют на формы и методы работы сельских медицинских организаций. Очевидно, что увеличить репродуктивный потенциал общества можно и нужно, но при этом мероприятия для города и села будут иметь определенные отличия в отношении женщин, страдающих бесплодием или приводящими к нему нарушениями менструального цикла. Определить характер этих отличий и перспективы совершенствования медицинской помощи женщинам данной группы в городе и в селе можно на основе специально организованного медико-социологического исследования.

Цель исследования – на модели группы пациенток акушерско-гинекологической практики, страдающих бесплодием и/или нарушением менструального цикла, определить комплекс факторов интеграции пациентов с однотипной нозологией в медико-социальную группу, разработать рекомендации по систематизации медицинской и социальной помощи данной группе на основе принципа ее равной доступности в городе и в селе.

Для достижения поставленной цели были решены следующие **научные задачи**:

1. Обобщить результаты исследования проблем акушерско-гинекологической помощи сельским и городским жительницам в отечественной социологии медицины и выяснить уровень

институализации акушерско-гинекологической службы в системе медицинской помощи сельскому населению.

2. Обосновать выделение медико-социальной группы женщин, страдающих бесплодием и нарушением менструального цикла, как объекта изучения в социологии медицины.
3. Определить на модели конкретного региона территориальные детерминанты распределения клинических признаков медико-социальной группы женщин, страдающих бесплодием и/или нарушением менструального цикла.
4. Провести компаративный анализ медико-социального статуса городских и сельских пациенток акушерско-гинекологической практики.
5. Эксплицировать социальные диспозиции городских и сельских жительниц по отношению к гинекологическому здоровью.

Объект исследования –медико-социальная группа как предмет изучения в социологии медицины.

Предмет исследования –контингент пациенток, страдающих бесплодием и/или нарушениями менструального цикла, как модель медико-социальной группы.

Гипотеза исследования.Как показывают исследования последних лет, особенно остро вопрос о современном подходе к проблемам нарушения менструального цикла и бесплодия стоит в сельской местности⁷. В то же время, по данным ВОЗ, при частоте бесплодия 15 % и выше, его влияние на демографические показатели значительно превышает суммарное влияние невынашивания и перинатальных потерь. Кроме того, неспособность иметь

⁷Прогностические диагностические критерии эффективности лечения девушек с гипогонадотропным гипогонадизмом / Е.В. Трифонов, Е.В. Уварова, И.П. Белоконь, Л.В. Суркова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2009. - № 1. - С. 34-38.; Самоотношение к особенностям становления менструального цикла как фактор гигиенической и репродуктивной культуры современных студенток / Н.Н. Куинджи, М.Г. Коломейцев, Е. В. Уварова и др. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2006.- №1.- С. 86-93.

детей изменяет социальную, психологическую адаптацию пациентов в обществе и ведет к снижению качества жизни⁸.

Можно предположить, что на эффективности борьбы с бесплодием сказываются не только объективные факторы (условия жизни, территориальная определенность, количество и качество доступных медицинских услуг, финансовый потенциал здравоохранения и т.д.), но и субъективные (социальный статус конкретной пациентки, ее комплаентность, информированность, способность принимать решения и т.д.). Институализация системы акушерско-гинекологической помощи данным пациенткам в городе и в селе имеет отличия, которые влияют на ее эффективность. С другой стороны, имеются отличия в медико-социальном статусе и диспозициях по отношению к гинекологической помощи у городских и сельских пациенток. Все эти отличия препятствуют эффективному оказанию им необходимой медицинской помощи как особой медико-социальной группе. Нивелировка указанных отличий на основе применения группового подхода позволила бы унифицировать услуги акушерско-гинекологической службы в профилактике и лечении бесплодия и/или нарушения менструального цикла на основе принципа равной доступности для городских и сельских жительниц. Этот вывод может быть подтвержден или опровергнут комплексным исследованием, проведенным в научном поле социологии медицины.

Научная новизна исследования состоит во введении в категориальное поле социологии медицины дефиниции понятия «медико-социальная группа», его интерпретации на модели группы женщин, страдающих бесплодием и нарушением менструального цикла, в разработке рекомендаций по использованию группового подхода в лечении и реабилитации таких пациенток.

⁸Стародубов, В.И. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения / В.И. Стародубов, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская // Пробл. управления здравоохранением. - 2007. - № 2. - С. 31-34.

Диссертантом дано определение понятия «медико-социальная группа» и дана его интерпретация в применении к пациенткам акушерско-гинекологической практики. Прослежен характер внутригрупповых связей и различий.

В диссертации впервые осуществлен компаративный анализ структуры и динамики заболеваемости бесплодием и нарушением менструальной функции в городе и селе на материале конкретного региона, разработаны и компарированы социальные портреты городских и сельских пациенток как представительниц одной медико-социальной группы.

Отличия в оказании медицинской помощи городским и сельским пациенткам с бесплодием и нарушением менструального цикла проанализированы и дефиницированы как причины социальных рисков при лечении нарушений в репродуктивной системе женщин. Разработаны рекомендации по оптимизации акушерско-гинекологической помощи данной медико-социальной группе.

Основные положения, выносимые на защиту (в соответствии с задачами исследования):

1. Медико-социальная группа – это сообщество пациентов, объединенных общим диагнозом, общей целью борьбы с конкретным заболеванием, влияющим на их социальный статус и образ жизни, но не связанных непосредственно пространственно-временными характеристиками жизнедеятельности и структурированными социальными отношениями. Внутригрупповая дифференциация наиболее ярко проявляется в степени доступности медицинской помощи, где очевидны различия в ее получении городским и сельским населением.
2. В социологии медицины фиксируется интерес к отличиям городского и сельского здравоохранения, но специальных исследований по этой тематике пока мало. В них встречаются сведения об оказании акушерско-гинекологической помощи, но не систематизируются и не обобщаются. Значительно выше интерес исследователей к проблемам женского

репродуктивного здоровья, однако компарация показателей для городского и сельского населения часто присутствует в качестве иллюстрации, но редко - как предмет рассмотрения. Пока есть только одно исследование взаимоотношения сельских жительниц, врачей акушеров-гинекологов и акушеров, но оно не содержит компарации с данными по селу и городу, а также не выясняет нозологический статус городских и сельских пациенток.

3. Женщины, страдающие бесплодием и/или нарушением менструального цикла, могут рассматриваться как одна медико-социальная группа. Под *медико-социальной группой* мы понимаем социальную группу, принципами обособления которой является однотипная нозологическая ситуация, а не группу пациентов, имеющих сходные социальные характеристики. Медико-социальная группа может быть выделена как сообщество людей, страдающих определенным заболеванием. Но она социальная именно потому, что заболевание детерминирует определенный образ жизни, статус и особенности выполнения социальных ролей. С другой стороны, к некоторым заболеваниям предрасположены люди, имеющие специфические социальные признаки.

4. Проведенное исследование позволило установить, что принципиального различия в гинекологическом статусе пациенток с бесплодием и дисменореей в городе и в селе нет, но есть социальные отличия, которые препятствуют или способствуют реализации лечебно-реабилитационных программ для этого контингента женщин. Эти отличия детерминированы не гинекологическим статусом, а условиями жизни, т.е. имеют сугубо социальный характер.

5. Исследование показало, что если в гинекологическом статусе городских и сельских пациенток отличия не фиксируются, то социальный статус содержит несколько серьезных отличий: начало половой жизни, характер труда, источники стресса, отношение к курению, доверие/недоверие врачам, отношение к медобследованиям, потребность в листках

нетрудоспособности, разная доступность санаторно-курортного лечения, предпочтения в питании, наличие физических нагрузок и их характер.

Методологическая база исследования. Работа выполнена в научном поле отечественной социологии медицины на основе методологии, разработанной ее основоположником – Академиком РАН А.В.Решетниковым. Исходные методологические посылки исследования представлены классическими трудами по социологии медицины зарубежных исследователей: концепция болезни Т. Парсонса, теория социальных групп Я.Щепаньского, концепция социального института Р.Мертон, концепция потребления медицинских услуг П. Пескосолидо. Методология работы по медико-социальным вопросам акушерства и гинекологии основана на трудах В.Н. Прилепской, М.С.Селиховой, А.Г.Сердюкова, Л.В. Ткаченко, Е.В. Уваровой и др. Исследование проводилось в соответствии с принципами отечественной биоэтики (Б.Г. Юдин, Н.Н. Седова).

В работе использованы количественные методы конкретной социологии (контент-анализ, анкетирование). Для разработки опросников использован анализ нарративов.

Дизайн исследования. Исследовательское поле – регион Астраханской области (среднестатистический в России по гинекологической заболеваемости). Респонденты – сельские и городские жительницы с диагнозом «бесплодие» и/или «нарушение менструального цикла». Объем выборочной совокупности составил 831 единицу наблюдения. репрезентативная группа формировалась на основе разработанного диссертантом нового понятия в категориальном поле социологии медицины – «медико-социальная группа». Ее статус выяснялся тремя группами методов: методами медицинской статистики отбиралась группа по клиническим и демографическим признакам; методами социологии медицины эксплицированы социальные характеристики данной группы; компаративный анализ применен для сравнения ее с аналогичной

медико-социальной группой городских пациенток акушерско-гинекологической практики. Этапы исследования:

На подготовительном этапе разработана программа исследования, определен объект, единица исследования, определен комплекс методов исследования. *На первом этапе* был проведен литературный поиск, изучено состояние проблемы по данным отечественных и зарубежных авторов. *На втором этапе* проводился сбор исходного материала исследования. *На третьем этапе* осуществлен анализ гинекологической заболеваемости городского и сельского населения области. *На четвертом этапе* была разработана «Медико-социальная анкета гинекологической больной». *На пятом этапе* проанализирована распространенность бесплодия и нарушения менструального цикла у женщин сельских районов Астраханской области, проведен компаративный анализ характеристик медико-социального статуса и диспозиций в отношении гинекологического лечения. На основании анкетирования составлены социальные портреты больных бесплодием женщин сельского района и г. Астрахани. *На шестом этапе* разработаны и предложены для внедрения способы улучшения положения по бесплодию и нарушению менструального цикла у женщин городов и сельских районов.

Теоретическая и практическая значимость. Теоретический смысл исследования состоит во введении в категориальное поле социологии медицины нового понятия — «медико-социальная группа», описании его теоретического статуса, объема и содержания, а также в интерпретации его смысла на основе анализа группы женщин, страдающих бесплодием и/или нарушениями менструального цикла.

Практическая значимость работы заключается в выявлении общих и особенных характеристик пациентов акушерско-гинекологической практики на урбанизированных и кастелумизированных территориях конкретного региона, что позволяет выявить потенциальные возможности в оказании медицинской помощи данному контингенту женщин. Программа социологического исследования может быть использована для мониторинга

ситуации в медико-социальной группе женщин, страдающих бесплодием и/или нарушением цикла, и принятия соответствующих организационных решений.

Материалы диссертации могут быть эффективно использованы в системе повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов и организаторов здравоохранения.

Апробация работы. Материалы исследования были доложены на научных форумах разных уровней (Астрахань, 2012, 2013; Волгоград, 2013, 2015; Пятигорск, 2015, 2016; Владикавказ, 2014 и др.).

Авторская Программа социологического исследования закреплена актом внедрения.

Подготовлено и внедрено в учебный процесс Астраханского государственного медицинского университета методическое пособие «Территориальные детерминанты в охране здоровья женщин» (последипломное образование).

Работа прошла экспертизу в Региональном этическом комитете Волгоградской области и в Отделе этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр».

По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ, из них 4 в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Глава 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Исследования проблем акушерско-гинекологической помощи сельским жительницам в отечественной социологии медицины

В социологии медицины проводились исследования, соответствующие теме нашей работы, но они достаточно четко делились на три группы:

- исследование социальных факторов в охране здоровья сельских жителей⁹;
- исследование социальных факторов гинекологического здоровья женщин¹⁰.

⁹ Горбунова Л.А. Интеграция сельского здравоохранения в национальные стратегии российской медицины// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. Волгоград – 2011; Булавинов Е.А. Права сельских жителей как пациентов: медицинские потребности и социальные возможности/ / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград – 2011; Юрова И.Ю. Здоровьесбережение сельского населения: медико-социологический анализ (на материалах Саратовской области)/ / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. Волгоград – 2016.

¹⁰ Щукина И.А. Социальная роль акушерско-гинекологической помощи в решении демографической проблемы// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград – 2008; Атагаджиева М. С. Социальные и клинические

- исследования социальных факторов здоровья женщин, проживающих в сельской местности¹¹;

Компаративный анализ социальных особенностей охраны здоровья женщин в городе и в сельской местности не проводился, но данные, полученные в исследованиях, проведенных в рамках указанных трех направлений. Предоставляют хорошую информативную базу для такого анализа. Остановимся на тех работах и отдельных положениях, которые могут помочь в решении задач, поставленных во Введении к данной диссертации.

Исследование социальных факторов в охране здоровья сельских жителей.

Проблемы сельского здравоохранения рассматривались как составная часть социальных проблем охраны здоровья в целом, а также специально. Нас интересует последний вариант. Здесь следует отметить, прежде всего, диссертационное исследование Е.А. Булавинова «Права сельских жителей как пациентов: медицинские потребности и социальные возможности» (Волгоград – 2011).

особенности медикализации предменструального синдрома// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2012; Чахоян А. О. Врач-акушер-гинеколог как агент формирования репродуктивного поведения женщины// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2013; Гонежукова Б. Р. Социальные параметры отношения к контрацепции студенток вузов // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2013; Илюхина О. В. Современная социально-психологическая модель сохранения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста//Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2014; Григорян В. А. Отношение врачей и пациенток к контрацепции после оперативного родоразрешения (опыт медико-социального анализа)// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2014;Бязрова М. А. Роль социального работника в защите репродуктивного здоровья женщин/Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. Волгоград – 2015; Бондаренко А.С. «Ролевой статус и взаимоотношения врача и пациентки в профилактике гинекологических заболеваний»/ / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград – 2015.

¹¹Хуако Г. А. Социальные диспозиции участников процесса акушерско-гинекологической помощи в сельском здравоохранении (на материале Краснодарского края)// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград – 2015.

Автор исходит из того, что сельская медицина является специфической сферой отечественного здравоохранения, причем, в России одновременно идут два процесса: реформирование сельскохозяйственной отрасли в целом, и реформирование сельского здравоохранения. По мнению автора, несогласованность этих процессов затрудняет процесс качественного оказания медицинской помощи (КМП) в сельских районах. Кроме того, имеются типологические ограничения прав сельских жителей на адекватный уровень КМП: удаленность от медицинских и фармацевтических центров, низкая техническая оснащенность медицинских учреждений, обусловленная не только недостатком средств, но низкой, по сравнению с урбанизированными районами, потребностью в высокотехнологичной помощи. Кроме того, существуют традиционные для сельской медицины всех стран проблемы – плохая укомплектованность медицинскими кадрами, высокая их текучесть, ненормированный рабочий день и т.п. Следовательно, наличие объективных ограничений прав сельских жителей на качественную медицинскую помощь нуждается в разработке новой модели ее оказания. А для этого необходимо выяснить их реальные потребности и сопоставить полученные данные с возможностями отечественной медицины. Е.А.Булавинов сделал это можно на материале медико-социологического исследования. Оно позволило оценить субъективную составляющую данной проблемы – готовность сельских жителей к потреблению комплекса медицинских услуг, уровень их правовой грамотности.

Исследование показало, что организация медицинской помощи в сельских районах имеет четкую структуру и достаточно давнюю историю. Она соответствует основным принципам организации отечественного здравоохранения. Национальный проект «Здоровье» послужил основой для улучшения материально-технической базы сельского здравоохранения и повышения уровня жизни медицинских работников. Однако эти изменения не привели к сохранению кадрового потенциала сельских медиков. Более

того, они не оцениваются самими пациентами как меры по удовлетворению их права на оказание качественной медицинской помощи

Важным представляется рассмотрение автором сельских пациентов как специфичной социальной группы, поскольку учет этой специфики необходим в планировании и реализации любых мероприятий по реформированию здравоохранения. В исследовании выделены такие черты сельских пациентов как специфической социальной группы:

- плохое материальное положение, определенное как на основании субъективных его оценок самим населением, так и объективных критериев материального благополучия;
- комплекс более негативных чем в других группах социально-психологических установок в отношении будущего, обусловленных худшим социально-экономическим положением данного контингента;
- низкий уровень медицинской активности при большом числе респондентов, субъективно считающих себя больными;
- более пессимистичная оценка уровня развития здравоохранения на селе;
- слабые теоретические знания особенностей организации медицинской помощи по принципу общеврачебной практики;
- неготовность более 50% участников опроса обращаться за платной медицинской помощью;
- низкая правовая грамотность и неготовность отстаивать свои права как пациентов.

Несмотря на то, что исследование проводилось в 2011-м году, т.е. до введения трехуровневой системы оказания медицинской помощи, спецификации социальной группы сельских пациентов, отмеченные автором, продолжают оставаться актуальными.

Полученные результаты дали возможность Е.А.Булавинову рассматривать сельское население как особую социальную группу, занимающую по ряду характеристик худшее положение по сравнению с

городским населением. В пользу высказанного им предположения о возможной необъективности традиционных показателей санитарной статистики, как индикаторов, определяемых на основании обращаемости населения за медицинской помощью, может говорить и низкий уровень медицинской и правовой активности населения.

Таким образом, низкий уровень медицинской активности населения, социально негативные последствия территориальной отдаленности района от областного центра, несоответствие статистических данных ожиданиям сельских пациентов заставляют говорить о существенном нарушении их прав на качественную медицинскую помощь. Чтобы подтвердить это заключение, автор провел компаративный анализ законодательного оформления и реального использования медицинской помощи на селе, на материале социологического исследования выяснил отношение сельских жителей к обеспечению их прав как пациентов и обнаружили, что медицинская активность сельского населения в 2,3 раза ниже, чем городского, а медико-правовая грамотность сельского населения (знание своих прав как пациентов) на 30% ниже, чем в городе. Гендерных отличий обнаружено не было, поэтому мы принимаем это заключение как одну из достоверных посылок нашей работы.

Главное, что удалось автору – доказать отсутствие прямой зависимости между увеличением финансирования сельской медицины и более полного удовлетворения прав сельских жителей на качественную медицинскую помощь. Следовательно, нужны социальные мероприятия, которые были бы специально направлены на решение этой проблемы.

Опрос сельских врачей показал, что неудовлетворенность медицинских работников а) материальным положением, б) возможностью профессионального роста и в) условиями труда и графиком работы мешает выполнять роль социальных агентов защиты прав сельских пациентов. Следовательно, необходимо изменить модель оказания медицинской помощи селянам так, чтобы она была им доступна и чтобы те, кто ее оказывает, были

в этом заинтересованы. Это в полной мере относится и к акушерско-гинекологической помощи.

В работе представлено социологическое обоснование оптимальной модели удовлетворения прав сельских жителей на качественную медицинскую помощь. По мнению автора, с которым мы не совсем согласны, социальная роль сельского врача как гаранта прав пациентов на качественную медицинскую помощь наиболее полно реализуется в практике семейной медицины. При этом семейный врач у автора одновременно выступает и как персонифицированный гарант прав пациента на оказание качественной медицинской помощи, и как агент социальной информации, в том числе, и по вопросам прав пациентов.

Опрос сельских жителей, который провел автор, выявил их положительное отношение к внедрению модели семейной медицины на селе. Как выяснилось по результатам фокус-группы среди сельских врачей, сами они видят следующие преимущества модели семейной медицины в сельской местности: постоянное наблюдение пациентов и членов их семей (25%); наиболее полное знание проблем медицинских и социальных проблем каждой семьи на участке (25%); наиболее полный охват населения медицинским обслуживанием (18%); осуществление помощи в любое время суток (18%); увеличение числа квалифицированных медицинских работников на селе (15%); связанное с внедрением общей врачебной практики повышение уровня материально-технического оснащения сельского здравоохранения (10%); повышение уровня преемственности в оказании медицинской помощи сельскому населению (10%).

Нам представляется, что врачи акушеры-гинекологи вряд ли согласятся с подобным утверждением в силу специфики своей специальности и особым контингентом пациентов.

В целом, как вытекает из результатов исследования, большинство сельского населения наиболее важным считают высокий уровень и качество медицинского обслуживания вне зависимости от места жительства. Поэтому

оправдывают себя исторически сложившихся формы институализации медицинской помощи: ФАПы, врачебная амбулатория, участковая больница. Одновременно автор рекомендует создавать в сельских районах кабинеты семейных врачей.

В исследовании Л.А. Горбуновой «Интеграция сельского здравоохранения в национальные стратегии российской медицины», проведенного в то же время, основные признаки социальной группы сельских пациентов во многом сходны с моделью Е.А.Булавинова. Полученные автором в ходе эмпирического исследования данные показали, что сельское население считает государство полностью ответственным за предоставление бесплатного медицинского обслуживания. Для большинства сельского населения остро стоит вопрос доступности медицинских услуг. Но, в отличие от модели семейной медицины, Л.А.Горбунова настаивает на необходимости использования (особенно в отдаленных поселениях) мобильных форм медицинского обслуживания (передвижных амбулаторий, лабораторий, стоматологических, флюорографических и диагностических кабинетов и других форм). Она объясняет это тем, что сельское население ориентировано на гарантированное обеспечение бесплатной медицинской и лекарственной помощью не в объеме минимальных стандартов, а в полном объеме. В этой связи от государства требуются гарантии предоставления медицинской помощи в полном объеме сельскому населению. Лечебно-профилактическая помощь сельскому населению должна оказываться медицинскими учреждениями, деятельность которых основана на государственной и муниципальной собственности, основными источниками финансирования здесь являются бюджеты всех уровней и средства обязательного медицинского страхования. Предпочтения сельских жителей в сфере политики здравоохранения во многом связаны с фактическим социально-экономическим положением этой группы населения, спецификой сельского образа жизни, невозможностью для большинства из них самостоятельно решить проблемы, при возникновении серьезных

заболеваний. Сельские жители не могут потратить значительные суммы денег на добровольное медицинское страхование. Уровень доходов сельского населения также делает невозможным кредитование на медицинские нужды.

В целом, как вытекает из результатов исследования, большинство сельского населения наиболее важным считают высокий уровень и качество медицинского обслуживания вне зависимости от места жительства. Как и Е.А.Булавинов, Л.А.Горбунова считает, что дальнейшее реформирование здравоохранения не должно приводить к тотальной ломке исторически сложившихся институциональных форм оказания медицинской помощи сельскому населению (ФАП, врачебная амбулатория, участковая больница). Необходимо совершенствовать медицинскую помощь на селе путем ее расширения и материально-технического оснащения, изменения содержания работы конкретного типа учреждения. Данную оценку можно объяснить 1) растущей социальной дифференциацией сельского населения и, что представляется еще более важным в связи с реализацией национального проекта «Здоровье», 2) неудовлетворенностью сельчан уровнем и качеством медицинского обслуживания. Последнее обстоятельство подтверждается данными проведенного социологического исследования.

На предложение, обоснованное выводами двух серьезных исследований, могли бы обратить внимание органы управления здравоохранением. К сожалению, реформы в этой области пошли в прямо противоположном направлении.

И в этом плане представляет особый интерес исследование И.Ю. Юровой «Здоровьесбережение сельского населения: медико-социологический анализ (на материалах Саратовской области)», выполненное на социологическом материале, собранном уже после реализации региональных Программ модернизации здравоохранения,

которые, в свою очередь, были достаточно полно проанализированы в работе Е.Г.Камкина¹²

Актуальность исследования определена сохраняющейся и после модернизации фрагментарностью рассмотрения проблемы здоровьесбережения жителей села в научном и практическом дискурсах. В фокусе исследовательского внимания оказалась активная в трудовом отношении часть сельского населения, занятого во вредных и опасных условиях производственного процесса на предприятиях агропромышленного комплекса и представляющая собой группу риска по профессиональной заболеваемости.

Цель исследования заключалась в разработке комплементарных направлений медицинской и социальной помощи сельскому населению с профессиональными заболеваниями на основе социологического анализа состояния и перспектив здоровьесбережения в данной социальной группе. Автор сразу сформулировал исходную посылку исследования: оптимизация патерналистской парадигмы здоровьесбережения, усиление контроля ответственности работодателя за здоровье работников, а также интеграция деятельности агентов здоровьесбережения будут способствовать формированию здоровьесберегающей среды сельского населения.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить ряд научных задач. Ключевыми исследовательскими задачами стали: выявление специфики барьеров здоровьесберегающего поведения сельского населения с установленными профессиональными заболеваниями и определение ценностных ориентаций этой социальной группы на здоровьесбережение.

В фокусе внимания автора находились агенты здоровьесбережения, а именно: врачи, больные с установленными профессиональными заболеваниями, руководители сестринских служб центральных районных

¹² Камкин Е.Г. Реализация Программ «Модернизация здравоохранения субъектов Российской Федерации»: опыт медико-социологической экспертизы// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. Волгоград – 2015.

больниц и руководители крестьянско-фермерских хозяйств. Исследование проводилось в 4 этапа. Первый этап – анкетирование. Опрошено 326 больных с установленными профессиональными заболеваниями. Далее – полуструктурированное интервью с врачами Саратовского НИИ сельской гигиены и руководителями сестринских служб центральных районных больниц Саратовской области. Опрошено 22 человека. Была проведена фокус-группа с руководителями крестьянско-фермерских хозяйств Саратовской области – 8 участников. Таким образом, реализованы количественные и качественные методы социологии медицины, дополняющие друг друга, что позволяет говорить о достоверности полученных данных.

Автор опирался на данные НИИ сельской гигиены Саратовской области за 2014 год, согласно которым структуру профессиональной заболеваемости работников агропромышленного комплекса составили такие патологии, как: заболевания опорно-двигательного аппарата, заболевания органов дыхания, вибрационная болезнь.

Проведенные качественное и количественное исследования по ключевой задаче выявления барьеров здоровьесбережения показали, что сельские жители, врачи и средний медицинский персонал единодушны во мнении о наличии целого ряда факторов, препятствующих формированию практик здоровьесбережения у этой группы населения. По результатам исследования было выделено 5 основных барьеров здоровьесбережения:

1. Территориальная удаленность учреждений здравоохранения.
2. Низкий уровень дохода жителей села.
3. Несоответствие условий и характера труда соматическому статусу работника.
4. Низкий уровень информационной культуры.
5. Специфика уклада жизни.

Как видим, эти данные подтверждают выводы уже рассмотренных выше исследований.

Респонденты и эксперты сошлись во мнении, что основным барьером здоровьесбережения является удаленность учреждений здравоохранения от конкретного сельского поселения. Так, по данным анкетного опроса больных с установленными профессиональными заболеваниями, наиболее низкие показатели выявления случаев профессиональной заболеваемости были отмечены при удаленности сельского поселения от 150 км и далее. Малая доступность медико-социальной помощи жителям села подтверждается и данными федеральной целевой программы. Стоит ли говорить, какое значение этот фактор имеет в организации акушерско-гинекологической помощи, особенно в родовспоможении!

Вторым социально-значимым фактором в здоровьесбережении сельских жителей автор справедливо считает низкий уровень доходов. Согласно проведенному опросу, у 50% жителей села с профессиональными заболеваниями уровень дохода ниже прожиточного минимума. Это является причиной отказа от планового лечения и госпитализации, недоступности платных медицинских услуг, а также применения практик самолечения. При этом эксперты отметили, что потеря работы, которая приводит к ухудшению материального положения, напрямую связана с постановкой диагноза профессиональное заболевание. Как следствие, из-за страха потерять работу больные скрывают наличие профпатологий.

Третьим социальным фактором, негативно влияющим на здоровьесбережение жителей села, являются условия труда.

По данным опроса, 78% респондентов с профессиональными заболеваниями находят неудовлетворительными условия труда на своем предприятии. При этом, что важно отметить, среди мужчин преобладает неудовлетворительная оценка условий труда – 72,2%.

По мнению экспертов еще одним препятствием здоровьесбережения сельских жителей с профессиональными заболеваниями является низкий уровень информационной культуры, коррелирующий с такими факторами как культура потребления медицинских услуг, обращаемость за медицинской

помощью, приверженность лечению, уровень интериоризации социальной роли пациента.

Проведенные автором анкетный опрос показал, что существует взаимосвязь между уровнем образования и обращаемостью сельских жителей за медицинской помощью. Так, почти половина (49,5%) респондентов с высшим или неоконченным высшим образованием чаще остальных пациентов обращаются за медицинской помощью, тогда как частота обращений среди респондентов с начальным и неполным средним образованием ниже. Следует учесть, что количество сельских жителей с высшим образованием, по данным исследования, крайне незначительно.

Согласно данным отечественных исследователей здоровье является приоритетной ценностью для жителей нашей страны. Проведенное исследование позволило выявить рассогласованность между декларированием ценности здоровья респондентами и их практическими действиями, направленными на его сохранение и поддержание. Выявленные и рассмотренные в работе барьеры здоровьесбережения, а также отсутствие контроля ответственности работодателя за здоровье работников, перенос ответственности за сохранение здоровья с индивидуального на институциональный уровень, рассогласованность деятельности агентов здоровьесбережения выступают основными препятствиями практической реализации ценностных ориентаций сельских жителей с профессиональными заболеваниями в отношении своего здоровья.

Автор делает вывод о том, что патерналистская парадигма здоровьесбережения служит механизмом поддержки ценностной ориентации сельского населения в отношении собственного здоровья. Вряд ли такие установки нуждаются в изменении – в патерналистском подходе в медицине есть свои существенные преимущества по сравнению с типично «западной» контрактной моделью врачевания, которая внедряется страховой медициной, но, как видим, не интериоризируется пациентами сельской местности.

В целом, в данном исследовании зафиксировано отсутствие сколь-нибудь существенных улучшений в организации работы по здоровьесбережению сельских жителей после перехода на трехуровневую систему оказания медицинской помощи и реализации региональных Программ модернизации здравоохранения. Разумеется, позитивную смысловую нагрузку имеет призыв автора к интеграции деятельности всех агентов здоровьесбережения, ее координации на институциональном и индивидуальном уровне, но механизм такой координации не представлен.

Кроме того, предпринятый обзор показывает, что исследователи проблем здоровья сельского населения в социологии медицины, не выделяли акушерско-гинекологическую помощь, которая, несомненно, имеет свою специфику, отличную и от других видов помощи. Поэтому мы рассмотрели те исследования, которые посвящены непосредственно женскому здоровью, попытавшись выделить в них выводы, относящиеся к сельскому населению.

Исследование социальных факторов гинекологического здоровья женщин.

Первая подобная работа появилась в 2008-м году. Это исследование И.А. Щукиной «Социальная роль акушерско-гинекологической помощи в решении демографической проблемы». В то время особенно актуальными были проблемы, связанные с реализацией Национального проекта «Здоровье». Автор рассматриваемой работы считал, что этот проект позволил снять напряженность, возникшую в демографических процессах в России в последние десятилетия. Однако полагал, что суть данного проекта/программы пока не реализована полностью. Первый этап здесь был связан с укреплением материальной базы системы акушерско-гинекологической помощи, а также с использованием новых материальных стимулов для поддержания мотивации к деторождению. Положительные изменения в процессах рождаемости наступили, но потенциал перечисленных стимулов, разработанных Правительством РФ, ограничен.

Так, изменение репродуктивного поведения женщин под влиянием принятых экономических мер характерно для определенной группы женщин, в то время как те же стимулы совершенно не влияют на другие группы. Введение «материнского капитала» могло потерять свое стимулирующее воздействие в условиях мирового финансового кризиса, он мог просто обесцениться. Расширив поле государственного финансирования системы акушерско-гинекологической помощи, проект ограничил тем самым номенклатуру платных услуг, что могло негативно сказаться на отношении к нововведениям не только самих акушеров-гинекологов, но и тех пациенток, которые на эти услуги ориентированы. Не были отрегулированы до конца эτικο-правовые вопросы взаимоотношений в сфере акушерско-гинекологической помощи, связанные с реализацией проекта/программы. Кроме того, до сих пор не ясно, что в большей степени повлияло на некоторое улучшение демографической ситуации – реформирование системы акушерско-гинекологической помощи или изменение репродуктивного поведения населения.

По мнению автора, если рассматривать систему акушерско-гинекологической помощи как самостоятельного социального агента решения демографической проблемы, необходимо установить ее связь с другими функциональными агентами (школа, СМИ, семья и т.п.), а также рассмотреть, как влияет мотивация женщин в поле их репродуктивного поведения на возможности системы акушерско-гинекологической помощи реализовать свой потенциал социально-демографического влияния. И есть ли такой потенциал вообще?

И.А.Щукина рассмотрела в своей работе демографические идеи разных авторов и выбрала в качестве рабочей концепцию детерминации рождаемости и репродуктивного поведения Л.Е. Дарского, в которой наиболее последовательно прослежена идея нарастания детоцентризма семьи и увеличения социально-психологической ценности ребенка.

Но, как считает автор, желание иметь детей в современном, да и в

традиционных обществах не является потребностью как таковой, дети - лишь одно из средств для удовлетворения различных потребностей - в материнстве, отцовстве, опеке, в достижении определенного социального статуса, в продолжении рода и т. п. При этом удовлетворение потребностей, связанных с детьми, осуществляется семьей в рамках, детерминированных условиями, нормами, традициями, присущими данной социально-экономической системе. Одним из таких условий является система акушерско-гинекологической помощи.

Для оценки ее роли в исследовании был проведен статистический анализ рождаемости в регионе, где проводилось исследование. Общая рождаемость в городе Саратове составила в 2005 году – 21 человек на 1000 населения, в 2006 – 22, в 2007 -21.68, в среднем по Саратовской области 2005 году - 21.12 человек на 1000 населения, 2006 году – 22.63, в 2007 году – 26.62. Здесь уже можно отметить элементы компаративного анализа рождаемости в городе и в селе, но никакой полезной информации извлечь нельзя, т.к. сравниваются данные по городу и по региону в целом (куда входят и данные по городу).

В исследовании сделан важный вывод о том, что повышение рождаемости в регионе Саратовской области в 2007 г. нельзя считать результатом повышения мотивации населения, поскольку оно к этому времени еще не стало полноценным потребителем тех материальных и моральных стимулов, которые разработаны и начали внедряться в рамках Национального проекта «Здоровье». Значит ли это, что возрос уровень акушерско-гинекологической помощи? Мотивация врачей акушеров-гинекологов и среднего медперсонала, безусловно, возросла, благодаря новой системе оплаты труда. В то же время, вскрылся парадоксальный факт – сельские жители в опросе отмечали снижение качества акушерско-гинекологической помощи (74% опрошенных женщин детородного возраста), связывая это с сокращением фельдшерско-акушерских пунктов. Если раньше фельдшерско-акушерские пункты были при каждом сельсовете, то теперь они имеются только в райцентрах, от которых до некоторых

селений более 100 километров пути. Как ни странно, этот факт повлиял на количество аборт в сельских районах в сторону его снижения. Но одновременно ухудшается качество принятия родов и отслеживания беременности. Здесь уже представлены интересные для нашего исследования данные по сельским жителям.

Автор отмечает, что в период проведения исследования наибольшее значение на местном уровне придавалось врачам общей практики, а в акушерстве введение родовых сертификатов, как считалось, само по себе должно решить проблему повышения качества медицинской помощи. Но этого не произошло. В результате женщины в сельской местности так и не получили возможности полноценного гинекологического обследования, что в свою очередь породило негативные явления в ситуации запланированной беременности. В Саратовской области в те годы было введено в строй несколько родильных домов, однако необходимо было, чтобы уже существующие родильные дома также получали от государства надлежащую поддержку.

В изучении влияния акушерско-гинекологической помощи на демографическую ситуацию, автор справедливо исходил из того, что она всегда является взаимодействием. Причем, если акушерка интересуется только женщиной в родах, ее профессиональная деятельность может содержать потенциальные риски. Учет всех факторов, которые привели женщину в родильный дом, является гарантией повышения качества оказываемой помощи. Поэтому дородовая история – это не только и не столько анамнез. На материале конкретного социологического исследования было показано, какие социальные факторы, кроме медицинских, необходимо учитывать акушерам-гинекологам в работе с женщинами, решившими родить ребенка. Были составлены социологические портреты женщин родивших, либо собирающихся родить ребенка, по критерию социальной мотивации для беременности. Было выделено пять групп:

1. Основной мотив деторождения - улучшение материального положения.
2. Основной мотив - семейного положения, чаще всего создание собственной семьи.
3. Основной мотив - возрастной фактор.
4. Мотива нет, есть стечение обстоятельств.
5. Основной мотив - общественные, национальные, либо религиозные традиции.

На основе проведенного исследования был сделан вывод о значительном влиянии медико-социальных факторов на мотивацию женщин к беременности и родам, следовательно, они не могут не учитываться и как факторы повышения/понижения качества оказания акушерско-гинекологической помощи. Принципиальным для влияния на мотивацию женщин к деторождению при этом должен быть учет следующих факторов:

- Самооценки здоровья.
- Самооценки возраста как подходящего/неподходящего для рождения детей.
- Наличия детей в семье.
- Культурного контекста семьи (обычаев, традиций, воспитания).
- Материального положения женщины и ее субъективного восприятия этого положения.
- Социального статуса женщины и его оценки ею.
- Оценки женщиной качества оказания акушерско-гинекологической помощи в клиниках различной формы собственности.

Здесь есть все основания рассмотреть дифференцированно мотивацию городских жительниц и жительниц села, но, к сожалению, автор этого не сделал, а использовал полученные данные для анализа диспозиций врачей акушеров-гинекологов и акушерок, поскольку посчитал, что поведение врача-гинеколога и акушерки, включая подготовку к родам и поведение при

приеме родов, может включать учет перечисленных факторов, как на сознательном, так и на подсознательном уровне. Рационализация такого знания и полная информация врача и акушерки о мотивации женщины, действительно, позволяют оптимизировать процесс оказания акушерско-гинекологических услуг и повысить КМП. Но дифференциация мотивов пациенток городской и сельской систем акушерско-гинекологической помощи была необходима, т.к. выявленная в работе неудовлетворенность этим видом помощи на селе нуждалась в обстоятельном анализе.

В какой-то степени данный пробел могли восполнить выводы, полученные А.С. Бондаренко в ее интересном исследовании «Ролевой статус и взаимоотношения врача и пациентки в профилактике гинекологических заболеваний» (Волгоград – 2015). Ведь именно медико-профилактическая работа в сельском здравоохранении, как показало рассмотренное выше исследование И.Ю.Юровой, является «слабым местом» в системе оказания медицинской помощи. Каким образом этот аспект отражен в работе А.С.Бондаренко?

Основной целью исследования была разработка рекомендаций по оптимизации взаимодействия врача и пациентки в профилактике гинекологических заболеваний, как это явствует из заголовка. Нужно отдать должное автору – впервые дан дефинитивный анализ самого понятия «профилактика». По мнению автора, в медицине под профилактикой понимается система мер по предупреждению заболеваний, сохранению здоровья и продлению жизни. Очевидно, что эти мероприятия могут проводиться самим человеком в отношении собственного здоровья или профессионалом-медиком в отношении здоровья пациентов. Данная дихотомия до сих пор не рассматривалась в литературе специально.

Нельзя не согласиться и с тем, что эффективность взаимодействия акушеров-гинекологов и пациенток в профилактике гинекологических заболеваний зависит не только и не столько от качества выполнения врачами своей профессиональной роли, но и от того, насколько адекватно понимают

эту роль пациентки, равно как и от того, насколько представления врачей о них соответствуют действительности. Данный вопрос до сих пор не изучался, хотя в контексте биоэтики и медицинского права существуют исследования отношений врача и пациента в нормативном поле медицины, но проблема комплементарности их социальных ролей не рассматривается. Некоторые интересные выводы по этому вопросу можно найти в исследованиях по клинической психологии, но здесь также взаимодополняемость социальных ролей остается без внимания, так как выходит за пределы предмета данной науки. Социология медицины позволяет провести компаративный анализ отношений пациентов и врачей акушеров-гинекологов к общим ценностям и разработать рекомендации по их оптимизации.

Исходя из этого, автор проанализировал институциональную составляющую профилактического взаимодействия – профосмотры и диспансеризацию. Для исследования было взято 2 группы женщин: 1 – 8713 женщин, осмотренных с профилактической целью, 2 группа - 2873 женщины – осмотренные в соответствии с приказом МЗ РФ от 03 декабря 2014 г. № 1006н и приказом МЗ и СР РФ от 03 марта 2013г. № 163н за три года. Общее число посещений в целом за три года по диспансеризации (2 гр.) составило 23,5% (22041 посещений) от общего числа посещений (93843 посещения). Анализ первично выявленных заболеваний у женщин репродуктивного возраста показал, что по результатам профилактических медосмотров, доля первично выявленных заболеваний у женского населения значительно выше, чем по результатам проводимой диспансеризации. Вот только опять не дифференцированы группы городских и сельских жительниц, поэтому эффективность профосмотров и диспансеризации женщин неанализируема с точки зрения целей нашего исследования.

Тем не менее, проведенные исследования клинической составляющей профилактических осмотров, как системообразующего звена всей системы профилактической работы врачей акушеров-гинекологов, позволили А.С.Бондаренко обнаружить проблемы, влияющие на их эффективность в

сторону ее снижения. Так, показатели первичной заболеваемости в целом были выше по итогам профилактических медосмотров, чем по итогам диспансеризации определенных групп взрослого населения. Но полученные данные не позволили проанализировать заболевания женской репродуктивной системы, так как эта патология отдельно не выделена, а имеются в целом показатели по заболеваниям мочеполовой системы. Причины недостаточной выявляемости первичной заболеваемости при диспансеризации состоят, по мнению автора, в том, что обследование проводится меньшим числом диагностических методов и затрагивает только определенные категории женщин. В то же время предлагаемые в исследовании мероприятия дадут ожидаемый результат только в том случае, если будут правильно и активно использованы, в данном случае, двумя контрагентами – врачами акушерами-гинекологами и женщинами-пациентками. Активизация интеракции в системе «врач – пациент» в сфере профилактики зависит от их позиции по отношению к здоровью в целом, к репродуктивному здоровью и – друг к другу.

Проведенный в ходе исследования опрос врачей акушеров-гинекологов показал, что идея служения людям продолжает оставаться одной из главных в установках на профессиональную деятельность у респондентов (60,3%). Но первое место среди них занимает интерес к работе (67,7%), увлеченность ею, стремление разобраться в сложных ситуациях и максимально полно реализовать свою квалификацию (56,7%). Автор специально выяснял трудности в реализации врачами именно профилактической составляющей их деятельности, но не задался вопросом о возможной разнице в позициях акушеров-гинекологов, работающих в городе и в сельской местности. Поэтому составленный по данным опроса социальный профиль отношения к профессии врачей акушеров-гинекологов носит недифференцированный характер.

Интересны данные об отношении врачей к своему собственному здоровью, которые совпадают с данными *профилактических осмотров*

медицинских работников, хотя, как удалось выяснить автору, многие из них проходили медицинское обследование чисто формально. Судя по уровню заболеваемости в данной группе, врачи должны больше внимания уделять профилактике, чем они уделяют сейчас. Автор показал, что врачи акушеры-гинекологи имеют адекватное представление о здоровом образе жизни, но не могут сами его практиковать в силу объективных причин, обусловленных характером труда. Пока же врачи отдают предпочтение самолечению, что позволило сделать вывод о причинах отклонения от рекомендуемой нормы заботы о здоровье, к которым автор относит: а) профессиональные особенности группы медицинских работников, которые обладают, в отличие от пациентов, необходимыми знаниями для самолечения и б) материальное положение врачей акушеров-гинекологов, которое не позволяет им полностью удовлетворять свои потребности в качественном медицинском обслуживании. Насколько выражены эти отклонения у врачей, работающих в городе и практикующих в сельской местности, не выяснено.

Интересно заключение автора о том, что эффективность взаимодействия акушеров-гинекологов и пациенток в профилактике гинекологических заболеваний зависит не только и не столько от качества выполнения врачами своей профессиональной роли, но и от того, насколько адекватно понимают эту роль пациентки, равно как и от того, насколько представления врачей о них соответствуют действительности. Сравнение мнений врачей и пациенток по некоторым основным вопросам профилактической работы показало, что врачи более критично относятся к себе, чем пациентки к ним. Врачи редко интересуются отношением пациенток к своему здоровью, к здоровому образу жизни – всего 5% респондентов ответили на этот вопрос. Что касается пациенток, то они вообще не интересуются гинекологическим статусом врача. Разнонаправленность в отношении к профилактике у врачей и пациенток проявилась наглядно и в вопросе о применении тех или иных противозачаточных средств.

В вопросе охраны здоровья, как показало исследование, женщины рассчитывают, прежде всего, и в основном, на себя самих (63%), хотя многие (21,8%) доверяют в этом вопросе лечащему врачу. Видимо, это - сторонницы патерналистской модели в здравоохранении, при которой вся ответственность за здоровье больного лежит на лечащем враче, но и сам пациент обязан строго выполнять все его назначения, не принимать самостоятельно никаких решений. Логично предположить, что подобные установки выявлены в большей степени у сельских жительниц, приверженность которых патерналистской модели отмечена в исследовании И.Ю.Юровой. Но автор в данном случае также никакой дифференциации не представляет.

Таким образом, исследования гинекологического здоровья женщин, как проанализированные здесь, так и упомянутые в ссылке на стр...., содержат большие возможности для компаративного анализа акушерско-гинекологической помощи городским и сельским жительницам, но их авторы не ставили перед собой таких целей, поэтому мы можем использовать их наработки как источник обобщенной информации.

Исследования социальных факторов здоровья женщин, проживающих в сельской местности.

Нам удалось найти всего одно целевое исследование, посвященное охране гинекологического здоровья женщин, проживающих в сельской местности. Это работа Г. А. Хуако «Социальные диспозиции участников процесса акушерско-гинекологической помощи в сельском здравоохранении (на материале Краснодарского края)» (Волгоград – 2015). Ориентация на конкретный регион вполне объяснима. Дело в том, что в нашей стране на 1 января 2015 года по оценке Росстата было 143 347 059 постоянных жителей. Городское население — 74,03 % (2015), сельское – 25,97% (37228807 человек). В Краснодарском крае соотношение другое: общее количество жителей – 5330181 чел., городских – 53,5%, сельских – 46,5%. Поэтому проблема

охраны здоровья сельских жителей стоит в регионе гораздо острее, чем в других субъектах РФ.

Автор перечисляет проблемы сельского здравоохранения в сфере акушерско-гинекологической помощи: закрытие ФАПов, острая нехватка кадров акушеров, отдаленность пунктов медицинской помощи, низкий уровень лекарственного обеспечения, включая контрацептивные препараты. И ставит цель выяснить, как наилучшим образом можно объединить усилия всех участников акушерско-гинекологической помощи на селе - врачей, среднего медицинского персонала и пациенток – чтобы это положительно сказалось на репродуктивном здоровье и репродуктивном поведении женщин. Основным методом исследования было анкетирование. Оно проведено на высоком методическом уровне. Можно сказать, что если бы социологические опросы, подобные этому, проводились при разработке Программ модернизации здравоохранения, их реализация могла бы быть более эффективной.

На первом этапе исследования было выяснено мнение врачей о состоянии акушерско-гинекологической помощи на селе. Оказалось, что 19,9% врачей акушеров-гинекологов считают работу ФАП-а в амбулаторной акушерско-гинекологической составляющей здравоохранения края на селе крайне обязательной, 40,3% врачей считают, что она обязательна, 22,7% врачей отмечают, что данная служба необходима, 6,6% врачей допускают, что она необходима, но не уверены в этом, наличие ФАПов не считают нужным лишь 4 человека, а не имеют определенного мнения 18 человек.

Врачи, примерно, одинаково высоко оценивают все функции ФАПов в системе акушерско-гинекологической помощи на селе, особенно в том, что касается контроля за врачебными назначениями. Однако вызывает неприятие самостоятельный прием акушеркой жительниц территории (9,5%), выявление и направление всех беременных для постановки на учет в ЖК ЦРБ и контроль их посещения (7,1%) и наблюдение беременных с неосложненным течением беременности (5,7%). Врачи не считают возможным допускать

фельдшеров к работе с пациентками акушерско-гинекологической службы и считают, что работать с пациентками на ФАПе должна акушерка (75,4%).

Акушеры-гинекологи признают необходимость помощи в своей работе и врачебных амбулаторий, и участковых больниц. Недооценка роли ФАПов, связана с ограниченностью их функций именно в акушерско-гинекологической практике, тем более, если штатная должность акушерки на ФАПе не предусмотрена.

Средние медицинские работники занимают несколько иную позицию. Самое большое беспокойство вызывает у респондентов нехватка кадров акушерок. Ниже всего в опросе было оценено именно положение с обеспечением акушерками сельских медицинских подразделений - впервые в опросе сумма отрицательных оценок (41,5%) превзошла сумму оценок положительных (32,2%), а количество низших значений оказалось в 2,3 раза больше количества высших значений. Здесь проявилось несбалансированность кадровой политики органов здравоохранения: с внедрением трехуровневой модели оказания медицинской помощи, а также с развитием частной медицины, должность акушерки оказалась достаточно востребованной в городе. Это вызвало отток старых кадров и непоступление новых. Недостаточен оказался также уровень лекарственного обеспечения сельских медучреждений.

Мнение о том, кто должен работать с беременными и роженицами в условиях сельской местности, по данным исследования, значительно отличается у врачей акушеров-гинекологов и у специалистов среднего звена: врачи отрицают возможность участия в этой работе фельдшера, а вот больше трети респондентов – медицинских работников среднего звена считают необходимым включить эту работу в функции фельдшера.

Важным стал вопрос отношения самих пациенток к тому, как их обслуживают. Надо сказать, что изучение мнения сельских пациенток до сих пор не проводилось, более того, социальный портрет типичной потребительницы акушерско-гинекологической помощи на селе отсутствует.

Чтобы получить целостную картину, Г.А.Хуако разработала методику составления не просто социального, а медико-социального портрета пациентки-сельчанки, включив в него как обязательные социальные характеристики, так и профиль здоровья, и отношение к медицинскому обслуживанию. Так, типичная сельская пациентка высшими ценностями в своей жизни считает здоровье членов семьи (47%) и наличие в семье детей (34%). На третье место в иерархии ценностей ставит собственное здоровье, но интерес к здоровью не привел пока к соответствующей заботе о нем. Половой дебют – более поздний, чем у городских жительниц - состоялся в 18 лет, (45,3%), но начало половой жизни произошло не в браке (38,1%). Несмотря на планы по рождению ребенка, в половой жизни пользуется контрацептивами (79,6%), чаще всего - презервативом (36,4%), хотя считает более безопасным использование ВМС (29%). Вопрос о сохранении беременности, чаще всего, решает в пользу ребенка (на 76,2% родов - 39% аборт).

Из медицинских учреждений типичная сельская пациентка акушерско-гинекологической практики, по данным исследования, предпочитает с «женскими» проблемами обращаться в женскую консультацию ЦРБ, но, как правило, чтобы встать на учет при беременности (24%) и наблюдаться при беременности (28,3%). Женскую консультацию посещает регулярно 1 раз в год (35,6%). Полностью удовлетворена той помощью, которую получает на ФАПе (63,5%), во врачебной амбулатории (52,7%), в участковой больнице (55%) и женской консультации ЦРБ (51,6%), хотя с персоналом этих учреждений обсуждает только вопросы лечения (от 27,1% до 38,5%) и профилактики (от 21,7% до 24,1%). ФАПы посчитали необходимыми, в целом, 83,9% опрошенных женщин, более 90% полностью доверяют фельдшеру и акушерке.

По результатам исследования сделан вывод, что женщины-пациентки в сельской местности нуждаются в улучшении а) информационного обеспечения (особенно в вопросах гигиены и контрацепции), б)

лекарственного обеспечения (в том числе, современными контрацептивами) и в) приближении врачебной помощи к месту жительства. Автор считает, что решение этих проблем может быть достигнуто на региональном уровне путем а) усиления ориентации на интересы пациенток в работе методических отделов ЦРБ, б) привлечения сетевых аптечных компаний к созданию своих аптечных пунктов в сельских поселениях (оптимально – при ФАПах), в) пересмотра графика выездных приемов врачей регионального центра и ЦРБ на периферию районов в сторону увеличения их числа. Отработка практики маршрутизации пациенток не даст желаемых результатов, если не будет развиваться практика обратной связи – выезда врачей к пациенткам. Кроме того, как известно, единственным критерием полезности модернизации акушерско-гинекологического компонента сельского здравоохранения является повышение качества жизни пациенток и их удовлетворенность медицинской помощью. По мнению автора, с которым мы полностью согласны, если первый параметр фиксируется и документируется органами здравоохранения, то для измерения второго необходимы регулярные, научно организованные социологические исследования.

Положения и выводы данного исследования оказались очень полезны в нашей работе, поскольку позволили избежать повторений и выявить инвариант всех исследований, процитированных выше, а именно, структурно-территориальные проблемы системы акушерско-гинекологической помощи на селе. Однако, ни в одно из работ по социологии медицины, с которыми мы знакомимся, а) не проводился комплексный компаративный анализ оказания акушерско-гинекологической помощи жительницам сельской местности и б) не дифференцирован предмет помощи, т.е. не отражены отличия горожан и сельчанок по заболеваемости, а ведь это «задает» параметры и содержание оказываемой помощи. На данных вопросах мы и сосредоточились в своем исследовании.

Вывод

1. В социологии медицины фиксируется интерес к проблемам сельского здравоохранения, но специальных исследований по этой тематике пока мало. В них встречаются сведения об оказании акушерско-гинекологической помощи, но не систематизируются и не обобщаются. Значительно выше интерес исследователей к проблемам женского репродуктивного здоровья, однако компарация показателей для городского и сельского населения присутствует в качестве иллюстрации, но не предмета рассмотрения. Пока есть только одно исследование взаимоотношения сельских жительниц, врачей акушеров-гинекологов и акушерок, но оно не содержит компарации с данными по селу и городу, а также не выясняет нозологический статус городских и сельских пациенток.

2. Инвариантом всех исследований в социологии медицины, которые, в той или иной степени содержат элементы компаративного анализа оказания акушерско-гинекологической помощи в городе и в сельской местности, является констатация следующих положений:

- сельские жительницы меньше, чем городские, удовлетворены качеством оказания медицинских услуг;
- доступность акушерско-гинекологической помощи на селе ниже, чем в городе из-за нехватки кадров (особенно, акушерок), территориальной отдаленности учреждений здравоохранения, низких доходов населения;
- сельские жительницы, в большинстве своем, являются приверженцами патерналистской модели врачевания и демонстрируют более низкий уровень здоровьесберегающего поведения, чем городские.

3. В опыте отечественной социологии медицины отсутствуют исследования городской специфики оказания акушерско-гинекологической помощи, поскольку они, в основном, проводятся на урбанизированных территориях, и исследователи не ставят своей задачей выделение каких-то характеристик как отличающих городскую модель медицинской помощи. Исключением являются малочисленные

публикации в журнале «Социология города»¹³. В основном, как показал обзор литературы, отличия фиксируются в сельской модели медицинской помощи.

1.2. Институализация акушерско-гинекологической службы в системе медицинской помощи сельскому населению

Проблема институализации медицинской помощи является комплексной и включает:

Предмет деятельности – профилактику, диагностику, лечение заболеваний и реабилитацию пациентов;

Субъектов деятельности – медицинских работников и немедицинских работников, профессионально или добровольно оказывающих им необходимую помощь (социальных работников, клинических психологов, представителей общественных и религиозных организаций, волонтеров);

¹³Гонежукова Б.Р., Чахоян А.О. Социологическая характеристика репродуктивного поведения городской молодежи / Б.Р.Гонежукова, А.О.Чахоян// Социология города. - 2013. - №1. – С. 24 – 28; Барковская А.Ю., Хуако Г.А., Камкин Е.Г. Медицинская помощь женщинам в малых городах России//Социология города. – 2015. - №1. – С. 34-37; Бондаренко А.С. Горожане как потенциальные и реальные потребители услуг сексуальной медицины/ Бондаренко А.С., Чеботарева О.А.// Социология города. – 2014. - №3. – С. 66 – 74; Бондаренко А.С. Социальный профиль отношения к абортам жительниц крупного промышленного города/Кураков Д.А., Бондаренко А.С., Шестаков А.А.// Социология города. – 2014. - №4. – с. 37 – 45; Седова Н.Н., Вешнева С.А., Иоаниди Д.А. Экспертное мнение горожан о лечении наркоманий и алкоголизма (по материалам фокус-группы)// Социология города. – 2015. - №4. – С. 27 – 32; Седова Н.Н., Навроцкий Б.А. Отношение жителей крупного промышленного города к персонализированной медицине// Социология города. – 2015. - №3. – С. 53 – 60; Седова Н.Н., Кантемирова Г.А., К. О. Каплунов. Родители-горожане глазами врачей (на материале городского детского инфекционного стационара)// Социология города. 2014. №4. С. 24 – 28; Седова Н.Н., Щелков С.А. «Городские» риски мужского здоровья// Социология города. 2014. №1. С. 3 – 12.; Навроцкий Б.А. Новое направление в социологических исследованиях городской тематики // Социология города. – 2015. - №2. – С.87 – 90; Седова Н.Н., Вешнева С.А., Иоаниди Д.А. Экспертное мнение горожан о лечении наркоманий и алкоголизма (по материалам фокус-группы) // Социология города. - 2015 - № 4 - С.12-21 и др.

Организационную структуру – учреждения здравоохранения всех видов и форм собственности, систему управления здравоохранением;

Интерактивную структуру – систему отношений с другими социальными институтами, систему внутри институциональных межгрупповых отношений, межличностную коммуникацию.

С этой точки зрения и нужно анализировать систему акушерско-гинекологической помощи сельскому населению – как субинститут сельского здравоохранения. Насколько адекватен он требованиям к данному социальному статусу, можно судить по обсуждению соответствующих вопросов в доступной современной медицинской литературе.

Организация медицинского обслуживания сельского населения.

Одним из важнейших организационных принципов современного общественного здравоохранения является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности. Медицинская помощь сельскому населению строится на основных принципах организации здравоохранения, однако характер расселения, особенности экономики сельского хозяйства, специфика условий труда и быта, а также другие факторы влияют на характер медицинской помощи и требуют от органов здравоохранения применения особых организационных форм и методов работы на селе¹⁴.

Проблема повышения доступности и качества медицинского обслуживания сельского населения является весьма актуальной. Жители села – это 38 миллионов жителей нашей России, что составляет 27 % от численности нашего населения. Невысокий уровень их жизни, другая

¹⁴Байсултанов, И.Х. Организация службы охраны материнства и детства в условиях сельского здравоохранения / И.Х. Байсултанов // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 2. - С. 8-13.; Шабунова, А.А. Подушевое финансирование в здравоохранении: вопросы практической реализации / А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов, К.Н. Калашников // Вестник ИНЖЭКОНа. - 2009. - №7 (34). - С. 95-100.; Шипаев, В.М. Планово-нормативные вопросы организации медицинской помощи сельскому населению/ В.М. Шипаев, О.Ю. Ситникова // Заместитель главного врача. – 2007. - № 5. – С. 31.- 38. Creinin, M. D. How regular is regular? An analysis of menstrual cycle regularity / M. D. Creinin, S. Keverline, L. A. Meyn // Contraception. - 2004. - Vol. 70. - P. 289-292.

социально-бытовая инфраструктура, подчас тяжелые условия труда и быта существенно отличаются от городских, что не может не сказываться на состоянии здоровья жителей российского села¹⁵.

По данным социологического опроса, проводимого по заказу Министерства сельского хозяйства Российской Федерации в рамках ежегодного мониторинга социально-трудовой сферы села, большинство опрошенных сельских жителей, это 71 %, оценивает состояние своего здоровья как удовлетворительное или плохое. Эта оценка отражает низкий уровень доступности учреждений здравоохранения на селе¹⁶.

Существенную роль в ухудшении состояния здоровья сельского населения наряду с безработицей, бедностью и сопутствующей им алкоголизацией населения играют вредные, опасные условия труда¹⁷.

Труд работников сельского хозяйства имеет свои особенности – это сезонный характер, воздействие неблагоприятных климатических факторов, высокие физические нагрузки, воздействие комплекса опасных химических веществ, различных видов пестицидов, минеральных удобрений¹⁸.

¹⁵Зуев, В.И. Организация медицинской помощи на селе: социологический анализ / В.И. Зуев, Н.Г. Чевтаева, О.А. Шипиловская // Вопросы управления. – 2009. - №4. - Режим доступа: <http://vestnik.uapa.ru/ru/issue/2009/04/13/>; Кобзарь, А.И. Прикладная математическая статистика / А.И. Кобзарь. - М.: Физматлит, 2006. – 816 с.

¹⁶Козак, В.С. Доступность первичной медицинской помощи как цель модернизации здравоохранения / В.С. Козак // Главный врач. – 2004. – № 5. – С. 7-10.; Крутова, В.А. Социально-психологические и медицинские аспекты лечения женского бесплодия: Автореф. дис... канд. мед.наук / В.А. Крутова; Северный ГМУ. – Архангельск, 2006. – 24 с.

¹⁷Калининская, А.А. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: организация и эффективность деятельности / А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2008. - №6. - С. 5-8.; Назарова, И.Б. Здоровье занятых: причины потерь и возможности сбережения / И.Б. Назарова // Управление здравоохранением. - 2007. - № 20. - С. 9-22.

¹⁸Бабенко, А.И. Патологическая пораженность населения как социально-гигиенический критерий оценки здоровья / А.И. Бабенко, Ю.И. Бравве, Е.А.Бабенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2009. -№5. -С. 10-12.; Величковский, Б.М. Жизнеспособность нации. Роль социального стресса и генетических процессов в популяции в развитии демографического кризиса и изменении состояния здоровья населения России / Б.М. Величковский. – М.: Изд-во РАМН, 2012. - 255 с.

На рабочих местах механизаторов присутствуют такие неблагоприятные производственные факторы, как шум, вибрация, электромагнитное излучение, концентрация минеральной пыли в органах дыхания.

У животноводов ведущие неблагоприятные факторы – это высокий уровень в воздухе рабочей зоны многокомпонентной мелкодисперсной пыли, микробной активности широкого спектра, неблагоприятные микроклиматические условия, высокие физические и статические нагрузки. При этом дополнительные значительные нагрузки связаны с ведением еще и домашнего хозяйства. Это, по сути дела, двойная занятость: работа на ферме и работа дома¹⁹.

Состояние условий труда и бытового обеспечения работников аграрного сектора экономики по-прежнему критическое – износ основных производственных фондов, старение сельхозтехники, низкий уровень механизации, выход из строя санитарно-технических систем, низкая обеспеченность санитарно-бытовыми помещениями. От 30 до 60 % сельхозпредприятий относятся к третьей группе санитарно-эпидемиологического неблагополучия. Аттестация рабочих мест на сельхозпредприятиях вообще не проводится²⁰.

Организация медицинской помощи сельским жителям зависит от исторически сложившихся особенностей, обусловленных характером

¹⁹Элланский, Ю.Г. Экономика для медицинских работников / Ю.Г. Элланский, И.А. Пакус, С.В. Ходарев. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2009. - 270с.

²⁰Биловус, В. К. Цели-ценности и медико-социальные параметры здо-ровьесберегающего поведения молодежи: Автореф. дис... канд. социол. наук. / В.К. Биловус; ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2008. - 27 с.; Бурмистрова, А.А. Социально-экономические проблемы развития сельских территорий и пути их решения / А.А. Бурмистрова, Н. К. Родионова, И. С. Кондрашова // Социально-экономические явления и процессы. – 2014. - №4 (062). – С. 12-16.

расселения, возрастно-половым составом населения, условиями работы и другими факторами²¹.

Ряд авторов указывает на 2 группы факторов, влияющих на оказание медицинской помощи сельскому населению:

1) постоянно действующие факторы:

- контакт с землей, водой, химикатами;
- длительное пребывание на открытом воздухе
- особенности сельскохозяйственного производства
- сезонность сельскохозяйственных работ
- большой радиус фронта работ и большое расстояние от места

жительства до места работы

2) временно действующие факторы:

- неравномерное распределение врачей между городом и селом²².

Особенностью настоящего времени является дефицит кадров, укомплектованность ЦРБ врачами составляет 70%, большая доля врачей пенсионного и предпенсионного возраста, большой радиус врачебного участка; недостаточная квалификация специалистов и низкая профессиональная подготовленность²³.

Эти особенности определяют прежде всего этапность медицинского обеспечения сельского населения.

²¹Вялков, А.И. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг / А.И. Вялков, И.А.Гундаров, В.А. Полесский // Проблемы управления здравоохранением. - 2006. - № 1. - С. 5-9.

²²Бурлаков, С.Д. Медико-социальные и экономические аспекты диспансеризации населения в территориальной поликлинике: Автореф. дис... канд. мед. наук / С.Д. Бурлаков; Санкт-Петербургский ГМУ им.акад. И.П.Павлова. - С.-Пб, 2008. - 18 с.; Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. - М.: ИЭПП, 2007. - 112 с.; Карабалин, Р.С. Репродуктивное здоровье и совершенствование медико-социальной помощи девушкам-учащимся средних и высших учебных заведений (на примере г. Алматы): Автореф. дис... канд. мед. наук / Р.С. Карабалин; Алматы, 2007. - 24 с.

²³ Ивенская, Т.А. Системное социологическое моделирование участия медицинских работников в реализации Национального проекта «Здоровье»: Дис... канд. мед. наук. / Т.А. Ивенская; ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет. – Ростов-на-Дону, 2009. – 25 с.; Лободина, И.М. Оптимизация терапии маточных кровотечений пубертатного периода: Автореф. дис... канд. мед. наук / И.М. Лободина; ГОУ ВПО Московская Медицинская академия им. И.М. Сеченова. - М., 2008. - 24 с.

Сложные процессы реформирования отечественного здравоохранения до настоящего времени не в полной мере обеспечивают создание условий для реализации оптимальных ресурсосберегающих и высокотехнологических моделей организации медицинской помощи, что не может не сказываться на состоянии общественного здоровья²⁴.

В настоящее время уровень стационарной медицинской помощи жителям села практически достиг уровня горожан²⁵. Одновременно уровень амбулаторно-поликлинической врачебной помощи у сельского и городского населения значительно отличается. Это же относится и к качеству медицинских услуг²⁶.

За последнее время в результате резкого спада сельскохозяйственного производства и ухудшения финансового положения отрасли сельского хозяйства значительно увеличилось отставание села от города по условиям жизнедеятельности²⁷. Нарастает качественная деформация образа жизни сельского населения, что, несомненно, отражается на его воспроизводстве²⁸.

Негативные демографические процессы ставят под угрозу формирование трудового потенциала отечественного продовольственного комплекса. Увеличилась разница в оплате труда между сельским хозяйством и промышленностью в сторону последней²⁹.

²⁴Щепин, О.П. Современная медико-демографическая ситуация в России / О.П. Щепин, В.Б. Белова, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - №6. - С. 3-6.

²⁵Булавинов, Е.А. Права сельских жителей как пациентов: медицинские потребности и социальные возможности: Дисс. канд. мед.наук / Е.А. Булавинов; Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2009. - 149 с.

²⁶Гасанов, М. Социальная сфера как приоритет развития / М. Гасанов // Экономист. 2006. - №6. - С.78-82.

²⁷Бурмистрова, А.А. Социально-экономические проблемы развития сельских территорий и пути их решения / А.А. Бурмистрова, Н. К. Родионова, И. С. Кондрашова // Социально-экономические явления и процессы. - 2014. - №4 (062). - С. 12-16.; Варламова, С.Н. Здоровый образ жизни — шаг вперед, два назад / С.Н. Варламова, Н.Н. Седова // Социологические исследования. - 2010. - № 4. - С. 75-88.

²⁸Социально-демографическая безопасность России / Под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. - Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. - 864 с.

²⁹Сурмач, М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки / М.Ю. Сурмач // Медицинские новости. - 2007. - № 3. - С. 40-45.

Организация качественной и эффективной медицинской помощи населению в сельской местности является одной из сложных проблем в силу особых демографических, экономических, территориальных, культурных и медицинских факторов, характерных для современного сельского социума России³⁰.

Слабая обеспеченность медицинскими кадрами сельских лечебно-профилактических учреждений, низкий уровень доходов жителей села снижают не только доступность медицинской помощи для сельских жителей, но и ухудшают ее качество. Материально-техническая база сельских медицинских учреждений морально, и физически» устарела, обновляется недопустимо медленно, отсутствуют современные высокие медицинские технологии³¹.

В настоящее время почти три четверти населения Российской Федерации проживает в городской среде, что не может не оказывать многофакторного влияния на условия жизнедеятельности в сельской местности. При этом наибольшему влиянию городской среды подвергаются сельские районы с административными центрами в крупных городах³². В России насчитывается более 70 городов такого типа. Окружающие их сельские районы представляют собой территории, прилегающие к городам и находящиеся с ними в функциональной социально-экономической, санитарно-гигиенической, культурно-бытовой взаимосвязи. Как правило, границы этих районов располагаются в радиусе 40-60 км от городского

³⁰Суханова, Л.П. Перинатальная ситуация в России в переходный период. / Л.П. Суханова // Информационно-аналитический Вестник. – 2007. - №2. - С.43-46.

³¹Резолюция круглого стола на тему: "Законодательное обеспечение доступности и качества медицинской помощи сельскому населению" - М., 2012. Режим доступа: <http://saphia.ru/oldsite/index.php?id=2467>; Россия в Европе: по материалам международного проекта «Европейское социальное исследование» / под ред. Андреевской А.В., Беляевой Л.А. - М.: «Academia», 2009. - 384 с.

³²Сукманов, Э.В. Мотивация труда работников сельскохозяйственных формирований: Дис. канд. экономич. наук / Э.В. Сукманов; ГОУ ВПО «Курский государственный университет». – Курск, 2008. – 181 с.; Суханова, Л.П. Перинатальная ситуация в России в переходный период. / Л.П. Суханова // Информационно-аналитический Вестник. – 2007. - №2. - С.43-46.

центра, что и дает объективное основание рассматривать их как сельские районы с центрами в крупных городах³³.

Проблема оказания первичной помощи остается наиболее острой, касающейся большинства жители. Амбулаторно-поликлиническая служба

Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо рассмотреть как позитивные, так и негативные черты организации и оказания амбулаторной помощи населению.

К положительным моментам в работе амбулаторно-поликлинической службы следует отнести:

- гибкость организационных форм (для городов, сел, групп больных);
- неразрывность общей и специализированной помощи;
- приближенность специализированной медицинской помощи к населению;
- территориально-производственный характер оказания помощи;
- активная (в прежние годы) профилактическая работа (профилактические осмотры, прививки, диспансеризация и т.д.);
- приближенность к населению неотложной помощи;
- приближенная к населению инструментально-лабораторная база и реабилитация;
- приближенность врачебно-трудовой экспертизы;
- планоно-нормативный подход к организации службы.

Среди отрицательных моментов в организации амбулаторно-поликлинической службы следует отметить:

- отсутствие права выбора врача;
- очереди на прием к узким специалистам;

³³Решетников, А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) / А.В. Решетников // Социология медицины. - 2011. - № 1(18). - С. 3-14.; Савельева, Г.М. Гинекология / Г.М.Савельева, В.Г.Бреусенко. – 2012. Режим доступа: http://kingmed.info/knigi/Akusherstvo_i_ginekologiya/book_2116/Ginekologiya_4-e_izdanie-Saveleva_GM_Breusenko_VG-2012-pdf

- возможность посещения любого врача, минуя участкового;
- отсутствие врача, ответственного за пациента постоянно;
- разобщенность информации о пациенте;
- объект внимания врача в основном – пациент и недостаточно – его семья;
- хронизация патологии вследствие недообследованности и недолеченности пациентов;
- отсутствие связи между территориальной и производственной амбулаторной службой;
- значительное число врачебных ошибок, даже при контроле со стороны заведующего отделением;
- отсутствие должного контроля качества;
- недостаточная преемственность в работе амбулаторных учреждений между собой и с больницами;
- слабость участковой службы;
- формальности в проведении профилактических мероприятий и экспертизе трудоспособности; отсутствие увязки оплаты труда с его качеством³⁴.

Однако самым слабым местом в работе амбулаторно-поликлинических учреждений остается проблема недостаточной доступности медицинской помощи сельскому населению³⁵. Усугубляют ситуацию такие факторы, как

³⁴Адамян, Л.В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России / Л.В. Адамян, Г.Т. Сухих // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Сб. науч. тр. ФГУ НИЦ АГиП Росмедтехнологий - М., 2007. - С. 5–19.; Андреева, В.О. Состояние репродуктивной системы у девочек-подростков при нервной анорексии: Автореф. дис... д-ра мед.наук. / В.О. Андреева; ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи». - Ростов-на-Дону, 2008. - 46 с.; Антонов, А.И. Семья, брак и удовлетворенность жизнью в России и в Европе (Фамилистические исследования) / А.И. Антонов, О.Л. Лебедь, А.А.Соколов // Миллион мнений о семье и о себе: Сб. науч. тр. КДУ. – М., 2009. - Том 2. - С. 207-244.

³⁵Ефименко, С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья / С.А. Ефименко // Социологические исследования. - 2007. - №9.-С. 110-114.; Здоровье населения - основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин и др. - М., 2009 г. - 357 с.; Зуев, В.И. Организация медицинской

сокращение количества фельдшерско-акушерских пунктов, низкая транспортная доступность отдельных объектов здравоохранения в связи с отсутствием дорог, уменьшение числа медицинских работников среднего звена. Большая проблема – это закрытие аптек в малонаселенных пунктах, когда жители села вынуждены тратить на проезд денежные средства в размерах, превышающих стоимость лекарств или препаратов, которые они получают как пользователи социальных услуг. Кроме того, в ряде субъектов Российской Федерации не принимаются меры социальной поддержки работников муниципальных учреждений здравоохранения³⁶.

В связи с вышесказанным в сельской местности функционирует трехэтапная система оказания медицинской помощи населению, которая предусматривает более высокий уровень специализированной помощи на последующем этапе по сравнению с предыдущим.

Ведущим звеном первичной медико-санитарной помощи является сельский врачебный участок, объединяющий работу всех размещенных на его территории организаций здравоохранения: участковых больниц и амбулаторий, самостоятельных врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПы), фельдшерских здравпунктов, яслей-садов. В среднем на сельском врачебном участке проживают от 6 до 15 тысяч населения при радиусе обслуживания до 10 км³⁷.

Основным учреждением, оказывающим помощь сельским жителям, является сельская участковая больница (врачебный участок). *Сельский*

помощи на селе: социологический анализ / В.И. Зувев, Н.Г. Чевтаева, О.А. Шипиловская // Вопросы управления. – 2009. – №4. – Режим доступа: <http://vestnik.uara.ru/ru/issue/2009/04/13/>.

³⁶Государственная экономическая политика и экономическая доктрина России. К умной и нравственной экономике: В 5-и т. // Под общ.ред. С.С. Сулакшина. - М.: Научный эксперт, 2008. - Т. III. - С. 1899-2544.; Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.; Журавлева, И.В. Здоровье и болезни в европейском обществе / И.В. Журавлева // Социологические исследования. - 2008 - № 2. - С. 15-16.

³⁷Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников / Т.А. Ивенская, Ю.Г. Элланский, И.Ю. Худоногов, С.В. Хлынин // Социология медицины. - 2011. - № 1 (18). - С. 18-22.

врачебный участок – первичное врачебное звено в системе учреждений, оказывающее медицинскую помощь сельскому населению.

Функции сельского врачебного участка:

- оказание населению лечебной и профилактической помощи в амбулатории и в стационаре
- проведение комплекса санитарных мероприятий (текущий и предупредительный санитарный надзор)
- проведение противоэпидемических мероприятий
- родовспоможение, патронаж беременных, родильниц, акушерская помощь роженицам
- проведение мероприятий по охране здоровья детей и подростков
- проведение анализа заболеваемости населения на участке
- пропаганда здорового образа жизни

Сельская участковая больница в своем составе имеет:

- амбулатория
- стационар
- вспомогательные диагностические кабинеты
- аптечный пункт
- фельдшерско-акушерский пункт

По количеству коек сельские участковые больницы делятся на 4 категории:

- 1) 75 – 100 коек
- 2) 50 – 75 коек
- 3) 35 – 50 коек
- 4) менее 35 коек

В маленьких СУБ существуют койки общего профиля. Могут быть выделены койки для детей и инфекционных больных.

В СУБ 1 и 2 категории существуют 4 профиля:

- терапевтический
- хирургический

- акушерско-гинекологический
- педиатрический

Возглавляет СУБ главный врач

Развитая сеть мелких участковых больниц, игравшая положительную роль в течение продолжительного периода, сейчас уже не может выполнять в полном объеме предъявляемые к ним современные требования. Большинство из этих больниц не оправдывает себя с экономических, а в отношении качества и медицинских позиций³⁸.

В настоящее время идет реорганизация маломощных СУБ:

- модернизация во врачебные амбулатории (койки сестринского ухода)
- ликвидация маломощных больниц
- укрупнение сельских участковых больниц

По мнению ряда авторов, оптимальный вариант в условиях сельской местности – оказание первой врачебной амбулаторной помощи на уровне врачебной амбулатории, а стационарной помощи – в одном из ближайших ЛПУ³⁹.

Большинство медицинских организаций на селе представлено врачебными амбулаториями и фельдшерско-акушерскими пунктами, работа которых осуществляется по принципу участковости⁴⁰.

Особенности организации сельского здравоохранения определяют важнейшую роль фельдшерско - акушерских и фельдшерских пунктов, на которые возложены оказание всех видов доврачебной медицинской помощи, санитарно - гигиеническая профилактическая работа среди

³⁸Байсултанов, И.Х. Организация службы охраны материнства и детства в условиях сельского здравоохранения / И.Х. Байсултанов // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 2. - С. 8-13.

³⁹Булавинов, Е.А. Права сельских жителей как пациентов: медицинские потребности и социальные возможности: Дисс. канд. мед.наук / Е.А. Булавинов; Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2009. – 149 с.

⁴⁰Бурмистрова, А.А. Социально-экономические проблемы развития сельских территорий и пути их решения / А.А. Бурмистрова, Н. К. Родионова, И. С. Кондрашова // Социально-экономические явления и процессы. – 2014. - №4 (062). – С. 12-16.

сельского населения различных возрастных групп непосредственно в местах проживания. Доля населения, обращающегося за амбулаторно - поликлинической помощью к средним медицинским работникам фельдшерско - акушерских и фельдшерских пунктов, составляет около 40% всех посещений в медицинские учреждения. Каждый сельский житель в течение года 3 - 4 раза попадает на прием к фельдшеру, через них осуществляется до 60 процентов вызовов "скорой помощи". От уровня организации работы на этом уровне в значительной мере зависит оперативность и качество оказания медицинской помощи сельскому населению⁴¹.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) организуется в населенных пунктах с населением до 30000 человек. Выполняет доврачебную помощь:

- фельдшер-акушер
- медсестра
- санитарка

Задачи ФАП:

- оказание доврачебной медицинской помощи на амбулаторном приеме и на дому
- проведение мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности населения
- повышение санитарно-гигиенической культуры населения
- участие в текущем санитарном надзоре за детскими и дошкольными учреждениями
- проведение подворных обходов
- извещение районных органов санитарно-эпидемиологического надзора об инфекционных заболеваниях, отравлениях, а также нарушении санитарно-гигиенических норм

⁴¹Государственная политика вывода России из демографического кризиса / Под общей ред. С.С. Сулакшина. - М.: Экономика, Научный эксперт, 2007. - 896 с.

- диспансеризация населения прилегающих территорий⁴².

Основное направление деятельности ФАП – профилактическое. Лечебная работа заключается в оказании доврачебной помощи и проведении различных лечебных мероприятий по назначению лечащего врача. Большое распространение получили передвижные фельдшерские пункты, применение которых актуально в период массовых полевых работ⁴³.

Согласно существующим нормативам район обслуживания ФАПа рассчитан на 700 жителей села и, как исключение, с учетом особенностей расселения возможно его функционирование при наличии 500 человек. В то же время нередки случаи, когда на ФАП приходится значительно меньшая численность населения. С учетом этого обстоятельства, а также материальной базы в индивидуальном порядке решается целесообразность функционирования конкретного ФАПа⁴⁴.

Во многих сельских районах предусматривается укрепление врачебных амбулаторий и ФАПов за счет оснащения современным оборудованием, обеспечения автотранспортом, телефонной связью, приданием им функций «скорой медицинской помощи». Радиус обслуживания одного округа может колебаться от 5 до 20 км в зависимости от местных условий⁴⁵.

Координацию всей деятельности врачей района обслуживания, а также руководство средним медицинским персоналом ФАПов, здравпунктов сельскохозяйственных предприятий и др. осуществляет главный врач

⁴²Вялков, А.И. Формирование общественного здоровья и оздоровление населения: важнейшие задачи решения демографических проблем в РФ / А.И. Вялков // Глав Врач. - 2006. - №9. - С. 4-7

⁴³Гасанов, М. Социальная сфера как приоритет развития / М. Гасанов // Экономист. 2006. - №6. - С.78-82.

⁴⁴Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. - М.: ИЭПП, 2007. - 112 с.

⁴⁵Ефименко, С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья / С.А. Ефименко // Социологические исследования. - 2007. - №9.-С. 110-114.;Зуев, В.И. Организация медицинской помощи на селе: социологический анализ / В.И. Зуев, Н.Г. Чевтаева, О.А. Шипиловская // Вопросы управления. – 2009. - №4. - Режим доступа: <http://vestnik.uapa.ru/ru/issue/2009/04/13/>.

амбулатории⁴⁶. Восполнения отсутствующих видов специализированной медицинской службы за счет врачей ЦРБ и ее поликлинического отделения желательно наличие выездной формы медицинского обслуживания. Выезд бригады специалистов должен производиться по заранее составленному графику с оповещением населения и с учетом сезонности сельскохозяйственных работ⁴⁷.

Вторым этапом являются районные медицинские учреждения, где ведущим учреждением является центральная районная больница⁴⁸.

Центральная районная больница (ЦРБ) – центр организационно-методического и оперативного руководства всеми медицинскими учреждениями района и отвечает за организацию, постановку и качество медицинского обслуживания населения⁴⁹.

Структура:

- 1) стационар с приемным отделением и отделения для оказания специализированной медицинской помощи (независимо от мощности ЦРБ)
- 2) поликлиника с консультативным приемом врачей-специалистов;
- 3) лаборатория;
- 4) организационно-методический кабинет;
- 5) скорая и неотложная помощь;
- 6) патологоанатомическое отделение.

Функции ЦРБ:

- 1) организация комплекса лечебно-профилактических мероприятий в муниципальном районе

⁴⁶Окраинская, О. А. Опыт взаимодействия центра по охране репродуктивного здоровья подростков с образовательными учреждениями / О.А. Окраинская, Е.В. Брюхина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2008. - № 5. - С. 11 - 14.

⁴⁷Общественное здоровье и экономика / Под ред. Б.Б. Прохорова. - М.: МАКС Пресс, 2007. - 292 с. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70195856/#ixzz467O86n8p>

⁴⁸Щепин, О.П. Проблемы демографического развития России / О.П. Щепин, Е.А. Тишук // Экономика здравоохранения. - 2005. - №3. - С. 5-8.

⁴⁹Перспективы формирования национального законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан РФ / Г.Т. Сухих, А.Н. Юсупова, Ю.В. Павлова, Л.В. Ерофеева // Акушерство и гинекология. 2010. - №5. - С. 3-5.

2) оперативное руководство и контроль за деятельностью всех учреждений здравоохранения на территории района

3) планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения учреждений здравоохранения района

4) разработка мероприятий по планомерному развитию медицинских учреждений

5) снижение заболеваемости, инвалидности, летальности детей, общей смертности, улучшение состояния здоровья подростка

6) своевременное внедрение в практику ЛПУ района современных методов профилактики, диагностики и лечения

7) разработка, организация и выполнение мер по рациональному использованию медицинских кадров и по повышению профессиональной квалификации
Профилизация коечного фонда ЦРБ:

- офтальмологическое, урологическое...

- межрайонные специализированные учреждения

По приказу главного врача ЦРБ формируются выездные бригады врачей: передвижная врачебная амбулатория, специализированные бригады врачей, выездные бригады врачей-специалистов в период массовых полевых работ.

Задачи и функции организационно-методического кабинета ЦРБ: Возглавляет заместитель главного врача по организационно-методической работе. В организационно-методической работе могут принимать участие все врачи-специалисты.

Функции:

1) анализ и обобщение данных о состоянии здоровья населения района

2) контроль качества ведения учетно-оперативной документации

3) составление годовых статистических отчетов о деятельности ЦРБ

4) контроль ведения отчетной документации медицинского учреждения 1 этапа обслуживания сельского населения

5) составление обзоров о состоянии лечебно-профилактической помощи населению района

6) разработка комплекса организационно-методических мероприятий по медицинскому обслуживанию населения района

7) инструктаж медицинских работников по санитарной статистике

Районное звено кроме ЦРБ имеет в своем составе номерные (горпоселковые) районные больницы, центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, районные диспансеры и другие медицинские учреждения. Деятельность этих учреждений охватывает территорию с радиусом обслуживания примерно 40 км с таким расчетом, чтобы в течение одного часа была обеспечена транспортная доступность к любому населенному пункту. В ЦРБ оказывают помощь по 10-15 специализированным видам амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной медицинской помощи⁵⁰.

Руководителем службы здравоохранения является главный врач района (или районного медицинского объединения), который возглавляет и центральную районную больницу⁵¹. ЦРБ осуществляет лечебно-профилактическую и организационно-методическую работу, контролирует и анализирует деятельность всех подразделений, имеющих на сельских врачебных участках, обеспечивает население района скорой и неотложной медицинской помощью⁵².

Третий этап – областные учреждения здравоохранения. К числу этих организаций относятся областная больница с консультативной поликлиникой; областные специализированные больницы; диспансеры;

⁵⁰Агаларова, Л.С. Роль врача общей практики в формировании здорового образа жизни / Л.С. Агаларова // Здравоохранение Российской Федерации. -2006. - №4. -С. 44-47.; Стародубов, В.И. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России / В.И. Стародубов, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова // Современные медицинские технологии. - 2009. - №2. - С. 11-16.

⁵¹Чечулина, О.В. Репродуктивный потенциал девочек-подростков / О.В. Чечулина // Казанский медицинский журнал. - 2007. - № 2. - t.LXXXVIII. – С.141-143.

⁵²Шевченко, Г.А. Особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков на фоне хронической гастродуоденальной патологии: Автореф. дис...канд. мед. наук. / Г.А. Шевченко; ГОУ ВПО «Ростовский ГМУ». - Ростов-на-Дону, 2006. - 22 с.

центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья и другие. Средняя мощность областных больниц составляет примерно 1000 коек при радиусе обслуживания 100 км, то есть в пределах 3-х часовой транспортной доступности⁵³.

Лечебно-профилактические организации областного уровня призваны обеспечить сельское население высококвалифицированной специализированной и узкоспециализированной медицинской помощью для восполнения тех профилей, которые отсутствовали на предыдущем этапе⁵⁴.

Особенности акушерско-гинекологической помощи сельскому населению

В настоящее время демографическая ситуация в мире характеризуется: резким снижением рождаемости и темпов роста численности населения и его старением в странах Европы, СНГ и Северной Америки; быстрым увеличением численности населения, высокими показателями материнской и детской заболеваемости и смертности в странах Азии, Африки, Латинской Америки и Карибского Бассейна, Ближнего Востока⁵⁵. С начала 1990-х гг. Россия вошла в стадию демографического кризиса. За последние 10 лет страна уже потеряла "естественным" путем 7,5 млн. человек, и этот процесс продолжается. Нарастание темпов сокращения численности населения происходит за счет его воспроизводственной базы (представителей репродуктивных возрастов) и увеличения воспроизводственных издержек

⁵³Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение / О.П. Щепин, В.А. Медик. - М:ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

⁵⁴Bearinger, L.H Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential / L.H Bearinger, R. E. Sieving, J. Ferguson // The Lancet. - 2007. - № 9568. - Vol. 369. - P. 1220-1231.

⁵⁵Григорьева, Е.И. Резервы оптимизации репродуктивного здоровья в современных социально-экономических условиях крупного промышленного города (на примере г. Барнаула): Автореф. дис... д-ра мед. наук / Е.И. Григорьева; Университет дружбы народов. - М., 2007. - 37 с.; Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. - М.: ИЭПП, 2007. - 112 с.

(общего числа умерших) из-за резкой активизации процесса старения населения⁵⁶.

В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения страны остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. Продолжают сохраняться имеющие место в последние годы негативные тенденции в показателях, характеризующих репродуктивное здоровье. Низкий уровень рождаемости и высокий показатель общей смертности населения способствуют снижению уровня воспроизводства населения⁵⁷.

Состояние здоровья населения Российской Федерации в современных условиях характеризуется устойчивым сохранением низкого уровня рождаемости, высокими показателями общей смертности и снижением численности населения, что является отражением кризиса общественного здоровья, особенно выраженного среди сельского населения⁵⁸. Сложившаяся в стране демографическая ситуация составляет одну из острейших медико-социальных проблем общества⁵⁹.

⁵⁶Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.; Долженко, И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет: Дис. д-ра мед. наук. / И.С. Долженко; РАМН. – М., 2004. – 262 с.; Ефименко, С.А. Социология пациента.: Дис... докт. социол. наук / С.А. Ефименко; Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. – М., 2007. – 527 с.

⁵⁷Дзарахова, М.А. Репродуктивный потенциал девушек-подростков Ингушетии с йоддефицитными состояниями: Автореф. дис... канд. мед. наук. / М.А. Дзарахова; Дагестанский научный центр РАМН. – Махачкала, 2008. – 30 с.; Olsen, J. Using infertile patients in epidemiologic studies on subfecundity and embryonal loss / J. Olsen, J.P. Bonde, N.H. Hjellund // Hum Reprod Update. -2005.-Vol. 11 - №6. - P. 607-611.; Wellings, K. Sexual and reproductive health - sexual behaviour in context: a global perspective / K. Wellings // Lancet. – 2006. - 368(9548). - P. 1706-1728.

⁵⁸Вялков, А.И. Формирование общественного здоровья и оздоровление населения: важнейшие задачи решения демографических проблем в РФ / А.И. Вялков // Глав. Врач. - 2006. - №9. - С. 4-7.

⁵⁹Сукманов, Э.В. Мотивация труда работников сельскохозяйственных формирований: Дис. канд. экономич. наук / Э.В. Сукманов; ГОУ ВПО «Курский государственный университет». – Курск, 2008. – 181 с.; Тасова, З.Б. Совершенствование лечебно-профилактической помощи женщинам, страдающим бесплодием: Дис.. канд. мед. наук / З.Б. Тасова; ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». – Кемерово, 2009. – 116 с.;

Важнейшим фактором, влияющим на здоровье женщин и новорожденных являются условия труда, которые в последние годы ухудшаются во всех отраслях промышленности и сельского хозяйства⁶⁰.

Не улучшаются условия труда женщин, занятых в сельском хозяйстве. Удельный вес механизации женского труда в ряде хозяйств не превышает 30–40 %, а в последние годы даже отмечается рост доли ручного труда. Удельный вес механизированного труда в животноводстве, овощеводстве составляет всего 20–30 %, не соблюдаются нормы предельно допустимых нагрузок для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную. Особую тревогу вызывает работа женщин детородного возраста с ядохимикатами, пестицидами. Зачастую имеет место их бесконтрольное применение вследствие низкой санитарной культуры, недостаточной информированности о последствиях воздействия этих веществ⁶¹.

В настоящее время отечественные и зарубежные исследования показывают, что у женщин, работающих в контакте с пестицидами, а также проживающих на территории с повышенной пестицидной нагрузкой, регистрируется увеличение частоты осложнений беременности и родов, в том числе анемии, гистозы, самопроизвольные аборты, преждевременные роды, мертворождение, врожденные пороки развития плода⁶².

В неблагоприятных условиях работает около 1,5 млн. женщин. Среди общего числа случаев профессиональных заболеваний каждый пятый приходится на женщин. Вредные факторы производства оказывают

Улумбекова, Г. Э. Здоровье населения и здравоохранение в России анализ проблем и перспективы / Г.Э. Улумбекова / Общество и экономика. - 2010. - № 2. - С. 32-63.; Филатов, В.Б. Некоторые тенденции в состоянии здоровья населения России в 2006 году / В.Б. Филатов // Зам. главного врача. - 2007. - №2. - С. 6-14.

⁶⁰Ушакова, Г. А. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высокоурбанизированного региона / Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - №3. - С. 14-17.

⁶¹Чернова, Т.В. Современные подходы к оценке качества управления в системе здравоохранения / Т.В. Чернова // Главврач // 2006. - № 7. – С.54-57.

⁶²Шабунова, А.А. Проблемы доступности медицинской помощи для населения / А.А. Шабунова / Федерализм. - 2010. - №1. - С. 209-218.; Wellings, K. Sexual and reproductive health - sexual behaviour in context: a global perspective / K. Wellings // Lancet. – 2006. - 368(9548). - P. 1706-1728.

отрицательное воздействие на репродуктивное здоровье нередко вызывая бесплодие и рождение неполноценных детей⁶³.

Среди негативных демографических процессов, протекающих в сельской местности, ученые выделяют сокращение численности населения, связанное, во-первых, с миграцией молодежи в город, во-вторых, со снижением рождаемости, а в-третьих, с более высоким уровнем смертности на селе по сравнению с городским населением⁶⁴. Причиной кризисного состояния демографической ситуации в сельских районах ряд авторов считают изменение репродуктивного поведения в связи с перестройкой структуры ценностей, снижением уровня и качества жизни значительной части населения, социально-демографической реакцией семей, изменением репродуктивных установок сельских семей⁶⁵.

⁶³Окраинская, О. А. Опыт взаимодействия центра по охране репродуктивного здоровья подростков с образовательными учреждениями / О.А. Окраинская, Е.В. Брюхина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2008. - № 5. - С. 11 - 14; Окраинская, О. А. Опыт взаимодействия центра по охране репродуктивного здоровья подростков с образовательными учреждениями / О.А. Окраинская, Е.В. Брюхина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2008. - № 5. - С. 11 - 14.; Sonmezer, M. Fertilitypreservationinfemalepatients. / M. Sonmezer, OktayK. // HumanReproductionUpdate. - 2004. - Vol. 10. - №3. - P. 251-266; WeederKelly, S. ImpairedfertilityinAfrican-Americanwomen: aninvestigationofbehavioralrisks / S. WeederKelly // JNatlBlackNursesAssoc. - 2010. - №21(2). - P. 9-15

⁶⁴Базелюк, Н.Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни / Н.Н.Базелюк // Вестник МГТУ. - 2008. - Т. 11. - №4. - С. 571-575; Бодрова, В.В. Репродуктивное поведение как фактор депопуляции в России / В.В. Бодрова // Социология семьи. - 2005. - С. 96-102; Назарова, И.Б. Здоровье занятых: причины потерь и возможности сбережения / И.Б. Назарова // Управление здравоохранением. - 2007. - № 20. - С. 9-22.

⁶⁵Антонов, А.И. Семья, брак и удовлетворенностью жизнью в России и в Европе (Фамилистические исследования) / А.И. Антонов, О.Л. Лебедь, А.А.Соколов // Миллион мнений о семье и о себе: Сб. науч. тр. КДУ. – М., 2009. - Том 2. - С. 207-244. Байсултанов, И.Х. Организация службы охраны материнства и детства в условиях сельского здравоохранения / И.Х Байсултанов // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 2. - С. 8-13. Булавинов, Е.А. Права сельских жителей как пациентов: медицинские потребности и социальные возможности: Дисс. канд. мед.наук / Е.А. Булавинов; Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2009. – 149 с. Гаджиев, Р.С. Мнение беременных об организации и качестве медико-социальной помощи, оказываемой в женских консультациях / Р.С. Гаджиев, А.М. Бейбутова // Здравоохранение Российской Федерации: двухмесячный научно-практический журнал. - 2008. - № 3. - С. 29-32. Vitali, A. Theory and Low Fertility: A Comparative Perspective Preference / A. Vitali, B F.illari, A. Prskawetz // European Journal of Population. - 2009. – V. 25(4) - P. 413-438.

Экономические причины, оказывающие отрицательное воздействие на медицинское обслуживание сельского населения, связаны с прекращением финансирования фельдшерско-акушерских и здравпунктов за счет местных органов, учреждений и сельхозпредприятий вследствие кризисных явлений в сельскохозяйственной отрасли производства⁶⁶. Отмечен большой износ основных средств, несовершенство в поступлении финансовых ресурсов из местного бюджета⁶⁷. Экономические проблемы проявляются и в снижении материальной обеспеченности медицинских работников: за последние пятилетие произошло уменьшение заработной платы по отношению к прожиточному минимуму у врачебного персонала на 35,5%, у среднего медицинского персонала 22,2%, младшего медицинского персонала 15,4%⁶⁸.

Резко сократилось количество коек в центральных районных и сельских участковых больницах, практически полностью сокращаются фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории в малых деревнях и селах⁶⁹.

Это придает проблеме демографического развития населения значение предмета национальной безопасности во всех ее составляющих – политической, экономической, государственной⁷⁰.

В условиях демографического кризиса в России наряду с ростом смертности, снижением ожидаемой продолжительности жизни наблюдается выраженное ухудшение количественных и качественных характеристик

⁶⁶Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. - М.: ИЭПП, 2007. - 112 с.

⁶⁷Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 2004 г. // Здравоохранение РФ. - 2006. - №3. - С. 3-23.

⁶⁸Зуев, В.И. Организация медицинской помощи на селе: социологический анализ / В.И. Зуев, Н.Г. Чевтаева, О.А. Шипиловская // Вопросы управления. – 2009. - №4. - Режим доступа: <http://vestnik.uapa.ru/ru/issue/2009/04/13/>. Ивенская, Т.А. Системное социологическое моделирование участия медицинских работников в реализации Национального проекта «Здоровье»: Дис... канд. мед.наук. / Т.А. Ивенская; ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет. – Ростов-на-Дону, 2009. – 25 с.

⁶⁹Калинина, Т.В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья / Т.В. Калинина // Медицина. - 2008. - №4. - С.7-9.

⁷⁰Коколина, В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков / В.Ф.Коколина. - М.: МИА, 2007. - 45 с.

репродуктивного потенциала населения, сохранение и развитие которого стало одним из главных жизненных интересов российского общества⁷¹.

Особенности условий жизни и труда сельского населения выражающиеся в дисперсности населенных пунктов, различии форм организации сельскохозяйственного производства, разнообразии видов сельскохозяйственных работ (земледелие, животноводство, птицеводство), большом фронте этих работ, их сезонности, определяют особенности организации всей медицинской помощи в сельском районе, в том числе и акушерско-гинекологической. Акушерско-гинекологическую помощь сельскому населению оказывает комплекс лечебно-профилактических учреждений. В зависимости от степени приближения к сельскому населению, от специализации и квалификации медицинской помощи, уровня материально-технической оснащенности в системе оказания акушерско-гинекологической помощи принято различать три этапа.

Этапы оказания акушерско-гинекологической помощи. Первый этап: осуществление доврачебной и первой врачебной помощи. Этим этапом является сельский врачебный участок. Он включает в себя сельскую участковую больницу с амбулаторией и стационаром, фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), родильные дома. Расположение первого этапа — периферия района. Второй этап: осуществление квалифицированной врачебной помощи. Он включает в себя районные (номерные) и центральную районную больницу, имеющие в своем составе акушерско-гинекологические отделения и женские консультации. Расположение второго этапа — районный центр. Третий этап: обеспечение сельского населения высококвалифицированной (специализированной) акушерско-

⁷¹Лебедева, Т.Б. Современные тенденции в физическом и половом развитии девочек, проживающих на Европейском Севере России / Т.Б.Лебедева, А.Н.Баранов// Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2008. - № 4. - С. 9 - 16. Лещенко, О.Я. Основные факторы и детерминанты потерь репродуктивного потенциала женского населения Восточной Сибири: Дис... д-ра мед.наук / О.Я. Лещенко; Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека сибирского отделения РАМН. — Иркутск, 2011. — 386 с.

гинекологической помощью. Он включает в себя областную (краевую, республиканскую) больницу, имеющую в своем составе акушерско-гинекологические отделения и женскую консультацию или самостоятельный родильный дом с женской консультацией. Дислокация третьего этапа — областной (краевой, республиканский) центр.

Врачебная акушерско-гинекологическая помощь на сельском врачебном участке осуществляется врачом общего профиля — главным врачом сельской участковой больницы (при наличии в участковой больнице двух врачей — одним из них). Под его непосредственным руководством работает акушерка участковой больницы, которая помогает врачу как в стационаре (принимает участие в ведении родов), так и в амбулатории (принимает участие в наблюдении за беременными, родильницами и лечении гинекологических больных). Число родильных коек в сельской участковой больнице обычно не превышает 3–5⁷². Для приближения квалифицированной врачебной помощи к сельским жителям осуществляется постепенное сокращение числа родильных коек в сельских участковых больницах и расширение числа коек в районных и центральных районных больницах. Однако в ряде районов, где по местным условиям не представляется возможным обеспечить население акушерско-гинекологической помощью в районных и центральных больницах, осуществляется укрупнение сельских участковых больниц, и в соответствии с этим расширение числа родильных коек достигает восьми, предусмотрена должность врача акушера-гинеколога.

В участковую больницу (при отсутствии в штате врачей специалиста акушера-гинеколога) не должны госпитализироваться беременные и роженицы с патологическим течением беременности и родов и отягощенным акушерским анамнезом. Несмотря на наличие на периферии района

⁷²Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1.11.2012 г. №572н. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70352632/>

врачебного стационара — сельской участковой больницы, основной объем акушерско-гинекологической помощи в сельском врачебном участке относится к доврачебной помощи, и осуществляют ее акушерки фельдшерско-акушерского пункта и районного (межрайонного) родильного дома. Работа этих учреждений осуществляется под непосредственным руководством главного врача сельской участковой больницы. При наличии в штате участковой больницы врача акушера-гинеколога последний осуществляет всю лечебно-консультативную помощь на фельдшерско-акушерском пункте и в районном родильном доме⁷³.

Особенности структуры работы ФАП. Всю работу ФАП обеспечивает фельдшерица-акушерка, акушерка, санитарка. Количество обслуживающего персонала определяется мощностью ФАП и численностью обслуживаемого им населения. На ФАП предусмотрены следующие должности: фельдшер — 1 должность при численности населения от 900 до 1300 человек; 1 должность при численности населения от 1300 до 1800 человек; 1,5 должности при численности населения от 1800 до 2400 чел. и 2 должности при численности населения от 2400 до 3000 человек; санитарка — 0,5 должности при численности населения до 900 человек и 1 должность при численности населения свыше 900 человек⁷⁴.

В зависимости от местных условий ФАП может вести только амбулаторный прием или иметь родильные койки. В последнем случае на ФАП наряду с амбулаторной помощью оказывается и стационарная. В связи с тем, что на ФАП оказывается медицинская помощь всему сельскому

⁷³Хальфин, Р.А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы / Р.А. Хальфин // Экономика здравоохранения. - 2007. - №11(120). - С. 45-50.

⁷⁴Резолюция круглого стола на тему: "Законодательное обеспечение доступности и качества медицинской помощи сельскому населению" - М., 2012. Режим доступа: <http://saphia.ru/oldsite/index.php?id=2467>

населению, а не только женскому, помещение, в котором он располагается, должно состоять из двух половин: фельдшерской и акушерской⁷⁵.

Акушерская часть ФАП. Акушерская часть фельдшерско-акушерского пункта (ФАП) должна иметь следующий набор помещений: прихожая, комната ожидания и кабинет акушерки. ФАП, имеющие родильные койки, помимо этих помещений должны иметь смотровую комнату, родовую и послеродовую палаты. Акушерка ФАП осуществляет всю работу по организации и оказанию акушерско-гинекологической помощи сельским жительницам в радиусе обслуживания пункта. В обязанности акушерки ФАП входят: выявление в районе обслуживания всех беременных в максимально ранние сроки, обеспечение диспансерного наблюдения за ними, включая проведение необходимых лечебно-профилактических мероприятий, патронаж беременных, родильниц и детей в возрасте до 1 года; проведение санитарно-просветительской работы среди женщин; оказание медицинской помощи при нормальных родах; выявление гинекологических больных, направление их к врачу и оказание им медицинской помощи по назначению врача. Значительную помощь в раннем выявлении беременных оказывают подворные обходы населения, проводимые акушеркой ФАП. В наблюдении за беременными акушерка выполняет весь основной объем необходимых

исследований. Так, при первом обращении беременной акушерка собирает подробный анамнез, общий (наследственность, перенесенные заболевания и др.) и специальный акушерский (менструальная, половая, генеративная, лактационная функции, гинекологические заболевания и др.)⁷⁶.

Из анамнеза акушерка выясняет особенности течения предыдущих беременностей, наличие экстрагенитальных заболеваний и других

⁷⁵Резолюция круглого стола на тему: "Законодательное обеспечение доступности и качества медицинской помощи сельскому населению" - М., 2012. Режим доступа: <http://saphia.ru/oldsite/index.php?id=2467>

⁷⁶Полный медицинский справочник фельдшера / Под ред. П.Вяткиной. – М.: Эксмо, 2012. – 832 с.

перенесенных отклонений в состоянии здоровья женщины, способных повлиять на течение беременности и родов⁷⁷.

Тщательное обследование беременных дает возможность выявить различные патологические состояния, на основании чего эти беременные выделяются в группы повышенного риска и требуют наиболее пристального к ним внимания при беременности⁷⁸.

При необходимости проведения женщине биохимического исследования крови на содержание холестерина, билирубина, сахара, остаточного азота и исследования мочи на ацетон, уробилин, желчные пигменты, она направляется в ближайшую многопрофильную лабораторию. Женщины и супружеские пары, у которых в анамнезе были наследственные заболевания или дети с уродствами центральной нервной системы, болезнью Дауна, пороками сердечно-сосудистой системы, направляются на обследование, в том числе и для определения полового хроматина, в специализированные медико-генетические центры⁷⁹.

Осуществляя наблюдение за беременными, акушерка ФАП обязана каждую из них показать врачу. Если беременность у женщины протекает нормально, то ее встреча с врачом осуществляется при первом же плановом ее посещении ФАП. Все беременные, у которых обнаруживаются малейшие отклонения от нормального развития беременности, должны быть немедленно направлены к врачу.

⁷⁷Бабенко, А. И. Репродуктивное поведение девушек подросткового возраста / А.И. Бабенко, А. П.Денисов, В.И. Спинов // Социология медицины. 2008. - №2. - С. 39-42. Наумова, Н.В. Ультразвуковой скрининг аномалий развития матки и влагалища у девочек и девушек: Автореф. дис. .канд. мед. наук / Н.В. Наумова; ГОУ ВПО «Кубанский ГМУ». – Краснодар, 2007. - 22 с.

⁷⁸Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Указ Президента Рос. Федерации от 9.10.2007 №1351. Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/163630/>. Прохоров, Б.Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения / Б.Б. Прохоров // Проблемы прогнозирования. - 2009. - №3. - С. 112-133.

⁷⁹Савельева, Г.М. Гинекология / Г.М.Савельева, В.Г.Бреусенко. – 2012. Режим доступа: http://kingmed.info/knigi/Akusherstvo_i_ginekologiya/book_2116/Ginekologiya_4-e_izdanie-Saveleva_GM_Breusenko_VG-2012-pdf.

Организация патронажной работы. Обязательным разделом работы акушерки в наблюдении за беременными должно быть проведение занятий по психопрофилактической подготовке их к родам. В организации наблюдения за беременными на селе так же, как и в городе, весьма ответственной является патронажная работа⁸⁰. Патронаж беременных и гинекологических больных является элементом активного диспансерного метода. Цели патронажа весьма разнообразны, поэтому каждое патронажное посещение женщины ставит определенную цель. Прежде всего — это знакомство с условиями жизни женщины. Зная особенности быта каждой семьи (жилищные условия, состав семьи, уровень материальной обеспеченности, степень культуры, в том числе санитарной грамотности), акушерке легче осуществлять наблюдение за состоянием здоровья населения. Целью патронажа бывает необходимость выяснить состояние здоровья беременной, не явившейся на прием в назначенное время. При наличии малейших признаков осложнения беременности акушерка приглашает беременную на прием к врачу или сообщает об этом врачу, который решает вопрос о возможности лечения беременной на дому или необходимости ее госпитализации. В последнем случае акушерка контролирует своевременность поступления женщины в стационар и продолжает активное наблюдение после выписки ее домой⁸¹. Причиной патронажа может быть желание убедиться в правильности выполнения женщиной назначений врача, необходимость провести дополнительные исследования (лабораторные, измерить артериальное давление)⁸².

⁸⁰Полный медицинский справочник фельдшера / Под ред. П.Вяткиной. – М.: Эксмо, 2012. – 832 с.

⁸¹Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (с изменениями и дополнениями): Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543.

⁸²Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1.11.2012 г. №572н. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70352632/>

Акушерка ФАП обязана осуществлять патронаж детей, особенно первых 3-х лет жизни.

Патронажная работа акушерки строго планируется. В плане предусматриваются дни посещения сел и деревень. В специальной тетради ведется учет патронажной работы, регистрируются все посещения женщин и детей. Все советы и рекомендации акушерка вносит в тетрадь работ на дому патронажной медсестры (патронажный лист) для последующей проверки их выполнения⁸³.

Выездные бригады из ЦРБ. Основная масса женщин из сельской местности рождает во врачебных акушерских отделениях ЦРБ. При необходимости стационарную квалифицированную медпомощь сельским жительницам оказывают в крупных республиканских, областных, краевых родильных домах. Для приближения врачебной амбулаторно-

поликлинической помощи жительницам сельской местности создаются выездные бригады из ЦРБ, которые приезжают на фельдшерско-акушерские пункты по утвержденному графику. В состав выездной бригады входят врач акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра. Состав выездной бригады врачей и средних медицинских работников доводится до сведения заведующих фельдшерско-акушерскими пунктами⁸⁴.

Фельдшер и акушерка обязаны на своем участке иметь список женщин, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам. Практически здоровые женщины с благополучным акушерским анамнезом, нормальным течением беременности в период между выездами бригады наблюдаются у акушерки ФАП или участковой больницы, на роды направляются в ближайшую участковую или районную больницу.

⁸³ «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» Приказ Минздравсоцразвития РФ от 2 октября 2009 г. №808н. - Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=96478>

⁸⁴ Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.

Важным моментом в работе акушерки ФАП является своевременная госпитализация беременных во врачебные стационары при появлении начальных признаков отклонения от нормального течения беременности, а также женщин с отягощенным акушерским анамнезом⁸⁵.

Направляя беременную в акушерский стационар, очень важно правильно выбрать способ ее транспортировки (санитарный автотранспорт, санитарная авиация), попутный транспорт, а также правильно решить вопрос об учреждении, в которое следует госпитализировать данную беременную. Правильная оценка состояния здоровья беременной женщины позволит избежать многоэтапной госпитализации, а сразу же определить больную в тот акушерский стационар, где имеются все условия для оказания ей медицинской помощи в полном объемах.

Проведение родов на ФАПе. На фельдшерско-акушерском пункте предусмотрено проведение только нормальных (неосложненных) родов. В тех случаях, когда в родах возникает то или иное осложнение (что не всегда можно предвидеть), акушерка ФАП должна немедленно вызвать врача или (если это возможно) доставить роженицу во врачебный стационар. В этом случае очень важно решить вопрос о средствах транспортировки. Необходимо помнить, что женщин с неотделившимся последом, преэклампсией и эклампсией, а также с угрожающим разрывом матки транспортировать нельзя⁸⁶. Если женщина с неотделившимся последом нуждается в транспортировке в связи с теми или иными осложнениями

⁸⁵Лебедева,Т.Б. Современные тенденции в физическом и половом развитии девочек, проживающих на Европейском Севере России / Т.Б.Лебедева, А.Н.Баранов// Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2008. -№ 4. - С. 9 – 16; Махова,З.Р. Влияние физиологических родов и абдоминального родо-разрешения на физическое и половое развитие девочек: Автореф. дис... канд. мед.наук / З.Р. Махова; Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова. - Нальчик, 2006. - 23 с.

⁸⁶Гендерные стереотипы в меняющемся обществе: опыт комплексного социального исследования / под ред. Н.М. Римашевской. - М.: Наука, 2009. - 273 с. Полный медицинский справочник фельдшера / Под ред. П.Вяткиной. – М.: Эксмо, 2012. – 832 с. Ефименко, С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья / С.А. Ефименко // Социологические исследования. - 2007. - №9.-С. 110-114.

беременности, акушерка ФАП обязана, прежде всего, произвести ручное отделение последа и при сократившейся матке транспортировать женщину⁸⁷.

Очень важно в работе акушерки ФАП осуществлять тщательное ведение документации. На каждую обратившуюся в ФАП беременную женщину заполняется «Индивидуальная карта беременной родильницы» (ф-111/у). При выявлении акушерских осложнений или экстрагенитальных заболеваний заполняется дубликат этой карты, который передается районному акушеру-гинекологу⁸⁸.

Организация и проведение профилактических осмотров сельских женщин. Важным разделом в работе акушерки фельдшерско-акушерского пункта является организация и проведение профилактических осмотров женщин. Профилактические осмотры сельских жительниц желательно проводить в осенне-зимний период с тем, чтобы до начала весенних полевых работ закончить оздоровление выявленных больных. Всей работой по организации профилактических осмотров руководят районный акушер-гинеколог и главная акушерка района⁸⁹. Целью профилактических осмотров является раннее выявление у женщин предопухолевых, опухолевых, воспалительных и так называемых функциональных заболеваний органов половой сферы и назначение при необходимости соответствующего лечения⁹⁰.

⁸⁷Полный медицинский справочник фельдшера / Под ред. П.Вяткиной. – М.: Эксмо, 2012. – 832 с.

⁸⁸Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1.11.2012 г. №572н. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70352632/>

⁸⁹«Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» Приказ Минздравсоцразвития РФ от 2 октября 2009 г. №808н. - Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=96478>; Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / Под.общ. ред. Н.М. Римашевской. - М.: Агентство «Социальный проект», 2007. - 204 с.

⁹⁰Серов, В. Н. Гинекологическая эндокринология / В. Н. Серов, В. Н. Прилепская, Т. В. Овсянникова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 849 с.; Сидорова, И.С. Руководство по акушерству / И.С.Сидорова, В.И. Кулаков, И.О. Макаров. М.: « Медицина», 2006. – 848 с.

При малейшем подозрении на наличие заболевания, возникшем у акушерки, производящей профилактический осмотр, женщину следует немедленно направить к врачу.

Вопросы охраны труда в работе акушерско-гинекологической службы. В работе акушерско-гинекологической службы на селе на всех ее этапах много места занимают вопросы охраны труда работниц сельскохозяйственного производства. Сельскохозяйственные работы имеют свои особенности, главными из которых являются сезонность, выполнение различных производственных операций в сжатые сроки при любых погодных условиях. Это требует от человека значительных усилий и напряжения, что неминуемо ведет к нарушениям режима труда и отдыха. Работницы сельскохозяйственного производства испытывают дополнительные неблагоприятные влияния таких производственных факторов, как шум, вибрация, пыль, контакт с пестицидами (ядохимикатами) и минеральными удобрениями. Основную работу по проведению мер, направленных на охрану труда сельских жителей, выполняют врачи-гигиенисты. Но в этой работе должна принимать участие и акушерско-гинекологическая служба, так как неблагоприятные производственные факторы оказывают отрицательное влияние и на специфические функции женского организма⁹¹.

Работа по охране труда работниц сельского хозяйства проводится и контролируется специальными комиссиями, в состав которых входят врач акушер-гинеколог, представитель СЭС, представитель профсоюзной организации, инженер по технике безопасности.

Вывод

Институализация акушерско-гинекологической помощи на селе отвечает требованиям социального статуса субинститута сельского здравоохранения. Однако уровень институализации различных ее

⁹¹Полный медицинский справочник фельдшера / Под ред. П.Вяткиной. – М.: Эксмо, 2012. – 832 с.

компонентов различен, что порождает проблемы, выявленные нами при анализе медико-социологических исследований сельского здравоохранения:

Предмет деятельности. Низкий уровень профилактики связан не столько с деятельностью медицинских работников, сколько с отношением людей к своему здоровью. Реабилитационные программы ограничены в связи с недостаточным финансированием.

Субъекты деятельности. Ощущается нехватка медицинского персонала и недоукомплектованность ФАПов кадрами акушерок. Слабая помощь общественных организаций и волонтеров.

Организационная структура. Оптимальная, но возникают проблемы при маршрутизации пациенток в учреждения высокотехнологичной медицинской помощи, территориальная удаленность медицинских учреждений создает трудности в оказании экстренной помощи (роды).

Интерактивная структура. Пациентки в сельской местности нуждаются в более частых и содержательных контактах с врачами акушерами-гинекологами. Активность местных администраций в помощи медицинским организациям акушерско-гинекологического профиля на селе нуждается в активизации.

ГЛАВА 2. МАТРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика исследовательского поля

Исследование проводилось на территории Астраханской области, ее сельских муниципальных образований: Ахтубинский, Володарский, Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Лиманский, Наримановский, Приволжский, Харабалинский и Черноярский районы Астраханской области (табл.1). Выбор районов обусловлен особенностями их расположения на территории области и разными вариантами организационно-управленческой структуры оказания медицинской помощи.

Таблица 1.

Средняя численность населения 18 лет и старше

	Средняя численность населения 18 лет и старше
--	---

	2011	2012	2013	2014	2015
Ахтубинский район	58493,5	58476,5	57904,5	56025,5	51204,5
Володарский район	36005,5	36214	36281	36200,5	36129
Енотаевский район	21834	21962	21385	20648	20443,5
Икрянинский район	38638	38831,5	38241,5	37890,5	37949,5
Камызякский район	40061,5	40280,5	39517	38828	38775,5
Красноярский район	27634	27837	27363,5	26921	26971,5
Лиманский район	25844	25966,5	25316	24951,5	24926
Наримановский район	35600,5	36343	35881	35523	35894
Приволжский район	32482,5	33129,5	33437	33908,5	34411,5
Харабалинский район	31768,5	31996,5	32050,5	32176	32273,5
Черноярский район	16105	16256	16208,5	16000	15851,5
г.Знаменск	25519,5	25567	24575,5	23497	25143
Свод по районам	389987	392860	388161	382570	379973
г.Астрахань	407379	408481	418106	428936	430610
Астраханская область	797366	801341	806267	811505	810583

По социально-гигиеническим и медико-биологическим характеристикам, образу жизни населения районы достаточно полно отражают современное состояние проблемы.

Объектом исследования явились женщины городов и сельских районов области, страдающие нарушением менструального цикла и бесплодием, выявленные в 2005-2015гг, начиная с периода их полового созревания. В качестве единицы исследования взята женщина, обратившаяся за помощью по поводу нарушения менструального цикла и (или) бесплодия.

Генеральная совокупность сформирована на основе выдвинутого автором положения о медико-социальной группе как объекте исследования в социологии медицины. В нее вошли женщины, отвечавшие следующим критериям:

- Фертильный возраст;
- Ареал проживания – Астраханская область как среднестатистический субъект РФ по показателям гинекологической заболеваемости
- Главной проблемой для здоровья считают свое бесплодие (на основе данных телефонного опроса 1420 респонденток)

- Страдают самой распространенной на данной территории гинекологической патологией – нарушением менструального цикла (на основе статистических данных Минздрава Астраханской области).

Выборочная совокупность формировалась на основе сплошной выборки из пациенток с нарушением менструального цикла и бесплодием, направленных на обследование в ЦРБ сельских районов Астраханской области и госпитализированных в гинекологические отделения областной клинической больницы №1 г.Астрахани за изучаемый период (2011-2015гг.). Опрос проводился среди всех пациенток одновременно 12.12.2014 и 12.12.2015 гг. Всего было опрошено 831 женщина. Все респондентки добровольно согласились принять участие в опросе, неверно заполненных или незаполненных анкет не было.

2.2. Методы исследования

Поставленные задачи обусловили использование комплекса методов, среди которых: социологический опрос, контент-анализ, социально-гигиенический (выкопировка данных из учетной и отчетной медицинской документации), логистический, научного прогнозирования, методы медицинской статистики.

Выкопировка данных была проведена из следующих источников:

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2014 г. №572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»"⁹².

Учетная форма N 025у «амбулаторная карта больной заполняемая по месту обращения;

Учетная форма N 030/у " контрольная карта диспансерного наблюдения

Учетная форма N 035у « книга записей заключений ВКК ;

⁹²Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1.11.2012 г. №572н//<http://base.garant.ru/70352632/> Режим доступа: 18.03.2014.

Учетная форма N 039у «Дневник работы врача поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации)»;

Учетная форма N 072/у «Санаторно-курортная карта»

Учетная форма N 095-1/у «Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта»

2 .Анкетирование проводилось по опроснику, представленному в Приложении. Составление анкеты проводилось на основе контент-анализа литературных источников и анализа нарративов из Интернет-источников. Данный метод хорошо описан А.А.Шестаковым в его диссертации «Врач акушер-гинеколог в системе родовспоможения: пят социологического анализа» (Волгоград, 2016), поэтому мы не будем характеризовать его здесь подробно. Скажем только, что были проанализированы 63 нарратива, из которых 18 принадлежали сельским жительницам, остальные – городским. В качестве примера приводим два из них:

1. Город.«Мне скоро 30 лет. В браке больше года. Беременность не наступает почти 2 года. Диагноз-бесплодие. Только начинаю сдавать анализы, узнать, с чем связано. Уже нашли столько всего, что страшно становится. Девочки, просто написала поделиться с вами. Может,. у кого что было подобное. Есть ли положительные результаты, как живете с этой мыслью о невозможности иметь детей. Как относятся окружающие? Что говорит муж, как поддерживает? Буду лечиться обязательно, хотя это и нелегко. Диагнозы у меня такие: эндометриодная киста правого яичника, фиброаденома молочных желез (несколько), генитальный герпес, загиб матки. У мужа- левостороннее варикоцеле (проблема в яичке), что тоже влияет на качество сперматозоидов. В общем, полный комплекс. Мы друг друга нашли. Операцию делать надо обоим. Хорошо, что сходили на УЗИ, я несколько раз. Выявили причины. Хотя и дальше обследоваться надо. Но УЗИ рекомендую всем. Будем стараться. Правда, город маленький, приходится в столицу республиканскую ездить. И это только начало. Мужа проверим обязательно скоро, но у меня и без него обнаружили неприятности... Бывают, конечно, чудеса. буду верить.. Но в первую очередь я хочу сама быть здоровой, насколько это возможно, лечиться нужно срочно. Может, с этим и столкнулась, чтобы подлатать себя сначала, а потом уже и пробовать беременеть. Буду думать только о своей семье.

Слава Богу, что муж относится с пониманием (хотя это только начало). Спасибо, девочки!»⁹³

2. Село. «Мне ставили диагноз бесплодие все врачи у которых я была! В нашей ЦРБ гинеколог, потом в город ездила на консультации в городские больницы. Работала только на эти поездки! Диагноз- не проходимость труб. никто не хотел с ними возится, было желание отрезать. И даже после операции по разделению труб (название забыла), ничего не получалось. Но потом я через знакомых в городе попала к врачу, которая единственная из всех врачей вселила в меня надежду на беременность. Она мне сразу сказала: забудь про бесплодие, всё получится!!! Лечилась года полтора по её методике и всё случилось. Уже теперь двое детей. Так, как я 8 лет была бесплодной, то очень хорошо понимаю тех женщин, которые не могут забеременеть и надеюсь мой комментарий вселит в них надежду! Я лично знаю трёх женщин, у которых получилось забеременеть и благополучно родить после лечения. Да, забыла- на ЭКО я тоже была. Очень дорого и считаю, что женщин там просто уродуют»⁹⁴.

3. В рамках математико-статистического метода рассчитывались относительные и средние величины, ошибки репрезентативности, критерии степени достоверности полученных результатов Стьюдента, критерии достоверности различия сравниваемых величин, осуществлялся анализ динамического ряда, проводился корреляционный анализ методами квадратов Пирсона и рангов Спирмена, прогнозирование осуществлялось методом линейной регрессии по средним годовым показателям. Статистическая обработка полученной информации осуществлялась с применением персонального компьютера и статистического пакета «SPSS 11.0»⁹⁵.

2.3. Дизайн исследования

Программа и план исследования подготовлены в соответствии с общепринятыми требованиями к медико-социальным исследованиям, и,

⁹³Woman.ru // <http://www.woman.ru/health/Pregnancy/thread/4323730/> . Режим доступа – 17.07.2011.

⁹⁴Беременность// <http://beremennost.net/forum/showthread.php?3398-lechenie-zhenskogo-besplodija>. Режим доступа – 17.07.2011.

⁹⁵Кобзарь, А.И. Прикладная математическая статистика / А.И. Кобзарь. - М.: Физматлит, 2006. – 816 с.

учитывая конкретные особенности и специфику данной работы, выполнялись в несколько этапов⁹⁶.

На подготовительном этапе разработана программа исследования, определен объект, единица исследования, определен комплекс методов исследования.

На первом этапе был проведен литературный поиск, изучено состояние проблемы по данным отечественных и зарубежных авторов, уточнена степень определенности исходных позиций, сформулирована цель, поставлены задачи исследования, составлены план и программа сбора материала, его разработки и анализа, определена база исследования, составлены бланки выкопировки из учетно-отчетной документации и разработана анкета.

На втором этапе проводился сбор исходного материала исследования. На этом этапе была сформирована исследовательская база данных, включающая в себя информацию о состоянии здоровья гинекологических больных городского и сельского, его возрастных групп. В данном разделе выявлялись тенденции обращаемости населения за гинекологической помощью, проводилось выявление проблем функционирования гинекологической службы в сельских районах в современных условиях. Параллельно проводилось изучение ресурсного обеспечения и показателей работы сельских организаций, оказывающих гинекологическую помощь, а также оценка эффективности и адекватности их функционирования. На этом этапе применялся метод создания массива информации, документальный метод.

На третьем этапе осуществлен анализ гинекологической заболеваемости городского и сельского населения области. Выявлены особенности репродуктивного здоровья сельских женщин изучаемых районов по данным обращаемости и по результатам медицинских

⁹⁶Мартыненко, А.В. Теория и практика медико-социальной работы : учеб.пособие / А. В. Мартыненко. - М.: Гардарики, 2007. — 159 с.

профилактических осмотров. Исследование проводилось сплошным методом на генеральной совокупности сельского населения Астраханской области.

Выкопировка сведений производилась на разработанные бланки-выкопировки из учетной (ф. 025-2/у, 025-12/у, 131/у, 030/у, 048/у) и отчетной (ф. 12, 12-Д-2, 14, 30, 32) документации лечебно-профилактических учреждений. Общий объем статистической совокупности составил 3 237 единиц наблюдения.

На четвертом этапе была разработана «Медико-социальная анкета гинекологической больной». Методом анкетирования изучалась социально-гигиеническая характеристика представительниц медико-социальной группы женщин, страдающих бесплодием и нарушением менструального цикла, репродуктивные установки и факторы, формирующие репродуктивное поведение, уровень информированности по вопросам контрацептивного поведения. Объем выборочной совокупности составил 831 единицу наблюдения.

На пятом этапе проанализирована распространенность бесплодия и нарушения менструального цикла у женщин сельских районов Астраханской области. Изучались распространенность и особенности структуры бесплодного брака по технологиям, утвержденным международной программой ВОЗ «Репродукция человека».

Женщинам предлагалось ответить на унифицированный вопросник, разработанный группой экспертов ВОЗ (тематическая карта_проект №88093).

На основании анкетирования составлены социальные портреты больных бесплодием женщин сельского района и г. Астрахани.

На шестом, заключительном, этапе на основе проведенного исследования разработана и предложены для внедрения способы улучшения положения по бесплодию и нарушению менструального цикла у женщин городов и сельских районов.

Вывод

Следует отметить, что репрезентативная группа формировалась на основе разработанного диссертантом нового понятия в категориальном поле социологии медицины – «медико-социальная группа». Оно носит интегративный характер и, тем самым, задает систему методов, которыми необходимо пользоваться при ее изучении. Ее статус мы выясняли тремя методами:

- методами медицинской статистики отбиралась группа по клиническим и демографическим признакам;
- методами социологии медицины эксплицированы социальные характеристики данной группы;
- компаративный анализ применен для сравнения ее с аналогичной медико-социальной группой городских пациенток акушерско-гинекологической практики.

ГЛАВА 3. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Параметры выделения медико-социальной группы женщин, страдающих бесплодием и нарушением менструального цикла

В связи с отмеченной многими авторами, упоминавшимися нами в гл.1 данной диссертации, низкой степенью удовлетворенности оказанием медицинской и, в частности, акушерско-гинекологической помощи, сельских жителей, необходимо было получить объективную картину распределения их потребностей в данном виде помощи. Очевидно, что среднестатистические данные о жалобах и просьбах жительниц села могут дать только такой же среднестатистический вывод, что приведет к возможным ошибкам в разработке рекомендаций. Необходимо ввести социологические параметры, которые позволяли бы конкретизировать проблему и показать возможные модификации общих принципов ее решения для различных медико-социальных групп пациенток.

Сразу скажем, что **под *медико-социальной группой* мы понимаем социальную группу, принципами обособления которой является однотипная нозологическая ситуация**, а не группу пациентов, имеющих сходные социальные характеристики. Поскольку *дефиниция* понятия «медико-социальная группа» формулируется впервые, необходимо пояснить его смысл и значение подробнее.

Термин «медико-социальная группа» в социологической литературе использует Академик РАН А.В.Решетников. Он расшифровывает определение социологии медицины, говоря о том, что это «наука о функционировании человека в медико-социальных системах, изучающая их структуру и эволюцию развития, взаимодействие медико-социальных групп (*подчеркнуто мною – А.А.*), закономерности развития, становления и распада

медико-социальных организаций»⁹⁷. Данный термин упоминается А.В.Решетниковым и при рассмотрении особенностей институционального анализа в социологии медицины⁹⁸, и при характеристике медико-социологического мониторинга в сфере медицинского страхования, где он пишет следующее: «Наряду с выявлением в результате анкетирования застрахованных граждан их мнения о состоянии и эффективности функционирования отдельных субъектов и участников системы ОМС (прежде всего медицинских организаций и СМО) и системы ОМС в целом целесообразно выявлять мнение работников медицинских организаций об уровне здоровья всех медико-социальных групп территории и ее районов, и причинах, влияющих на его изменение, а также степени активности и заинтересованности в результатах деятельности системы ОМС самого застрахованного»⁹⁹.

Следовательно, медико-социальная группа включена в перечень объектов изучения социологии медицины, при этом латентно признана субъектом медико-социальных взаимодействий, но пока не дефиницирована в категориальном поле социологии медицины. Нам представляется, что процесс выработки определения понятия, обозначающего данный феномен, его объема и содержания, должен быть ускорен в связи с появлением и распространением *несоциологического* термина «медико-социальная группа».

05 мая 2015 года на сайте Минздрава России появилось сообщение о том, что Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с

⁹⁷ Решетников А.В. Социология медицины. Руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2010. С.72.

⁹⁸ Решетников А.В. Социально-психологические аспекты институциональных изменений поведения медико-социальных групп по вопросам поддержания здоровья и профилактики заболеваний. В кн.: Социология медицины. Руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2010. С.72.

⁹⁹ Решетников А.В. Застрахованный как объект медико-социологического мониторинга//Социология медицины. 2014. №2. С. 4-5.

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации организует патронажные медико-социальные группы, которые будут совершать подворовые обходы, помогать выписывать рецепты, обеспечивать лекарствами пожилых людей¹⁰⁰. В регионы было разослано Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002, в соответствии с которым местные органы здравоохранения издали соответствующие приказы. Так, в Волгоградской области был издан Приказ Комитета здравоохранения №2544 от 03.08.2015 г. «Об организации работы «медико-социальных групп» на территории Волгоградской области» и принято Соглашение о межведомственном взаимодействии при формировании и работе "медико-социальных групп" на территории Волгоградской области от 28.07.2015 № 2/5/2/150, причем, соглашение подписали не только правоохранительные органы и органы соцзащиты, но и советы ветеранов, некоторые общественные организации¹⁰¹..

Более полное представление о содержании и направлениях работы этих групп можно составить, знакомясь с документами других региональных органов здравоохранения. Вот как описывается деятельность таких групп в Кировской области:

«По поручению Министерства здравоохранения сегодня в стране создаются медико-социальные группы. Их задача - посещение граждан, имеющих проблемы со здоровьем. В их числе - и неблагополучные семьи, и освободившиеся из мест заключения. Чтобы визит прошел спокойно, в Нововятском районе в медико-социальную группу включили полицейского... Приходить к пациентам члены медико-социальных групп теперь будут ежемесячно. Каждая группа раз в месяц посетит от 3-х до 5-ти адресов»¹⁰².

¹⁰⁰Министр Вероника Скворцова дала интервью в программе «Мнение»//<https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/05/05/2329-ministr-veronika-skvortsova-dala-intervyu-v-programme-mnenie>. Режим доступа 14.05.2015.

¹⁰¹Медико-социальные группы// <http://gkudzvo.ru/data/documents/MSG.pdf>. Доступ 11.10.2015.

¹⁰²Анастасия Корсакова. Медико-социальные группы//<http://www.gtrk-vyatka.ru/vesti/medicine/24549-mediko-socialnye-gruppy.html>. Режим доступа 23.11.2015.

Более подробно функции медико-социальной группы описаны в документах органов власти Самарской области:

«Информация для населения. Уважаемые граждане!

На основании протокола заседания межведомственной комиссии при Правительстве Самарской области по вопросам реализации мер, направленных на снижение смертности населения Самарской области от основных причин с 01.04.2016г. на территории закрепленной за ГБУЗ СО «Самарская МСЧ 2», сформирована «медико-социальная группа» в состав которой входят: участковые медработники, участковые оперуполномоченные, социальные работники.

Цель работы данной группы;

- совершенствования выявления факторов риска развития социально-значимых заболеваний, а также алкоголизма, наркомании и своевременного проведения профилактических мероприятий среди наиболее уязвимых групп населения,*
- выявления граждан, которые нуждаются в социальном обслуживании, патронаж хронических больных и лиц с факторами риска развития социально-значимых заболеваний, а так же алкоголизма, наркомании*
- проведения профилактических бесед,*
- своевременного принятия необходимых мер по организации медицинской и социальной помощи, правоохранительных мероприятий, уязвимых групп населения;*
- своевременного информирования органов внутренних дел Самарской области о наличии на врачебных участках учреждений здравоохранения граждан, представляющих опасность для окружающих»¹⁰³.*

Очевидно, что в таком контексте термин «медико-социальная группа» не имеет научного смысла и отличается от того же термина в социологии медицины принципиально:

По субъекту. Медико-социологическое понятие обозначает группу пациентов, административный термин обозначает группу тех, кто заботиться о здоровье пациентов.

¹⁰³Медико-социальные группы// http://msc-2.ru/Mediko_sotsial_naya_gruppa/. Режим доступа 14.05.2016.

По структуре. Медико-социологическое понятие включает *инвариант диагноза*, административное понятие включает *представительство различных структур в группе*.

По пространственно-временным характеристикам. Медико-социологическое понятие носит постоянный характер, поскольку описывает перманентно воспроизводящийся процесс, и применяется в социологии медицины, независимо от места и времени проведения исследований. Административный термин носит временный характер, определяемый нормативным документом Минздрава России, и применяется только для обозначения мероприятий в Российской Федерации.

А вот объект деятельности, описываемый этим понятием, и там, и та один – забота о сохранении и/или улучшении здоровья в единстве его клинико-социальных компонентов.

Таким образом, можно утверждать, что административный термин «медико-социальная группа» не несет социологической нагрузки, его применение может дезориентировать тех, кто пользуется результатами социологических исследований медико-социальных групп.

Социальная группа – это один из главных компонентов общественной структуры, который представляет собой совокупность людей, объединенных каким-то общим признаком, который может выступать как цель-ценность ее существования и, одновременно, как признак обособления по отношению к другим группам. Существует инвариант признака/признаков для всех членов группы. Это может быть какая-то идея, какие-то экономические характеристики, этнографические, психологические, культурные особенности и т.п. Многие социологи считают, что наличие только одного общего признака вместе с отсутствием постоянных личных контактов в группе говорит о том, что это не группа, а «категория», т.е. социальная общность, которая объединяет людей только по одному или нескольким

признакам¹⁰⁴. Но нам ближе позиция Я.Щепаньского, который допускал для социальной группы отсутствие постоянной связи между ее членами и наличие одного или немногих признаков обособления¹⁰⁵. Если таким признаком обособления является определенная нозология, можно говорить о медико-социальной группе. Распределение пациентов в соответствии с данным признаком постоянно используется в отчетах органов здравоохранения, но в медицинской статистике фигурируют понятия «группа заболеваний», «заболеваемость отдельными болезнями». Акцент здесь делается на болезни, без включения в применяемое понятие социально-личностных характеристик пациентов.

В здравоохранении применяется также термин «диагностически связанные группы (diagnosticrelatedgroups– DRG)». Этим термином обозначаются случаи лечения, дифференцированные по определенным критериям: диагноз по МКБ-10, тяжесть заболевания, возраст пациента, осложнения, причина выписки из стационара и т.п.¹⁰⁶ Данный подход был разработан еще в 1983 году в Йельском университете специально для государственного медицинского страхования США – MEDICARE. Естественным, таким целевым назначением данной классификации определило включение в группу наиболее однородных по затратам случаев лечения. Очевидно, что для социологического феномена медико-социальной группы имеют значение диагностические критерии объединения пациентов в группу, но социальные условия пребывания в ней уже не могут быть описаны в терминах организации здравоохранения или медицинского страхования.

В социологии медицины понятие «медико-социальная группа» может применяться к агломерации, отличающейся одной или несколькими

¹⁰⁴Понятие и виды социальных групп//<http://www.grandars.ru/college/sociologiya/ponyatie-socialnoy-gruppy.html#a1>. – Режим доступа 17.05.2016.

¹⁰⁵Щепаньский Ян. Элементарные понятия социологии. М.: Изд-во «Прогресс». 1969. – С. 125 – 128.

¹⁰⁶Сабанов В.И., Багметов Н.П., Мульганова Т.Б. Терминологический словарь-справочник по общественному здоровью, организации, законодательству, экономике и управлению здравоохранением. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. 2012. С.106.

нозологическими формами. Более того, реально существуют полуформализованные группы таких людей, например, онкологический Форум «Рак победим», Сообщество больных рассеянным склерозом, Интернет-форум «Бесплодие» и т.п., не говоря уже об Обществах защиты прав пациентов, страдающих...- далее можно вставить название любого хронического (и не только!) заболевания.

Можно дать следующее определение медико социальной группе:

Медико-социальная группа – это сообщество пациентов, объединенных общим диагнозом, общей целью борьбы с конкретным заболеванием, влияющим на их социальный статус и образ жизни, но не связанных непосредственно пространственно-временными характеристиками жизнедеятельности и структурированными социальными отношениями.

Таким образом, медико-социальная группа может быть выделена как сообщество людей, страдающих определенным заболеванием. Но она социальная именно потому, что заболевание детерминирует определенный образ жизни, статус и особенности выполнения социальных ролей. С другой стороны, к некоторым заболеваниям предрасположены люди, имеющие специфические социальные признаки.

Мы выделили для анализа медико-социальную группу, отличающуюся следующими признаками:

1. Женщины фертильного возраста;
2. Ареал проживания – Астраханская область как среднестатистический субъект РФ по показателям гинекологической заболеваемости
4. Главной проблемой для здоровья члены группы считают свое бесплодие (на основе данных телефонного опроса 1420 респонденток)
5. Страдают самой распространенной на данной территории гинекологической патологией – нарушением менструального цикла (на основе статистических данных Минздрава Астраханской области).

Это достаточное количество признаков для выделения медико-социальной группы. Ее статус мы выясняли тремя методами:

- методами медицинской статистики отбиралась группа по клиническим и демографическим признакам
- методами социологии медицины эксплицированы социальные характеристики данной группы
- компаративный анализ применен для сравнения ее с аналогичной медико-социальной группой городских пациенток акушерско-гинекологической практики.

Изучение и охрана здоровья женщин репродуктивного возраста является ведущим направлением государственной политики, что подтверждается принятием в 2000г. «Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России». Приоритетный национальный проект «Здоровье», одобренный Президентом и Правительством Российской Федерации в 2005г., и реализуемый в настоящее время во всех регионах страны, также уделяет особое внимание данному вопросу.

Женский организм, в отличие от мужского, живет в четком циклическом режиме. Колебания уровня различных половых гормонов вызывают последовательные, повторяющиеся изменения во всем теле, в первую очередь, в так называемых гормональнозависимых органах (матка, яичники, влагалище, молочные железы) и психике женщины.

Течение менструального цикла схематически можно изобразить следующим образом. В гипоталамусе вырабатывается ФСГ-релизинг-фактор, который стимулирует выработку ФСГ в гипофизе. ФСГ вызывает рост и развитие фолликула. В фолликуле образуются эстрогены, которые стимулируют выделение ЛГ. ЛГ и ФСГ вместе вызывают рост фолликула почти до овуляции яйцеклетки. Эстрогены вместе с небольшим количеством прогестерона стимулируют выделение ЛГ-релизинг-фактора, которые способствует усиленному образованию ЛГ перед самой овуляцией. После овуляции желтое тело выделяет много прогестерона, а вот уровень

эстрогенов снижается. Прогестерон стимулирует выработку ЛТГ, который в ответ усиливает деятельность желтого тела и повышает выделение прогестерона. Прогестерон подавляет образование ЛГ, что приводит к ухудшению кровоснабжения слизистой оболочки матки и началу менструации. Оставшись без гормональной поддержки, желтое тело постепенно угасает. Снижение уровня прогестерона заставляет гипофиз выделять ФСГ-релизинг-фактор - и цикл начинается с начала¹⁰⁷.

Таким образом, схематично динамику выделения гормонов яичников можно изобразить следующим образом. Если уровень каждого гормона в дни менструации взять за 100 %, то по циклу они распределятся так: Самые высокие уровни эстрогенов отмечаются в предовуляторную фазу (примерно на 10-12 день от начала менструации при обычном 28-дневном цикле), ниже в лютеиновую (с 16 дня цикла), минимальные - в начале фолликулиновой фазы (после менструации). Различия в уровне эстрогенов достигают 10-кратных значений. Уровень прогестерона наибольший в середине II фазы (16-20 дни цикла), в 25 раз меньше в начале цикла и повышается перед овуляцией (13 - 15 дни цикла). Концентрация андрогенов колеблется гораздо меньше, а наибольшая величина отмечается перед овуляцией¹⁰⁸.

Таким образом, единая система гипофиз-гипоталамус-яичники вместе с нервной системой, действуя по принципу обратной связи автоматически обеспечивает циклические процессы, специфичные для женского организма.

Нарушение менструального цикла является одной из самых частых проблем, с которыми обращаются к гинекологу пациентки¹⁰⁹. Нормальный цикл длится не меньше 21 и не больше 35 дней, а менструация продолжается

¹⁰⁷Серов, В. Н. Гинекологическая эндокринология / В. Н. Серов, В. Н. Прилепская, Т. В. Овсянникова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 849 с..

¹⁰⁸Гречко, Е.Ю. Прогнозирование, профилактика и оптимизация терапии нарушений менструального цикла у девочек-подростков: Дис... канд. мед.наук / Е.Ю. Гречко; ГОУ ВПО «Ростовский ГМУ» - Ростов-на-Дону, 2012. – 163с

¹⁰⁹Семенова, Л.Г. К вопросу о нарушениях менструального цикла у девочек-подростков: частота встречаемости, структура, особенности течения / Л.Г.Семенова, В.Т. Манчук // Сибирский медицинский журнал. – 2008. –№4-1, Т. 23. – С.61-62

примерно 3-7 дней. Значение имеет ее обильность, и нормальные кровопотери (50-150 мл).

В норме менструальный цикл двухфазный, что обусловлено циклическим изменением фолликулиновой и лютропиновой фаз в гипоталамо-гипофизарной системе, яичниках, матке.

Менструальный цикл характеризуется ритмичностью, что проявляется периодическими кровянистыми выделениями, которые повторяются через определенные промежутки времени (не менее 21 дня и не более 35 дней) при условии их регулярности. Продолжительность менструального кровотечения в норме составляет 3 - 7 дней, количество кровопотери незначительно (от 50 до 150мл), менструальная кровь имеет примесь слизи.

В норме менструации могут сопровождаться незначительными болевыми ощущениями, которые ограничиваются областью малого таза, не влияют на общее состояние и не приводит к потере или снижению работоспособности. В норме менструальный цикл контролируется выделением гормонов гипофиза и яичников.

О нарушении менструального цикла следует говорить в случаях, если:

- увеличивается промежуток между менструациями, превышая 35 дней;
- укорачивается промежуток, становясь меньше 21 дня;
- продолжительность кровотечения превышает 7 дней;
- возникают сильные кровопотери при менструации.

Любые отклонения от описанных выше норм, а также при задержке, кровотечениях между менструациями, при слишком сильных или скудных кровянистых выделениях должны стать сигналом для женщины детородного возраста, что необходимо посетить врача.

Нарушение цикла может происходить по разным причинам. Гормональные расстройства, изменение веса (резкое уменьшение массы или ожирение), инфекционные заболевания, авитаминозы, профессиональных вредности и т.д. могут вызвать нарушение менструального цикла.

Менструальный цикл может измениться из-за чрезмерного волнения женщины, к примеру, при смене работы или разводе. Также нарушения иногда обусловлены бесконтрольным приемом препаратов (особенно это касается гормональных лекарственных средств и некоторых препаратов для похудения).

Нарушение менструального цикла нередко является первым признаком тяжелых гинекологических болезней, таких как воспаление придатков, полипов в маточной полости, внематочной беременности, эндометриоза, раковых заболеваний (рака яичников, тела матки, шейки матки) а также к бесплодию.

Бесплодие - неспособность зрелого организма воспроизводить потомство. Эта, на первый взгляд, биологическая характеристика человека в настоящее время становится не просто серьезной проблемой общего здоровья населения, но и важной составляющей демографического роста.

Нарушение репродуктивного здоровья затрагивает интересы наиболее активной части населения, от которой зависит естественное воспроизводство - население фертильного возраста (15-49 лет). Бесплодие в браке, как наиболее серьезная форма репродуктивных нарушений приводит к неустойчивости семейных отношений, ухудшению социальной и трудовой активности человека, и, как следствие, к снижению качества жизни (Кулаков В.И., 1994; 2003). Эти индивидуальные проблемы, в конечном счете, оказывают отрицательное влияние на общество в целом.

В условиях демографического кризиса в России и продолжающейся депопуляции населения актуальным остается вопрос об использовании всех ресурсов повышения рождаемости. Особое значение придается снижению частоты бесплодия, минимальный уровень которого в среднем составляет 10 %, а критический, придающий проблеме общегосударственное значение - 15%.

Несмотря на совершенствование методов клинико - лабораторных обследований, в том числе - эндоскопических и внедрения в широкую

клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий, показатель частоты бесплодия в браке колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира (2001; Liu J. 2004; Nieto A. 2006; Шестакова Ж. Н. 2011; Тасова З. Б. 2011).

Частота женского бесплодия по данным Госкомстата составила в Российской Федерации в 2011 году 195,2 на 100000 женского населения и продолжает увеличиваться (Демографический ежегодник Российской Федерации, 2011). В то же время известно, что официальная статистика не отражает реальную частоту бесплодия в популяции.

В России по протоколу ВОЗ проводились немногочисленные эпидемиологические исследования. При исследовании, проведенном в городе Троицк Московской области методом сплошной выборки, данный показатель составил 8,2%. Уровень бесплодия в Алтайском крае составил 16,2%, в 66% случаев был обусловлен женским, в 7% - мужским бесплодием, а в 24% - нарушением репродуктивной функции обоих супругов (Шестакова Ж. Н. 2011). Установлена частота данной патологии в Сибирском регионе: в Томской области - 17,4%, в Новосибирской - 19% и в Иркутской области - 19,56% (Кузьменко Е. Т. 2007).

По данным исследований ряда авторов известно, что неблагоприятные факторы окружающей среды, в том числе факторы техногенного загрязнения, вызывают нарушения репродуктивного здоровья населения и существенно определяют общий потенциал здоровья, в том числе - репродуктивного.

Эмоционально значимым является именно женское бесплодие, поскольку социальная роль женщины неразрывно связана с материнством. По утверждению ряда авторов¹¹⁰, в последние годы интерес к проблеме социально-психологических факторов при бесплодии возрос по следующим

¹¹⁰Бабенко, А.И. Патологическая пораженность населения как социально-гигиенический критерий оценки здоровья / А.И. Бабенко, Ю.И. Бравве, Е.А.Бабенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2009. -№5. -С. 10-12. Rechel, B Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union / B. Rechel, M. McKee // Lancet – 2009 – P. 1186-95. Rizzi, E. L. The seasonality of conception / E. L. Rizzi, G. Dalla-Zuanna // Demography. - 2007. - Vol. 44. - P. 705-728.

причинам: остаются большие трудности при «неясном» генезе; участились случаи нарушений эмоциональной сферы и сексуальных расстройств при бесплодном браке; отмечено ухудшение качества жизни каждого супруга из бесплодной пары; бесплодный брак, в первую очередь, фрустрирует потребность человека в любви и продолжении рода, при этом усиливается потребность в заботе о ребенке и ответственность за его воспитание; в настоящее время в связи с высоким уровнем индустриализации, развитием служб социального обеспечения рождение ребенка стало носить, в основном, социально-психологическое значение. Однако сведения о медико-психологических исследованиях по изучаемой патологии в современной литературе представлены недостаточно, имеющиеся данные касаются в основном феноменологии психических нарушений у бесплодных женщин, а существующие малочисленные источники, освещающие вопросы нарушений детородной функции при действии психогенных стрессорных факторов, носят скорее констатирующий и описательный характер без вскрытия механизмов развивающихся патологий¹¹¹.

Медицинская значимость проблемы женского бесплодия определяется необходимостью решения ряда вопросов, связанных с совершенствованием методов диагностики, повышением эффективности его лечения и профилактики.

Современная диагностическая и лечебная помощь при бесплодии базируется на основополагающих достижениях в области репродукции человека. К ним относятся:

- расшифровка механизмов гормональной регуляции репродуктивных процессов, что способствовало синтезу и эффективному применению гормонов в клинической практике;

¹¹¹Ушакова, Г. А. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высокоурбанизированного региона / Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2010. - №3. - С. 14-17. Кобзарь, А.И. Прикладная математическая статистика / А.И. Кобзарь. - М.: Физматлит, 2006. – 816 с. Щепин, О.П. Проблемы демографического развития России / О.П. Щепин, Е.А.Тишук// Экономика здравоохранения. - 2005. - №3. - С. 5-8.

- ультразвунографическое сканирование стало высокоинформативным при диагностике и лечении заболеваний, являющихся причиной бесплодия;
- эндоскопическая хирургия, которая коренным образом изменила, научно-практический подход к проблеме бесплодного брака;
- принципиально новый метод лечения infertility - экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, в результате: внедрения которого открылись перспективы в изучении неизвестных механизмов оплодотворения и имплантации, а также более полном исследовании различных аспектов эмбриогенеза.

Тем не менее, и на современном этапе развития науки и практики примерно в 8-10,0% случаев установить причину бесплодия не представляется возможным.

Выводы

1. Бесплодие всегда считалось проблемой медицинской, но со временем была признана необходимость рассмотрения и психологических факторов. В условиях постиндустриального общества актуализируется влияние экономики, политики, новых технологий, информационных потоков и т.п. на здоровье женщин, поэтому социальные факторы бесплодия должны рассматриваться как паритетные медицинским и психологическим.

2. В современных исследованиях бесплодия и нарушения менструального цикла пока не анализировались комплексно медицинские и социальные детерминанты данных заболеваний, связанные с дихотомией ареала проживания. Влияние урбанизации и кастелумизации (*castellum lat.* – село) на организацию здравоохранения изучено достаточно хорошо, но их влияние на медико-социальный статус женщин с указанными патологиями до сих пор не изучалось, что является препятствием в повышении эффективности медицинской помощи данному контингенту.

3. Женщины, страдающие бесплодием и/или нарушением менструального цикла, могут рассматриваться как одна медико-социальная группа. Под медико-социальной группой мы понимаем социальную группу,

принципами обособления которой является однотипная нозологическая ситуация, а не группу пациентов, имеющих сходные социальные характеристики. Медико-социальная группа может быть выделена как сообщество людей, страдающих определенным заболеванием. Но она социальная именно потому, что заболевание детерминирует определенный образ жизни, статус и особенности выполнения социальных ролей. С другой стороны, к некоторым заболеваниям предрасположены люди, имеющие специфические социальные признаки.

4. Медико-социальная группа женщин, страдающих бесплодием и/или нарушением менструального, как предмет данного исследования, отличается следующими признаками:

- это женщины фертильного возраста;
- их ареал проживания – Астраханская область как среднестатистический субъект РФ по показателям гинекологической заболеваемости;
- главной проблемой для здоровья члены группы считают свое бесплодие (на основе данных телефонного опроса 1420 респонденток)

и/или

- страдают самой распространенной на данной территории гинекологической патологией – нарушением менструального цикла (на основе статистических данных Минздрава Астраханской области).

В Астраханской области также до настоящего времени не проводились исследования частоты и структуры женского бесплодия с учетом условий проживания. Мы проводили анализ динамики заболеваемости бесплодием и расстройством менструаций у женщин фертильного возраста в сельских районах Астраханской области и сравнивали полученные данные с показателями по г.Астрахани и малым городам Астраханской области. Региональный подход является наиболее рациональным в медико-социологических исследованиях, поскольку позволяет учитывать большее

количество переменных, чем это возможно в общероссийских исследованиях.

3.2. Территориальные детерминанты клинических признаков анализируемой медико-социальной группы¹¹²

Внутри региональные отличия в Астраханской области связаны с географией размещения сельских районов (наличие или отсутствие выхода к Каспийскому морю) и приближенностью к областному центру. От этого во многом зависит производственная структура районов и, следовательно, характер труда женщин исследуемой группы. Определенное влияние имеет и экономическое состояние районов и городов, но здесь отличия – в пределах погрешности, поэтому мы их не учитывали. Ниже приводится порайонная характеристика заболеваемости типичными для анализируемой группы нозологиями.

Ахтубинский район

За период исследования население Ахтубинского района несколько снизилось (Приложение.Таб.1). Если в 2011 и 2012гг. население района составляло 7,3% от общего населения области, то в 2013г. произошло снижение численности населения до 7,1%. В 2014г. количество жителей района продолжало снижаться (6,9%) и к 2015г. достигло 6,3%. Половой состав населения района неравномерен. Мужчин существенно меньше, чем женщин (Таб.2). На протяжении периода исследования мужчины составляли в среднем 45,8%, женщины – 54,2%.

Количество женщин фертильного возраста на протяжении исследования существенно изменялось. Так, в 2011г. женщины фертильного возраста составляли 57,4% от общего числа женщин, а в 2012г. – уже 54,7%.

¹¹² Результаты в табличной форме представлены в Приложении 1.

В дальнейшем снижение количества женщин фертильного возраста в районе продолжалось и в 2014г. достигло 50,6%. В 2015г. отмечалось увеличение количества женщин фертильного возраста до 55% (Таб.3).

Мы проследили динамику женщин с расстройством менструаций и бесплодием (Таб.4, 5).

Наибольшее число женщин с диагнозом «Расстройство менструаций» отмечалось вАхтубинском районе в 2012г. и составило 16,3 на 1000 женщин фертильного возраста. Наименьшее количество женщин с данным диагнозом было отмечено в 2011г. (8,2 на 1000 женщин фертильного возраста). В 2015г. наблюдалось увеличение количества женщин с расстройством менструаций (12,1 на 1000 женщин фертильного возраста).

Диагноз «Бесплодие» в 2011г. был выставлен 2,5 на 1000 женщин фертильного возраста. В 2012г. данное количество увеличилось вдвое (16,3 на 1000 женщин фертильного возраста), а с 2014г. женщины с бесплодием составляли 4,5-4,4 на 1000 женщин фертильного возраста.

Среди женщин с диагнозом «Бесплодие» количество впервые выявленных было наибольшим в 2012г.(Таб.5, 6). в 2014г. впервые бесплодие было выявлено всего у 1,0 на 1000 женщин фертильного возраста. В 2015г.это число увеличилось до 1,2 на 1000 женщин фертильного возраста

Володарский район

Население Володарского района за период исследования составляло 4,5% населения Астраханской области и это количество не менялось в течение 5 последних лет (Приложение.Таб.1). Постоянным оставалось и соотношение мужчин и женщин в данном районе (Таб.8). Количество мужчин в среднем составило 42,2%, женщин – соответственно 52,8%.

Количество женщин фертильного возраста в 2011г. составляло 68,9% женского населения района (Таб.9).

Повышение количества женщин фертильного возраста отмечалось в 2012г. (69,3%) и 2014г. (68,8%). В 2015г. наблюдался резкий спад количества женщин фертильного возраста до 64,9%.

Расстройство менструаций было обнаружено у 3,0 на 1000 женщин фертильного возраста в 2011 и в 2013гг. в 2012 и 2014гг. число женщин с данным диагнозом уменьшилось до 2,3 и 2,5 на 1000 женщин фертильного возраста соответственно, а в 2015г. – до 1,1 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.10, 11). При этом количество женщин с впервые установленным данным диагнозом с каждым годом уменьшалось (Таб.12). Так, в 2011г. впервые диагноз расстройства менструаций был поставлен 1,9 на 1000 женщин фертильного возраста, а в 2015г. – лишь 0,2 на 1000 женщин фертильного возраста.

Бесплодием страдало около 1,0 на 1000 женщин фертильного возраста в каждый из годов исследования. При этом наибольшее число женщин с впервые установленным диагнозом бесплодия отмечалось в 2012г. (1,3 на 1000 женщин фертильного возраста), а наименьшее – в 2015г. (0,7 на 1000 женщин фертильного возраста).

Енотаевский район

Население Енотаевского района в 2011г. составляло 2,7% всего населения Астраханской области. В 2013г. население уменьшилось до 2,5% и сохранялось на этом уровне к 2015г. (Таб.1). Мужчин на всем протяжении исследования было значительно меньше, чем женщин, в среднем их количество составляло 46,6%. Соответственно, женщины составили 53,4% от всего населения района (Приложение.Таб.14).

На протяжении всего периода исследования количество женщин фертильного возраста в районе последовательно уменьшалось. Так, в 2011г. женщины фертильного возраста составляли 64,7% всех женщин района, в 2012- 63,5%, а в 2015 – 58,9% (Таб.15).

Среди женщин фертильного возраста Енотаевского района бесплодием страдали от 2,3 на 1000 женщин фертильного возраста (2011г.) до 4,0 на 1000 женщин фертильного возраста (2013г.). При этом наибольшее количество женщин с впервые установленным диагнозом бесплодие пришлось на период с 2012г. (1,1 на 1000 женщин фертильного возраста) по 2013г. (1,4 на 1000

женщин фертильного возраста). В начале и в конце исследований впервые диагноз бесплодие был установлен в среднем 23,7% женщин (Таб. 16,17).

Диагноз расстройство менструаций у женщин фертильного возраста данного района составлял от 4,5 на 1000 женщин фертильного возраста (2015г.) до 12,3 на 1000 женщин фертильного возраста (2012г.) и в среднем был поставлен 0,8% женщин (Таб.16, 17). Из них впервые диагноз установлен в 2011г. у 7,2 на 1000 женщин фертильного возраста, в 2012г. – 9,3 на 1000 женщин фертильного возраста. В 2013г. число женщин, которым данный диагноз был установлен впервые, снизился до 3,6 на 1000 женщин фертильного возраста. В дальнейшем, первичное выявление расстройства менструаций отмечалось у 2,6 на 1000 женщин фертильного возраста (2014г.) и 2,7 на 1000 женщин фертильного возраста (2015г.) женщин (Таб.18).

Икрянинский район

Население Икрянинского района за период исследования изменилось с 4,8% от общего населения Астраханской области (2011 и 2012гг.) до 4,7% (2013,2014 и 2015гг.) (Приложение.Таб.1).

Как и в ранее описанных районах области, в Икрянинском районе преобладает мужское население, которое составляет в среднем 46%. Женщины составляют в среднем 54% населения Икрянинского района (Таб.20).

Среди женского населения района количество женщин фертильного возраста уменьшалось в процессе исследования (Таб.21). Так, если в 2011г. женщины фертильного возраста составляли 59,6% женского населения района, то к 2015г. это количество снизилось до 54,5%.

Среди женщин фертильного возраста количество пациенток с диагнозом бесплодия составляло в 2011г. 1,1 на 1000 женщин фертильного возраста, а с 2012 по 2015гг. включительно –от 1,5 до 2,5 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.22,23). Несколько больше было количество женщин с диагнозом расстройство менструаций. Наибольшее количество женщин с этим диагнозом отмечалось в 2012г. (31,8 на 1000 женщин

фертильного возраста), наименьшее – в 2015г. (13,9 на 1000 женщин фертильного возраста).

Впервые выявленный диагноз бесплодия был отмечен у 0,4 на 1000 женщин фертильного возраста в 2011г. В дальнейшем выявляемость бесплодия поднялась до 0,9 на 1000 женщин фертильного возраста в 2012 и 2013гг. В 2014г. было впервые выявлено 0,8 женщин с бесплодием на 1000 женщин фертильного возраста, а к 2015г. это число увеличилось до 1,0 (Таб. 25, 26).

Диагноз расстройства менструаций был установлен впервые в среднем 79,3% женщин с данным диагнозом за все время исследования. Наибольшее количество женщин с впервые выявленным расстройством менструаций отмечался в 2012г. (25,7 на 1000 женщин фертильного возраста), наименьшее – в 2015г. (11,2 на 1000 женщин фертильного возраста).

Камызякский район

В начале наших исследований (2011г.) население Камызякского района составляло 5% всего населения Астраханской области (Приложение.Таб.1). Начиная с 2013г. население Камызякского района уменьшилось до 4,9%. Последние два года (2014 и 2015гг.) население Камызякского района составляло 4,8% от общего населения Астраханской области.

Мужское население района не превышало 48,2% от общего населения Камызякского района и имело тенденцию к снижению. В 2015г. мужское население составляло 47,9% населения района. Соответственно, увеличивалось женское население, которое в среднем составляло 52,1% (Таб.27).

В 2011г. количество женщин фертильного возраста в данном районе составляло 63,2% от общего числа женского населения. В последующие годы это количество постепенно уменьшалось и в 2015г. составило 56,%. (Таб.28).

Среди женщин фертильного возраста Камызякского района бесплодие встречалось в среднем в 0,3% случаев. Самое меньшее количество женщин с диагнозом бесплодия было отмечено в 2012 и 2015гг. (2,3 и 2,4 на 1000

женщин фертильного возраста соответственно). Самое большое - в 2011г. (4,1 на 1000 женщин фертильного возраста). (Таб.29). Наименьшее количество женщин с диагнозом расстройства менструаций отмечено в 2015гг. (21,7 на 1000 женщин фертильного возраста). Наибольшее - в 2014г. (26,4 на 1000 женщин фертильного возраста) (Таб.30).

Наибольшее количество впервые выявленных больных с диагнозом бесплодия отмечалось в 2013 и в 2014 гг. (1,4 на 1000 женщин фертильного возраста), а женщин с диагнозом нарушения менструаций – в 2012г. (17,7 на 1000 женщин фертильного возраста). Меньше всего впервые выявленных женщин с бесплодием наблюдалось в 2011г. (0,7 на 1000 женщин фертильного возраста), с нарушением менструаций – в 2015г. (14,2 на 1000 женщин фертильного возраста) (Таб. 31, 32).

Красноярский район

За период исследования население Красноярского района несколько уменьшилось (Приложение.Таб.1). Если в 2011 и 2012гг. оно составляло 3,5% от населения Астраханской области, то в 2014и 2015гг. уменьшилось до 3%.

Как и в предыдущих районах, количество мужского населения превышало женское во все годы исследования (Таб.22). В среднем мужчины составляли 46,7%, а женщины – 52,5% от общего населения района.

Количество женщин фертильного возраста в Красноярском районе в 2011г. составляло 72% от всего женского населения района. В 2013г. это число снизилось до 70% и в последующие годы продолжало снижаться, достигнув в 2015г. 65,2% (Таб.34).

Количество женщин, которым был поставлен диагноз бесплодия в Красноярском районе за время исследования повысилось с 1,0 на 1000 женщин фертильного возраста (2011г.) до 3,4 на 1000 женщин фертильного возраста (2015г.). Число женщин с диагнозом расстройства менструаций за период с 2011г. по 2013г. увеличилось с 14,2 до 15,7 на 1000 женщин фертильного возраста. В 2015г. произошло снижение количества женщин

сданным диагнозом до 9,1 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.35, 36).

Среди женщин с диагнозом бесплодия впервые выявлено в 2011г. было 1,0 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.37). В 2012г. все женщины, страдающие бесплодием, были выявлены впервые. В последующие годы происходило уменьшение впервые выявленного бесплодия с 2,0 на 1000 женщин фертильного возраста (2013г.) до 3,4 на 1000 женщин фертильного возраста (2015г.).

Наибольшее количество женщин, которым впервые был поставлен диагноз расстройства менструаций, отмечалось в Красноярском районе в 2014г. (20,3 на 1000 женщин фертильного возраста). Наименьшее – в 2015г. (9,1 на 1000 женщин фертильного возраста). В среднем количество женщин с впервые установленным диагнозом расстройства менструаций составляло 88%.

Лиманский район

За период исследования населения Лиманского района уменьшилось. Если в начале исследования (2011г.) население района составляло 3,2% от общего населения Астраханской области, то в 2015г. уменьшилось до 3%. (Приложение.Таб.1).

Мужское население Лиманского района несколько увеличилось за период исследования (с 46,1% в 2011г. до 47,4% в 2015г.), оставаясь при этом существенно ниже женского населения (Таб.26).

Изучение динамики количества женщин фертильного возраста в Лиманском районе показало, что это количество постоянно снижается. Так, в 2011г. женщины фертильного возраста составляли 63,2% от общего количества женщин. В 2015г. это число снизилось до 55,6% (Таб.40).

В Лиманском районе в 2011 и 2013гг. с диагнозом бесплодия отмечалось, соответственно, 0,8 и 0,9 на 1000 женщин фертильного возраста. В остальные годы исследования число женщин с данным диагнозом не превышало 2,3 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.41, 42).

Динамика количества женщин с расстройством менструаций показала, что наибольшее количество женщин с данным диагнозом отмечалось в 2011г. (5,6 на 1000 женщин фертильного возраста), наименьшее – в 2012 (3,1 на 1000 женщин фертильного возраста). В 2015г. число женщин с данным диагнозом повысилось до 4,7 на 1000 женщин фертильного возраста.

Впервые установлен диагноз бесплодия у 0,2 на 1000 женщин фертильного возраста Лиманского района в 2011г. Примерно на этом же уровне была первичная выявляемость данного диагноза в 2013г. (0,2 на 1000 женщин фертильного возраста) и в 2015г. (0,5 на 1000 женщин фертильного возраста). В 2012г. и в 2014г. впервые поставлен диагноз бесплодия был у 0,1 на 1000 женщин фертильного возраста.

Наримановский район

Население Наримановского района оставалось на одном уровне на протяжении всего периода исследования и составляла в среднем 4,4% от населения Астраханской области (Приложение.Таб.1).

Мужская часть населения Наримановского района была существенно меньше женской (Таб.30) и в среднем составляла 47,4%. Соответственно женская часть населения района в среднем составляла 52,6%.

Женщины фертильного возраста в Наримановском районе составляли большую часть женского населения. Изучение динамики фертильного населения района показало, что происходит некоторое уменьшение числа женщин фертильного возраста (Таб. 46). Так, в 2011 и 2012гг. женщины фертильного возраста составляли соответственно 75,2% и 75,5% от всего женского населения. В 2013г. происходило резкое уменьшение числа женщин фертильного возраста до 67,8%, которое продолжалось и в 2014г. (64,4%). В 2015г. это количество несколько увеличилось (66,6%).

За период исследования количество женщин с диагнозом бесплодия практически не менялось, составляя в среднем 3,5 на 1000 женщин фертильного возраста. Число женщин с диагнозом расстройства менструаций колебалось от 5,4 на 1000 женщин фертильного возраста (в 2013г.) до 9,5 на

1000 женщин фертильного возраста (в 2014г.) и составляло в среднем 0,7% (Таб.48).

Количество женщин с впервые установленным диагнозом бесплодия в Наримановском районе за период наблюдения несколько снижался. Так, в 2011г. оно составляло 0,9 на 1000 женщин фертильного возраста , в 2012г. снизилось до 0,7 на 1000 женщин фертильного возраста, в 2013г. – 0,9 до на 1000 женщин фертильного возраста а в 2014г. резко уменьшилось до 0,5 на 1000 женщин фертильного возраста. В 2015г. произошло повышение количества женщин с впервые выявленным диагнозом бесплодия до 1,4 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб. 49, 50).

Число женщин с впервые установленным диагнозом расстройства менструаций варьировало от 1,4 на 1000 женщин фертильного возраста (2013г.) до 6,3 на 1000 женщин фертильного возраста (2014г.).в среднем впервые выявленные женщины с диагнозом расстройства менструаций составляли 51,2%.

Приволжский район

Население Приволжского района в 2011 и 2012гг. составляло 4,1% населения Астраханской области. В течение трех последующих лет это число увеличилось на 0,1% и составляет 4,2% (Приложение.Таб.1).

Как и во всех рассматриваемых ранее районах Астраханской области, в Приволжском районе мужчины составляют меньшинство. За период исследования число мужчин увеличилось с 47,3% (2011г.) до 47,8% (2015г.). Соответственно, количество женщин уменьшилось с 52,7% до 52,2% (Таб. 51).

Количество женщин фертильного возраста в Приволжском районе за все годы исследования составляло больше половины всего женского населения (Таб. 52). В процессе наблюдения в динамике выяснилось, что количество женщин фертильного возраста ощутимо снижается с каждым годом.

Так, если в 2011г. женщины фертильного возраста составляли 68% всего женского населения района, то к 2015г. это число уменьшилось до 62,9%.

За период исследования диагноз бесплодие был поставлен в среднем 0,4% женщин фертильного возраста (Таб.53, 54). Количество женщин с диагнозом расстройства менструаций, не превышавшее 13,3 на 1000 женщин фертильного возраста за период с 2011 по 2014гг., в 2015г. резко поднялось до 21,4 на 1000 женщин фертильного возраста

В 2011г. диагноз бесплодия был впервые установлен у 1,9 на 1000 женщин фертильного возраста. За время исследования эта цифра увеличилась до 2,5 на 1000 женщин фертильного возраста в 2015г.

Диагноз расстройства менструаций в 2011г. был поставлен впервые у 7,9 на 1000 женщин фертильного возраста. К 2015г. это количество увеличилось до 15,9 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.55, 56).

Харабалинский район

За время исследования население Харабалинского района не изменилось и составляло 4% от населения Астраханской области. (Приложение.Таб.1).

Как и в вышеописанных районах, мужское население Харабалинского района было стабильно ниже женского и составляло в среднем 47,3% от всего населения района. Соответственно, женское население составляло 52,7% (Таб.57)

Количество женщин фертильного возраста за период исследования постепенно уменьшалось. Так, в 2011г. женщины фертильного возраста составляли в Харабалинском районе 66,5%. К концу исследования, в 2015г. это количество снизилось до 60% (Таб.58).

Количество женщин, страдающих бесплодием в Харабалинском районе оставалось относительно стабильным все 5 лет исследования и составляло около 4,0 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.59).

Наибольшее количество женщин с диагнозом расстройства менструаций отмечалось в 2013г.(7,0 на 1000 женщин фертильного возраста) и 2015г. (6,5 на 1000 женщин фертильного возраста). В остальные годы исследования число женщин с данным диагнозом составляло 3,7 1000 женщин фертильного возраста.

Наибольшему количеству женщин диагноз бесплодия впервые был установлен в 2011г. (2,0 на 1000 женщин фертильного возраста). Наименьшему – в 2012 и 2015гг. (0,8 и 0,9 на 1000 женщин фертильного возраста соответственно).

Диагноз расстройства менструаций впервые был выявлен у 1,9 на 1000 женщин фертильного возраста в 2011г. В 2013г. это число увеличилось до 4,7 на 1000 женщин фертильного возраста, а в 2015г. уменьшилось до 1,4 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.61, 62).

Черноярский район

За время исследования население Черноярского района составляло 2% от общего населения Астраханской области, и эта цифра не менялась с начала и до конца исследования. (Приложение.Таб.1).

Количество мужчин в Черноярском районе за время исследования стабильно составляло 48% от общего населения, женщин – 52%. (Таб.42).

Среди женского населения района количество женщин фертильного возраста уменьшалось с каждым годом исследования. Если в 2011г. женщины фертильного возраста составляли 63,5%, то в 2015г. эта цифра снизилась до 57,1%.

Количество женщин, страдающих от бесплодия, в 2011г составляло 2,8 на 1000 женщин фертильного возраста. С 2012г. по 2015г. это число колебалось в пределах 1,6-1,9 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.65).

Количество женщин с диагнозом бесплодие, поставленным впервые, на протяжении исследования в Черноярском районе уменьшалось год от года (Таб.67). Если в 2011г. впервые выявленные женщины с данным диагнозом

составляли 2,1 на 1000 женщин фертильного возраста, то в 2015г. -0,2 на 1000 женщин фертильного возраста.

Также отмечалось уменьшение количества женщин с впервые выявленным диагнозом расстройства менструаций с 5,9 на 1000 женщин фертильного возраста (2011г.) до 0,2 на 1000 женщин фертильного возраста (2015г.).

Г. Знаменск

За период исследования общее число жителей г. Знаменска уменьшилось с 48,7% (2011г.) до 46,7% (2015г.) от населения Астраханской области (Приложение.Таб.1).

В г. Знаменске на протяжении всего периода исследования мужское население превышало женское и составляло в среднем 53,5%. Соответственно, женское население составляло в среднем 47,5% (Таб.69).

Количество женщин фертильного возраста в г. Знаменске имело отчетливую тенденцию к снижению на протяжении всего периода исследования. Если в 2011г. число женщин фертильного возраста составляло 70,2% от общего количества женщин, то в 2015г. – 58,6% (Таб.70).

Количество женщин с диагнозом бесплодия за годы исследования увеличилось от 1,9 до 4,0 на 1000 женщин фертильного возраста (Таб.71, 72). В этот же период число женщин с диагнозом расстройства менструаций увеличилось с 11,6 до 24,7 на 1000 женщин фертильного возраста.

Наибольшее количество женщин с впервые выявленными диагнозами бесплодия и расстройства менструаций в г. Знаменск отмечалось в 2014г. (соответственно, 0,9 и 16,8 на 1000 женщин фертильного возраста), наименьшее – в 2012г. (соответственно, 0,1 и 9,7 на 1000 женщин фертильного возраста).

Выводы

Таким образом, изучение динамики бесплодия и расстройства менструаций в сельских районах Астраханской области показало следующее.

Во всех сельских районах, а также в г. Астрахани, в 2015г. отмечалось снижение количества женщин фертильного возраста по сравнению с 2011г. При этом, в таких районах, как Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Приволжский, Харабалинский, Черноярский и Знаменский снижение количества женщин фертильного возраста происходило ежегодно. В остальных районах в разные годы отмечалось как снижение, так и повышение данного показателя. Например, в Володарском районе существенное снижение количества женщин фертильного возраста отмечалось только в 2015г. В Лиманском районе и г. Астрахани в 2013г. отмечалось повышение количества женщин фертильного возраста.

Количество женщин с диагнозом бесплодия за время исследования резко повысилось в таких районах, как Ахтубинский, Енотаевский, Икрянинский, Красноярский, Лиманский, Наримановский, Приволжский и Харабалинский (Приложение. Рис.2). В Камызякском, Черноярском районах и г. Знаменске происходило снижение числа женщин с бесплодием. В Володарском районе данный показатель не менялся за все время исследования. В г. Астрахани в 2013г. отмечалось резкое снижение количества женщин с бесплодием, однако, в последующие годы это число вернулось к значению 2011г.

Общей тенденцией по такому показателю, как количество женщин с диагнозом нарушения менструаций, было снижение этого количества к концу исследования. Данный показатель снижался к 2015г. в таких районах, как Володарский, Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Лиманский, Наримановский и Черноярский. В остальных обследуемых районах и г. Астрахани число женщин с диагнозом расстройства менструаций за время исследования увеличилось.

Количество женщин с впервые поставленным диагнозом бесплодия в Ахтубинском, Володарском, Красноярском, Лиманском, Харабалинском, Черноярском, Знаменском районах снизилось за период исследования. В то же время в таких районах, как Икрянинский, Камызякский и г. Астрахани это

число повысилось с 2011 по 2015гг. В Енотаевском, Наримановском и Приволжском районах данный показатель практически не менялся за весь период исследования.

Изучение динамики количества женщин с впервые поставленным диагнозом расстройства менструаций показало, что в Икрянинском и Красноярском районах данный показатель практически не менялся на протяжении всего периода исследования. В Наримановском и Приволжском районах число женщин с впервые выявленным расстройством менструаций увеличилось с 2011 по 2015гг. В остальных районах отмечалось снижение данного показателя.

Вывод

Медико-социальная группа женщин, страдающих бесплодием и нарушением менструального цикла в регионе дифференцирована по территориальному принципу. Больше всего ее представительниц в сельских районах, удаленных от областного центра и не имеющих выхода к морю. Социальными причинами такой дифференциации могут быть:

- ✓ снижение доступности акушерско-гинекологической помощи для периферийных районов;
- ✓ более высокая медицинская информированность женщин в городах и припортовых районах;
- ✓ меньшие возможности жительниц периферийных районов к установлению социальных связей с представительницами своей медико-социальной группы.

Чтобы подтвердить или опровергнуть этот вывод, необходимо было провести медико-социологическое исследование, результаты которого представлены в следующем разделе работы.

3.3. Компаративный анализ медико-социального статуса городских и сельских пациенток акушерско-гинекологической практики

Медико-социальная группа женщин, страдающих бесплодием и нарушениями менструального цикла может быть и реально является внутренне дифференцированной. Отсутствие формализованных связей в данной группе может сделать эти отличия настолько существенными, что сама постановка вопроса о статусе данных пациенток как особой медико-социальной группы станет проблематичной. Поэтому необходимо рассмотреть основные показатели внутригрупповой дифференциации, которыми, в соответствии с целью нашего исследования, являются характеристики здоровья и отношения к нему городских и сельских жительниц.

Объектом изучения послужили результаты обследования пациенток с нарушением менструального цикла и бесплодием, направленных на обследование в ЦРБ сельских районов Астраханской области и госпитализированных в гинекологические отделения областной клинической больницы №1 г.Астрахани за изучаемый период (2011-2015гг.).

Для получения максимальной информации о гинекологических больных, а также факторах, влияющих на возникновения и развитие данных заболеваний, была составлена «Анкета гинекологической больной» (см. Приложение). Так как мы не получили принципиальных различий в ответах на анкету у женщин страдающих бесплодием и женщин с нарушением менструального цикла, в дальнейшем мы будем относить их к одной группе и именовать как «гинекологических больных».

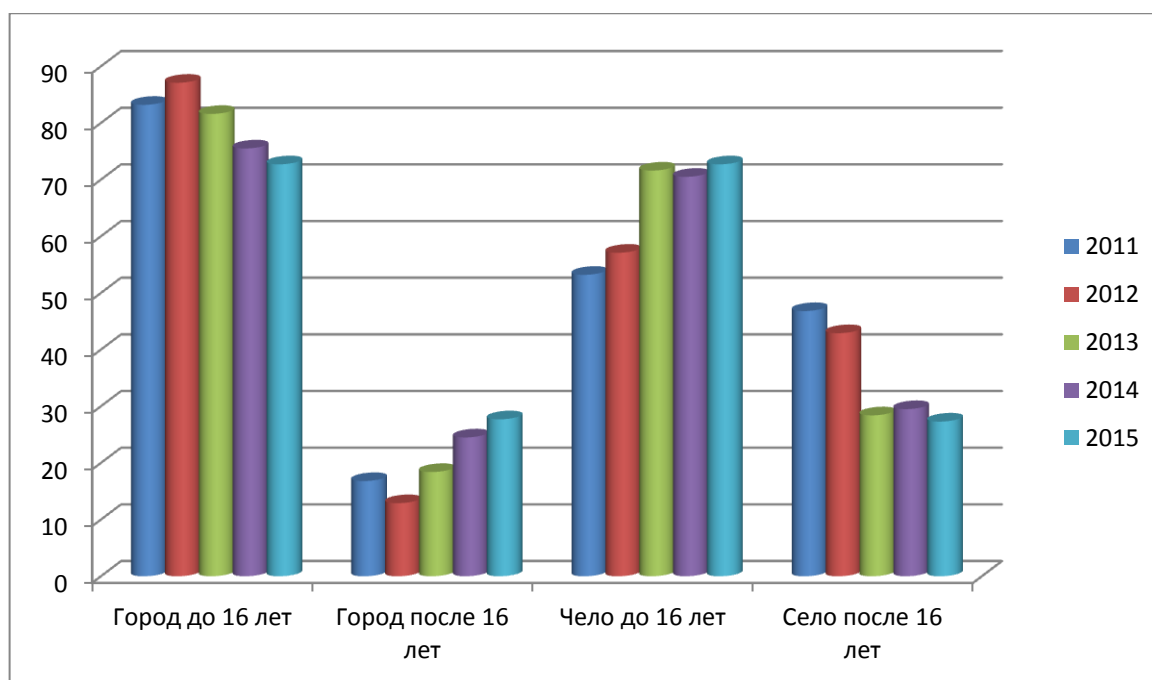


Рисунок 1. Начало половой жизни у женщин с бесплодием (% от общего количества ежегодно обследованных женщин)

Анкета была разделена на 3 раздела: 1 Анамнестические данные; 2. Образ жизни; 3. Отношение к собственному здоровью.

Анамнестические данные. В раздел анамнестических данных вошли сведения о половой жизни, беременностях, родах и их исходах.

В сельских районах области за период обследования количество гинекологических больных, начавших половую жизнь до 16 лет увеличилось на 19,5%. Если в 2011г. начавшие половую жизнь до 16 лет составляли 53,2%, то в 2015г. уже 72,7% (Рис.1). Соответственно, количество начавших половую жизнь после 16 лет уменьшилось с 46,8% до 27,3%.

У городских пациенток начало половой жизни большей частью приходилось на возраст до 16 лет. За период с 2011 по 2013гг. в среднем количество городских респонденток, начавших половую жизнь до 16 лет, составляло 84%. С 2013г. это число снизилось до 75,5% и к 2015г. достигло 72,7%.

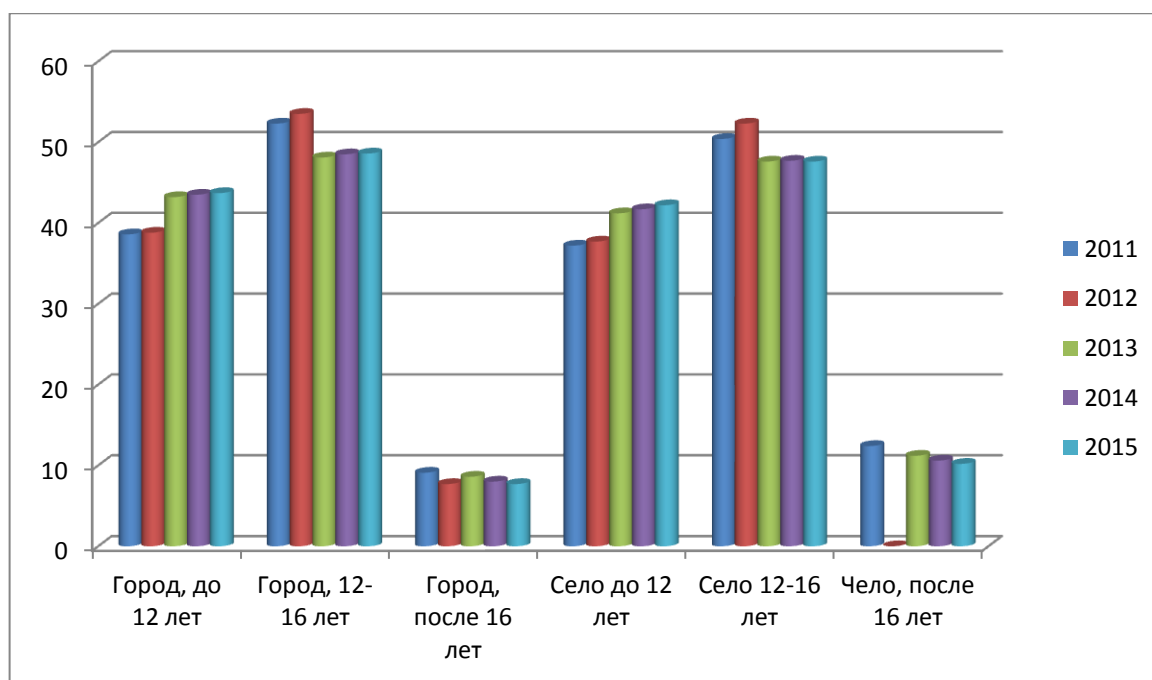


Рисунок 2. Начало менструаций у гинекологических больных (% от общего количества ежегодно обследованных женщин)

У большинства гинекологических больных, как сельских, так и городских, начало менструаций приходилось на возраст от 12 до 16 лет (Рис.2). В 2011-2012гг. это число составляло у городских женщин, соответственно, 52,3 и 53,5%, у сельских, соответственно, 50,4 и 52,3%.

Начиная с 2013г. в возрасте 12-16 лет начинали менструировать 48,5% городских и 47,7% сельских гинекологических больных.

В процессе исследования у городских респонденток увеличивался процент указавших на ранее начало менструаций. Если в 2011г. на ранее начало менструаций указывали 38,6% гинекологических больных, то в 2015г. – 43,7%. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении сельских пациенток. Позднее начало менструаций у городских респонденток отмечали от 7,7% до 9,1%, у сельских от 10,2% до 12,4%.

Таким образом, наши исследования показали, что количество сельских гинекологических больных, начавших половую жизнь до 16 лет, было значительно ниже, чем у городских женщин.

В начале исследования больше половины обследуемых гинекологических больных как городских, так в сельских районах, были замужем (Рис.3).

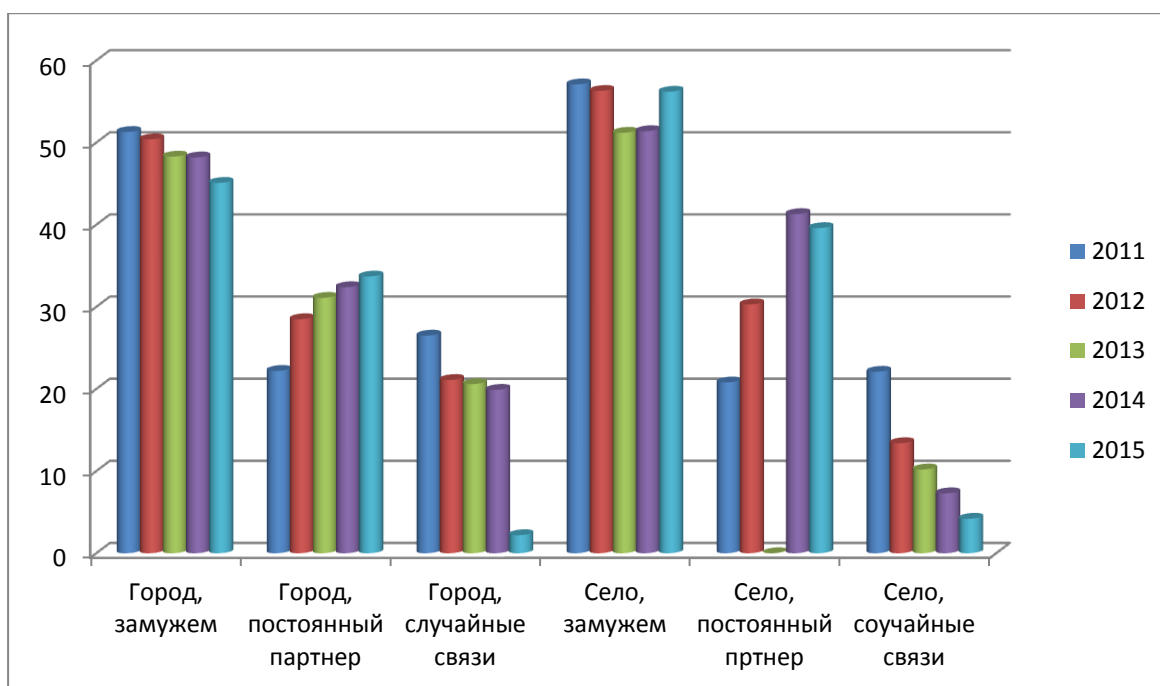


Рисунок 3. Половая жизнь пациенток гинекологических больных (% от общего количества ежегодно обследованных женщин)

При этом, среди гинекологических больных процент замужних женщин за весь период исследования оставался примерно на одном уровне (от 51,2% до 57,1%). В 2011г. замужние женщины составляли 51,3%, а в 2015г. - всего 45,1%, что на 6,2% меньше.

Среди сельских респонденток ежегодно увеличивалось число гинекологических больных, имеющих постоянного полового партнера (в 2011г – 20,8%; в 2015г. -39,6%). Такая же картина наблюдалась и среди городских женщин (в 2011г.-22,2%, в 2015г. – 33,7%).

Среди городских жительниц количество респонденток, ведущих беспорядочную половую жизнь, варьировало от 26,5% (2011г.) до 19,9% (2014г.). Среди сельских гинекологических больных, ведущих беспорядочную половую жизнь, резко снизилось от 22,1% (2011г.) до 4,2% (2015г.).

Образ жизни. Среди обследуемых сельских гинекологических больных основную массу на протяжении всего исследования составляли респондентки, получившее среднее специальное образование (Рис.4).

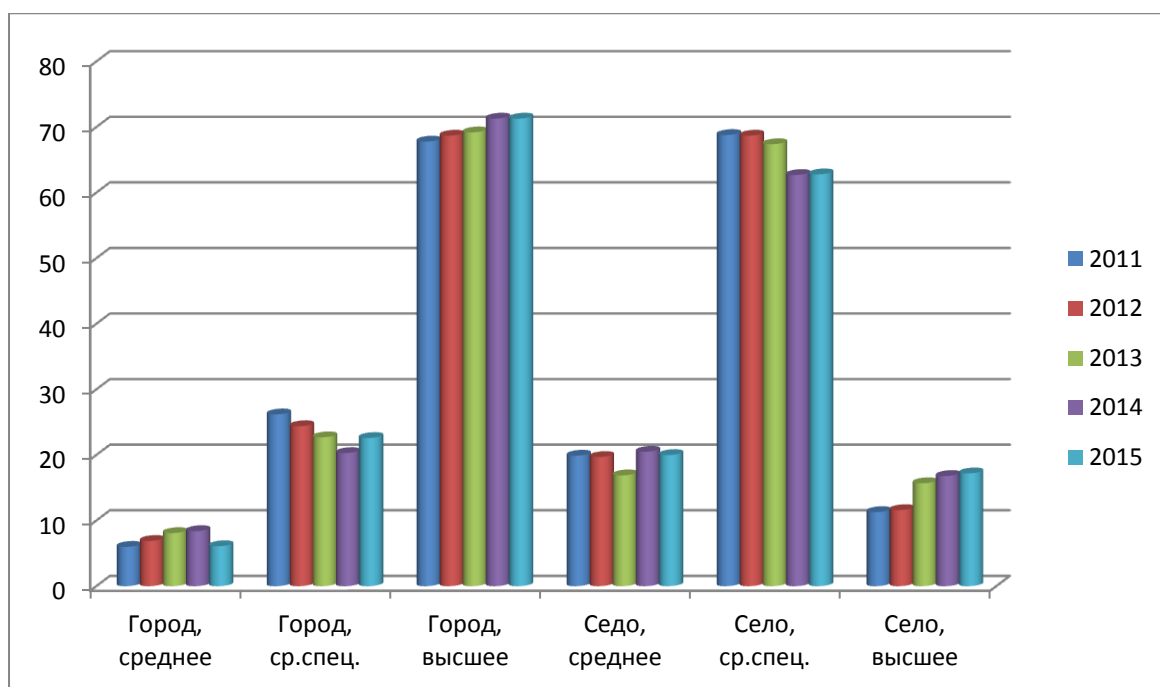


Рисунок 4. Образование гинекологических больных (% от общего количества ежегодно обследованных женщин)

На втором месте- женщины, имеющие среднее образование, на третьем – высшее. Такое соотношение сохранялось в течение всего периода обследования. Тем не менее, за 5 лет (с 2011 по 2015гг.) произошли некоторые изменения. Так, постепенно увеличивалось количество женщин, получивших высшее образование. Если в 2011г. они составляли всего 11,3%, то в 2015г. это число возросло до 17,2%. В то же время уменьшилось количество респонденток со средним специальным образованием и увеличилось со средним школьным.

Данные факты можно объяснить следующим образом. Для женщин, работающих в сфере образования (школа, детский сад), а также в различных фирмах, в последние годы высшее образование стало необходимым требованием. В то же время, увеличилось количество девушек, закончивших школу и вышедших замуж. В таких семьях муж часто против дальнейшего обучения и последующей работы жены.

Иная картина складывалась по отношению к городским пациенткам. У данного контингента обследуемых большинство составляли респондентки,

получившее высшее образование. В течение всего периода наблюдения это количество увеличилось с 67,8% (2011г.) до 71,3% (2015г.).

На втором месте – респондентки, имевшие среднее специальное образование. В начале исследования (2011г.) число гинекологических больных, имевших среднее специальное образование, составляло 26,2%. На протяжении последующих лет это число постоянно уменьшалось и в 2014г. достигло 20,3%. В с 2015г. произошло небольшое увеличение (22,6%) респонденток со средним специальным образованием.

Меньше всего среди городских респонденток было женщин. Получивших только среднее образование. Это количество на протяжении всего периода исследования не превышало 8,4%.

Таким образом, определялась ярко выраженное различие в образовании среди сельских и городских респонденток. Среди сельских респонденток основную часть составляли женщины со средним специальным образованием, среди городских – с высшим образованием.

Социальное положение сельских гинекологических больных отражено на рисунке 5. Женщин, официально считающихся работающими, за все время было гораздо больше, чем неработающих. Тем не менее, прослеживалась тенденция к снижению количества работающих респонденток. Так, в 2011г. работающие респондентки составляли 69,5% от всех обследованных, в 2012г. – 66,4%, в 2013г. - 64,2%, в 2014г. – 62,8, в 2015г. – 65,5%.

Наибольшее количество работающих респонденток определяли свой статус как сельскохозяйственные рабочие. Количество женщин, работающих в сельском хозяйстве, ежегодно снижалось с 53,6% в 2011г. до 42,6% в 2015г. Одновременно увеличивалось количество пациенток-служащих. Так, в 2011г. служащих было 11,3%, а в 2015г. это число увеличилось до 17,2%. Несколько выросло количество женщин-рабочих (4,6% в 2011г., 5,7% в 2015г.).

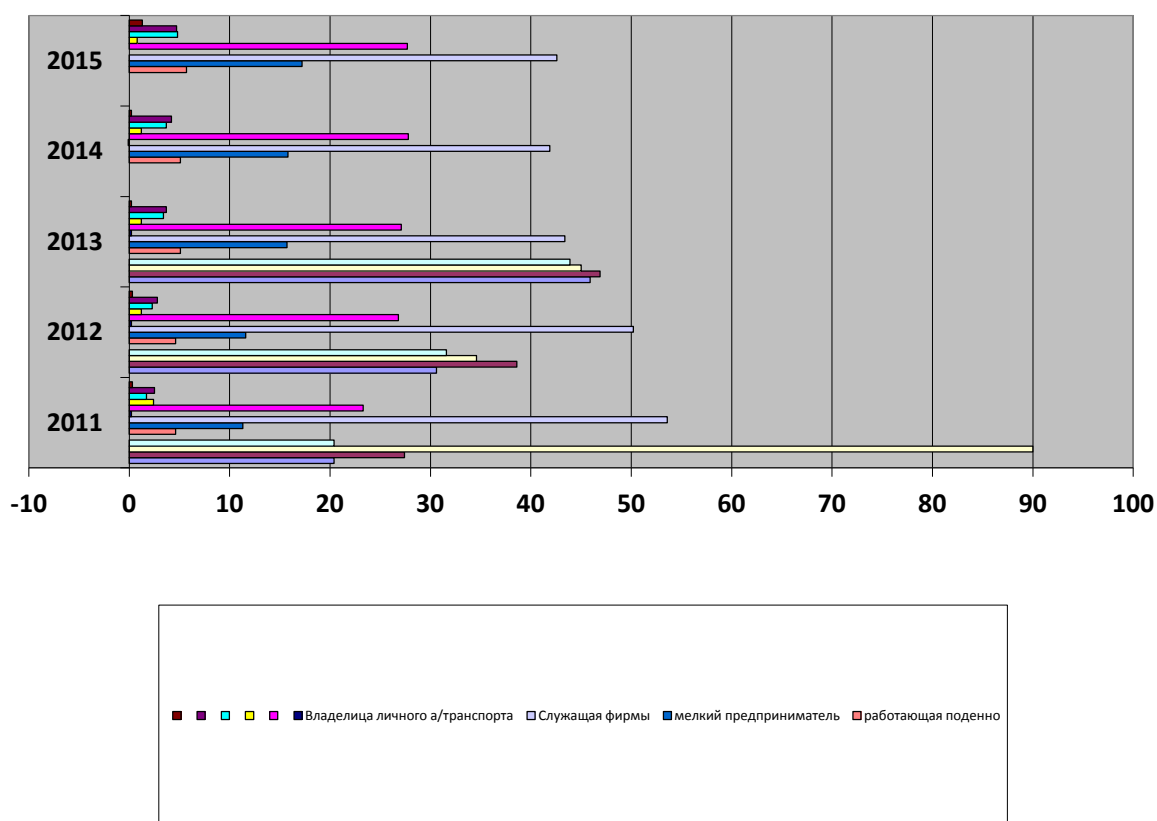


Рисунок 5. Социальное положение сельских гинекологических больных (% от общего количества ежегодно обследованных женщин)

Неработающие официально женщины, составляли несколько категорий. Самой распространенной была категория домохозяек. Процент респонденток, избравших этот социальный статус, увеличивался с каждым годом. Так, в 2011г. домохозяйки составили 23,3% от всех неработающих респонденток северных районов, а в 2015г. число домохозяек увеличилось до 27,7%. За время исследования увеличилось количество служащих различных фирм с 2,5% в 2011г. до 4,7% в 2015г. Число респонденток, занятых мелким предпринимательством также увеличилось с 1,7% (2011г.) до 4,8% (2015г.).

Официально безработных, то есть состоящих на учете на бирже труда, в 2011г. насчитывалось 0,2%. В 2015г. официально безработных в обследуемых районах не было. Уменьшилось количество женщин, работающих поденно. В основном эти женщины нанимались на временные сельхозработы, уборку, присмотр за ребенком и т.д. В 2011г. количество

респонденток, занимающихся подобным трудом, составляло 2,4%, в 2015г. – 0,8%.



Рисунок 6. Социальное положение городских пациенток с бесплодием (% от общего количества ежегодно обследованных женщин)

У городских респонденток картина социального положения выглядела несколько иначе, чем у сельских (Рис.6).Прежде всего, обращал на себя внимание тот факт, что работающих женщин было больше, чем не работающих. Так, в 2011г. работающие составили 64,0%, в 2012г. – 50,0%, в 2013г. -61,4%, в 2014г. – 62,3%, в 2015г. – 62,9%.

Среди городских работающих гинекологических больных меньше всего было рабочих (0,5%-0,3%). Основную массу работавших составляли служащие государственных учреждений, число которых в процессе исследования значительно снизилось. Так, если в 2011г. в государственных учреждениях работали 42,1% респонденток, то 2015г. это количество снизилось до 38,2%.

Что касается служащих фирм, то угородских респонденток мы обнаружили два вида данной номинации. Часть служащих различных фирм позиционировала себя как работающих женщин, имеющих полный пакет социальных программ. В то же время другая часть респонденток работала на

фирмах практически без какого-либо социального обеспечения, часто просто за «черную» зарплату. Эти женщины считали себя неработающими.

Работающих служащих фирм с каждым годом становилось все больше. Если в 2011г. их число составляло 21,2%, то в 2015г. увеличилось до 24,4%.

Число официально безработных, то есть зарегистрированных на бирже труда, среди городских гинекологических больных было невелико и в ходе исследования уменьшалось с 0,7% (2011г.) до 0,3% (2015г.).

Среди неработающих городских женщин большинство составляли домохозяйки, количество которых за период исследования снизилось с 30,8% (2011г.) до 25,3% (2015г.).

Служащие фирмы, отметившие себя, как неработающие, составляли от 2,5% до 3,6%. Число мелких предпринимателей ежегодно увеличивалось, и достигло 2,1% к 2015г., превысив данные 2011г. в 3 раза. Увеличилось также число владелиц автотранспорта, которые использовали его как средство заработка. В 2011г. это число составляло 1,3%, в 2015г. – 3,1%. Ни одна городская респондентка не указала на поденную работу.

Таким образом, анкетирование показало, что число официально работающих гинекологических больных, как в сельских, так и в городских районах области за период исследования намного больше, чем, неработающих. За период исследования среди сельских респонденток увеличилось количество рабочих и служащих и снизилось число сельскохозяйственных рабочих.

У городских респонденток снизилось количество служащих государственных учреждений, и возрос процент служащих различных фирм.

Из неработающих женщин как городских, так и большинство занималось домашним хозяйством, причем, у сельских респонденток это количество возрастало, а у городских – снижалось за время исследования.

Условия труда у городских и сельских респонденток отличались весьма значительно (Приложение). Так, занятия тяжелым физическим трудом отмечали от 3,1% до 3,6% городских респонденток, причем, этот процент

сохранялся на протяжении всего исследования. У сельских респонденток тяжелым физическим трудом на протяжении всего периода исследования занимались от 41,1% до 41,5% гинекологических больных.

«Сидячая» работа была характерна в основном для городских респонденток. За время исследования количество городских гинекологических больных, занимавшихся «сидячей» работой возросло с 50,1% (2011г.) до 53,7% (2015г.). У сельских женщин «сидячую» работу отмечали треть опрошенных. Здесь также наблюдался рост пациенток, занятых «сидячей» работой с 37,1% (2011г.) до 38,2% (2015г.).

Работа с профессиональными вредностями больше была характерна для городских респонденток. На использование профессиональных вредностей указывали более половины опрошенных. За период исследования количество городских гинекологических больных, имеющих дело с профессиональными вредностями, уменьшилось с 62,2% (2011г.) до 61,7% (2015г.).

Среди сельских респонденток, работающих с профессиональными вредностями, было гораздо меньше и с каждым годом уменьшалось. Так, если в 2011г. число сельских гинекологических больных, работавших с профессиональными вредностями, составляло 25,4%, то в 2015г. – 23,1%.

Большинство сельских респонденток указали на ненормированный рабочий день, причем это количество ежегодно увеличивалось. Необходимо заметить, что сельские женщины работу на личных огородах в свой рабочий день не включали. Ненормированный рабочий день у городских женщин отмечался реже, чем у сельских. В 2011г. ненормированный рабочий день отмечали 39,2% городских респонденток, в 2015г. – уже 41,1%.

Фиксированные выходные отмечали меньше половины городских респонденток. В процессе исследования это количество уменьшалось. Так, в 2011г. работу с фиксированными выходными отмечали 41,2% респонденток, к 2015г. это количество снизилось до 38,9%.

Среди сельских женщин работу с фиксированными выходными отметили в 2011г. 11,9% респонденток. За период исследования количество гинекологических больных, имеющих фиксированные выходные резко сократилось до 2,8% в 2015г.

Постоянное эмоциональное напряжение испытывали больше половины городских респонденток, при этом, количество испытывающих стресс с каждым годом значительно увеличивалось. Если в 2011 г. на подверженность стрессу указывали 73,2% городских респонденток, то в 2015г. – 83,5% пациенток.

Сельские жительницы оказались несколько меньше подвержены стрессу. За все время исследования количество сельских респонденток, испытывающих стресс, не превышало 42,1%.

Мы провели опрос среди городских и сельских респонденток, с целью выяснить, где чаще они испытывают постоянное эмоциональное напряжение: на работе или дома. Результаты показали следующее (Рис.7).

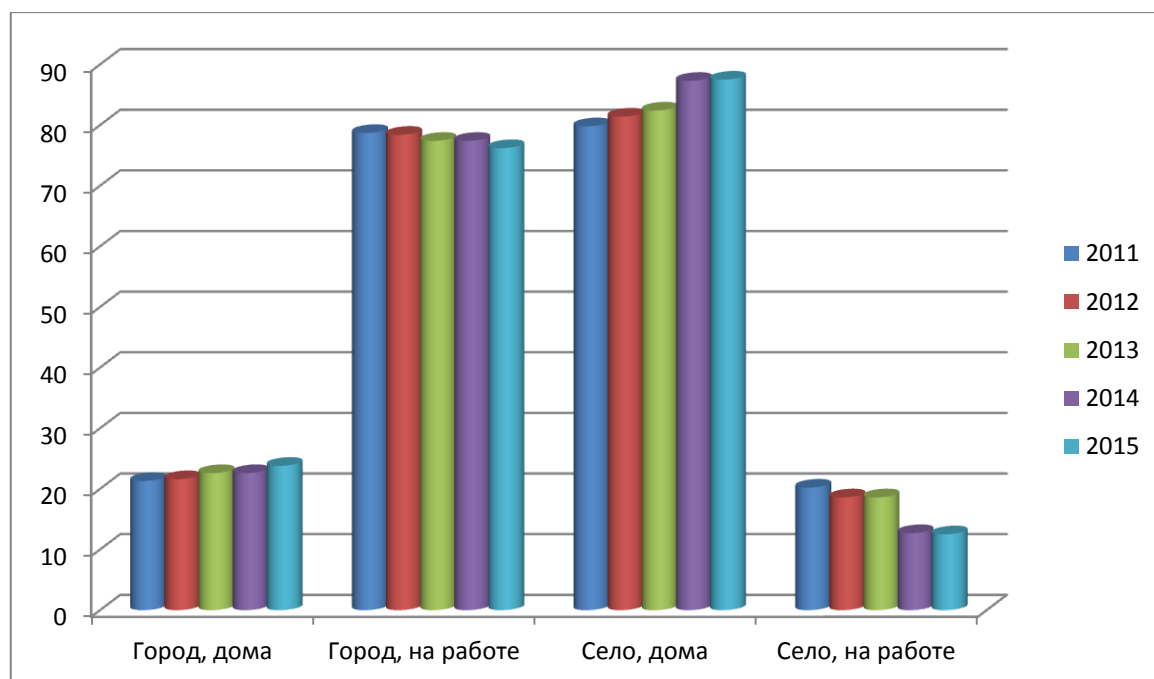


Рисунок 7. Эмоциональный стресс у городских и сельских гинекологических больных (% от общего количества ежегодно обследованных женщин)

Большинство городских женщин, как правило, основное эмоциональное напряжение испытывают на работе. В частной беседе опрашиваемые приводили различные причины такого напряжения. Большинство женщин боялось закрытия своего предприятия или фирмы или же сокращения штатов, что привело бы к потере работы. Часть респонденток испытывали стресс, находясь в конфликте с сослуживцами или начальником. Несколько респонденток указали на то, что им приходится очень сильно сдерживать свои негативные эмоции, что также вызывает стрессовую реакцию. За период исследования количество городских женщин, испытывающих эмоциональное напряжение на работе, уменьшилось с 78,7% до 76,2%.

Среди причин стресса, испытываемого городскими респондентками дома, пациентки указали следующие. Конфликтные отношения с мужем, проблемы с жильем (проживание с родителями или на съемной квартире), конфликты с родителями мужа или собственными, бытовые проблемы, а также постоянные попреки в неспособности родить ребенка.

Опрос сельских респонденток дал прямо противоположный результат. Большинство пациенток испытывало серьезное эмоциональное напряжение именно дома. Основной причиной практически все респондентки называли свое бесплодие. Невозможность родить ребенка у многих опрашиваемых сельских женщин вызывала ярость мужей, проявлявшуюся в ссорах и побоях. Многие женщины называли причиной стресса страх быть брошенной и в дальнейшем остаться без семьи. Среди причин стресса на работе сельские респондентки называли частое отсутствие фронта работ, конфликты с начальством, недовольство мужа тем, что жена работает.

Таким образом, условия труда городских и сельских женщин значительно различались. Сельские респондентки намного чаще занимались физическим трудом, тогда как для городских пациенток в основном характерной была «сидячая работа». Кроме того, для городских женщин была характерной работа с профессиональными вредностями.

Ненормированный рабочий день чаще отмечался у сельских женщин. Для городских респонденток чаще был характерен фиксированный выходной.

Городские респондентки намного больше сельских были подвержены эмоциональному напряжению, причем основные стрессовые ситуации создавались на работе. У сельских пациенток постоянный стресс отмечался реже и создавался в основном дома.

Динамика вредных привычек у пациенток с бесплодием изложена в Приложении 2. Умеренное употребление алкоголя отмечало в два раза больше сельских респонденток, чем городских. В 2011г. на умеренное употребление алкоголя указывали 15,2% городских респонденток и 32,1% сельских. За период исследования эти показатели практически оставались на одном уровне.

Злоупотребление алкоголем отмечали в 2011г. 8,1% городских респонденток и 10,2% сельских. Следует заметить, что за период исследования количество городских гинекологических больных, увеличилось до 10,2%, а сельских осталось приблизительно на том же уровне.

Большинство городских респонденток отмечали умеренное курение (т.е. периодически разрешали себе сигарету-другую). Ежегодно число таких курильщиц увеличивалось. Если в 2011г. число городских респонденток составляло 60,2%, то в 2015г. – 67,3%.

Среди сельского населения женщин, указывавших на умеренное курение, было намного меньше. Их число варьировало от 47,2 до 49,1 а разные годы и не имело тенденции к увеличению. Городских респонденток, злоупотреблявших курением (т.е. куривших постоянно), было в два раза больше, чем сельских. Так, количество городских респонденток, злоупотреблявших курением в 2011г. составляло 43,1%, тогда как сельских – 23,4%. На этом уровне число злоупотреблявших курением сохранялось как среди сельских, так и городских респонденток в течение всего периода исследования.

На употребление наркотических средств не указала ни одна респондентка.

Отношение к собственному здоровью гинекологических больных мы старались отразить с помощью вопросов раздела 4 «Анкеты гинекологической больной». Одним из первых вопросов был вопрос о частоте обращения к гинекологу (Рис.8).

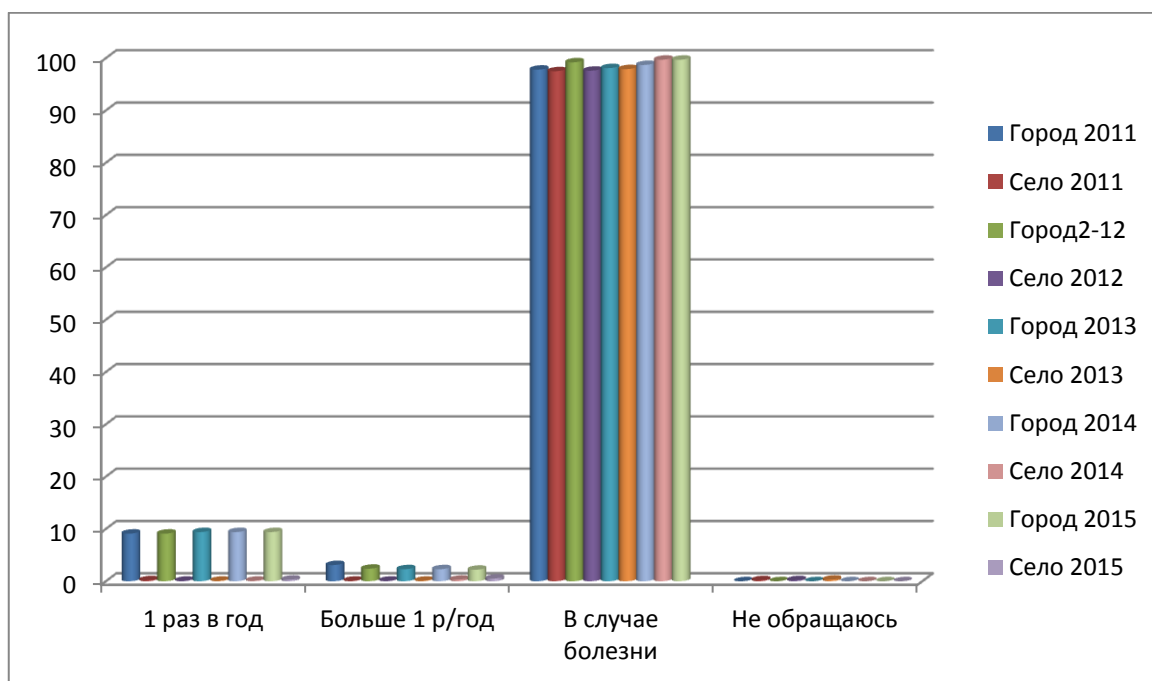


Рисунок 8. Частота обращения к врачу-гинекологу (% от общего числа городских и сельских больных)

Абсолютное большинство как сельских, так и городских респондентов (от 98,8% до 100%), обращались к гинекологу в случае заболевания, и эти данные оставались стабильными все годы исследования.

Вывод

1. Проведенное исследование позволило установить, что принципиального различия в гинекологическом статусе пациенток с бесплодием и дисменореей в городе и в селе нет, но есть социальные отличия, которые препятствуют или способствуют реализации лечебно-реабилитационных программ для этого контингента женщин.

2. Исследование показало, что если в гинекологическом статусе городских и сельских пациенток отличия не фиксируются, то социальный

статус содержит несколько серьезных отличий: начало половой жизни, характер труда, источники стресса, отношение к курению, доверие/недоверие врачам, отношение к медобследованиям, потребность в листках нетрудоспособности, разная доступность санаторно-курортного лечения, предпочтения в питании, наличие физических нагрузок и их характер. Эти отличия детерминированы не гинекологическим статусом, а условиями жизни, т.е. имеют сугубо социальный характер.

Данный вывод показывает необходимость сравнения социальных диспозиций городских и сельских жительниц по отношению к гинекологическому здоровью, результаты которого представлены в следующем разделе работы.

3.4. Социальные диспозиции городских и сельских жительниц по отношению к гинекологическому здоровью

Респонденток, которые никогда не обращаются к гинекологу, среди городских пациенток не было за все время исследования. Среди сельских респонденток в начале исследования тех, кто не обращался к гинекологу было 0,2% (2011 и 2012г.г.) и 0,3% (2013г.). В дальнейшем респонденток, не обращавшихся к гинекологу не было. Ежегодно гинеколога посещали от 9,1% (2011г.) до 9,3% (2015г.) городских респонденток. Для сельских респонденток ежегодное посещение гинеколога было крайне редким явлением. Так, в 2011г. ежегодно бывали у гинеколога 0,2% опрашиваемых, а в 2012, 2013 и 2014г.г. это количество сократилось до 0,1%. В 2015г. ежегодное посещение гинеколога отметили 0,3% сельских респонденток. Посещение гинеколога больше одного раза в год даже у городских респонденток было низким и продолжало снижаться ежегодно. Если в 2011г. больше раза в год гинеколога посещали 3,1% респонденток, то в 2015гг. – 2,2% городских пациенток. Среди сельских респонденток больше раза в год гинеколога посещали от 0,1% до 0,5% респонденток.

Среди причин, по которым женщины редко посещают гинеколога, самой распространенной являлась нехватка времени. При этом у городских респонденток этот ответ встречался реже, чем у сельских. В 2011г. на нехватку времени для визита к гинекологу сослались 87,3% городских и 92,2% сельских респонденток. К концу исследования (2015г.) количество городских респонденток увеличилось до 89,1%, сельских – до 92,6%.(Таб.9).

На втором месте как городские, так и сельские респондентки указали причиной редких визитов к гинекологу отсутствие реальной помощи в решении их проблем. При этом, количество городских респонденток, не видевших помощи, в течение периода исследования снизилось с 62,3% до 60,3%. В то же время количество сельских респонденток, не получивших ожидаемой гинекологической помощи, значительно увеличилось за время исследования: с 80,7% (2011г.) до 86,8% (2015г.), что говорит об ухудшении гинекологической службы на селе.

Достаточно большое количество респонденток испытывают страх перед визитом к гинекологу, так как «боятся узнать что-либо плохое» 45,8%. Среди городских респонденток таких пациенток на протяжении всего периода исследования было от 45,4% до 45,8%. Практически постоянным было и число сельских респонденток, ответивших таким же образом. Тем не менее, сельских респонденток, «боявшихся узнать что-то плохое», было меньше, чем городских (от 32,1% до 32,7%).

Ответ «Не доверяю местным врачам» был характерен в основном для сельских респонденток, причем, с каждым годом число женщин, не доверяющих сельским гинекологам увеличивалось. Так, в 2011г. на недоверие местным врачам указали 57,8% сельских респонденток, а в 2015г. это число увеличилось до 63,4%, что говорит о проблемах с врачами в сельской местности.

На недоверие к местным врачам указали от 1,7% до 1,9% городских респонденток. Данный факт объясняется тем, что в городе возможность выбора врача намного больше, чем в селе.

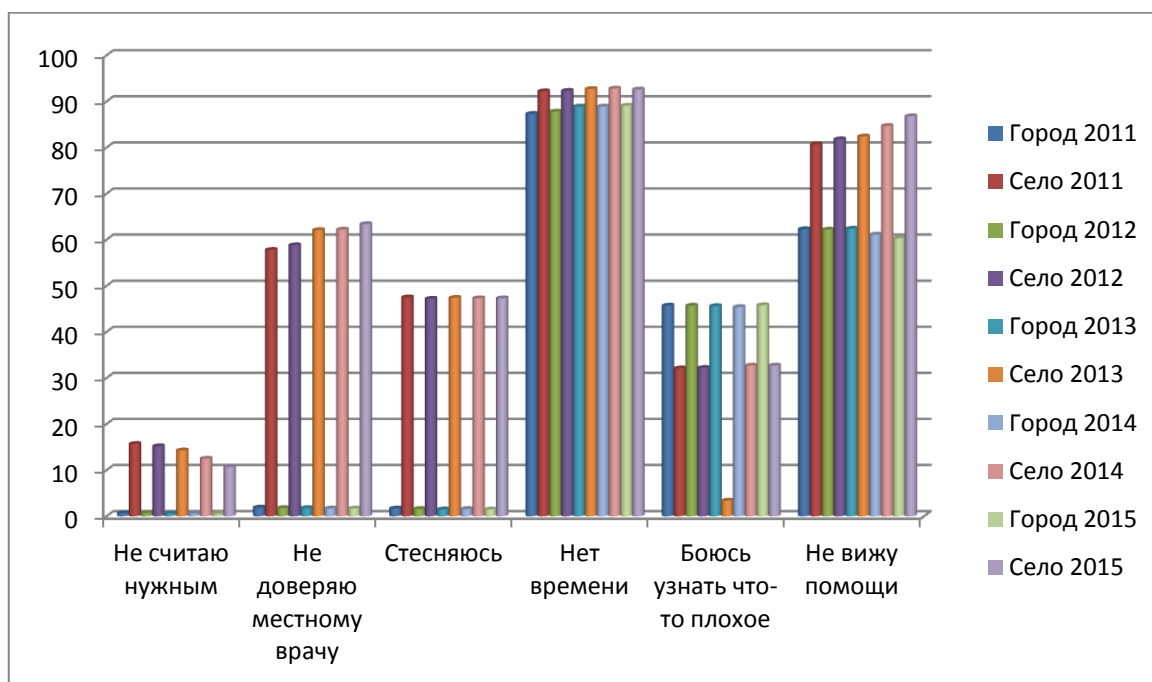


Рисунок 9. Причины редкого обращения к врачу-гинекологу (% от общего числа городских и сельских больных)

Среди сельских респонденток довольно распространенной причиной отказа от визита к гинекологу оказалось стеснение. В течение всего периода исследования число сельских респонденток, стесняющихся гинеколога оставалось стабильным и составляло от 47,2% до 47,5%. Среди городских респонденток процент «стесняющихся» был намного меньше и составлял от 1,5% до 1,7% на протяжении всего периода исследования.

Среди городских респонденток число не считающих нужным вообще посещать гинеколога, был ничтожно мал на протяжении всего периода исследования и составлял от 0,5% до 0,7%. Среди сельских респонденток в 2011г. не считали нужным посещать гинеколога 16,7% пациенток. Однако, в процессе исследования, это количество снизилось до 10,7%, что говорит о хорошей санитарно-просветительной работе.

Таким образом, абсолютное большинство как сельских, так и городских респонденток (от 98,8% до 100%), обращались к гинекологу в случае заболевания, и эти данные оставались стабильными все годы исследования. Городские респондентки посещали гинеколога ежегодно крайне редко, а сельские – практически не посещали. Причинами такого

положения как у городских, так и у сельских респонденток, являлась нехватка времени, отсутствие реальной помощи в решении гинекологических проблем, причем, у сельских респонденток еще и недоверие к местным врачам, что говорит о проблемах с гинекологической службой на селе.

Следующим вопросом анкеты, касающимся отношения к собственному здоровью, являлся следующий: «Проходите ли Вы полное обследование в случае его назначения?». Результаты ответов на этот вопрос отражены на рисунке 10.

Ответ «да» был характерен для большого числа городских респонденток. В 2011г. утвердительно на данный вопрос ответили 69,8% горожанок. В процессе исследования число горожанок, проходящих полностью назначенное им обследование, существенно увеличивалось, и в 2015г. составляло 75,9%.

Среди сельских респонденток только 12,2% (2011г.) указали на то, что проходят полностью назначенное им обследование. Однако, в период исследования происходило постепенное увеличение этого количества, и в 2015г. достигло 17,1%.

Большим препятствием к прохождению необходимого обследования многие респондентки сочли нехватку денежных средств. Горожанок, не имеющих средств на полное обследование, было гораздо больше, чем жительниц села. При этом, в течение периода исследования отмечалось снижение числа как городских, так и сельских респонденток, не имеющих достаточных средств на обследования. Так, в 2011г. число городских респонденток составляло 56,7%, сельских - 56,9%. В 2015г. городские респондентки составили 54,7%, сельские – 46,0%.

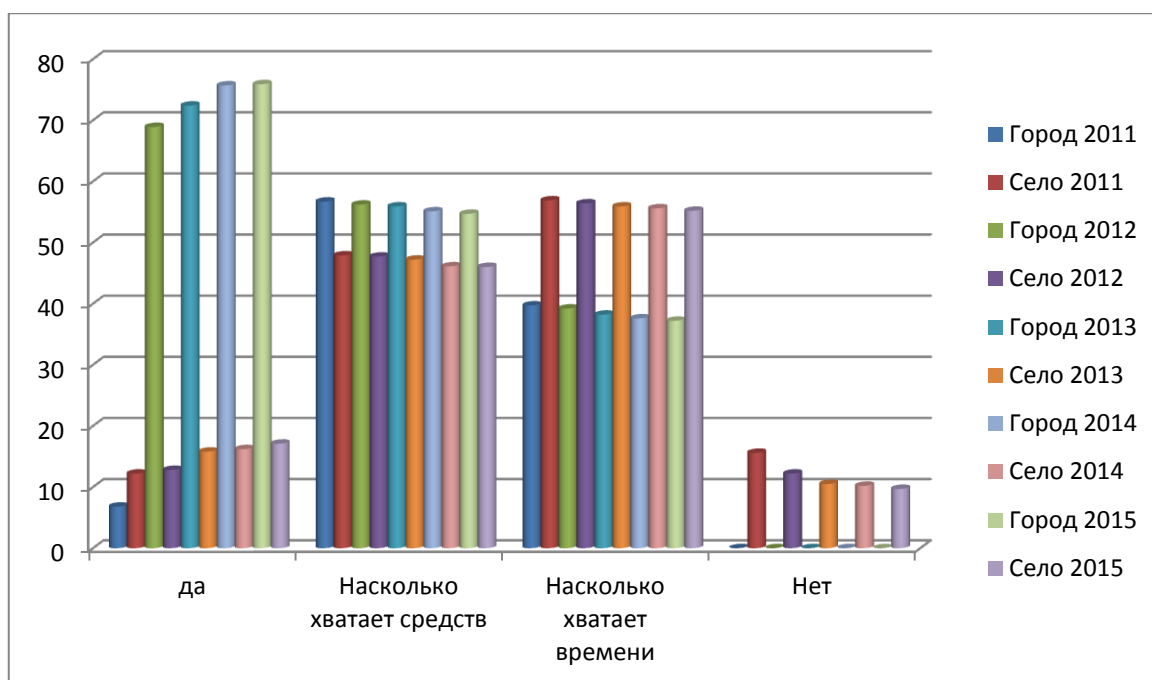


Рисунок 10. Прохождение полного обследования в случае его назначения (% от общего числа городских и сельских больных)

Нехватку времени на обследование отмечали, в основном, сельские респондентки, причем, за годы исследования их число несколько уменьшилось. В начале исследования (2011г.) сельские респондентки, отмечавшие нехватку времени на обследования, составляли 56,9%. В конце исследования (2015г.) -55,2%.

Число городских респонденток, отмечавших нехватку времени для обследования, уменьшилось за время исследования весьма незначительно: с 39,7% до 37,2%.

Среди городских респонденток за все время исследования не было ни одной женщины, которая вообще не проходила бы никаких обследований, если они были ей назначены. Однако, среди сельских респонденток в 2011г. 15,6% не проходили назначенных им исследований. Необходимо отметить, что в процессе исследования это количество снизилось до 9,7%.

Следующий вопрос анкеты касался оформления больничного листа. Выяснилось, что в начале исследования (2011г.) оформляли больничный лист всегда, когда болели, 68,8% городских и всего 12,2% сельских респонденток. В процессе исследования эти числа несколько сократились. В 2015г. во время

болезни больничный оформляли 67,2% горожанок и 10,3% сельских жительниц.

Больше половины городских респонденток брали больничный лист только в том случае, если очень плохо себя чувствовали. На протяжении всего периода исследования число этих городских респонденток составляло от 56,6 до 56,9%. Сельские респондентки, оформляющие больничный только в случае очень плохого самочувствия, составляли от 47,5 до 47,8% ежегодно.

Городских респонденток, не бравших больничного, не лечившихся и ходивших на работу, с каждым годом становилось все больше. Если в 2011г. их число составляло 39,7%, то в 2015г. –увеличилось до 42,2%. Сельских респонденток, не оформлявших больничных, не лечившихся и продолжавших ходить на работу, было намного больше, чем городских, и число их увеличивалось ежегодно в процессе исследования. Так, в 2011г. сельские респондентки составляли 56,9%, а в 2015г. – 61,2%.

Самая многочисленная категория городских респонденток предпочитала лечиться самостоятельно (иногда по совету со знакомым врачом), не оформлять больничный и работать. В 2011г. это число составило 80,3%, в 2015г. – 80,4%, то есть практически не изменилось за время исследования.

Количество сельских респонденток, не оформлявших больничного листа, самостоятельно лечившихся и работавших, на протяжении всего исследования составляло от 45,3 до 45,7%.

Важным вопросом анкеты являлся вопрос об ограничении физических нагрузок во время менструаций. Положительно на данный вопрос ответило 68,8% городских респонденток и 12,2% сельских (2011г.). На протяжении всего периода обследования эти данные практически не менялись.

Больше половины городских женщин(56,5%-56,7%) и почти половина сельских респонденток (47,5%-47,9%) на протяжении всего периода исследования не ограничивали физические нагрузки во время менструаций, так как не имели для этого возможностей. В частных беседах женщины

сообщали, что их работа связана с физическими нагрузками, и сократить их – значит прекратить работу, чего они себе позволить не могли.

В 2011г. респондентки-горожанки, не считавшие нужным ограничивать физическую нагрузку во время менструаций, составляли 39,7%. В процессе исследования это количество снизилось до 37,1% (2015г.). Сельские респондентки, не считавшие нужным ограничение физических нагрузок во время менструаций составляли от 56,7% до 56,9% ежегодно на протяжении всего периода исследования. В частных беседах с городскими респондентками выяснилось, что, если женщина хоть раз была на приеме у гинеколога, ей было объяснено, что во время менструаций физическую нагрузку надо ограничивать. Частные беседы с сельскими респондентками, подобных результатов не дали.

Среди городских респонденток количество не знавших о необходимости ограничения физических нагрузок во время менструаций, в 2011г. составляло 0,3% и постоянно снижалось. В 2015г. Ни одна городская респондентка не указала на незнание этого вопроса. Количество сельских респонденток, не знавших о необходимости ограничения физических нагрузок во время менструаций составляло в 2011г. 15,6%. За время исследования это число постоянно снижалось и в 2015г. составило 10,1%.

Таким образом, городские респондентки в большинстве проходили медицинское обследование, если таковое было назначено, в отличие от сельских, среди которых такое обследование были склонны проходить около 12% респонденток. Основной причиной неполного обследования у городских респонденток являлась нехватка средств, а у сельских – нехватка времени. Больше половины городских респонденток оформляли больничный лист всегда, когда болеют. Сельские респондентки – только в случае очень плохого самочувствия. Многие сельские респондентки при плохом самочувствии продолжали работать, не применяя лечения. Городские респондентки при плохом самочувствии предпочитали не оформлять больничный лист, посещать работу, но лечиться.

Вопрос о санаторно-курортном лечении вызвал неоднозначную реакцию у городских и сельских респондентов. Ежегодно санаторно-курортное лечение получали больше половины городских респондентов. В 2011г. санаторно-курортное лечение получили 68,8%, ежегодно это количество увеличивалось и в 2015г. достигло 69,7%. Число сельских респондентов, получавших ежегодное санаторно-курортное лечение в 2011г. составило 12,2%. Однако в течение периода исследования количество сельчанок, ежегодно посещавших курорты, стремительно росло и в 2015г. составило 26,9%.

Больше половины городских респондентов указали на то, что для санаторно-курортного лечения им не хватает средств. В процессе исследования число тех, кому не хватало средств на санаторно-курортное лечение уменьшилось с 56,7% (2011г.) до 53,8% (2015г.). Среди сельских респондентов те, у кого не хватало средств на санаторно-курортное лечение ежегодно составляли от 46,6% до 46,8%.

Как среди городских, так и среди сельских респондентов постоянным было число тех, кто считал, что на санаторно-курортное лечение у них не хватает времени. В личных беседах с этими респондентками убедить их в необходимости такого лечения не удалось. Сельские респондентки составляли от 55,7% до 56,9%, а количество городских варьировало от 39,5% до 39,7%.

Все городские респондентки считали нужным санаторно-курортное лечение. Среди сельских пациенток от 15,3% до 15,4% не считали необходимым санаторно-курортное лечение.

Среди городских респондентов не нашлось ни одной, неосведомленной о возможности санаторно-курортного лечения. Среди сельских респондентов о такой возможности не знали от 0,6% до 0,7%.

Был изучен режим питания респондентов. Городские респондентки в большинстве своем пробовали различные диеты. С каждым годом горожанок, увлекающихся диетами становилось все больше. Если в 2011г.

диетами увлекались 68,8% городских респонденток, то в 2015г. -76,4%. Среди сельских респонденток соблюдающих различные диеты было намного меньше. Однако, в течение периода исследования это количество увеличилось с 12,2% (2011г.) до 18,2% (2015г.).

Больше половины городских респонденток отмечали преобладание мясной и жирной пищи в рационе. За время исследования это число увеличилось с 56,7% (2011г.) до 57,% (2015г.). Среди сельских респонденток преобладание мясной и жирной пищи отмечали в 2011г. 47,9% опрошиваемых. Постепенно это количество увеличивалось и в 2015г. составило 50,0%.

Преобладание в меню углеводов отмечали в основном сельские респондентки. Их число на протяжении всего периода исследования не превышало 56,9%. Среди городских респонденток, наоборот, сравнительно небольшое количество указавших на преобладание углеводной пищи в 2011г. (39,7%) ежегодно возрастало и в 2015г. составило 40,7%.

Очень немногие городские респондентки употребляли смешанную пищу. В 2011г. их процент составил всего 0,3%. Постепенно в процессе исследования это число незначительно увеличивалось и в 2015г. составляло 0,6%. Сельских респонденток, употреблявших смешанную пищу, было гораздо больше, чем городских, причем это количество (15,8%) не менялось на протяжении 5 лет исследования.

Режим питания соблюдали очень немногие респондентки. Трехразовое питание указали 12,5% городских и 0,6% сельских респонденток, эти цифры практически не менялись в течение всего периода исследования. Более 3 раз в день (считая чай) питались от 0% до 0,2% городских и от 0,1% до 0,2% сельских респонденток на протяжении всех 5 лет исследования.

Без завтрака обходились более 90% городских респонденток ежегодно, и от 57,9% (2011г) сельских респонденток. В процессе исследования число сельских респонденток, обходившихся без завтрака, постепенно снижалось и в 2015г. достигло 56,0%.

Двухразовое питание (утром и вечером) было характерно для половины городских респонденток и 26% сельских пациенток на протяжении всего периода исследования.

Самым популярным режимом питания оказалась вечерняя обильная еда. При этом количество городских респондентов все время увеличивалось. Так, в 2011г. питались только вечером и обильно 82,8% горожанок, в 2015г. – 83,4% городских респонденток. Похожая ситуация складывалась и в отношении сельских респонденток. В 2011г. питались только вечером 84,2% респонденток, что сохранялось на протяжении всего периода исследования.

Отношение к физической нагрузке было различным у городских и сельских респонденток. Так, большинство городских респонденток считали, что занимаются физической нагрузкой: 12,8% периодически посещали бассейн в 2011г. В 2015г. эта цифра уменьшилась до 10,2%. Больше 50% горожанок периодически посещали тренажерный зал или занятия фитнесом. Таких женщин в городе за период исследования становилось все больше. Если в 2011г. их число составляло 53,2%, то в 2015г. 58,7%. Около 20% горожанок считали как физическую нагрузку работу на даче, причем это число за годы исследования увеличилось до 25,6%. Женщин-горожанок, не занимавшихся никакой физической нагрузкой в 2011г. было 12,5%, а в 2015г. -10,8%. В личных беседах с городскими респондентками выяснилось, что у подавляющего большинства из них занятия фитнесом и посещения бассейна носят нерегулярный и неинтенсивный характер.

Сельские респондентки в качестве физической нагрузки на протяжении всего периода исследования указывали работу по дому и на огородном участке.

Таким образом, большинство городских респонденток ежегодно получали санаторно-курортное лечение, и их число увеличивалось за годы исследования. Среди сельских респонденток ежегодно отдыхали на курортах только около 12%. Основной причиной отказа от санаторно-курортного

лечения горожанки называли нехватку средств, а сельчанки – нехватку времени.

Абсолютное большинство респонденток, как городских, так и сельских, не соблюдали режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно. В рационе городских респонденток преобладали мясные и жирные продукты, в рационе сельских респонденток – углеводы.

Физическая нагрузка у городских респонденток была нерегулярной, сельские респондентки считали работу по дому и работу в огороде достаточной физической нагрузкой.

Вывод

Результаты исследования позволили провести компарацию характеристик медико-социальной группы женщин, страдающих бесплодием и дисменореей на урбанизированных и кастелумизированных территориях (табл 2.Цветом выделены отличия).

Таблица 2.

Внутригрупповые отличия женщин, страдающих бесплодием и/или нарушениями менструального цикла, как медико-социальной группы

Город	Село
Горожанка фертильного возраста, начала половую жизнь ранее 16 лет.	Жительница села, начавшая половую жизнь позже 16 лет.
Большей частью имеет мужа или же постоянного полового партнера.	Замужем или имеет постоянного полового партнера.
Как правило, имеет высшее образование, работа в основном сидячая, рабочий день нормирован. Чаще всего выходные дни нефиксированы.	Это работающая женщина, имеющая среднее специальное образование. В основном занимается физическим трудом, реже – сидячей работой. Рабочий день ненормирован, фиксированных выходных нет.
Часто испытывает стресс, в	Часто испытывает стресс, в

большинстве случаев на работе. Алкоголь употребляет умеренно, курит умеренно.	основном, в семье. Алкоголь употребляет умеренно, не курит.
Обращается к гинекологу только в случае заболевания. Профилактически гинеколога не посещает, объясняя данный факт нехваткой времени, отсутствием реальной помощи в решении гинекологических проблем.	Обращается к гинекологу только в случае заболевания. Профилактически гинеколога не посещает, объясняя данный факт нехваткой времени, отсутствием реальной помощи в решении гинекологических проблем и недоверием к местным врачам.
Если назначено медицинское обследование, то проходит его «в общих чертах». Основной причиной неполного обследования называет нехватку средств.	Не проходит медицинское обследование даже в случае его назначения, что объясняет нехваткой времени.
Всегда в случае болезни оформляет больничный лист. Ежегодно получает санаторно-курортное лечение.	Больничный лист оформляет только в случае очень плохого самочувствия. Периодически даже при плохом самочувствии продолжает работать, не применяя лечения. Не получает санаторно-курортного лечения. Основной причиной отказа от санаторно-курортного лечения называет нехватку времени.
Не соблюдает режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно. В рационе преобладают мясные и жирные продукты.	Не соблюдает режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно, предпочитает углеводы.

Физической нагрузкой занимается нерегулярно.	Считает работу по дому и работу в огороде достаточной физической нагрузкой.
--	---

2. Проведенный компаративный анализ подтвердил, что пациентки с бесплодием и/или нарушением менструального цикла представляют собой одну медико-социальную группу по целевому признаку – борьбы с одними и теми же заболеваниями. В то же время, социальные стереотипы жизни в ситуации одного и того же заболевания у городских и сельских жительниц различны.

Исходя из этого, можно предложить рекомендации по дифференциации медицинской помощи представительницам данной медико-социальной группы. Они представлены в Заключение данной диссертации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило гипотезу, сформулированную во Введении. В ее доказательстве мы исходили из того, что низкая рождаемость в России превратилась из социальной и медицинской проблемы в государственную. От ее успешного решения зависит сохранение и процветание нации¹¹³.

Состояние здоровья населения России характеризуется неблагоприятными тенденциями медико-демографических процессов, происходящих в современных условиях: низкой рождаемостью, высокой смертностью, неудовлетворительными показателями здоровья¹¹⁴.

Концептуальные подходы к воспроизводству здоровых поколений тесно связаны с экспертизой социальной политики по укреплению репродуктивного здоровья женщин¹¹⁵.

Изучение здоровья женщин относится к числу наиболее значимых направлений деятельности современного здравоохранения. Здоровье женщины выступает одним из важнейших факторов ее биологического существования, являясь естественной и непреходящей жизненной ценностью, значение которого возрастает по мере развития общества¹¹⁶.

¹¹³Кулаков, В. И. Роль охраны репродуктивного здоровья населения России в решении демографических проблем / В.И. Кулаков // Врач. - 2006. - №9. - С. 3-4. Уварова, В.Е. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России / В.Е.Уварова // Вопросы современ. педиатрии. - 2006. - № 5. - Т. 5. - С. 5 - 7. Ушакова, Г. А. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высокоурбанизированного региона / Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - №3. - С. 14-17. Шабунова, А.А. Социально-гигиеническая грамотность как фактор репродуктивного поведения женщин / А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина // Социологические исследования. - 2007. - № 9. - С. 114-117.

¹¹⁴Гасанов, М. Социальная сфера как приоритет развития / М. Гасанов // Экономист. 2006. - №6. - С.78-82.

¹¹⁵Государственная политика вывода России из демографического кризиса / Под общей ред. С.С. Сулакшина. - М.: Экономика, Научный эксперт, 2007. - 896 с.

¹¹⁶Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 2004 г. // Здравоохранение РФ. - 2006. - №3. - С. 3-23.

Современная наука и практическое здравоохранение всесторонне изучают медицинские проблемы низкого уровня соматического и репродуктивного здоровья женщин. Воздействие на здоровье женщин не ограничивается наличием только медицинских причин¹¹⁷. Действует целый комплекс социально-экономических, общественно-политических, экологических и других факторов, среди которых: материальное обеспечение, уровень культуры, национальные привычки, жилищные условия, питание, внутрисемейные отношения, обеспечение медицинской помощью и другие факторы, влияющих тем или иным образом на качество жизни женщин¹¹⁸.

В настоящее время значительно обострились и специфические социальные проблемы женщин. К ним относятся повышенная тревожность, беспокойство, страх, ощущение неопределенности, связанные с предстоящей беременностью, родами, благополучием семьи, здоровьем ребенка и т.д.

Существующие методы оценки состояния здоровья женщин фертильного возраста не позволяют получить полного представления о проблемах женского здоровья. Кроме чисто медицинских проблем, перед женщинами репродуктивного возраста встает целый ряд психологических, социальных, эмоциональных проблем, влияющих на выбор репродуктивного поведения. Кроме того, имеются существенные отличия как в здравоохранении, так и в личностном отношении к заболеваниям женщин в

¹¹⁷Дудниченко, Т.А. Состояние, развитие, заболеваемость новорожденных и детей первых лет жизни у несовершеннолетних матерей / Т.А. Дудниченко // Вестник С.-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. - 2006. - №4. - С. 18-22. Елагина, С.И. Клиническая оценка репродуктивной системы новорожденных девочек и прогнозирование нарушения её становления / С.И. Елагина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2009. - № 1. - С. 43 - 48.

¹¹⁸Перспективы формирования национального законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан РФ / Г.Т. Сухих, А.Н. Юсупова, Ю.В. Павлова, Л.В. Ерофеева // Акушерство и гинекология. 2010. - №5. - С. 3-5. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья женщин-работниц и алгоритм действий специалиста по охране труда / О.В. Сивочалова, М.А. Фесенко, Г.В. Голованева, Е.Н. Макарова-Землянская // Безопасность жизнедеятельности. - 2006. - №2. - С. 41 – 44.

городе и селе. Это отражается на показателях рождаемости и других медико-демографических параметрах.

Мы провели сравнительный анализ медико-социального статуса больных бесплодием и нарушением менструальной функции в условиях города и села на примере Астраханской области.

Анализ динамики заболеваемости бесплодием и расстройством менструаций у женщин фертильного возраста в сельских районах Астраханской области показал, что во всех сельских районах, а также в г. Астрахани, в 2013г. отмечалось снижение количества женщин фертильного возраста по сравнению с 2009г. При этом, в таких районах, как Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Приволжский, Харабалинский, Черноярский и Знаменский снижение количества женщин фертильного возраста происходило ежегодно. В остальных районах в разные годы отмечалось как снижение, так и повышение данного показателя. Например, в Володарском районе существенное снижение количества женщин фертильного возраста отмечалось только в 2013г. В Лиманском районе и г. Астрахани в 2011г. отмечалось повышение количества женщин фертильного возраста.

Количество женщин с диагнозом бесплодия за время исследования резко повысилось в таких районах, как Ахтубинский, Енотаевский, Икрянинский, Красноярский, Лиманский, Наримановский, Приволжский и Харабалинский. В Камызякском, Черноярском районах и г. Знаменске происходило снижение числа женщин с бесплодием. В Володарском районе данный показатель не менялся за все время исследования. В г. Астрахани в 2011г. отмечалось резкое снижение количества женщин с бесплодием, однако, в последующие годы это число вернулось к значению 2009г.

Общей тенденцией по такому показателю, как количество женщин с диагнозом нарушения менструаций, было снижение этого количества к концу исследования. Данный показатель снижался к 2013г. в таких районах, как Володарский, Енотаевский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский,

Лиманский, Наримановский и Чернойарский. В остальных обследуемых районах и г. Астрахани число женщин с диагнозом расстройства менструаций за время исследования увеличилось.

Количество женщин с впервые поставленным диагнозом бесплодия в Ахтубинском, Володарском, Красноярском, Лиманском, Харабалинском, Чернойарском, Знаменском районах снизилось за период исследования (Приложение. Рис.4). В то же время в таких районах, как Икрянинский, Кмызякский и г. Астрахани это число повысилось с 2009 по 2013гг. В Енотаевском, Наримановском и Приволжском районах данный показатель практически не менялся за весь период исследования.

Изучение динамики количества женщин с впервые поставленным диагнозом расстройства менструаций показало, что в Икрянинском и Красноярском районах данный показатель практически не менялся на протяжении всего периода исследования. В Наримановском и Приволжском районах число женщин с впервые выявленным расстройством менструаций увеличилось с 2009 по 2013гг. В остальных районах отмечалось снижение данного показателя.

Учитывая все вышеизложенное, мы сочли необходимым провести социологический опрос женщин с диагнозами бесплодия и расстройства менструаций в вышеуказанных районах Астраханской области.

Анализ разработанной нами «Анкеты гинекологической больной», показал, что количество сельских гинекологических больных, начавших половую жизнь до 16 лет, было значительно ниже, чем у городских женщин.

В начале исследования больше половины обследуемых гинекологических больных, как городских, так в сельских районах, были замужем. При этом, среди гинекологических больных процент замужних женщин за весь период исследования оставался примерно на одном уровне (от 51,2% до 57,1%). В 2009г. замужние женщины составляли 51,3%, а в 2013г. - всего 45,1%, что на 6,2% меньше.

Среди сельских респонденток ежегодно увеличивалось число гинекологических больных, имеющих постоянного полового партнера (в 2009г – 20,8%; в 2013г. -39,6%). Такая же картина наблюдалась и среди городских женщин (в 2009г.-22,2%, в 2013г. – 33,7%).

Среди городских жительниц количество респонденток, ведущих беспорядочную половую жизнь, варьировало от 26,5% (2009г.) до 19,9% (2012г.). Среди сельских гинекологических больных, ведущих беспорядочную половую жизнь, резко снизилось от 22,1% (2009г.) до 4,2% (2013г.).

Определялась ярко выраженное различие в образовании среди сельских и городских респонденток. Среди сельских респонденток основную часть составляли женщины со средним специальным образованием, среди городских – с высшим образованием.

Анкетирование показало, что число официально работающих гинекологических больных, как в сельских, так и в городских районах области за период исследования намного больше, чем, неработающих. За период исследования среди сельских респонденток увеличилось количество рабочих и служащих и снизилось число сельскохозяйственных рабочих.

У городских респонденток снизилось количество служащих государственных учреждений, и возрос процент служащих различных фирм.

Из неработающих женщин как городских, так и большинство занималось домашним хозяйством, причем, у сельских респонденток это количество возрастало, а у городских – снижалось за время исследования.

Условия труда у городских и сельских респонденток отличались весьма значительно (Приложение). Так, занятия тяжелым физическим трудом отмечали от 3,1% до 3,6% городских респонденток, причем, этот процент сохранялся на протяжении всего исследования. У сельских респонденток тяжелым физическим трудом на протяжении всего периода исследования занимались от 41,1% до 41,5% гинекологических больных.

«Сидячая» работа была характерна в основном для городских респонденток. За время исследования количество городских гинекологических больных, занимавшихся «сидячей» работой возросло с 50,1% (2009г.) до 53,7% (2013г.). У сельских женщин «сидячую» работу отмечали треть опрошенных. Здесь также наблюдался рост пациенток, занятых «сидячей» работой с 37,1% (2009г.) до 38,2% (2013г.).

Работа с профессиональными вредностями больше была характерна для городских респонденток. На использование профессиональных вредностей указывали более половины опрошенных. За период исследования количество городских гинекологических больных, имеющих дело с профессиональными вредностями, уменьшилось с 62,2% (2009г.) до 61,7% (2013г.).

Среди сельских респонденток, работающих с профессиональными вредностями, было гораздо меньше и с каждым годом уменьшалось. Так, если в 2009г. число сельских гинекологических больных, работавших с профессиональными вредностями, составляло 25,4%, то в 2013г. – 23,1%.

Большинство сельских респонденток указали на ненормированный рабочий день, причем это количество ежегодно увеличивалось. Необходимо заметить, что сельские женщины работу на личных огородах в свой рабочий день не включали. Ненормированный рабочий день у городских женщин отмечался реже, чем у сельских.

Фиксированные выходные отмечали меньше половины городских респонденток. В процессе исследования это количество уменьшалось. Так, в 2009г. работу с фиксированными выходными отмечали 41,2% респонденток, к 2013г. это количество снизилось до 38,9%. Среди сельских женщин работу с фиксированными выходными отметили в 2009г. 11,9% респонденток. За период исследования количество гинекологических больных, имеющих фиксированные выходные резко сократилось до 2,8% в 2013г.

Городские респондентки намного больше сельских были подвержены эмоциональному напряжению, причем основные стрессовые ситуации

создавались на работе. У сельских пациенток постоянный стресс отмечался реже и создавался в основном дома.

Умеренное употребление алкоголя отмечало в два раза больше у сельских респонденток, чем городских. В 2009г. на умеренное употребление алкоголя указывали 15,2% городских респонденток и 32,1% сельских. За период исследования эти показатели практически оставались на одном уровне.

Злоупотребление алкоголем отмечали в 2009г. 8,1% городских респонденток и 10,2% сельских. Следует заметить, что за период исследования количество городских гинекологических больных, увеличилось до 10,2%, а сельских осталось приблизительно на том же уровне.

Большинство городских респонденток отмечали умеренное курение (т.е. периодически разрешали себе сигарету-другую). Ежегодно число таких курильщиц увеличивалось. Если в 2009г. число городских респонденток составляло 60,2%, то в 2013г. – 67,3%.

Среди сельского населения женщин, указывавших на умеренное курение, было намного меньше. Их число варьировало от 47,2 до 49,1 а разные годы и не имело тенденции к увеличению. Городских респонденток, злоупотреблявших курением (т.е. куривших постоянно), было в два раза больше, чем сельских. Так, количество городских респонденток, злоупотреблявших курением в 2009г. составляло 43,1%, тогда как сельских – 23,4%. На этом уровне число злоупотреблявших курением сохранялось как среди сельских, так и городских респонденток в течение всего периода исследования. На употребление наркотических средств не указала ни одна респондентка.

Абсолютное большинство как сельских, так и городских респонденток (от 98,8% до 100%), обращались к гинекологу в случае заболевания, и эти данные оставались стабильными все годы исследования. Городские респондентки посещали гинеколога ежегодно крайне редко, а сельские –

практически не посещали. Причинами такого положения как у городских, так и у сельских респонденток, являлась нехватка времени, отсутствие реальной помощи в решении гинекологических проблем, причем, у сельских респонденток еще и недоверие к местным врачам, что говорит о проблемах с гинекологической службой на селе.

Городские респондентки в большинстве проходили медицинское обследование, если таковое было назначено, в отличие от сельских, среди которых такое обследование были склонны проходить около 12% респонденток. Основной причиной неполного обследования у городских респонденток являлась нехватка средств, а у сельских – нехватка времени. Больше половины городских респонденток оформляли больничный лист всегда, когда болеют. Сельские респондентки – только в случае очень плохого самочувствия. Многие сельские респондентки при плохом самочувствии продолжали работать, не применяя лечения. Городские респондентки при плохом самочувствии предпочитали не оформлять больничный лист, посещать работу, но лечиться.

Большинство городских респонденток ежегодно получали санаторно-курортное лечение, и их число увеличивалось за годы исследования. Среди сельских респонденток ежегодно отдыхали на курортах только около 12%. Основной причиной отказа от санаторно-курортного лечения горожанки называли нехватку средств, а сельчанки – нехватку времени.

Абсолютное большинство респонденток, как городских, так и сельских, не соблюдали режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно. В рационе городских респонденток преобладали мясные и жирные продукты, в рационе сельских респонденток – углеводы. Физическая нагрузка у городских респонденток была нерегулярной, сельские респондентки считали работу по дому и работу в огороде достаточной физической нагрузкой.

На основе полученных данных были **сформулированы** выводы и предложены **практически** рекомендации.

ВЫВОДЫ

(в соответствии с задачами исследования)

1. Инвариантом всех исследований в социологии медицины, которые, в той или иной степени содержат элементы компаративного анализа оказания акушерско-гинекологической помощи в городе и в сельской местности, является констатация следующих положений:

- сельские жительницы меньше, чем городские, удовлетворены качеством оказания медицинских услуг;
- доступность акушерско-гинекологической помощи на селе ниже, чем в городе из-за нехватки кадров (особенно, акушеров), территориальной отдаленности учреждений здравоохранения, низких доходов населения;
- сельские жительницы, в большинстве своем, являются приверженцами патерналистской модели врачевания и демонстрируют более низкий уровень здоровьесберегающего поведения, чем городские.

2. Медико-социальная группа женщин, страдающих бесплодием и/или нарушением менструального, как предмет данного исследования, отличается следующими признаками:

- это женщины фертильного возраста;
- их ареал проживания – Астраханская область как среднестатистический субъект РФ по показателям гинекологической заболеваемости;
 - главной проблемой для здоровья члены группы считают свое бесплодие (на основе данных телефонного опроса 1420 респонденток) **и/или**
 - страдают самой распространенной на данной территории гинекологической патологией – нарушением менструального цикла (на основе статистических данных Минздрава Астраханской области).

3. Медико-социальная группа женщин, страдающих бесплодием и/или нарушением менструального цикла в регионе дифференцирована по территориальному принципу. Больше всего ее представительниц в сельских

районах, удаленных от областного центра и не имеющих выхода к морю. Социальными причинами такой дифференциации могут быть:

- снижение доступности акушерско-гинекологической помощи для периферийных районов;
- более высокая медицинская информированность женщин в городах и припортовых районах;
- меньшие возможности жительниц периферийных районов к установлению социальных связей с представительницами своей медико-социальной группы.

4. Исследование показало, что большая доля ответственности за состояние здоровья лежит на самих женщинах. Так, абсолютное большинство как сельских, так и городских респонденток (от 98,8% до 100%), обращались к гинекологу только в случае заболевания. Городские респондентки посещали гинеколога ежегодно крайне редко, а сельские – практически, не посещали. Причинами такого положения, как у городских, так и у сельских респонденток, являлась нехватка времени, отсутствие реальной помощи в решении гинекологических проблем, причем, у сельских респонденток еще и недоверие к местным врачам, что говорит о проблемах с гинекологической службой на селе. Городские респондентки, в большинстве, проходили медицинское обследование, среди сельских респонденток число проходивших медобследование не превышало 12%. Основной причиной неполного обследования у городских респонденток являлась нехватка средств, а у сельских – нехватка времени.

5. Результаты исследования позволили провести компарацию характеристик медико-социальной группы женщин, страдающих бесплодием и дисменореей на урбанизированных и кастелумизированных территориях, которая показала, что внутригрупповые различия не элиминируют групповую целостность.

Город	Село
Горожанка фертильного возраста, начала половую жизнь ранее 16	Жительница села, начавшая половую жизнь позже 16 лет. Замужем или имеет постоянного

лет.Большей частью имеет мужа или же постоянного полового партнера. Как правило, имеет высшее образование, работа в основном сидячая, рабочий день нормирован. Чаше всего выходные дни нефиксированы. Часто испытывает стресс, в большинстве случаев на работе. Алкоголь употребляет умеренно, курит умеренно. Обращается к гинекологу только в случае заболевания. Профилактически гинеколога не посещает, объясняя данный факт нехваткой времени, отсутствие реальной помощи в решении гинекологических проблем. Если назначено медицинское обследование, то проходит его «в общих чертах». Основной причиной неполного обследования называет нехватку средств. Всегда в случае болезни оформляет больничный лист. Ежегодно получает санаторно-курортное лечение. Не соблюдает режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно. В рационе преобладают мясные и жирные продукты. Физической нагрузкой занимается нерегулярно.	полового партнера. Это работающая женщина, имеющая среднее специальное образование. В основном занимается физическим трудом, реже – сидячей работой. Рабочий день ненормирован, фиксированных выходных нет. Частоиспытывает стресс, в основном, в семье. Алкоголь употребляет умеренно, не курит.Обращается к гинекологу только в случае заболевания. Профилактически гинеколога не посещает, объясняя данный факт нехваткой времени, отсутствие реальной помощи в решении гинекологических проблем и недоверием к местным врачам.Не проходит медицинское обследование даже в случае его назначения, что объясняет нехваткой времени. Больничный лист оформляет только в случае очень плохого самочувствия. Периодически даже при плохом самочувствии продолжает работать, не применяя лечения. Не получает санаторно-курортного лечения. Основной причиной отказа от санаторно-курортного лечения называет нехватку времени. Не соблюдает режима питания, предпочитая есть 1 раз в день, вечером и обильно, предпочитает углеводы.Считает работу по дому и работу в огороде достаточной физической нагрузкой.
--	---

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Режим труда и отдыха необходимо изменить всем представительницам медико-социальной группы, оптимизировав физические нагрузки и режим питания. Эту задачу могут выполнить работодатели и сами женщины, которые должны быть соответствующим образом информированы и мотивированы.
2. С представительницами данной группы целесообразно работать клиническим психологам, но направления их деятельности должны отличаться: общая цель – снятие стресса - для горожанок реализуется в отношении работы, а для селянок – в отношении семьи. Эту задачу могут выполнять службы социальной опеки.
3. Медицинские работники нуждаются в социальной поддержке в вопросе прохождения диспансеризации и медицинских осмотров. Эту задачу должны

вместе с ними решать работодатели и службы социальной опеки. Здесь полезно использовать рекомендации, разработанные А.С.Бондаренко, на работу которой мы уже ссылались.

4. Существующая ныне трехуровневая система оказания медицинской помощи не способствует повышению доступности к ней жительниц села, что усиливает внутригрупповую дифференциацию данной медико-социальной группы. Необходимо оптимизировать маршрутизацию сельских пациенток в учреждения высокотехнологичной медицинской помощи, что положительно скажется и на уровне их доверия врачам, которых они достаточно редко видят в условиях сельской местности. Эту задачу должны более активно решать региональные органы управления здравоохранением.

5. Необходимо активнее привлекать сельских пациенток к Интернет-контактам с другими представительницами данной медико-социальной группы. Минздраву России целесообразно разработать сайт для пациенток данной медико-социальной группы, это позволит избежать рисков дезинформации женщин на стихийно возникающих форумах и даст возможность сельским жительницам непосредственно контактировать с врачами-консультантами из ведущих медицинских центров. Электронная политика Минздрава России может быть более эффективной, если ее систематизировать по адресному типу, выделив в качестве адресата наиболее уязвимые или наиболее многочисленные медико-социальные группы.

6. Выделение женщин, страдающих бесплодием и/или нарушениями менструального цикла в отдельную медико-социальную группу, позволяет работать с ней как с целевым объектом акушерско-гинекологической помощи, полную информацию о котором врачам акушерам-гинекологам и руководителям регионального здравоохранения дадут результаты социологического мониторинга по предложенной в данной диссертации методике.

Список литературы

1. Агаларова, Л.С. Роль врача общей практики в формировании здорового образа жизни / Л.С. Агаларова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2006. - №4. - С. 44-47.
2. Адамян, Л.В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России / Л.В. Адамян, Г.Т. Сухих // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Сб. науч. тр. ФГУ НЦ АГиПРосмедтехнологий - М., 2007. - С. 5–19.
3. Айламазян, Э. К. Гинекология от пубертата до постменопаузы / Э. К. Айламазян. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 512с.
4. Аксель, Е.М. Статистика злокачественных новообразований женских половых органов / Е.М. Аксель // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2009. - №1-2 - С. 76-80.
5. Алексеев, О.Г. Репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста, работающих с персональными электронно-вычислительными машинами: Дис... канд. мед.наук / О.Г.Алексеев; ГОУ ВПО «Самарский ГМУ». – Самара, 2010. – 109с.
6. Алиева, Н. А. Особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков с ожирением различного генез : Автореф. дис... канд. мед.наук. / Н.А. Алиева; Г.У. Дагестанский научный центр Российской академии медицинских наук, Дагестанская ГМА. - Махачкала - 2007. 21 с.
7. Амбарцумян, Т.Ж. Особенности нарушений менструальной функции и их коррекция у девочек-подростков с дисфункцией щитовидной железы: Автореф. дис...канд. мед. наук / Т.Ж. Амбарцумян; Волгоградский ГМУ. – Волгоград, 2007. - 25 с.
8. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области в 2007-2008 годах: Статистический сборник №6 - Ростов-на-Дону, 2009. - 26 с.
9. Андреева, В.О. Состояние репродуктивной системы у девочек-подростков при нервной анорексии: Автореф. дис... д-ра мед.наук. / В.О. Андреева; ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи». - Ростов-на-Дону, 2008. - 46 с.
10. Антонов, А.И. Семья, брак и удовлетворенностью жизнью в России и в Европе (Фамилистические исследования) / А.И. Антонов, О.Л. Лебедь, А.А.Соколов // Миллион мнений о семье и о себе: Сб. науч. тр. КДУ. – М., 2009. - Том 2. - С. 207-244.
11. Атагаджиева, М.С. Социальные и клинические особенности медикализации предменструального синдрома: Автореф. дис. канд. м. наук / М.С.Атагаджиева, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2010. – 25 с.
12. Бабенко, А. И. Репродуктивное поведение девушек подросткового возраста / А.И. Бабенко, А. П.Денисов, В.И. Спинов // Социология медицины. 2008. - №2. - С. 39-42.

13. Бабенко, А.И. Патологическая пораженность населения как социально-гигиенический критерий оценки здоровья / А.И. Бабенко, Ю.И. Бравве, Е.А.Бабенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2009. -№5. -С. 10-12.
14. Бадретдинова, Ф.Ф. Вторичная профилактика рака шейки матки путем разработки и реализации системы оптимизации диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки / Ф.Ф. Бадретдинова, Ш.Х. Ганцев, В.Б. Трубин // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2012. - № 3-4. - С. 133-138.
15. Базелюк, Н.Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни / Н.Н.Базелюк // Вестник МГТУ. - 2008. - Т. 11. - №4. - С. 571-575.
16. Байсултанов, И.Х. Организация службы охраны материнства и детства в условиях сельского здравоохранения / И.Х. Байсултанов // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 2. - С. 8-13.
17. Бартош, Т.П. Перестройка нервной системы и психического состояния в различные фазы менструального цикла у девочек, проживающих в Магадане / Т.П. Бартош, О.П. Бартош, А.Л. Максимов // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2009. - № 1. - С. 28 - 36.с.
18. Биловус, В. К. Цели-ценности и медико-социальные параметры здоровьесберегающего поведения молодежи: Автореф. дис... канд. социол. наук. / В.К. Биловус; ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2008. - 27 с.
19. Бодрова, В.В. Репродуктивное поведение как фактор депопуляции в России / В.В. Бодрова // Социология семьи. - 2005. - С. 96-102.
20. Бондаренко, А.С. «Роль статус и взаимоотношения врача и пациентки в профилактике гинекологических заболеваний»: Автореф. дис. канд. м. наук/ А.С.Бондаренко , ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2015. – 24 с.
21. Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы. Монография. М., Изд-во «Юрист». 2012.- 318 с.
22. Булавинов, Е.А. Права сельских жителей как пациентов: медицинские потребности и социальные возможности: Дисс. канд. мед.наук / Е.А. Булавинов; Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград, 2009. – 149 с.
23. Бурлаков, С.Д. Медико-социальные и экономические аспекты диспансеризации населения в территориальной поликлинике: Автореф. дис... канд. мед. наук / С.Д. Бурлаков; Санкт-Петербургский ГМУ им.акад. И.П.Павлова. - С.-Пб, 2008. - 18 с.
24. Бурмистрова, А.А. Социально-экономические проблемы развития сельских территорий и пути их решения / А.А. Бурмистрова, Н. К. Родионова, И. С. Кондрашова // Социально-экономические явления и процессы. – 2014. - №4 (062). – С. 12-16.

25. Бязрова М. А. Ковалева М. Д. Этика отношений социального работника и врача акушера-гинеколога // Биоэтика. 2013. №2. С. 43-45.
26. Бязрова, М. А. Роль социального работника в защите репродуктивного здоровья женщин: Автореф. дис. канд. социол. наук / М.А.Бязрова, ГБОУ ВПО «ВолГМУ». - Волгоград – 2013. – 25 с.
27. Варламова, С.Н. Здоровый образ жизни — шаг вперед, два назад / С.Н. Варламова, Н.Н. Седова // Социологические исследования. - 2010. - № 4. - С. 75-88.
28. Величковский, Б.М. Жизнеспособность нации. Роль социального стресса и генетических процессов в популяции в развитии демографического кризиса и изменении состояния здоровья населения России / Б.М. Величковский. – М.: Изд-во РАМН, 2012. - 255 с.
29. Войцеховская, Ж.И. Роль социальных и семейных факторов в формировании здоровья потомства / Ж.И. Войцеховская // Социальные аспекты здоровья населения. - 2008. - Т. 4. - № 8. - С. 6.
30. Воробьева, Е.В. Дифференцированный алгоритм обследования бесплодных супружеских пар / Е.В. Воробьева // Научно-практический медицинский журнал «Проблемы женского здоровья». - 2011. - № 3. - С. 5-13.
31. Вялков, А.И. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг / А.И. Вялков, И.А.Гундаров, В.А. Полесский // Проблемы управления здравоохранением. - 2006. - № 1. - С. 5-9.
32. Вялков, А.И. Формирование общественного здоровья и оздоровление населения: важнейшие задачи решения демографических проблем в РФ / А.И. Вялков // Глав Врач. - 2006. - №9. - С. 4-7.
33. Гаджиев, Р.С. Мнение беременных об организации и качестве медико-социальной помощи, оказываемой в женских консультациях / Р.С. Гаджиев, А.М. Бейбутова // Здравоохранение Российской Федерации: двухмесячный научно-практический журнал. - 2008. - № 3. - С. 29-32.
34. Гасанов, М. Социальная сфера как приоритет развития / М. Гасанов // Экономист. 2006. - №6. - С.78-82.
35. Геворкян, М.А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины /М.А. Геворкян // Проблемы репродуктивного здоровья. - 2008. - Т. 163. - № 9. - С. 17-20.
36. Гендерные стереотипы в меняющемся обществе: опыт комплексного социального исследования / под ред. Н.М. Римашевской. - М.: Наука, 2009. - 273 с.
37. Герасименко, Н.Ф. Сверхсмертность населения главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2009. - № 3. - С. 10-14.
38. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: рук.для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова - М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 415 с.

39. Гинекология от пубертата до постменопаузы. Практическое руководство для врачей. / Под редакцией Э.К. Айламазяна. – М.: «МЕДпресс-информ», 2007. – 488 с.
40. Гонежукова, Б. Р. Социальные параметры отношения к контрацепции студенток вузов: Автореф. дис. канд. м. наук / Б.Р. Гонежукова, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2011. – 26 с.
41. Гончаров, Н.П. Репродуктивное здоровье определяющий вектор здоровья нации / Н.П. Гончаров // Андрология и репродуктивная хирургия. - 2007. - №4. - С 5-11.
42. Горбунова, Л.А. Интеграция сельского здравоохранения в национальные стратегии российской медицины: Автореф. дис. .канд. социол. наук / Л.А. Горбунова, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2009. – 24 с.
43. Государственная политика вывода России из демографического кризиса / Под общей ред. С.С. Сулакшина. - М.: Экономика, Научный эксперт, 2007. - 896 с.
44. Государственная экономическая политика и экономическая доктрина России. К умной и нравственной экономике: В 5-и т. // Под общ.ред. С.С. Сулакшина. - М.: Научный эксперт, 2008. - Т. III. - С. 1899-2544.
45. Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 2004 г. // Здравоохранение РФ. - 2006. - №3. - С. 3-23.
46. Гречко, Е.Ю. Прогнозирование, профилактика и оптимизация терапии нарушений менструального цикла у девочек-подростков: Дис... канд. мед.наук / Е.Ю. Гречко; ГОУ ВПО «Ростовский ГМУ» - Ростов-на-Дону, 2010. – 163с.
47. Григорьева, Е.И. Резервы оптимизации репродуктивного здоровья в современных социально-экономических условиях крупного промышленного города (на примере г. Барнаула): Автореф. дис... д-ра мед.наук / Е.И. Григорьева; Университет дружбы народов. - М., 2007. - 37 с.
48. Григорян В. А. Губа Т. И. Костенко О. В. Этические проблемы взаимоотношений «врач-пациент» и «врач-врач» в акушерско-гинекологической практике// Биоэтика. 2011. №2. С.35-36.
49. Григорян, В. А. Отношение врачей и пациенток к контрацепции после оперативного родоразрешения (опыт медико-социального анализа): Автореф. дис. канд. м. наук / В.А.Григорян, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2012. – 23 с.
50. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков. Руководство для врачей / Ю.А. Гуркин. - М.: Фолиант, 2000. - 560 с.
51. Демографическая модернизация России 1900-2000 / Под ред. А.Г. Вишневского. - М.: Новое издательство, 2006. - 608 с.
52. Демографический ежегодник России 2008: Стат. сб. / Росстат. М., 2008.-557 с.
53. Демографический ежегодник России 2009: Стат. сб. / Росстат. М., 2009. 525 с.

54. Демографический ежегодник России 2010: Стат. сб. / Росстат. М., 2010. - 525 с.
55. Дзарахова, М.А. Репродуктивный потенциал девушек-подростков Ингушетии с йоддефицитными состояниями: Автореф. дис... канд. мед.наук. / М.А. Дзарахова; Дагестанский научный центр РАМН. - Махачкала, 2008. - 30с.
56. Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.
57. Долженко, И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет: Дис. д-ра мед.наук. / И.С. Долженко; РАМН. - М., 2004. – 262 с.
58. Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. - М.: ИЭПП, 2007. - 112 с.
59. Дудниченко, Т.А. Состояние, развитие, заболеваемость новорожденных и детей первых лет жизни у несовершеннолетних матерей / Т.А. Дудниченко// Вестник С.-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. - 2006. - №4. - С. 18-22.
60. Елгина, С.И. Клиническая оценка репродуктивной системы новорожденных девочек и прогнозирование нарушения её становления / С.И. Елгина// Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2009. - № 1. - С. 43 - 48.
61. Ефименко, С.А. Влияние образа жизни на здоровье. Факторы риска / С.А Ефименко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2007. - № 1. - С. 8-14.
62. Ефименко, С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья / С.А. Ефименко // Социологические исследования. - 2007. - №9.-С. 110-114.
63. Ефименко, С.А. Социология пациента.: Дис... докт. социол. наук / С.А. Ефименко; Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова. – М., 2007. - 527 с.
64. Жуковская, И.Г. Характеристика качества жизни пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями половой сферы и членов их семей / И.Г. Жуковская, Л.Ф. Молчанова // Фундаментальные исследования. - 2012. -№ 2 (часть 2). - С. 294-298.
65. Журавлева, И.В. Здоровье и болезни в европейском обществе / И.В. Журавлева // Социологические исследования. - 2008 - № 2. - С. 15-16.
66. Журавлева, И.В. Основные мотивы заботы о здоровье в студенческой среде / И.В. Журавлева // Социология медицины. - 2011. - №1. - С. 32-41.
67. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / Под.общ. ред. Н.М. Римашевской. - М.: Агентство «Социальный проект», 2007. - 204 с.
68. Здоровье населения - основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин и др. - М., 2009 г. - 357 с.
69. Зуев, В.И. Организация медицинской помощи на селе: социологический анализ / В.И. Зуев, Н.Г. Чевтаева, О.А. Шипиловская //

- Вопросы управления. – 2009. - №4. - Режим доступа: <http://vestnik.uapa.ru/ru/issue/2009/04/13/>.
70. Ивенская, Т. А. Некоторые аспекты применения метода группировки альтернативных признаков в социологии медицины / Т.А. Ивенская, Ю. Г. Элланский, И. Ю. Худоногов // Социология медицины. - 2009. - №1. - С. 17-20.
71. Ивенская, Т.А. Системное социологическое моделирование участия медицинских работников в реализации Национального проекта «Здоровье»: Дис... канд. мед.наук. / Т.А. Ивенская; ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет. – Ростов-наДону, 2009. – 25 с.
72. Илюхина, О. В. Современная социально-психологическая модель сохранения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста: Автореф. дис. канд. м. наук /О.В.Илюхина, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2012. – 25 с.
73. К оценке эффективности реализации государственных программ развития сельского здравоохранения / В.Н. Карташев, В.Б. Колядо, С.И. Трибунский, Е.В. Колядо // Сибирский медицинский журнал. - 2010. - №3. - Т. 25. – С. 69 – 71.
74. Калинина, Т.В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья / Т.В. Калинина // Медицина. - 2008. - №4. - С.7-9.
75. Калининская, А.А. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: организация и эффективность деятельности / А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2008. - №6. - С. 5-8.
76. Камкин, Е.Г. Реализация Программ «Модернизация здравоохранения субъектов Российской Федерации»: опыт медико-социологической экспертизы: Автореф. дис. канд. социол. наук / Е.Г.Камкин, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2013. – 25 с.
77. Карабалин, Р.С. Репродуктивное здоровье и совершенствование медико-социальной помощи девушкам-учащимся средних и высших учебных заведений (на примере г. Алматы): Автореф. дис... канд. мед.наук / Р.С. Карабалин; Алматы, 2007. – 24 с.
78. Карахалис, Л.Ю. Репродуктивная система женщин в различные возрастные периоды жизни: Дис... канд. мед.наук / Л.Ю. Карахалис; ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Росздрава». – М.: 2007. – 355 с.
79. Карташова, И.Г. Многофакторная обусловленность здоровья населения: теоретико-методологические подходы к изучению социальных детерминант здоровья /И.Г. Карташова // Социология медицины. - 2007. -№2. - С. 17-24.
80. Кислицина, О. А. Жилищные условия и здоровье / О.А. Кислицина // Общественное здоровье и профилактика заболеваний: научно-практический журнал. - 2006. - №6. -С. 39-45.

81. Кобзарь, А.И. Прикладная математическая статистика / А.И. Кобзарь. - М.: Физматлит, 2006. - 816 с.
82. Ковалева М. Д. Мальцева Н. Л. Засядкина Е. В. Этические проблемы охраны здоровья женщин// Биоэтика. 2012. №1. С.56-57.
83. Козак, В.С. Доступность первичной медицинской помощи как цель модернизации здравоохранения / В.С. Козак // Главный врач. - 2004. - № 5. - С. 7-10.
84. Коколина, В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков / В.Ф.Коколина. - М.: МИА, 2007. - 45 с.
85. Корхова, И.В. О статистике здоровья и здравоохранения в России / И.В. Корхова // Управление здравоохранением. - 2009. - №1(23). - С. 27-39.
86. Костенко Т. И., Костенко О. В., Бондаренко А.С. Применени метода кейс-стади при анализе этических ситуаций в акушерско-гинекологической практике// Биоэтика. 2014. №2. С.44-46.
87. Кравцова, О.В. Медико-социальные аспекты здоровья девушек-подростков в городе и сельской местности / О.В. Кравцова, В.В. Долгих, О.Я. Лещенко // Мать и дитя: Материалы X юбилейного Всероссийского научного форума. - М., 2009. - С. 497-498.
88. Крутова, В.А. Социально-психологические и медицинские аспекты лечения женского бесплодия: Автореф. дис... канд. мед.наук / В.А. Крутова; Северный ГМУ. - Архангельск, 2006. - 24с.
89. Кузьменко, Е.Т. Клинико-эпидемиологические аспекты женского бесплодия (на примере Иркутской области): Дис.. канд. мед.наук / Е.Т.Кузьменко; Российская академия медицинских наук Сибирское отделение - Иркутск, 2008. - 110с.
90. Кулаков, В. И. Роль охраны репродуктивного здоровья населения России в решении демографических проблем / В.И. Кулаков // Врач. - 2006. - №9. - С. 3-4.
91. Кустаров, В.Н. Дисфункциональные маточные кровотечения / В.Н. Кустаров, И.И. Черниченко. - СПб.: СПбМАПО, 2009. - 163 с.
92. Ларионова, И.С. Философия здоровья / И.С. Ларионова. - М.: Гардарики, 2007. - 224 с.
93. Лебедева, Т.Б. Современные тенденции в физическом и половом развитии девочек, проживающих на Европейском Севере России / Т.Б.Лебедева, А.Н.Баранов// Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2008. -№ 4. - С. 9 - 16.
94. Лещенко, О.Я. Основные факторы и детерминанты потерь репродуктивного потенциала женского населения Восточной Сибири: Дис... д-ра мед.наук / О.Я. Лещенко; Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека сибирского отделения РАМН. - Иркутск, 2011. - 386 с.
95. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. - М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2009. - 512 с.

96. Лободина, И.М. Оптимизация терапии маточных кровотечений пубертатного периода: Автореф. дис... канд. мед.наук / И.М. Лободина; ГОУ ВПО Московская Медицинская академия им. И.М. Сеченова. - М., 2008. - 24 с.
97. Мартыненко, А.В. Теория и практика медико-социальной работы : учеб.пособие / А. В. Мартыненко. - М.: Гардарики, 2007. — 159 с.
98. Махова,З.Р. Влияние физиологических родов и абдоминального родоразрешения на физическое и половое развитие девочек: Автореф. дис... канд. мед.наук / З.Р. Махова; Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова. - Нальчик, 2006. - 23 с.
99. Медведева, Ю.Г. Клинико-эпидемиологические исследования репродуктивного здоровья девочек, проживающих в экологически неблагоприятной зоне: Автореф. дис... канд.мед.наук / Ю.Г. Медведва; СПб. - 2007. – 24 с.
100. Медик, В.А. Экономика и управление здравоохранением / В.А. Медик, В.К. Юрьев // Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. – Москва.: Медицина, 2003. – Т.3 – С. 230-282.
101. Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников / Т.А. Ивенская, Ю.Г. Элланский, И.Ю. Худоногов, С.В. Хлынин // Социология медицины. - 2011. - № 1 (18). - С. 18-22.
102. Механизмы коррекции, этапы реабилитации и лечения нарушений репродуктивного здоровья девушек подросткового возраста / А.Г.Муталов, Т.А.Титова, Г.П.Ширяева и др.// Медицинская помощь. - 2006. - №2. -с.11-16.
103. Михальченко Д.В., Фирсова И.В., Седова Н.Н. Социологический портрет медицинской услуги. - Волгоград 2011.- 274 с.
104. Москвичева, М.Г. Интегральная оценка здоровья сельского населения и совершенствование системы организации медицинской помощи в сельской местности: Дис... д-ра мед.наук / М.Г. Москвичева; ГОУ ВПО « Челябинская государственная медицинская академия». – Челябинск, 2009. – 447 с.
105. Мызгин А. В., Шевцова Е. П. Чахоян А. О Медикализованный модель акушерской помощи – нарушение этических норм// Биоэтика. 2011. №1. С. 37-38.
106. Навроцкий Б.А., Седова Н.Н. К вопросу о комплементарности научных публикаций (по страницам социологических журналов)// Социология медицины.- 2014.- №2. С.46 – 49.
107. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения / И.Б. Назарова. - М.: МАКС Пресс, 2007. - 526 с.
108. Назарова, И.Б. Здоровье занятых: причины потерь и возможности сбережения / И.Б. Назарова // Управление здравоохранением. - 2007. - № 20. - С. 9-22.
109. Население России 2005: Тринадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский. - М.: Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2007. – 98с.

110. Наумова, Н.В. Ультразвуковой скрининг аномалий развития матки и влагалища у девочек и девушек: Автореф. дис. .канд. мед. наук / Н.В. Наумова; ГОУ ВПО «Кубанский ГМУ». – Краснодар, 2007. – 22 с.
111. Новый тип воспроизводства населения / Демографическая модернизация России 1900 2000гг. / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Новое издательство, 2006. – Гл. 21, ч. 6. – С. 471-491.
112. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Указ Президента Рос. Федерации от 9.10.2007 №1351. Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/163630/>.
113. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (с изменениями и дополнениями): Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543.
114. Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» Приказ Минздравсоцразвития РФ от 2 октября 2009 г. №808н. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=96478>
115. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1.11.2012 г. №572н. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70352632/>
116. Общественное здоровье и экономика / Под ред. Б.Б. Прохорова. - М.: МАКС Пресс, 2007. - 292 с. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70195856/#ixzz467O86n8p>
117. Окраинская, О. А. Опыт взаимодействия центра по охране репродуктивного здоровья подростков с образовательными учреждениями / О.А. Окраинская, Е.В. Брюхина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2008. - № 5. - С. 11 - 14.
118. Организационно-методическая работа в центральной районной больнице / В.М. Чернышев, В.В. Степанов, И.А., И.А. Цыцорина и др. - Новосибирск, 2008. – 150 с.
119. Перспективы формирования национального законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан РФ / Г.Т. Сухих, А.Н. Юсупова, Ю.В. Павлова, Л.В. Ерофеева // Акушерство и гинекология. 2010. - №5. - С. 3-5.
120. Полный медицинский справочник фельдшера / Под ред. П.Вяткиной. – М.: Эксмо, 2012. – 832 с.
121. Половая система человека в норме и патологии: Наглядное учебное пособие // Пер. с англ.; под ред. Л. Хеффнера. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2003. - 128 с.
122. Прогностические диагностические критерии эффективности лечения девушек с гипогонадотропным гипогонадизмом / Е.В. Трифонов, Е.В.

- Уварова, И.П. Белоконь, Л.В. Суркова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2009. - № 1. - С. 34-38.
123. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья женщин-работниц и алгоритм действий специалиста по охране труда / О.В. Сивочалова, М.А. Фесенко, Г.В. Голованева, Е.Н. Макарова-Землянская // Безопасность жизнедеятельности. - 2006. - №2. - С. 41 – 44.
124. Прохоров, Б.Б. Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях / Б.Б. Прохоров // Проблемы прогнозирования. - 2006. - №5. - С. 124-137.
125. Прохоров, Б.Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения / Б.Б. Прохоров // Проблемы прогнозирования. - 2009. - №3. - С. 112-133.
126. Равдугина, Т.Г. Особенности развития сельского здравоохранения в Омской области / Т.Г. Равдугина // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. -2002.-№ 1.-С. 26-28.
127. Резолюция круглого стола на тему: "Законодательное обеспечение доступности и качества медицинской помощи сельскому населению" - М., 2012. Режим доступа: <http://saphia.ru/oldsite/index.php?id=2467>
128. Решетников, А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) / А.В. Решетников // Социология медицины. - 2011. - № 1(18). - С. 3-14.
129. Ричиндорджиева, М.П. Женское бесплодие в промышленном городе Республики Бурятия: эпидемиология, клинические формы, факторы риска: Автореф. канд. мед.наук / М.П. Ричиндорджиева; Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН. - Иркутск, 2011. – 24 с.
130. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета Высшей школы экономики / А.Г. Вишневский, Кузьминов Я.И., Шевский В.И и др. - М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006. - 43 с.
131. Россия в Европе: по материалам международного проекта «Европейское социальное исследование» / под ред. Андреевской А.В., Беляевой Л.А. - М.: «Academia», 2009. - 384 с.
132. Россия в условиях глобального кризиса. Социальная и социально-политическая ситуация в России в 2008 году / Под ред. Г.В. Осипова, В.В. Локосова. - М.: ИСПИ РАН, 2009. - 350 с.
133. Савельева, Г.М. Гинекология / Г.М.Савельева, В.Г.Бреусенко. – 2012. Режим доступа: http://kingmed.info/knigi/Akusherstvo_i_ginekologiya/book_2116/Ginekologiya_4-e_izdanie-Saveleva_GM_Breusenko_VG-2012-pdf.
134. Самоотношение к особенностям становления менструального цикла как фактор гигиенической и репродуктивной культуры современных студенток / Н.Н. Куинджи, М.Г. Коломейцев, Е. В. Уварова и др. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2006.- №1.- С. 86-93.

135. Самошкина, Л.К. Состояние здоровья современных школьников и возможные пути его укрепления/ Л.К. Самошкина // Научные основы формирования здоровья детей и подростков: Сб. науч. тр. - Тверь, 2006. - С. 24 - 30.
136. Севастьянова Н. В. Хуако Г. А Некоторые этические особенности отношений врача и пациентов-женщин// Биоэтика. 2013. №1. С.52-53.
137. Седова Н. Н., Соломатина Е. В. Правовая концепция информированного согласия: достижения и потери// Медицинское право. – 2015. - №2. – С. 19 – 23.
138. Седова Н.Н. Инициативные исследования в отечественной социологии медицины // В сборнике: Сборник трудов научно-практической конференции профессорско-преподавательского коллектива, посвященной 80-летию Волгоградского государственного медицинского университета/ Волгоград. - 2015.- С. 83- 86.
139. Седова Н.Н., Басов А.В. Этические параметры персонализированной медицины//Биоэтика. – 2015. - №2. – С. 11 – 15.
140. Седова Н.Н., Карымов О.Н. Отношение к персонализированной медицине в современном российском обществе// Философские проблемы биологии и медицины. Выпуск 9. М.: ИФ РАН. – 2015. – С. 123 – 129.
141. Седова Н.Н., Навроцкий Б.А. Отношение жителей крупного промышленного города к персонализированной медицине// Социология города. – 2015. - №3. – С. 53 – 60.
142. Седова Н.Н., Навроцкий Б.А., Волчанский М.Е. и др. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине// Медицинский Вестник Северного Кавказа. – 2015. - №4. – С. 686 –702.
143. Седова Н.Н., Приз Е.В. Этико-правовые методы контроля за качеством медицинских услуг// Философия социальных коммуникаций. – 2011. - №3(16). – С.47 -51.
144. Селихова, М.С. Репродуктивный потенциал и контроцептивное поведение женщин после оперативного родоразрешения / М.С. Селихова, В.А. Григорян // Социология медицины. - 2011. - №2. - С. 52-53.
145. Семенова, Л.Г. К вопросу о нарушениях менструального цикла у девочек-подростков: частота встречаемости, структура, особенности течения / Л.Г.Семенова, В.Т. Манчук // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – №4-1, Т. 23. – С.61-62.
146. Семятов, С.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков московского мегаполиса в современных социально-экономических и экологических условиях: Дис... д-ра мед.наук / С.М. Семятов; Российский университет дружбы народов. – Москва, 2009. – 346с.
147. Сергеева, О.Ю. Сезоно- и светозависимость овариально-менструальной функции у женщин: Дис... канд. мед.наук / О.Ю. Сергеева; Российская академия медицинских наук Сибирское отделение. – Новосибирск, 2011. – 102с.
148. Серов, В. Н. Гинекологическая эндокринология / В. Н. Серов, В. Н. Прилепская, Т. В. Овсянникова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 849 с.

149. Сивохина, Т.А. Формирование репродуктивного здоровья девочек. Патогенетическая роль цитокинов в профилактике ювенильных маточных кровотечений: Автореф. дис... д-ра мед.наук / Т.А. Сивохина; ГОУ ВПО «Самарский ГМУ». - Самара, 2008. – 43 с.
150. Сидорова, И.С. Руководство по акушерству / И.С.Сидорова, В.И. Кулаков, И.О. Макаров. М.: «Медицина», 2006. – 848 с.
151. Славина, Л.Н. Сельское население Восточной Сибири: Дис. д-ра.ист. Наук / Л.Н. Славина; Новосибирск, 2010. – 450 с.
152. Соломатина, Т.В. Организация выездной медицинской помощи населению северных регионов Сибири/ Т.В. Соломатина // Здравоохранение РФ. – 2007. - № 2. – С.19-21.
153. Социально-демографическая безопасность России / Под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. - Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. - 864 с.
154. Стародубов, В.И. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России / В.И. Стародубов, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова // Современные медицинские технологии. - 2009. - №2. - С. 11-16.
155. Стародубов, В.И. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения / В.И. Стародубов, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская // Пробл. управления здравоохранением. - 2007. - № 2. - С. 31-34.
156. Сукманов, Э.В. Мотивация труда работников сельскохозяйственных формирований: Дис. канд. экономич. наук / Э.В. Сукманов; ГОУ ВПО «Курский государственный университет». – Курск, 2008. – 181 с.
157. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки / М.Ю. Сурмач // Медицинские новости. - 2007. - № 3. - С. 40-45.
158. Суслин, С.А. Организация и развитие медицинской помощи населению сельских районов с центрами в крупных городах: Дис... д-ра мед.наук / С.А. Суслин; ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет». – Самара, 2006. – 310 с.
159. Суханова, Л.П. Перинатальная ситуация в России в переходный период. / Л.П. Суханова // Информационно-аналитический Вестник. – 2007. - №2. - С.43-46.
160. Суханова, Л.П. Перинатальные проблемы воспроизводства населения России в переходный период / Л.П. Суханова. - М.: «КАНОН +», 2006. - 269с.
161. Тасова, З.Б. Совершенствование лечебно- профилактической помощи женщинам, страдающим бесплодием: Дис.. канд. мед.наук / З.Б. Тасова; ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». - Кемерово, 2009. – 116с.
162. Уварова, В.Е. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России / В.Е.Уварова // Вопросы современ. педиатрии. - 2006. - № 5. - Т. 5. - С. 5 - 7.

163. Улумбекова, Г. Э. Здоровье населения и здравоохранение в России анализ проблем и перспективы / Г.Э. Улумбекова / Общество и экономика. - 2010. - № 2. - С. 32-63.
164. Ушакова, Г. А. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высокоурбанизированного региона / Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - №3. - С. 14-17.
165. Филатов, В.Б. Некоторые тенденции в состоянии здоровья населения России в 2006 году / В.Б. Филатов // Зам. главного врача. - 2007. - №2. - С. 6-14.
166. Хальфин, Р.А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы / Р.А. Хальфин // Экономика здравоохранения. - 2007. - №11(120). - С. 45-50.
167. Хуако, Г.А. Социальные диспозиции участников процесса акушерско-гинекологической помощи в сельском здравоохранении (на материале Краснодарского края): Автореф. дис. канд. м. наук / Г.А.Хуако, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2013. – 25 с.
168. Чахоян, А. О. Врач-акушер-гинеколог как агент формирования репродуктивного поведения женщины: Автореф. дис. канд. м. наук / А.О.Чахоян, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2011. – 27 с.
169. Чернова, Т.В. Современные подходы к оценке качества управления в системе здравоохранения / Т.В. Чернова // Главврач // 2006. - № 7. – С.54-57.
170. Чечулина, О.В. Репродуктивный потенциал девочек-подростков / О.В. Чечулина // Казанский медицинский журнал. - 2007. - № 2. - t.LXXXVIII. – С.141-143.
171. Шабунова, А.А. Подушевое финансирование в здравоохранении: вопросы практической реализации / А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов, К.Н. Калашников // Вестник ИНЖЭКОНа. - 2009. - №7 (34). - С. 95-100.
172. Шабунова, А.А. Проблемы доступности медицинской помощи для населения / А.А. Шабунова / Федерализм. - 2010. - №1. - С. 209-218.
173. Шабунова, А.А. Социально-гигиеническая грамотность как фактор репродуктивного поведения женщин / А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина // Социологические исследования. - 2007. - № 9. - С. 114-117.
174. Шапиев, Ш.Г. О работе выездных бригад врачей в сельском районе / Ш.Г. Шапиев, Л.М.Асхабова // Здравоохранение РФ. – 2004. - № 5. – с. 53-54.
175. Шевченко, Г.А. Особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков на фоне хронической гастродуоденальной патологии: Автореф. дис...канд. мед. наук. / Г.А. Шевченко; ГОУ ВПО «Ростовский ГМУ». - Ростов-на-Дону, 2006. - 22 с.
176. Шевяков, А.Ю. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы / А.Ю. Шевяков, Кирута А.Я. // Народонаселение. - 2007. - №4 (38). - С. 4-20.
177. Шестакова, Ж.Н. Сравнительная оценка репродуктивного потенциала у пациенток, проживающих в условиях города и сельской местности / Ж.Н.

- Шестакова, В.А. Гурьева // Сибирский медицинский журнал. – 2008. - №6. – с.79-82.
178. Шестакова, Ж.Н. Факторы риска женской инфертильности у пациенток, проживающих в условиях города и сельской местности / Ж.Н.Шестакова, В.А. Гурьева // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. - М., 2008. - С. 287-288.
179. Шипаев, В.М. Планово-нормативные вопросы организации медицинской помощи сельскому населению/ В.М. Шипаев, О.Ю. Ситникова // Заместитель главного врача. – 2007. - № 5. – С. 31.- 38.
180. Щепин, О.П Современная медико-демографическая ситуация в России / О.П. Щепин, В.Б. Белова, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - №6. - С. 3-6.
181. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение / О.П. Щепин, В.А. Медик. - М:ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.
182. Щепин, О.П. Проблемы демографического развития России / О.П. Щепин, Е.А.Тишук// Экономика здравоохранения. - 2005. - №3. - С. 5-8.
183. Щукина, И.А. Социальная роль акушерско-гинекологической помощи в решении демографической проблемы: Автореф. дис. канд. м. наук / И.А.Щукина, ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2008. – 24 с.
184. Элланский, Ю.Г. Экономика для медицинских работников / Ю.Г. Элланский, И.А. Пакус, С.В. Ходарев. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2009. - 270с.
185. Юрова, И.Ю. Здоровьесбережение сельского населения: медико-социологический анализ (на материалах Саратовской области): Автореф. дис. .канд. социол. наук / И.Ю.Юрова ГБОУ ВПО «ВолгГМУ». - Волгоград – 2016. – 25 с.
186. Bearinger, L.H Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential / L.H Bearinger, R. E. Sieving, J. Ferguson // The Lancet. - 2007. - № 9568. - Vol. 369. - P. 1220-1231.
187. Bleakley, H. Chronic disease burden and the interaction of education, fertility, and growth / H. Bleakley, F. Lange // Review of Economics and Statistics - 2009. - P. 52-65.
188. . Bloom, D. E. Longevity and Life-cycle Savings / D. E. Bloom, D. Canning, B. Graham // Scandinavian Journal of Economics. - 2003. - Vol. 105 (September). - P. 319-338.
189. Bull, T. Work life and mental wellbeing of single and non-single working mothers in Scandinavia / T. Bull, M.B. Mittelmark // Scandinavian Journal of Public Health. – 2009 - № 37(6). - P. 562-568.
190. Creinin, M. D. How regular is regular? An analysis of menstrual cycle regularity / M. D. Creinin, S. Keverline, L. A. Meyn // Contraception. - 2004. - Vol. 70. - P. 289-292.
191. Danilenko, K. V. Shortening of the menstrual cycle following light therapy in seasonal affective disorder / K. V. Danilenko // Psychiat Res. - 2007. -Vol. 153.- P. 93-95.

192. Danilenko, K. V. Stimulatory effect of morning bright light on reproductive hormones and ovulation: results of a controlled crossover trial / K. V. Danilenko, E. A. Samoiloova // PLoS Clinical Trials. - 2007. - Vol. 9. - P. 18.
193. Dietary phytoestrogens and the risk of ovarian cancer in the women's lifestyle and health cohort study / M. Hedelin, M. Lof, T.M. Andersson et al // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. - 2011 - Feb. № 20(2). – P. 308-317.
194. EURO-PERISTAT. Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. - 2008. Available from: <http://www.europeristat.com>
195. Fehring, R. J. Variability in the phases of the menstrual cycle / RJ. Fehring, M. Schneider, K. Raviele // J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs. - 2006. - Vol. 35. - P. 376-384.
196. Foster, R. G. Human responses to the geophysical daily, annual and lunar cycles / R. G. Foster, T. Roenneberg // Curr Biol. - 2008. - Vol. 18. - P. 784-794.
197. Gezer, A., «Hyperprolactinaemia does not always mean 'hyperprolactinaemia'!» / A. Gezer, T. Atasu, C. Hekim // Eur. J. Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2005. - №118 (2) – P. 206-208.
198. Giambiagi, F. Demografia: A ameaça invisível: o dilema previdenciário que o Brasil se recusa a encarar. / F. Giambiagi, P. Tafner // Rio de Janeiro: Elsevier. - 2010. – 198 p.
199. Grimes, D.A. Sexual and reproductive health unsafe abortion: the preventable pandemic. / D.A. Grimes // The Lancet. - 2006. - № 368(9550). - P. 1908-1919.
200. Health in Europe. Data 1998-2003 / Office for Official Publications of the European Communities. – Luxembourg, 2005. - 108 p.
201. Homan, G.F. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review / G.F. Homan, M. Davies, R. Norman // Hum Reprod Update. - 2007. - Vol. 13. - № 3.1. - P. 209-223.
202. Johnson, N.P. Cochrane review: post-operative procedures for improving fertility following pelvic reproductive surgery / N.P. Johnson, A. Watson // Hum. Reprod. Update. - 2000. - Vol. 6. - P. 259-267.
203. Kildea, S. Reproductive health, infertility and sexually transmitted infections in indigenous women in a remote community in the Northern Territory / S. Kildea, F.J. Bowden // Aust. N. Z. J. Publ. Health. - 2000. - Vol. 24. - № 4. - P. 382-386.
204. Laas, A. Women's perception of work and family conflict in the Baltic Sea countries / A. Laas, K. Talves // In: LoWER Network Conference What is Working for Women? - Volos. Greece, 2007.
205. Lee, R. Fertility, Human Capital, and Economic Growth over the Demographic Transition / R. Lee, A. Mason // European Journal of Population. - 2010. - №262. - P. 159-182.
206. Leyland, N. Endometriosis: diagnosis and management. SOGC. / N. Leyland, R. Casper, P. Laberge, // J. Obstet Gynaecol Can. – 2010. - Jul; № 32 - P. 1-32.

207. Lifelong menstrual histories are typically erratic and trending: a taxonomy / T. Gorrindo, Y. Lu, S. Pincus, et al. // *Menopause*. - 2007. - Vol. 14(1). - P. 74-88.
208. Liu, J. Macroeconomic determinants of corporate failures: evidence from the UK / J. Liu // *Applied economics*. - 2004. – Vol. 36. – P. 939-945.
209. Low, N. Incidence of severe reproductive tract complications associated with diagnosed genital chlamydial infection: the Uppsala Women's Cohort Study / N. Low, M. Egger, J.A. Sterne et al. // *Sex Transm Infect*. - 2006. - Vol. 82 - № 3. - P.212-218.
210. MacDorman, M.F. Recent trends in infant mortality and infant mortality risk factors / M.F. MacDorman, T.J. Mathews // *Division of Vital Statistics: NCHS data brief*. - N.Y., 2013. - Available from: http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/mchbadvisory/InfantMortality/Meetings/20130424/macdorman_mathews.pdf
211. Martin, J.A. Births: Final data for 2006. National vital statistics reports / J.A. Martin, B.E. Hamilton, P.D. Sutton // Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. – 2009. - Vol.1 - № 7 – P. 1-7.
212. Mathews, T.J Infant mortality from the 2004 period linked birth/infant death data set / T.J. Mathews, M.F. MacDorman // *National vital statistics reports* - 2007. – Vol. 55 - №14. – P. 667-679.
213. Maureen, K. Counting stillbirths: women's health and reproductive rights / K. Maureen // *The Lancet*. - 2011. - Vol. 377. - № 9778. - P. 1636-1637.
214. National Center for Health Statistics. Health United States, 2008 with special feature on the health of young adults. / *Public Health Reports*. – NY, 2009. –Vol. 124 – 609 p.
215. Olsen, J. Using infertile patients in epidemiologic studies on subfecundity and embryonal loss / J. Olsen, J.P. Bonde, N.H. Hjellund // *Hum Reprod Update*. - 2005.-Vol. 11 - №6. - P. 607-611.
216. Physicians as mothers: breastfeeding practices of physician-mothers in Newfoundland and Labrador / P.S. Duke, W.L. Parsons, P.A. Snow, A.C. Edwards // *Can Fam Physician*. - 2007. - May. - 53(5). – P. 887-891.
217. Recent advances in reproductive neuroendocrinology: a role for RFamide peptides in seasonal reproduction? / T. J. Greives, L. J. Kriegsfeld, G. E. Bentley, K. Tsutsui et al. // *Proc Biol Sci*. - 2008. - Vol. 275. - P. 1943-1951.
218. Rechel, B Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union / B. Rechel, M. McKee // *Lancet* – 2009 – P. 1186-95.
219. Rizzi, E. L. The seasonality of conception / E. L. Rizzi, G. Dalla-Zuanna // *Demography*. - 2007. - Vol. 44. - P. 705-728.
220. Ross, A.H. Implications of Dimorphism, Population Variation, and Secular Change in Estimating Population Affinity in the Iberian Peninsula / A.H. Ross, D.H. Ubelaker, E.H. Kimmerle // *Forensic Science International*. - 2011. – V. 206 – P. 214e1-214e5.
221. Social determinants of sexual and reproductive health: A Global Overview By Jewel Gausman and shawn Malarcher *Entre Nous / The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2011 - №73. - P. 4-8.

222. Sonmezer, M. Fertility preservation in female patients. / M. Sonmezer, Oktay K. // Human Reproduction Update. - 2004. - Vol. 10. - №3. - P. 251-266.
223. Van Bavel, J. Choice of Study Discipline and the Postponement of Motherhood in Europe: The Impact of Expected Earnings, Gender Composition, and Family Attitudes / J. Van Bavel // Demography. - 2010. - 47(2) - P. 439-458.
224. Vitali, A. Theory and Low Fertility: A Comparative Perspective Preference / A. Vitali, B Fillari, A. Prskawetz // European Journal of Population. - 2009. – V. 25(4) - P. 413-438.
225. Weeder Kelly, S. Impaired fertility in African-American women: an investigation of behavioral risks / S. Weeder Kelly // J Natl Black Nurses Assoc. - 2010. - №21(2). - P. 9-15.
226. Wellings, K. Sexual and reproductive health -sexual behaviour in context: a global perspective / K. Wellings // Lancet. – 2006. - 368(9548). - P. 1706-1728.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.**Таблица 2**

**Динамика мужского и женского населения в Ахтубинском районе
за период с 2009 по 2013 гг (Чел/%)**

Населе- ние района	год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	26822/45,9	26700,5/45,6	26516,5/45,7	25747,5/46,0	23375/45,7
Женщин	31671,5/54,1	31776/54,4	31388/54,3	30278/54	27829,5/54,3
Всего	58493,5/100	58476,5/100	57904,5/100	56025,5/100	51204,5/100

Таблица 3

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Ахтубинском районе за период с 2009 по 2013 гг (Чел/%)**

Населен ие района	год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	18182,5/57,4	17402/54,7	16682/53,1	15312/50,6	15311,5/55,0
Всего женщин	31671,5/100	31776/100	31388/100	30278/100	27829,5/100

Таблица 4

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Ахтубинского района за период с 2009 по 2011 гг
(Чел/%)**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	46/0,2	2,5	69/0,4	3,8	72/0,4	13,1
Расстройст во менструаци й	153/0,8	8,2	297/1,7	16,3	228/1,4	4,1
Всего женщин фертильного возраста	18182,5/ 100		17402/100		16682/ 100	

Таблица 5

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Ахтубинского района за период с 2012 по 2013 гг
(Чел/%)**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин	Чел/%	На 1000 женщин

		фертильного возраста		фертильного возраста
Бесплодие	75/0,5	4,5	68/0,5	4,4
Расстройство менструаций	156/1,0	9,4	185/1,2	12,1
Всего женщин фертильно-го возраста	15312/100		15311,5/100	

Таблица 6

**Впервые установленный диагноз бесплодия и расстройство менструаций
у женщин фертильного возраста Ахтубинского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	46/100	2,5	69/100	3,8	72/100	4,1
Из них впервые установле- но	21/45,6	1,1	34/49,3	1,9	23/31,9	1,3
Всего женщин с расстр. менстр.	153/0,8	8,2	297/1,7	16,3	228/1,4	13,1
Из них впервые установле- но	122/79,7	6,5	197/66,3	10,8	176/77,2	10,1

Таблица 7

**Впервые установленный диагноз бесплодия и расстройство менструаций
у женщин фертильного возраста Ахтубинского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	75/100	4,5	68/100	4,4
Из них впервые установлено	17/22,0	1,0	19/27,9	1,2
Всего женщин с расстр. менстр.	156/1,0	9,4	185/1,2	12,1
Из них впервые установлено	80/51,3	4,8	73/39,5	4,8

Таблица 8

**Динамика мужского и женского населения в Володарском районе
за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населе-ние района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	17063/47,4	17123,5/47,3	17104/47,1	17064/47,1	17070/47,2
Женщин	18942,5/52,6	19090,5/52,7	19177/52,9	19136,5/52,9	19059/52,8
Всего	36005,5/100	36214/100	36281/100	36200,5/100	36129/100

Таблица 9

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Володарском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населен ие района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	13001,5/68,6	13222,5/69,3	12942/67,48	12594/68,8	12368,5/64,9
Всего женщин	18942,5/100	19090/100	19177/100	19136,5/100	19059/100

Таблица 10

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Володарского района за период с 2009 по 2011гг
(Чел/%)**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильног о возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильног о возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильног о возраста
Бесплодие	17/0,1	1,3	17/0,1	1,3	13/0,1	1,0
Рас- стройство менструа- ций	39/0,3	3,0	31/0,2	2,3	39/0,3	3,0
Всего женщин фертильно -го возраста	13001,5/100		13222,5/100		12942/100	

Таблица 11

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Володарского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного	Чел/%	На 1000 женщин фертильного

		возраста		возраста
Бесплодие	11/0,1	0,9	9/0,1	0,7
Рас-стройство менструа-ций	31/0,2	2,5	14/0,1	1,1
Всего женщин фертильно-го возраста	12594/100		12368,5/100	

Таблица 12

Впервые установленный диагноз бесплодия и расстройства менструаций у женщин фертильного возраста Володарского района за период с 2009 по 2011гг

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	17/100	1,3	17/100	1,3	13/100	1,0
Из них впервые установле-но	2/11,8	0,2	7/41,2	0,5	2/15,4	0,2
Всего женщин с расстр. менстр.	39/100	3,0	31/100	2,3	39/100	3,0
Из них впервые установле-но	25/64,1	1,9	19/61,3	1,4	16/41,0	1,2

Таблица 13

Впервые установленный диагноз бесплодия и расстройства менструаций у женщин фертильного возраста Володарского района за период с 2012 по 2013гг

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	11/100	0,9	9/100	0,7
Из них впервые установлено	2/18,2	0,2	1/11,1	0,1
Всего женщин с расстр. менстр.	31/100	2,5	14/100	1,1
Из них впервые установлено	6/19,4	0,5	2/14,3	0,2

Таблица 14

Динамика мужского и женского населения в Енотаевском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)

Населе-	Год
---------	-----

ние Района	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	10252/47,0	10287,5/46,8	10017/46,8	9688/45,3	9607,5/47,0
Женщин	11582/53	11674,5/53,2	11368/53,2	10960/54,7	10836/53
Всего	21834/100	21962/100	21385/100	20648/100	20443,5/100

Таблица 15

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Енотаевском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населен ие района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	7500/64,7	7410,5/63,5	7019/61,7	6582/60,0	6387/58,9
Всего женщин	11582/100	11674,5/100	11368/100	10960/100	10836/100

Таблица 16

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Енотаевского района за период с 2009 по 2011гг
(Чел/%)**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного о возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	17/0,2	2,3	21/0,3	2,8	28/0,4	4,0
Рас- стройство менструа- ций	77/1,0	10,3	91/1,2	12,3	53/0,8	7,6
Всего женщин фертильно- го возраста	7500/10 0		7410,5/100		7019/1 00	

Таблица 17

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Енотаевского района за период с 2012 по 2013гг
(Чел/%)**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	21/0,3	3,2	21/0,3	3,3
Рас-стройство	33/0,5	5,0	29/0,4	4,5

менструа-ций				
Всего женщин фертильно-го возраста	6582/100		6387/100	

Таблица 18

Впервые установленный диагноз бесплодия и расстройства менструаций у женщин фертильного возраста Енотаевского района за период с 2009 по 2011гг

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	17/100	2,3	21/100	2,8	28/100	4,0
Из них впервые установлено	4/23,5	0,5	8/38,0	1,1	10/35,7	1,4
Всего женщин с расстр. менстр.	77/100	10,3	91/100	12,3	53/100	7,6
Из них впервые установлено	54/70,1	7,2	69/75,8	9,3	25/41,2	3,6

Таблица 19

Впервые установленный диагноз бесплодия и расстройства менструаций у женщин фертильного возраста Енотаевского района за период с 2012 по 2013гг

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	21/100	3,2	21/100	3,3
Из них впервые установлено	7/33,3	1,1	5/23,8	0,8
Всего женщин с расстр. менстр.	33/100	5,0	29/100	4,5
Из них впервые установлено	17/51,5	2,6	17/58,6	2,7

Таблица 20

Динамика мужского и женского населения в Икрянинском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)

Население	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013

района					
Мужчин	17812/46	17808,5/45,9	17543/45,9	17468,5/46,1	17558/46,2
Женщин	20826/54	21023/54,1	20699/54,1	20422/53,9	20391,5 /53,8
Всего	38638/100	38831,5/100	38241,5/100	37890,5/100	37949,5/100

Таблица 21

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Икрянинском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Население района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	12417/59,6	12277,5/58,4	11842,5/57,2	11357/55,6	11100/54,4
Всего женщин	20826/100	21023/100	20699/100	20422/100	20391,5/100

Таблица 22

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Икрянинского района за период с 2009 по 2011гг
(Чел/%)**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	14/0,1	1,1	19/0,2	1,5	18/0,2	1,5
Рас- стройство менструа- ций	267/2,2	21,5	391/3,2	31,8	317/2,7	26,8
Всего женщин фертильно- го возраста	12417/100		12277,5/100		11842,5/100	

Таблица 23

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Икрянинского района за период с 2012 по 2013гг
(Чел/%)**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	28/0,2	2,5	21/0,2	1,9
Рас-стройство	323/2,8	28,4	154/1,4	13,9

менструа-ций				
Всего женщин фертильно-го возраста	11357/100		11100/100	

Таблица 25

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Икрянинского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертиль- ного возраста
Всего женщин с бесплодием	14/100	1,1	19/100	1,5	18/100	1,5
Из них впервые установле- но	5/35,7	0,4	11/57,9	0,9	11/61,1	0,9
Всего женщин с расстр. менстр.	267/100	21,5	391/100	31,8	317/100	26,8
Из них впервые установле- но	211/79,0	17,0	316/80,8	25,7	249/78,5	21,0

Таблица 26

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Икрянинского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	28/100	2,5	21/100	1,9
Из них впервые установлено	9/32,1	0,8	11/52,4	1,0
Всего женщин с расстр. менстр.	323/100	28,4	154/100	13,9
Из них впервые установлено	251/77,7	22,1	124/80,5	11,2

Таблица 27

**Динамика мужского и женского населения в Камызякском районе
за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населе- ние района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	19303/48,2	19358,5/48,0	18895/47,8	18519/47,7	18561,5/47,9
Женщин	20758,5/51,8	20922/52	20622/52,2	20309/52,3	20214/52,1
Всего	40061,5/100	40280,5/100	39517/100	38828/100	38775,5/100

Таблица 28

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Камызякском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населен ие района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	13116,5/63,2	12886/61,6	12339/59,8	11735/57,8	11380,5/56,3
Всего женщин	20758,5/100	20922/100	20622/100	20309/100	20214/100

Таблица 29

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Камызякского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильн ого возраста
Бесплодие	54/0,4	4,1	30/0,2	2,3	33/0,3	2,7
Рас- стройство менструа- ций	294/2,2	22,4	293/2,3	22,7	303/2,4	24,6
Всего женщин фертильно- го возраста	13116,5 /100		12886/100		12339/100	

Таблица 30

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Камызякского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	42/0,4	3,6	27/0,2	2,4
Рас-стройство менструа-ций	310/2,6	26,4	247/2,2	21,7

Всего женщин фертильно-го возраста	11735/100		11380,5/100	
------------------------------------	-----------	--	-------------	--

Таблица 31

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Камызякского района период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	54/100	4,1	30/100	2,3	33/100	2,7
Из них впервые установлено	9/16,6	0,7	9/30,0	0,7	17/51,5	1,4
Всего женщин с расстр. менстр.	294/100	22,4	293/100	22,7	303/100	24,6
Из них впервые установлено	191/65,0	14,6	228/77,8	17,7	190/62,7	15,4

Таблица 32

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Камызякского района период с 2012 по 2013гг.**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	42/100	3,6	27/100	2,4
Из них впервые установлено	17/40,5	1,4	12/44,4	1,1
Всего женщин с расстр. менстр.	310/100	26,4	247/100	21,7
Из них впервые установлено	192/61,9	16,4	162/61,6	14,2

Таблица 33

**Динамика мужского и женского населения в Красноярском районе
за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населе-	Год
---------	-----

ние района	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	13110/47,4	13110,5/47,0	12788,5/46,7	12476/46,3	12508/46,3
Женщин	14524/56,2	14726,5/53	14575/53,3	14445/53,7	14463,5/53,7
Всего	27634/100	27837/100	27363,5/100	26921/100	26971,5/100

Таблица 34

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Красноярском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населен ие района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	10455/72,0	10315,5/70,0	9954/68,3	9616,5/66,6	9438/65,2
Всего женщин	14524/100	14726,5/100	14575/100	14445/100	14463,5/100

Таблица 35

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Красноярского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильн ого возраста
Бесплодие	10/0,1	1,0	13/0,1	1,3	20/0,2	2,0
Рас- стройство менструа- ций	148/1,4	14,2	195/1,9	18,9	156/1,6	15,7
Всего женщин фертильно- го возраста	10455/100		10315,5/100		9954/100	

Таблица 36

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Красноярского района за период с 2012 по 2031гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	13/0,1	1,4	32/0,3	3,4
Рас-стройство менструа-ций	195/2,0	20,3	86/0,9	9,1

Всего женщин фертильно-го возраста	9616,5/100		9438/100	
------------------------------------	------------	--	----------	--

Таблица 37

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Красноярского района период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	10/100	1,0	13/100	1,3	20/100	2,0
Из них впервые установлено	6/60,0	0,6	13/100	1,3	7/35,0	0,7
Всего женщин с расстр. менстр.	148/100	14,2	195/100	18,9	156/100	15,7
Из них впервые установлено	126/85,1	12,1	177/90,8	17,2	140/87,7	14,1

Таблица 38

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Красноярского района период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	13/100	1,4	32/100	3,4
Из них впервые установлено	5/38,5	0,5	3/9,4	0,3
Всего женщин с расстр. менстр.	195/100	20,3	86/100	9,1
Из них впервые установлено	169/86,7	17,6	77/89,6	8,2

Таблица 39

Динамика мужского и женского населения в Лиманском районе

за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)

Населе- ние района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	12179/46,1	12189/46,9	11849,5/46,8	11796/47,2	11831/47,4
женщин	13665/52,9	13777,5/53,1	13467/52,2	13155,5/52,8	13095/52,6
всего	25844/100	25966,5/100	25316/100	24951,5/100	24926/100

Таблица 40

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Лиманском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населен ие района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	8643/63,2	8495/61,7	8682,5/64,5	8150,5/62	7276,5/55,6
Всего женщин	13665/100	13777,5/100	13467/100	13155,5/100	13095/100

Таблица 41

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Лиманского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	7/0,08	0,8	13/0,2	1,5	8/0,09	0,9
Рас- стройство менструа- ций	48/0,6	5,6	26/0,3	3,1	29/0,3	3,3
Всего женщин фертильно- го возраста	8643/100		8495/100		8682,5/100	

Таблица 42

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Лиманского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	9/0,1	1,1	17/0,2	2,3

Рас-стройство менструа-ций	31/0,4	3,8	34/0,5	4,7
Всего женщин фертильно-го возраста	8150,5/100		7276,5/100	

Таблица 43

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Лиманского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	7/100	0,8	13/100	1,5	8/100	0,9
Из них впервые установле-но	2/28,0	0,2	1/7,7	0,1	2/25,0	0,2
Всего женщин с расстр. менстр.	48/100	5,6	26/100	3,1	29/100	3,3
Из них впервые установле-но	30/62,5	3,5	12/46,2	1,4	19/65,5	2,2

Таблица 44

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Лиманского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	9/100	1,1	17/100	2,3
Из них впервые установлено	1/11,1	0,1	4/23,6	0,5
Всего женщин с расстр. менстр.	31/100	3,8	34/100	4,7
Из них впервые установлено	18/58,0	2,2	3/8,8	0,4

Таблица 45

Динамика мужского и женского населения в Наримановском районе

за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)

Населе- ние района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	17056/47,9	17148/47,1	17014/47,4	16990/47,8	17227/47,0
Женщин	18544,5/52,1	19195/52,9	18867/52,6	18533/52,2	18667/52,1
Всего	35600,5/100	36343/100	35881/100	35523/100	35894/100

Таблица 46

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Наримановском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Население района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	12830/75,2	12778/75,5	11533/67,8	10949/64,4	11449/66,5
Всего женщин	17056/100	17148/100	17014/100	16990/100	17227/100

Таблица 47

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Наримановского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильног о возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильног о возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильног о возраста
Бесплодие	37/0,3	2,9	29/0,2	2,3	33/0,3	2,9
Рас- стройство менструа- ций	89/0,7	6,9	97/0,8	7,6	62/0,5	5,4
Всего женщин фертильно -го возраста	12830/100		12778/100		11533/100	

Таблица 48

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Наримановского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	35/0,3	3,2	46/0,4	4,0
Рас-стройство менструа-ций	104/0,9	9,5	76/0,7	6,6

Всего женщин фертильно-го возраста	10949/100		11449/100	
------------------------------------	-----------	--	-----------	--

Таблица 49

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Наримановского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	37/100	2,9	29/100	2,3	33/100	2,9
Из них впервые установлено	12/34,4	0,9	9/31,0	0,7	10/30,3	0,9
Всего женщин с расстр. менстр.	89/100	6,9	97/100	7,6	62/100	5,4
Из них впервые установлено	43/48,3	3,4	56/57,7	4,4	16/25,8	1,4

Таблица 50

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Наримановского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	35/100	3,2	46/100	4,0
Из них впервые установлено	5/14,3	0,5	16/34,8	1,4
Всего женщин с расстр. менстр.	104/100	9,5	76/100	6,6
Из них впервые установлено	69/66,3	6,3	44/57,9	3,8

Таблица 51

**Динамика мужского и женского населения в Приволжском районе
за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населе-	Год
---------	-----

ние района	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	15395/47,3	15468,5/46,7	15643/46,7	16013/47,2	16364/47,8
Женщин	17087,5/52,7	17661/53,3	17794/53,3	17895,5/53,8	18047,5/52,2
Всего	32482,5/100	33129,5/100	33437/100	33908,5/100	34411,5/100

Таблица 52

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Приволжском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Население района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	11621/68,0	11607/65,7	11507/64,7	11426/64,2	11357/62,9
Всего женщин	17087,5/100	17661/100	17794/100	17895,5/100	18047,5/100

Таблица 53

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Приволжского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильн ого возраста
Бесплодие	47/0,4	4,0	48/0,4	4,1	36/0,3	3,1
Рас- стройство менструа- ций	144/1,2	12,4	127/1,0	10,9	141/1,2	12,3
Всего женщин фертильно- го возраста	11621/100		11607/100		11507/100	

Таблица 54

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Приволжского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	48/0,4	4,2	55/0,5	4,8
Рас-стройство менструа-ций	152/1,3	13,3	243/2,1	21,4
Всего женщин фертильно-го возраста	11426/100		11357/100	

Таблица 55

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Приволжского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертиль- ного возраста
Всего женщин с бесплодием	47/100	4,0	48/100	4,1	36/100	3,1
Из них впервые установле- но	22/46,8	1,9	24/50,0	2,1	17/47,2	1,5
Всего женщин с расстр. менстр.	144/100	12,4	127/100	10,9	141/100	12,3
Из них впервые установле- но	92/63,8	7,9	70/55,11	6,0	65/46,0	5,6

Таблица 56

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Приволжского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	48/100	4,2	55/100	4,8
Из них впервые установлено	24/50,0	2,1	28/50,9	2,5
Всего женщин с расстр. менстр.	152/100	13,3	243/100	21,4
Из них впервые установлено	97/63,8	8,5	181/74,5	15,9

Таблица 57

**Динамика мужского и женского населения в Харабалинском районе
за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Населе- ние района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	15052/47,4	15100,5/47,2	15124,5/47,2	15203/47,2	15305,5/47,4
Женщин	16716,5/52,6	16896/52,8	16926/52,8	16973/52,8	16968/52,6
Всего	31768,5/100	31996,5/100	32050,5/100	32176/100	32273,5/100

Таблица 58

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Харабалинском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Население района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	11108/66,5	10943,5/64,7	10744/63,5	10459/61,6	10181/60,0
Всего женщин	16716,5/100	16896/100	16926/100	16973/100	16968/100

Таблица 59

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Харабалинского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	49/0,4	4,4	40/0,4	3,7	42/0,4	3,9
Рас- стройство менструа- ций	39/0,4	3,5	41/0,4	3,7	75/0,7	7,0
Всего женщин фертильно- го возраста	11108/100		10943,5/100		10744/100	

Таблица 60

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Харабалинского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	46/0,4	4,4	40/0,4	3,9
Рас-стройство менструа-ций	41/0,4	3,9	66/0,6	6,5
Всего женщин фертильно-го возраста	10459/100		10181/100	

Таблица 61

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Харабалинского района в период с 2009 по 2011гг**

Население	Год
-----------	-----

района	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	49/100	4,4	40/100	3,7	42/100	3,9
Из них впервые установлено	22/44,8	2,0	9/22,5	0,8	14/33,3	1,3
Всего женщин с расстр. менстр.	39/100	3,5	41/100	3,7	75/100	7,0
Из них впервые установлено	21/53,8	1,9	13/31,0	1,2	51/68,0	4,7

Таблица 62

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Харабалинского района в период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	46/100	4,4	40/100	3,9
Из них впервые установлено	17/40,0	1,6	9/22,5	0,9
Всего женщин с расстр. менстр.	41/100	3,9	66/100	6,5
Из них впервые установлено	17/41,5	1,6	14/21,2	1,4

Таблица 63

**Динамика мужского и женского населения в Черноярском районе
за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Население района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	7762/48,2	7797/48,0	7786/48,0	7678,5/48,0	7599,5/48,0
Женщин	8343/51,8	8459/52,0	8423/52,0	8321,5/52,0	8252/52,0
Всего	16105/100	16256/100	16208,5/100	16000/100	15851,5/100

Таблица 64

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Черноярском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Население района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	5294/63,5	5249/62,0	5093/60,5	4866/57,7	4712/57,1
Всего женщин	8343/100	8459/100	8423/100	8321,5/100	8252/100

Таблица 65

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Черныярского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	15/0,3	2,8	9/0,2	1,7	8/0,2	1,6
Рас-стройство менструаций	79/1,5	14,9	74/1,4	14,1	61/1,2	12,0
Всего женщин фертильно-го возраста	5294/100		5249/100		5093/100	

Таблица 66

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Черныярского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	8/0,2	1,6	9/0,2	1,9
Рас-стройство менструаций	28/0,5	5,8	12/0,3	2,5
Всего женщин фертильно-го возраста	4866/100		4712/100	

Таблица 67

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Черныярского района за период с 2009 по 2011**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста

Всего женщин с бесплодием	15/100	2,8	9/100	1,7	8/100	1,6
Из них впервые установлено	11/73,3	2,1	5/55,5	1,0	4/50,0	0,8
Всего женщин с расстр. менстр.	79/100	14,9	74/100	14,1	61/100	12,0
Из них впервые установлено	31/39,2	5,9	25/33,8	4,8	11/18,0	2,2

Таблица 68

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Черноярского района за период с 2012 по 2013**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	8/100	1,6	9/100	1,9
Из них впервые установлено	3/37,5	0,6	1/11,1	0,2
Всего женщин с расстр. менстр.	28/100	5,8	12/100	2,5
Из них впервые установлено	15/53,6	3,1	1/8,3	0,2

Таблица 69

**Динамика мужского и женского населения в Знаменском районе
за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Население района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчин	13606/53,3	13624/53,3	13221/53,8	12762/54,3	13486,5/53,6
Женщин	11913,5/46,7	11943/46,7	11355/47,2	10735/46,7	11656,5/47,4
Всего	25519,5/100	25567/100	24575,5/100	23497/100	25143/100

Таблица 70

**Динамика женского населения фертильного возраста
в Знаменском районе за период с 2009 по 2013гг (Чел/%)**

Население района	Год				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ферт. Воз.	8365/70,2	8184,5/68,7	7513,5/66,2	6668,5/62,1	6827,5/58,6
Всего женщин	11913,5/100	11943/100	11355/100	10735/100	11656,5/100

Таблица 71

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Знаменского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	16/0,2	1,9	14/0,2	1,7	25/0,3	3,3
Рас-стройство менструаций	97/1,2	11,6	91/1,1	11,1	100/1,3	13,3
Всего женщин фертильно-го возраста	8365/100		8184,5/100		7513,5/100	

Таблица 72

**Динамика бесплодия и расстройств менструаций
у женщин фертильного возраста Знаменского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Бесплодие	27/0,4	4,0	21/0,3	3,1
Рас-стройство менструаций	165/2,5	24,7	164/2,4	24,0
Всего женщин фертильно-го возраста	6668,5/100		6827,5/100	

Таблица 73

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Знаменского района за период с 2009 по 2011гг**

Население района	Год					
	2009		2010		2011	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	16/100	1,9	14/100	1,7	25/100	3,3
Из них	5/31,3	0,6	1/7,1	0,1	13/52,0	0,7

впервые установле- но						
Всего женщин с расстр. менстр.	97/100	11,6	91/100	11,1	100/100	13,3
Из них впервые установле- но	81/83,5	9,7	79/86,8	9,7	88/88,0	11,7

Таблица 74

**Впервые установленный диагноз бесплодия
у женщин фертильного возраста Знаменского района за период с 2012 по 2013гг**

Население района	Год			
	2012		2013	
	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста	Чел/%	На 1000 женщин фертильного возраста
Всего женщин с бесплодием	27/100	4,0	21/100	3,1
Из них впервые установлено	6/22,2	0,9	1/4,5	0,1
Всего женщин с расстр. менстр.	165/100	24,7	164/100	24,0
Из них впервые установлено	112/67,8	16,8	104/63,4	15,2