жительного эффекта необходим курс приёма от 10 до 30 дней.

При приеме препарата не выявлены побочные эффекты и осложнения, кроме индивидуаль ных аллергических реакций на белок коровьего молока.

«Трилакт» обладает высокой клинической и микробиологической активностью при лечении заболеваний различной этиологии и тяжести.

## АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В СЕЛЬСКИХ РЕГИОНАХ (НА ПРИМЕРЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Лобжанидзе Н.В.
*Астрахань*

В улучшении демографической ситуации немаловажную роль призвано сыграть здравоохранение. Взаимосвязь здравоохранения с демографическими процессами обладает характером обратной связи: не только течение демографических процессов влияет на здравоохранение и во многом определяет его политику, но и сама тактика и стратегия здравоохранения, в свою очередь, оказывают значительное влияние на структуру и темпы демографических процессов. В силу этого обстоятельства усилия медиков, направленные на укрепление здоровья женщин, могут и должны стать существенным фактором социального управления демографическими процессами, важным моментом в проведении комплексной активной демографической политики.

Учитывая все вышесказанное, мы сочли необходимым провести анализ гинекологической заболеваемости в районах Астраханской области за 1998-2002гг.

По районам Астраханской области гинекологическая заболеваемость была достаточно вариабельна. Так, аднексит встречался чаще всего в Наримановском (26,2%), и Камызякском (21,3%) районах. Особенно высокой была заболеваемость аднекситом в Харабалинском районе (37,9%). При этом в Наримановском, Красноярском (20,2%) и Харабалинском районах также наблюдалась высокая заболеваемость эндометритом (от 15,1% до 26,5%), тогда как в Камызякском районе заболеваемость эндометритом была сравнительно низкой (7,5%).

Самая низкая заболеваемость аднекситом наблюдалась в Черноярском (7,4%) и Енотаевском (5,8%) районах. При этом эндометрит в Черноярском районе встречался гораздо реже (7,0%), чем в Енотаевском, где наблюдалась самая высокая заболеваемость по данной нозологической форме (17,9%).

В Лиманском, Володарском, Ахтубинском, Икрянинском районах заболеваемость аднекситом варьировала от 17,1% до 12,2%. Эндометрит в данных районах встречался от 15,1% до 10,5%. Исключение составлял Володарский район, где заболеваемость эндометритом была соответственно 6,1% и 6,2%.

По частоте встречаемости эндометриоза все районы области можно условно разделить на четыре группы. В первую группу входят районы, где заболеваемость эндометриозом составляла меньше одного процента. Это Наримановский (0,8%) район. Ко второй группе относятся районы, где заболеваемость данной патологией не превышала 3%. Это Ахтубинский (2,8%), Икрянинский (2,6%) и Черноярский (2,1) районы. Третью группу составили районы, где эндометриоз составлял до 4% всей гинекологической патологии. Сюда вошли Камызякский (3,8%) и Енотаевский районы. В последнюю –группу вошли районы, где заболеваемость эндометриозом была выше 4%. Это Харабалинский (4,2%), Лиманский (4,6%), Приволжский (5,6%) и Красноярский (7,2%) районы.

Таким образом, можно сказать, что гинекологическая заболеваемости имеет свою специфику в зависимости от региона области.

## АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ К СОСТОЯНИЮ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ

Лобжанидзе Н.В.
*Астрахань*

Здоровье людей вообще и женщин в частности не только объект системы здравоохранения, это и важная социально-демографическая характеристика. Поскольку здоровье (жизнеспособность) не застывшее состояние, а динамичный процесс, который зависит от связи и отношений между отдельными поколениями, а также испытывает непосредственное воздействие условий и образа жизни, постольку его следует рассматривать в развитии, т.е. в ходе изменения его вследствие воздействия различных медико - биологических и социальных факторов.

Мы провели анкетирование пациенток с гинекологическими заболеваниями, направленных на обследование в областной перинатальный центр и госпитализированных в гинекологическое отделение областной клинической больницы №1 г.Астрахани за изучаемый период с 1999г по 2004г. с целью анализа их отношения к состоянию собственного здоровья. При составлении анкеты мы учитывали частоту обращения к гинекологу, причины редкого обращения к специалисту, качество прохождения обследования, санаторно-курортное лечение, нагрузки во время менструаций, отношение к одежде и контрацепции. Все анкетируемые были разбиты на две группы: городские и сельские пациентки.

При анализе отношение гинекологических больных к состоянию собственного здоровья, можно сказать, что большинство городских и сельских пациенток не проходит профилактических осмотров у гинеколога и обращается к специалисту только в случае заболевания. Среди причин редкого обращения к гинекологу 43% городских женщин отметили «не читаю нужным», большинство сельских пациенток (72%) не доверяли местному врачу, около 50% как городских, так и сельских пациенток указали как причину редких визитов к гинекологу стеснение. Среди других причин редкого обращения 2% указали нехватку времени.

46,7% городских и 68,5% сельских пациенток не пользуются больничным листом во время гинекологических заболеваний, подавляющее большинство

женщин не проходит санаторно-курортного лечения из-за отсутствия средств и времени.

Большинство городских пациенток старались ограничивать физические нагрузки во время менструаций, тогда как среди сельских женщин такой практики не наблюдалось. Среди сельских пациенток 36,8% женщин не знали, что физические нагрузки во время менструаций необходимо ограничивать, 10% не считали нужным, а 23% не имели такой возможности. Обе группы больных предпочитают хлопчатобумажное белье синтетическому, причем, большинство сельских пациенток в холодное время года в отличие от горожанок, носит теплое белье.

Многие обследуемые нами городские и сельские пациентки использовали сразу несколько видов контрацепции. Так, больше половины городских пациенток использовали различные таблетированные средства контрацепции (65,2%-68,9%). Среди сельских пациенток этот вид контрацепции пользовался гораздо меньшей популярностью (22,3%), зато эта группа пациенток часто использовала перерыв в половой жизни во время «опасных дней» (65,7%-77,8%). Спиралью, как средством контрацепции пользовалось 15,5% городских и 9% сельских пациенток. Презервативы используют 46% городских и вдвое меньше сельских пациенток (24%). В 1999г. 17,2% городских и 21,1% сельских пациенток не применяли никаких средств контрацепции. К 2003г. это число уменьшилось у городских женщин до 12,7%, а у сельских до 19,9%.

## ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛЬГОТНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН

Маслова Е.С., Резинкина Т.А.,
Ветрова Н.К., Шишелова Т.И.
*Главное управление здравоохранения Иркутской области,*
*Муниципальное учреждение здравоохранения Поликлиника №1,*
*Иркутский государственный технический университет*

Приоритетным направлением деятельности амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения на настоящий момент является реализация Федерального закона №122 о монетизации льгот в части поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами. Реализация Федерального закона № 122 обеспечит поднятие рейтинга амбулаторно-поликлинического звена, поскольку даст возможность повысить эффективность и качество лечения пациентов на амбулаторном этапе. Федеральный бюджет на лекарственное обеспечение увеличен в пять раз, в десять раз расширен перечень лекарственных средств, препараты с низкой эффективностью исключены из списка, сделаны первые шаги к идентификационной системе. Впервые налажена система статистического учета льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО). Предлагаемая программа ЛЛО отдельных категорий граждан предполагает эффективное использование финансовых ресурсов. В соответствии с проводимой реформой по организации льготного лекарственного обеспечения на уровне поликлиники появилась возможность разработать методы, направленные на обеспечение качества, доступности и рационального использования лекарственных средств.

Однако, новый закон основательно добавил бумажной работы врачам, в то время, когда поликлиники недоукомплектованы участковыми терапевтами. Труд участкового и так считается самым рутинным, теперь врач амбулаторного приема должен заполнить 5 учетных форм – амбулаторную карту больного, талон амбулаторного приема, рецепт, паспорт участка и реестр выписанных лекарственных препаратов. Форма рецептурного бланка № 148-1/у-04(л) сложна и трудоемка в заполнении, требует больших затрат времени для выписки рецепта. Обязательным стало указание в рецепте 13-значного кода ЛПУ, шифра заболевания, номера пенсионного удостоверения (11-значный страховой номер индивидуального лицевого счета - СНИЛС), категории лекарственного обеспечения, а также данных о медицинском страховом полисе (11-значное число). Сложность заполняемой учетно-отчетной документации и ее количество вызывает негативное отношение и недовольство медицинских работников, создает напряженность в медицинских коллективах. На основании хронометража рабочего времени установлено, что оформление рецептов «от руки» занимает до 80% времени приема врача. В 15 минут, отведенные участковому терапевту на прием каждого пациента, при всем желании не уложиться. Это отрицательно сказываются на качестве оказания медицинской помощи.

Большинство экспертов считают, что стратегия реформы совершенно правильная. И главная задача сегодня - максимально быстро навести элементарный порядок, чтобы люди не томились в очередях за бесплатными рецептами, чтобы врачи тратили как можно меньше времени на их выписку и, наконец, чтобы нужное лекарство ожидало пациента в аптеке. Поэтому перед организаторами здравоохранения на сегодня существуют два пути реализации Федерального закона.

Первый путь – это увеличить время врача на прием одного пациента. Согласно письма министра здравоохранения и социального развития М.Ю. Зурабова №26-МЗ от 21.01.2005г. «Об организации работы по медицинскому обеспечению отдельных категорий граждан, получателей набора социальных услуг» - это стало возможным. Время на один амбулаторный прием увеличено до 18 минут на повторного пациента и 20 минут на первичного больного. Однако увеличение времени амбулаторного приема вызовет дефицит выполнения Программы государственных гарантий. Годовой дефицит только по данным МУЗ поликлиники №1 составит порядка 100000 посещений, что приведет к дефициту финансирования ЛПУ.

Второй путь предусматривает внедрение в поликлиниках новых технологий, единой программной поддержки для выписки рецептов и автоматизированного ведения первичной медицинской документации, что позволит не увеличивать время врача на один ам-