

*На правах рукописи*

ДЗИДЗАРΙΑ ФАТИМА ГУДИСОВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ  
ТЕХНОЛОГИЙ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва, 2023

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

**Научный руководитель:** доктор фармацевтических наук, профессор  
Фомина Анна Владимировна

**Официальные оппоненты:**

Васильева Татьяна Павловна – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», главный научный сотрудник

Кочорова Лариса Валерьяновна – доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, профессор

Гараева Амина Султановна – доктор медицинских наук, доцент, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, профессор

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в 14-00 часов на заседании диссертационного совета ПДС 0300.023 при ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке (УНИБЦ) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» по адресу: г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6.

Электронные версии диссертации и автореферата размещены на сайте РУДН по адресу: <https://www.rudn.ru/science/dissovet>

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
профессор

А.В. Фомина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность исследования.**

Здоровье будущего поколения страны во многом зависит от здоровья женщины, в том числе оно зависит от репродуктивного здоровья и связано с гинекологической заболеваемостью. Охрана здоровья женщин остается одной из важных задач здравоохранения, при этом проблема охраны репродуктивного здоровья женщин в России приобрела в настоящее время чрезвычайный характер, что обусловлено как численным снижением демографического резерва, так и качественным снижением репродуктивного потенциала страны [Стародубов В.И. и соавт., 2011; Тулупова М.С., Хамошина М.Б. и соавт., 2011; Сухих Г.Т. и соавт., 2013; Митковская Е.В., Костин И.Н., 2016].

Социально-экономическая значимость гинекологической заболеваемости обусловлена влиянием на численное снижение демографического резерва и качественное понижение репродуктивного потенциала страны. Анализ гинекологической заболеваемости в Российской Федерации позволяет отметить негативные тенденции, особенно связанные с ростом женского бесплодия [Анисимова О.Э. и соавт., 2019; Бутова В.Г., Рамазанова С.С., 2015]. Наряду с этим, по данным Росстата, отмечается снижение обеспеченности женского населения койками гинекологического профиля в круглосуточных стационарах с 9,3 (в 2009 г.) до 5,0 тыс. (в 2021 г.) на 10 000 женщин.

Проведение реформ в сфере здравоохранения, связанных со структурными преобразованиями в системе организации оказания медицинской, в том числе, гинекологической помощи, изменение механизмов финансирования требует поиска новых рациональных ресурсосберегающих методов и форм медицинского обслуживания, к которым относится развитие стационарзамещающих технологий, прежде всего, дневных стационаров [Руголь Л.В., Сон И.М., 2020; Магомадов Р.Х., Хачмамук Ф.К., 2018;]

Дневные стационары нашли широкое применение в лечении больных различного профиля [Агранович Н.В. и соавт., 2013; Жабоева С.Л. и соавт., 2014; Карайланов М.Г., 2016; Калининская А.А., Коновалов О.Е. и соавт., 2020; Федоткина С.А. и соавт., 2017].

Однако, не достаточно исследований, в которых проводится изучение влияния комплекса медицинских, демографических, социальных факторов на организацию медицинской помощи гинекологического профиля в условиях внедрения стационарзамещающих технологий, прежде всего, при развитии дневных стационаров.

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

Проблемам стационарной медицинской помощи при гинекологических заболеваниях посвящены работы ученых: Беликовой М.Е. (2011), Кочоровой Л.В. и соавт. (2013, 2017); Мустафиной Г.Т. (2013); Сидорова Г.А. и соавт. (2016); Стрижелецкого В.В. и соавт. (2019).

Отдельные результаты исследований организации медицинской помощи в дневных стационарах пациенткам с гинекологическими заболеваниями

изложены в работах Жаркина Н.А. и Остапенко И.А. (2014); Поповой С.С. (2011); Султанбековой Л.Н. и соавт. (2018); Шихметова А.Н. и соавт. (2017).

Эффективности внедрения стационарзамещающих технологий в практике оказания медицинской помощи женщинам с доброкачественными новообразованиями гинекологической сферы посвящены исследования Лобжанидзе А.А. и Цивьяна Б.Л. (2017).

Немногочисленные исследования и их результаты, рассматривающие проблематику влияния медико-социальных факторов на оказание гинекологической помощи освещены в работах Швырёвой Е.А. и соавт. (2014), представляющих характеристику социально-гигиенических аспектов трудовой деятельности женщин с гинекологической патологией, проходящих лечения в многопрофильном стационаре, в публикациях Цивьяна Б.Л. (2017), посвященных оптимизации медицинской помощи при доброкачественных новообразованиях органов женской половой сферы с учетом их медико-социальных характеристик. Приоритетные направления организации акушерско-гинекологической помощи в муниципальном образовании и пациентоориентированный подход представлены в публикациях Давыдова А.Ю. и соавт. (2017,2020).

#### **Цель исследования:**

На основании результатов медико-социального исследования разработать пути совершенствования организации медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в условиях развития стационарзамещающих технологий (на примере дневного стационара гинекологического профиля).

#### **Задачи исследования:**

1. Проанализировать динамику и структуру гинекологической заболеваемости, а также современные подходы к организации гинекологической помощи в условиях стационарзамещающих технологий.

2. Изучить медицинскую, демографическую и социальную характеристики пациенток с гинекологическими заболеваниями, проходящих лечение в дневном стационаре гинекологического профиля.

3. Проанализировать влияние медико-социальных факторов на госпитализацию женщин в дневной стационар гинекологического профиля и оказание им гинекологической помощи.

4. Научно обосновать и предложить мероприятия по совершенствованию организации гинекологической помощи в условиях развития стационарзамещающих технологий (на примере дневного стационара).

#### **Научная новизна исследования.**

Впервые представлены данные о структуре гинекологической заболеваемости женщин, госпитализированных в дневной стационар гинекологического профиля многопрофильной клинической больницы г. Москвы.

Проанализирована и впервые представлена медико-социальная характеристика женщин с гинекологическими заболеваниями, находящихся на лечении в дневном стационаре многопрофильной клинической больницы.

Изучены особенности оказания данному контингенту гинекологической помощи с использованием стационарзамещающих технологий.

Выявлены медико-социальные факторы и доказано их влияние на оказание гинекологической помощи в условиях стационарзамещающих технологий (на примере дневного стационара).

С учетом полученных результатов разработаны мероприятия по совершенствованию организации гинекологической помощи в условиях развития стационарзамещающих технологий (на примере дневного стационара).

### **Теоретическая и практическая значимость исследования:**

Практическая значимость работы заключается в получении научно-обоснованных данных о медико-социальных характеристиках женщин с гинекологическими заболеваниями, получающих медицинскую помощь с применением стационарзамещающих технологий.

Совершенствование оказания доступной медицинской помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями в условиях стационарзамещающих технологий позволяет планировать потребности в данном виде помощи на уровне медицинских организаций и регионального здравоохранения. Применение результатов исследования в работе медицинских организаций позволит повысить эффективность медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

Результаты исследования изложены в методических рекомендациях «Гигиеническая заболеваемость: особенности изучения, уровни и структура», (М., 2023).

Полученные в исследовании результаты внедрены в деятельность медицинских организаций: ГБУЗ «ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗМ» (акт внедрения от 18.02.2019), ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ» (акт внедрения от 12.09.2022), ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ» (акт внедрения от 23.03.2023)

Результаты исследований внедрены в учебный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсом правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России (акт внедрения от 07.03.2023), факультета непрерывного медицинского образования «Московский Медицинский университет «Реавиз» (акт внедрения от 16.03.2023), кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН (акт внедрения от 16.10.2020).

### **Методология и методы исследования.**

Общая методология работы соответствовала принципу системного подхода, позволившего научно обосновать и предложить пути совершенствования организации гинекологической помощи в условиях развития стационарзамещающих технологий (на примере дневного стационара).

В работе были использованы следующие методы: библиографический, социологический, аналитический, статистический, метод сравнительного

анализа, методы функционального и логического моделирования, при обработке полученных материалов применялись методы вариационной статистики и корреляционного анализа.

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

1. Распространенность гинекологических заболеваний в РФ, ЦФО и г. Москве, анализ структуры заболеваемости пациенток, госпитализированных в дневной стационар свидетельствует о необходимости разработки направлений совершенствования организации гинекологической помощи в условиях развития стационарзамещающих технологий.
2. Результаты изучения особенностей медико-социальной характеристики женщин с гинекологическими заболеваниями позволяют разработать рекомендации по совершенствованию организации медицинской помощи данному контингенту больных при прохождении лечения в дневном стационаре.
3. Оценка организации медицинской помощи женщинам в дневном стационаре гинекологического профиля включает установление статистически значимых зависимостей между медико-социальными факторами и показателями оказания гинекологической помощи данной категории пациентов.

#### **Степень достоверности и апробация результатов**

Степень достоверности полученных результатов исследования определяется достаточным и репрезентативным объемом выборок исследований. Методы статистической обработки результатов адекватны поставленным задачам. Положения, выводы и рекомендации, сформулированные в диссертации, аргументированы и являются результатом многоуровневого анализа.

Основные положения и результаты исследования доложены на: Межвузовской научно-практической конференции «Трансформация здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование – взгляд в будущее» (Москва, 24-25 марта 2016 г.); VIII Международной научной конференции «Science4health 2017» (Москва, 13-15 апреля 2017 г.), Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 6 апреля 2017 г.), Фестивале столичных медработников «Формула жизни», ассамблее здоровья Москвы (Москва, 5-6 декабря 2018 г.), Общероссийской научно-практической конференции акушер-гинекологов «Оттовские чтения» (Санкт-Петербург, 26-27 ноября 2019 г.), Ассамблеи «Здоровая Москва» (Москва, 16-19 января 2020 г.).

#### **Публикации.**

По материалам исследования опубликовано 8 печатных работ, в том числе 1 – в журнале, входящем в Международную базу цитирования (Web of Science), 3 – в журналах, входящих в Перечень ВАК и Перечень РУДН.

#### **Личный вклад автора.**

Основная часть диссертационных исследований (не менее 95% от общего объема) выполнена лично автором. Во всех работах, выполненных в

соавторстве, автору принадлежит постановка задачи, концепция основных методов исследований, анализ полученных результатов, непосредственное проведение исследований.

Автором сформирована рабочая гипотеза и определены тема, цели и задачи исследования, разработаны программа и методика исследования, осуществлены сбор и обработка информации, проведен полный анализ и подготовлены методические материалы и публикации по основным положениям диссертации.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, а именно пунктам 6,9,11.

#### **Объем и структура диссертации.**

Диссертационная работа состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложения. Текст диссертации изложен на 131 страницах машинописного текста. Работа иллюстрирована 20 таблицами, 36 рисунками, имеет приложение. Список использованной литературы включает 133 источника, в том числе 113 отечественных и 20 зарубежных.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность проблемы, определены и изложены цель и задачи исследования, раскрыты научная новизна и практическая значимость, сформулированы положения, выносимые на защиту, приведены сведения об апробации, публикациях и внедрении результатов научно-исследовательской работы в практику.

В **первой главе** представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по вопросу развития стационарзамещающих технологий в гинекологической практике. Проведенный анализ литературы позволил выявить необходимость изучения влияния комплекса медицинских, демографических, социальных факторов на организацию медицинской помощи гинекологического профиля в условиях внедрения стационарзамещающих технологий в условиях сохраняющего высокого уровня гинекологической заболеваемости, как в Российской Федерации, так и во многих зарубежных странах, и продолжающегося снижения числа коек гинекологического профиля в круглосуточных стационарах.

Во **второй главе** описаны этапы исследования и основные использованные материалы и методы. Обобщенные сведения об этапах исследования, источниках получения данных, а также методах сбора материала представлены в таблице 1.

На первом этапе исследования был проведен анализ гинекологической заболеваемости в России и за рубежом, а также современных подходов к

организации гинекологической помощи в условиях стационарзамещающих технологий, в том числе дневных стационаров, по данным литературных источников.

Таблица 1 – Программа исследования по изучению организации гинекологической помощи в условиях дневного стационара

Этапы исследования	Источники	Методы сбора данных и анализа	Результат
<u>I этап.</u> Изучение распространенности гинекологической заболеваемости в России и за рубежом, а также современных подходов к организации гинекологической помощи в условиях дневных стационаров (обзор литературных данных)	Литературные источники, нормативные и правовые документы (133 ед.)	Контент-анализ источников литературы, нормативных и правовых документов	Обоснование актуальности разработки научно-методических подходов к совершенствованию организации гинекологической помощи в условиях дневного стационара ЛПУ. Постановка цели и задач исследования, определение объектов и методов исследования
<u>II этап.</u> Анализ структуры и распространенности гинекологической заболеваемости в условиях оказания медицинской помощи в дневном стационаре	«Карта выкопировки данных из истории болезни (лечения в дневном стационаре)»	Сплошной метод наблюдения. Всего изучено <b>2908</b> случаев лечения за период 2015-2017 гг. Аналитический, статистический, сравнительный методы	Структура и распространенности гинекологической заболеваемости (на примере госпитализации в дневной стационар ЛПУ)
<u>III этап.</u> Изучение медицинской и социальной характеристики пациенток с гинекологическими заболеваниями, получающих помощь в условиях дневного стационара, оценка факторов, влияющих на госпитализацию в стационар и оказание медицинской помощи	«Анкета пациента дневного стационара лечебно-профилактического учреждения»	Выборочный метод наблюдения. Всего изучено мнение <b>263</b> пациенток дневного стационара в период 2017-2018 гг. Социологический, аналитический, статистический, сравнительный методы	Медико-социальная характеристика пациенток с гинекологическими заболеваниями, получающих помощь в условиях дневного стационара. Определение комплекса факторов, влияющих на потребность в получении гинекологической помощи в дневном стационаре.
<u>IV этап.</u> Разработка мероприятий по совершенствованию гинекологической помощи в условиях дневного стационара	Результаты I-III этапов исследования	Метод сравнительного анализа, методы функционального, логического моделирования	Разработка и реализация научно-обоснованных рекомендаций по оптимизации гинекологической помощи в условиях стационарзамещающих технологий

Базой для выполнения настоящего исследования послужило крупная многопрофильная медицинская организация («ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ»).

Объектами исследования явились: данные базы Федеральной службы государственной статистики (Росстата) и данные базы Минздрава России; данные медицинской документации госпитализированных в дневной стационар пациенток с гинекологическими заболеваниями; пациентки с гинекологическими заболеваниями, госпитализированные в дневной стационар, и проходившие там лечение (данные социологического опроса).

Предметами исследования стали: уровень и структура гинекологической заболеваемости; медико-социальная характеристика пациенток дневного стационара гинекологического профиля; медико-организационные мероприятия по совершенствованию гинекологической помощи в условиях развития стационарзамещающих технологий (на примере дневного стационара).

Второй этап исследования включал получение структуры и распространенности гинекологической заболеваемости на основе данных, полученных из медицинской документации. Выкопировка сведений проводилась с применением специально разработанной «Карты выкопировки данных из истории болезни (лечения в дневном стационаре)».

Ежегодно в дневном стационаре проходили лечение от 920 до 1000 пациенток с гинекологическими заболеваниями. Всего за три года проанализированы данные об оказании гинекологической помощи в дневном стационаре **2908** женщинам (сплошной метод наблюдения).

Для реализации третьего этапа исследования разработана специальная «Анкета пациента дневного стационара лечебно-профилактического учреждения». Анкета включала несколько блоков вопросов, которые позволили получить медико-социальную характеристику пациенток с гинекологическими заболеваниями, которые проходили лечение в условиях дневного стационара, а также определить комплекс факторов, влияющих на потребность в получении гинекологической помощи в дневном стационаре. Блок вопросов для получения социально-гигиенической характеристики пациенток включал такие характеристики, как возраст, социальная принадлежность, образование, семейное положение, условиях проживания семьи и материальное положение, наличие специфических психологических или физических нагрузок. Для оценки условий организации медицинской помощи в дневном стационаре вопросы включали условия направления в дневной стационар на лечение, сроки ожидания плановой госпитализации и другие.

Репрезентативность выборки рассчитана в соответствии с расчетами К.А. Отдельновой, согласно которым «в социологическом исследовании для достижения средней степени точности при  $t=2,0$  достаточно 100 наблюдений, при  $t=2,5$  – 156 наблюдений, при  $t=3,0$  – 225 наблюдений. Повышение точности требуется в специальных исследованиях, связанных с экономическими расчетами». К статистической обработке было отобрано **263** анкеты.

На основе карт выкопировок и анкет была создана база данных, статистический анализ полученных данных проведен в программе SPSS v.15. Данные представлены в виде количественных и категориальных переменных.

Для анализа использованы: описательная статистика (средние арифметические и среднеквадратические отклонения ( $\sigma$ ), частоты и таблицы сопряженности), сравнение средних по критерию Т, вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена, построение графиков. Для проверки статистических гипотез применялся критерий  $\chi^2$ -Пирсона. При выявлении статистически достоверных различий по группам приводятся значения значимости отличий (р), а выбор критериев определяется видом переменных

и характером их распределения. Уровень статистической надежности принят 95% ( $p < 0,05$ ). Для построения графиков использовалась программа MS Excel.

Результаты предыдущих этап исследования были положены в основу разработки и реализации научно-обоснованных рекомендаций по оптимизации гинекологической помощи в условиях дневного стационара медицинской организации, которые осуществлялись на четвертом этапе исследования.

В третьей главе представлены результаты анализа развития гинекологической помощи и уровней гинекологической заболеваемости, а также структуры заболеваемости пациенток, госпитализированных в дневной стационар.

Ретроспективный анализ в динамике обеспеченности женского населения стационарными гинекологическими койками и гинекологической заболеваемости по ряду патологий, включая число операций на женских половых органах, показал, что тенденции первичной и общей заболеваемости воспалительными болезнями женских тазовых органов сохраняется на одном уровне как в целом по РФ (за период 2014-2019 гг. уровень первичной заболеваемости данной патологией в РФ колебался в пределах от 3336,3 (в 2014 г.) до 2951,2 (в 2019 г.) на 100 000 женщин), так и в ЦФО и г. Москве, первичная и общая заболеваемость женским бесплодием растет (показатель общей заболеваемости женским бесплодием за 6-летний период увеличился как в РФ, так и в ЦФО и г. Москве: по РФ в целом увеличение показателя составило в 1,2 раза (с 697,2 на 100 000 женского населения до 853,7 на 100 000 женского населения), в ЦФО – в 1,6 раза, в г. Москве – в 1,8 раза), число хирургических операций на органах женской половой сферы составляет около 1,5 млн. в год (около 15% в структуре всех хирургических операций). При этом значительно снизился уровень обеспеченности женского населения гинекологическими койками: число гинекологических коек продолжает сокращаться, причем более интенсивными темпами, чем по другим профилям, за изучаемый за 10-летний период число гинекологических коек уменьшилось более чем на 1/3 (39,8%) с 64,6 тыс. до 38,9 тыс. (рисунок 1).

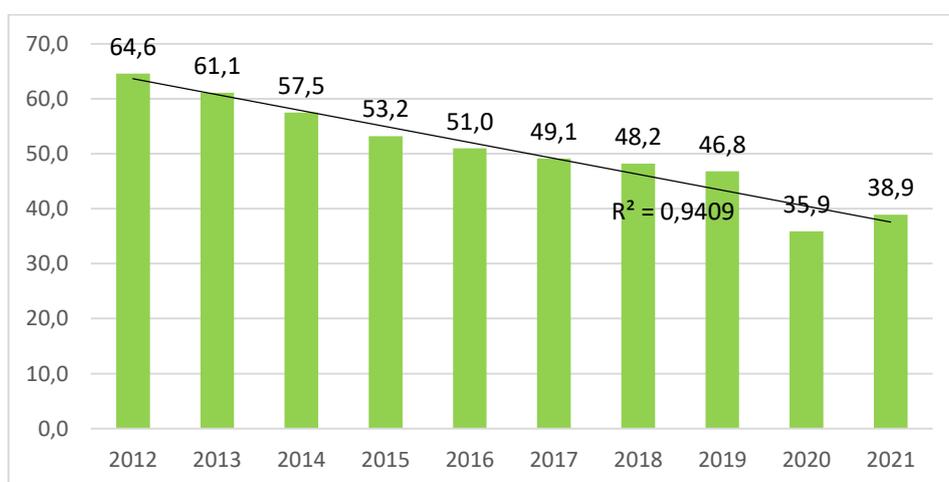


Рисунок 1. – Изменение числа гинекологических коек в Российской Федерации за период 2012-2021 гг., всего тыс. коек (данные Росстата)

Именно поэтому развитие сети дневных стационаров, в том числе гинекологического профиля, позволяет считать их наиболее перспективной формой оказания лечебно-профилактической помощи как возможная альтернатива госпитализации на койку с круглосуточным пребыванием

В структуре гинекологических заболеваний, лечение которых проходило в дневном стационаре, преобладали невоспалительные болезни женских половых органов (N80-N99) – 69,0% (2015 год), 78,6% (2016 год) и 82,3% (2017 год) от общего числа обращений в каждом изученном году (рисунок 2).

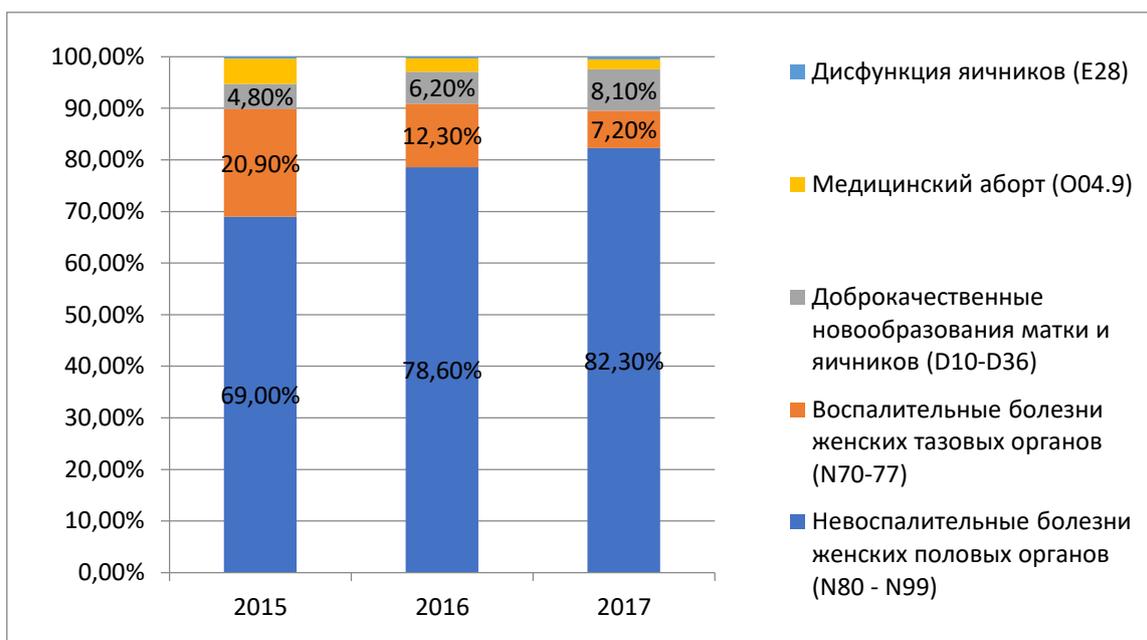


Рисунок 2. – Изменение структуры гинекологических заболеваний, лечение которых проходило в дневном стационаре в 2015-2017 гг.

В 2015 и 2016 годах второе место занимали воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-77) – 20,9% и 12,3% соответственно. При этом суммарно на класс XIV «Болезни мочеполовой системы» в 2017 году пришлось 89,5% (в 2016 – 90,9%, в 2015 – 89,9%). В 2017 году в структуре гинекологических заболеваний на второе место вышли доброкачественные новообразования (класс II «Новообразования», доброкачественные новообразования: D25, D26, D28) и составили 8,1%, на третье место переместились воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-77) – 7,2%.

Среди невоспалительных болезней женских половых органов ведущее место занимали такие группы болезней, как полип женских половых органов (N84); другие невоспалительные болезни матки (N85), к которым относится железистая гиперплазия эндометрия (N85.0) и аденоматозная гиперплазия эндометрия (N85.1); эрозия и эктропион шейки матки (N86); женское бесплодие (N97), а также ряд других заболеваний.

Анализ структуры госпитализаций с воспалительными болезнями женских тазовых органов за период 2015-2017 гг. показал, что основную группу

диагнозов по данной группе составили хронический сальпингит и оофорит (N70.1); примерно  $\frac{1}{4}$  часть диагнозов приходилось на хроническую воспалительную болезнь матки (N71.1); менее 5% – и на подострый и хронический вагинит (N76.1).

В четвертой главе даны социально-демографические и экономические характеристики пациенток дневного стационара гинекологического профиля, а также проведен анализ влияния медико-социальных факторов на госпитализацию в дневной стационар гинекологического профиля.

Среди респондентов самая большая группа, составляющая треть выборки, представлена лицами 31-40 лет (33,5%). Возрастные группы до 30 лет и 41-50 лет составила по 20,5%. Далее с возрастом объем групп снижается до 6,5%, куда отнесены лица 61 года и старше.

Распределение выборки по социальным группам является равномерным. Более четверти респондентов выборки представлены лицами, относящими себя к служащим (26,2%). Второе место занимают домохозяйки (19,8%), рабочие – на третьем месте (14,5) и пенсионеры – на четвертом (13,3%). 9,1% выборки включили также работников сферы обслуживания, 6,8% – интеллигенцию, 5,3% – представителей малого и крупного бизнеса.

Более половины выборки представлено лицами с одним высшим образованием (54,8%). Лица со средним специальным образованием (22,4%) и неполным высшим (9,5%) занимают второе и третье места. Доля лиц с более чем одним высшим образованием (7,2%) и со средним образованием (6,1%) составляют минимальное значение по объему группы. Суммарно лица с высшим образованием составляют 62%.

По составу семей пациенток дневного стационара были получены следующие данные: преобладали семьи, состоящие пациентки, супруга и детей (47,5%), далее были семьи, состоящие из пациентки и супруга (18,6%), пациентки, детей и внуков (15,2%), одинокие пациентки составили 8,0%, многопоколенные семьи (n=4) – 1,5%, пациент и мама (родители) (n=3) – 1,1%, не ответили на данный вопрос 8,0% опрошенных (n=21).

Достоверно отличающееся распределение типов семей выявлено по возрастным и социальным группам (p=0,001). Наиболее распространенные социальные группы: пациентки из наиболее распространенного типа семей (пациентка, супруг и дети) представляют домохозяек (33,6%); пациентка с супругом – пенсионеры (25,5%); пациентка с детьми и внуками – служащие (28,2%), одинокая пациентка – служащий (30,0%).

Большинство респондентов оценили свои жилищные условия как хорошие (59,4%) и удовлетворительные (26,4%), 13,8% пациенток отметили жилищные условия как «очень хорошие», и только 0,4% как «плохие».

Связи между типом семьи и жилищными условиями не выявлено. Однако, жилищные условия связаны с материальным положением семьи (p=0,000), возрастной группой респондентов (p=0,004) и социальной принадлежностью (p=0,026). Определено, что единственным и наиболее тесным фактором, связанным с жилищными условиями, является материальное

положение. При хорошем и отличном материальном положении доля респондентов с очень хорошими жилищными условиями возрастает с 13,8% в выборке до 28,4%, с хорошими жилищными условиями – с 59,4% до 65,7%, с удовлетворительными и плохими жилищными условиями снижается с 26,4% и 0,4% в выборке до 5,9% и 0% соответственно. Корреляционная связь Пирсона между материальным положением и жилищными условиями положительная, средней силы, достоверная ( $r = 0,525$   $p=0,000$ ).

Большинство пациенток были направлены на лечение в дневной стационар врачами медицинских амбулаторно-поликлинических организаций первичного звена (87,5% случаев), врачи стационара круглосуточного пребывания направляли в 9,1% случаев, в 3,4% были отмечены другие случаи направлений в дневной стационар (в частности, направления, полученные от врачей при платном оказании услуг).

Наличие выбора у пациентов между лечением в стационаре круглосуточного пребывания или в дневном стационаре отметили 20,2% опрошенных, 79,8% такого выбора не имели.

Распределение возможности выбора между лечением в стационаре круглосуточного пребывания или дневном стационаре по возрастным группам ( $p=0,000$ ) и по социальной принадлежности ( $p=0,039$ ) статистически достоверно отличается ( $p<0,05$ ). Выбор между лечением в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания был предоставлен в большей степени лицам 61 года и старше, по социальной принадлежности – работающим в сфере малого и крупного бизнеса.

Доля женщин, находившихся на лечении в дневном стационаре впервые, составила 80,3%, второй раз – 14,3%, третий и более раз – 5,4%. Наибольший по возрастным группам удельный вес пациентов, лечившихся в дневном стационаре два раза, выявлен в возрастной группе 41-50 лет (18,9%); три раза и более – 51-60 лет (12,2%). Статистически достоверных отличий в удельном весе пациентов, впервые, второй раз или многократно лечившихся в дневном стационаре, по возрастным группам не выявлено ( $p=0,226$ ), линейно-линейная связь между возрастной группой и кратностью лечения достоверная ( $p=0,006$ ), но очень слабая ( $r=0,171$ ), однако, очевидно, что чем моложе пациент, тем больший удельный вес имеют лечившиеся в дневном стационаре впервые (90,7%), после 40 лет этот уровень составляет 71,0-75,5%.

Сроки плановой госпитализации в дневной стационар с момента получения направления на госпитализацию не зависели от возрастной группы ( $p=0,132$ ), уровня образования ( $p=0,280$ ), социальной принадлежности ( $p=0,895$ ) пациенток. Наибольший удельный вес имеют те пациенты, которые ожидали госпитализации не более 5 дней (31,8%), по мере увеличения сроков ожидания госпитализации доля пациентов снижается, однако имеются пациенты, срок ожидания госпитализации для которых составил от 15 до 30 дней (рисунок 3).

При распределении выборки на 2 группы по длительности ожидания госпитализации (ожидание до 5 дней и ожидание 5 дней и более) получено достоверное отличие: при направлении врачом стационара доля ожидающих

госпитализации до 5 дней составляет 50,0%, врачом амбулаторно-поликлинической организации – 30,2%, т.е. в 1,7 раза меньше ( $p=0,044$ ).



Рисунок 3. – Распределение пациенток по срокам плановой госпитализации в дневной стационар с момента получения направления на госпитализацию, %

Время, проведенное ежедневно в дневном стационаре для получения медицинской помощи, составило менее 2 часов у 19,4% женщин, 2-4 часа – у 15,6% женщин, 4-6 часов – у 24,7%, более 6 часов – 11,0%, при этом около 1/3 респондентов (29,3%) не определились с длительностью ежедневного лечения.

Время, проведенное ежедневно в дневном стационаре при лечении, статистически достоверно отличалось в зависимости от наличия выбора лечения в стационар круглосуточного пребывания или дневной стационар ( $p=0,019$ ). При осознанном выборе лечения в дневном стационаре пациенты затрачивали на лечение менее 2-х часов в 34,0% случаев против 16,2% при отсутствии выбора ( $p<0,05$ ). Время, проведенное ежедневно в дневном стационаре при лечении, статистически достоверно отличалось в зависимости от кратности лечения в дневном стационаре ( $p=0,001$ ). Среди лечившихся впервые было достоверно меньше тех, кто затрачивал на лечение 4-6 часов (22,3% против 27,0% среди лечившихся второй раз и против 57,1% - три раза и более); достоверно больше тех, кто затрачивал на лечение более 6 часов (12,3% против 8,1% среди лечившихся второй раз и против отсутствия таковых среди проходивших лечение в третий и более раз).

Большинство пациентов (73,0%) отдыхают после проведенного лечения. Пожилые люди в возрасте 61 года и старше значительно чаще (23,0%) отказываются от отдыха в дневном стационаре по причине отсутствия, по их мнению, адекватных условий. Закономерно выявлена связь между временем, затрачиваемым на лечение в дневном стационаре, и отдыхом после лечения.

Предпочтительное время пребывания пациентов в дневном стационаре выбрали 253 пациента, из них 84,5% предпочитают лечиться в утреннее время с

8.00 до 12.00, причем в большей степени это пациенты, направленные врачом стационара (среди них доля этих лиц составляет 92%). Только 10,5% выбирают дневное время с 12.00 до 16.00 и 2,0% - вечернее с 16.00 до 20.00.

В пятой главе проведена оценка условий пребывания в дневном стационаре гинекологического профиля пациентками и ее взаимосвязь с медико-социальными характеристиками и факторами, предложены пути совершенствования организации гинекологической помощи в условиях дневного стационара.

Самый главный вопрос оценки качества медицинских услуг, предоставляемых дневными стационарами, может быть измерен удовлетворенностью пациента. В данном исследовании удовлетворенность пациента отражается комплексом характеристик, а именно, оценкой изменений в состоянии здоровья после проведенного лечения, оценкой условий в дневном стационаре и другими. Самооценка изменений в состоянии здоровья после проведенного лечения, по сути, представляет собой эффективность лечения.

По изучаемой выборке пациенток 35,7% отметили улучшение состояния здоровья после лечения в дневном стационаре, 42,6% – улучшения не отметили, 21,7% – затруднились ответить. При этом рассматривались только обобщенные варианты ответов: «состояние здоровья улучшилось», «состояние здоровья не изменилось, состояние здоровья ухудшилось», «затрудняюсь ответить в целом».

Рассматривая отдельные возрастные группы, можно увидеть, что улучшение здоровья отмечают 80,0% пожилых пациенток (61 год и старше) против 44,7% пациентов до 30 лет, 48,7% – 31-50 лет, 21,8% – 51-60 лет ( $p=0,014$ ) (рисунок 4).

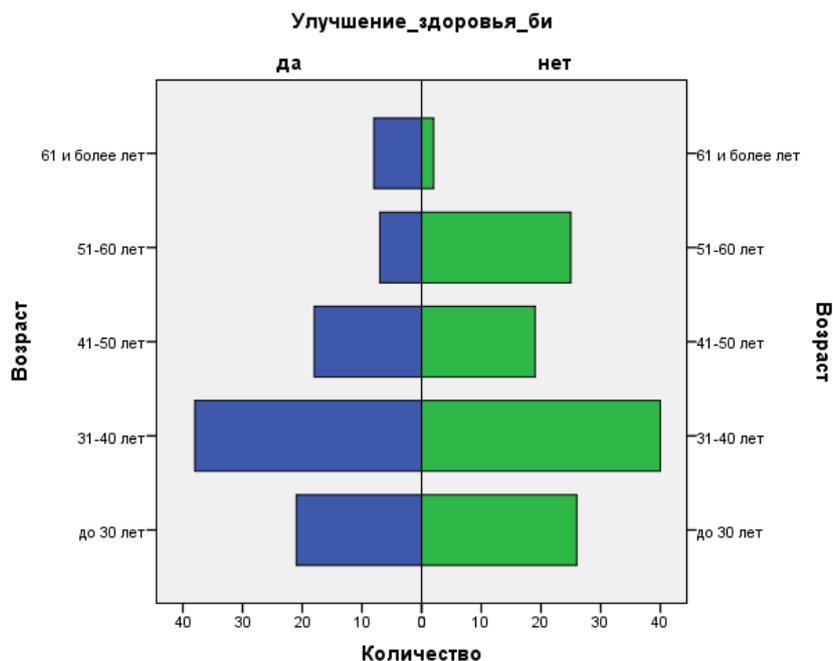


Рисунок 4. – Пирамида возрастных групп по самооценке улучшения здоровья

Анализ влияния медико-социальных факторов на самооценку здоровья после прохождения лечения в дневном стационаре позволил выявить следующее. Ведущими в данном случае факторами явились оплата лечения (по полису ОМС, ДМС или по договору платных услуг), а также возможность выбора типа стационарного лечения (дневной стационар или стационар круглосуточного пребывания):

1) 85,7% лечившихся в дневном стационаре по полису ДМС и 80,0% – по договору платных услуг дали положительный ответ по оценке улучшения здоровья против 43,2% проходивших лечение по ОМС ( $p=0,025$ );

2) 80,0% пациентов, имевших возможность выбрать дневной стационар для лечения против 35,6% пациенток, не имевших такого выбора ( $p=0,000$ ).

Достоверное отличие в самооценках изменения здоровья пациентов дневного стационара выявлено также по фактору «Наличие выбора лечения в дневном стационаре или в стационаре круглосуточного пребывания» ( $p=0,000$ ). Улучшение лечения в дневном стационаре среди имевших выбор типа стационара отметили 80,0% респондентов против 35,6% тех, у кого выбор отсутствовал, а затруднившиеся с ответом составили всего 20,0% против более половины (56,9% остальных).

Давая оценку условий пребывания в дневном стационаре в целом, 43,0% оценили условия на «отлично», 49,0% – на «хорошо», 7,0% дали удовлетворительную оценку и 1,0% затруднились с ответом.

Достаточность полученной информации о дневном стационаре признали 71,7% респондентов, 6,9% признали информацию недостаточной и 21,4% затруднились с ответом. Фактором, связанным с оценкой информированности о дневном стационаре на достаточном уровне, стало, как и в случае оценки условий пребывания в дневном стационаре, изменение состояния здоровья после проведенного лечения ( $p=0,000$ ). В целом, удельный вес достаточно информированных о дневном стационаре пациенток составляет среди тех, чье здоровье значительно улучшилось – 96,3%, улучшилось – 83,1%, не изменилось – 75,0%, ухудшилось – 75,0%, среди затруднившихся в оценке изменений здоровья – 61,1%.

Корреляционные связи между эффективностью лечения в дневном стационаре (самооценка изменений здоровья) (Э), оценкой условий пребывания в дневном стационаре (У) и достаточностью информирования пациента о дневном стационаре (И) статистически достоверные ( $p=0,000$ ), слабой или средней\* силы, положительные: 1) Э-У ( $r = 0,275$ ); 2) Э-И ( $r = 0,286$ ); 3) У-И ( $r = 0,312^*$ ).

Основными факторами влияния на последующее предпочтение типа стационара оказывают эффективность лечения ( $p=0,001$ ) и оценка условий в дневном стационаре ( $p=0,001$ ). Отличные условия нахождения в дневной стационаре дали позитивный отклик на будущее в пользу именно дневного стационара у 72,4%, удовлетворительные – у 22,2%, вызвали затруднение, наоборот, у 23,5% и 72,2% соответственно ( $p=0,001$ ).

Для оценки факторов привлекательности для лечения в дневном стационаре респондентам было предложено выбрать несколько позиций, а именно: рекомендовал врач; лечение позволяет не отрываться от семьи, от дома; исключает «казенное питание»; имеется возможность продолжать работать; возможность не ждать очереди на госпитализацию в стационар круглосуточного пребывания; другое. Факторы привлекательности лечения в дневной стационар исследовали отдельно, обозначив 0 – нет, 1 – да. Привлекательность лечения в дневном стационаре представлена в таблице 2.

Таблица 2. – Факторы привлекательности лечения в дневном стационаре

Ранг	Привлекательность лечения в дневном стационаре	Доля респондентов, поддержавших фактор привлекательности лечения в дневном стационаре в группе, %	N = 263	Средний балл (стандартное отклонение) M	Значимость отклонения от контроля, p
1.	Лечение позволяет не отрываться от семьи и дома	51,0	134	0,51	0,015
2.	Рекомендовал врач	38,6	102	0,39	контроль
3.	Возможность не ждать очереди на госпитализацию в стационар круглосуточного пребывания	21,3	56	0,21	0,000
4.	Имеется возможность продолжить работу	20,9	55	0,21	0,000
5.	Лечение исключает т.н. «казенное» питание круглосуточного стационара	1,5	4	0,02	0,000

Одним из аспектов изучения и оценки организации гинекологической помощи в дневном стационаре, а также направлений ее совершенствования явилась оценка предложений, который были выбраны самими пациентками в ходе опроса.

Более половины (69,2%) пациентов выразили уверенность, что лечение в дневном стационаре их полностью устраивает, четверть (24,9%) предлагают ввести горячее питание, 3,0% хотели бы улучшить сервисные условия (иметь отдельную палату), 2,5% респондентов предложили различные мероприятия по улучшению сервисных условий (провести ремонт, организовать туалет в палате, телефонную розетку и Wi-Fi).

Предложение по улучшению условий прохождения лечения в дневном стационаре от самих пациенток, прежде всего, сервисных условий, в значительной степени зависят от степени удовлетворенности женщин, как проведенным лечением, так и организацией пребывания в дневном стационаре в течение дня, а также от уровня информированности о дневном стационаре. Чем выше уровень удовлетворенности (оценка лечения и пребывания на «отлично» или «хорошо»), а также чем выше уровень информированности, тем в большей степени дается оценка деятельности дневного стационара и предложений по его улучшению не требуется, и, наоборот, чем меньше уровень удовлетворенности (оценка лечения на «удовлетворительно»), ниже уровень информированности, тем в большей степени предлагается внести изменения, прежде всего в условия пребывания и организацию сервиса.

Однако, оценивая возможности дневного стационара, по сравнению со стационаром круглосуточного пребывания, только 45,8% пациенток полагают, что дневной стационар позволяет провести полностью полноценное лечение, практически 1/3 затруднилась дать такую оценку (35,2%), еще 12,3% считают, что лечение в дневном стационаре – это возможность лишь «подлечиться». Ряд пациенток выразили мнение, что в дневном стационаре нельзя получить полноценное лечение (4,2%) и пройти диагностику (2,5%), по сравнению со стационаром круглосуточного пребывания.

В целом, рассматривая пути совершенствования организации гинекологической помощи в дневном стационаре, можно выделить следующие основные моменты.

Во-первых, влияние на сам процесс госпитализации медицинских, социально-демографических и экономических характеристик пациенток.

К медицинским факторам, в первую очередь, относятся заболевания, с которыми женщин направляют на лечение в дневной стационар гинекологического профиля. Также к группе медицинских факторов можно отнести направления на лечение в дневной стационар врачами медицинских амбулаторно-поликлинических организаций первичного звена; врачами стационара круглосуточного пребывания; направления, полученные от врачей при платном оказании услуг (в данном случае возможно сочетанное влияние факторов, когда к медицинскому фактору добавляется социальный или экономический).

К медицинским факторам, но в большей степени – организационным – также можно отнести сроки ожидания, частоту (первый, второй, третий раз) и длительность госпитализации в дневной стационар, а также время, проведенное ежедневно в дневном стационаре для получения медицинской помощи. В данном случае также возможно совместное влияние факторов: например, как было уже показано ранее, время, проведенное ежедневно в дневном стационаре при лечении, статистически достоверно отличалось в зависимости от уровня образования, то есть прослеживается связь с группой социальных характеристик.

Группу социально-демографических факторов можно разделить на две подгруппы: демографические характеристики (возраст, структура семьи по возрастным характеристикам) и социальные характеристики (уровень образования, социальная принадлежность, состав семьи по социальным характеристикам).

Группа экономических характеристик включает материальное положение, жилищные условия, которые вместе с тем и тесно связаны друг с другом.

Таким образом, выявленные зависимости организации медицинской помощи в дневном стационаре гинекологического профиля, а также условия госпитализации в него, от ряда наиболее значимых медицинских факторов, социальных, демографических и экономических характеристик необходимо учитывать при разработке путей совершенствования оказания гинекологической помощи (рисунок 5).



Рисунок 5 – Схема направлений совершенствования организации медицинской помощи в дневном стационаре гинекологического профиля с учетом влияния различных факторов

Так, на этапе госпитализации в дневной стационар гинекологического профиля необходимо учитывать возраст пациенток, социальный состав и характеристики семьи, жилищные и материальные условия, уровень информированности о лечении в дневном стационаре, кратность госпитализации.

При организации процесса лечения в дневном стационаре гинекологического профиля необходимо сделать акценты на частоте и длительности лечения, а также условиях пребывания.

В настоящее время активно развиваются такие формы, как стационар кратковременного пребывания (СКП), где длительность нахождения пациентов не превышает 8 часов, а также появляются такие СКП на базе отделений круглосуточного пребывания, где длительность нахождения на больничной койке не превышает 24 часов. Решение о госпитализации с СКП должно приниматься с учетом состояния здоровья пациента, возможных рисков и осложнений, а также влияния социально-демографических и экономических факторов со стороны пациента.

При оценке эффективности лечения в дневном стационаре гинекологического профиля необходимо учитывать влияние перечисленных групп факторов на оценку состояния здоровья после проведенного лечения и на оценку самих условий проведения лечения. При этом необходимо учитывать, что основным фактором, связанным с субъективной оценкой условий пребывания в дневном стационаре является изменение состояния здоровья после проведенного там лечения.

В **заключении** обобщены основные результаты исследования, подведены его итоги, которые свидетельствуют о решении поставленных задач.

## **ВЫВОДЫ**

1. Анализ уровней заболеваемости отдельными гинекологическими патологиями, в том числе требующими лечения в условиях стационара, показал, что за период 2014-2019 гг. уровень первичной заболеваемости воспалительными болезнями женских тазовых органов (N70–N77 по МКБ-10) в РФ колебался в пределах от 3336,3 (в 2014 г.) до 2951,2 (в 2019 г.) на 100 000 женщин, отмечается снижение данного показателя за исследуемый период на 11,5%, аналогичные тенденции были выявлены для ЦФО и г. Москвы. Общая заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов на уровне РФ не изменяется, в ЦФО отмечается увеличение данного показателя, в Москве наблюдается рост показателя на 24,5%. Показатель общей заболеваемости женским бесплодием за период 2014-2019 гг. увеличился как в РФ, так и в ЦФО и г. Москве в 1,2; в 1,6 и в 1,8 раза соответственно. Анализ структуры заболеваний, с которыми пациентки госпитализируются в дневной стационар гинекологического профиля за 2015-2017 гг. показал, что невоспалительные болезни женских половых органов (код N80-N98 по МКБ-10) составляли основную группу заболеваний (с увеличением от 69,0% до

82,3%) и включали эндометриоз, полипы женских половых органов, эктопии шейки матки, женское бесплодие и другие заболевания. Второе и третье место в структуре заболеваемости принадлежит воспалительным болезням женских тазовых органов (код N70-N77 по МКБ-10) и доброкачественным новообразования (D25-D28).

2. Среди выявленных неблагоприятных тенденций, оказывающих влияние на организацию гинекологической помощи в условиях стационарзамещающих технологий, можно выделить снижение уровня обеспеченности женского населения гинекологическими койками на 40,5% - с 8,4 тыс. до 5,0 тыс. (на 10 000 женщин) – за период 2012-2021 гг. при сохраняющемся числе хирургических операций на органах женских половой сферы на уровне около 1,5 млн. в год (около 15% в структуре всех хирургических операций). Именно поэтому развитие сети дневных стационаров, в том числе гинекологического профиля, позволяет считать их наиболее перспективной формой оказания лечебно-профилактической помощи, как возможная альтернатива госпитализации в стационар.

3. Выявлены медицинские, демографические и социальные характеристики пациенток с гинекологическими заболеваниями, проходящих лечение в дневном стационаре гинекологического профиля. В выборке пациенток дневного стационара преобладают возрастная группа 31–40 лет; по социальному статусу служащие, домохозяйки и рабочие; как правило, с высшим образованием. Преобладали семьи, состоящие пациентки, супруга и детей (47,5%), имеющие хорошие (59,4%) и удовлетворительные (26,4%) жилищные условия, удовлетворительное (54,0%) и хорошее (40,0%) материальное положение. Большинство пациентов направлены для лечения в дневной стационар врачами амбулаторно-поликлинических организаций города (87,5%). При этом у каждого пятого респондента был выбор между лечением в дневном стационаре или стационаре круглосуточного пребывания, в большей степени лицами 61 года и старше. Большинство пациентов (80,3%) лечились в дневном стационаре впервые. Госпитализируются в дневной стационар в течение менее пяти дней ожидания каждая третья женщина (32,0%), а среди направленных врачом стационара и уже проходивших лечение эта доля увеличивается (50,0% и 46,0% соответственно). Для 80% респондентов время пребывания в дневном стационаре не превышало 6 часов, при этом менее 2 часов в день длительность лечения составила для каждой пятой женщины (19,4%).

4. Анализ влияния медико-социальных факторов на госпитализацию женщин в дневной стационар гинекологического профиля и оказание им гинекологической помощи позволил установить ряд закономерностей. Наиболее привлекательным фактором лечения в дневном стационаре (1-е место) была возможность пребывания дома, в семье; рекомендация врача уступает значимости домашнего пребывания (2-е место). Ранги других факторов распределились следующим образом: 3-е место — возможность не ждать очереди на госпитализацию в стационар круглосуточного пребывания;

4-е место — имеется возможность продолжить работу. Основным фактором, связанным с субъективной оценкой условий пребывания в дневном стационаре, стало изменение состояния здоровья после проведенного там лечения ( $p=0,001$ ): среди тех, чье здоровье значительно улучшилось, 77,8% оценили условия лечения и пребывания как «отличные» и 22,2% — как «хорошие». Предложение по улучшению условий прохождения лечения в дневном стационаре от самих пациенток, прежде всего, сервисных условий, в значительной степени зависят от степени удовлетворенности женщин, как проведенным лечением, так и организацией пребывания в дневном стационаре в течение дня, а также от уровня информированности о дневном стационаре. Чем выше уровень удовлетворенности (оценка лечения и пребывания на «отлично» или «хорошо»), а также чем выше уровень информированности, тем в большей степени дается оценка деятельности дневного стационара и предложений по его улучшению не требуется.

5. На основании медико-социальной характеристики пациенток с гинекологическими заболеваниями и анализа мнений об организации медицинской помощи в дневном стационаре гинекологического профиля разработаны предложения по совершенствованию организации гинекологической помощи в условиях развития стационарзамещающих технологий (на примере дневного стационара), включающие учет влияния наиболее значимых медицинских факторов, социальных, демографических и экономических характеристик на этапе госпитализации, в процессе организации лечения и пребывания, а также при оценке эффективности лечения.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Органам управления здравоохранения при организации мероприятий по укреплению общественного здоровья и улучшению репродуктивного здоровья включать в программу вопросы санитарно-гигиенического просвещения населения о гинекологических заболеваниях, учитывать тенденции гинекологической заболеваемости при развитии сети стационаров гинекологического профиля, использовать стационарзамещающие технологии в различных формах и вариантах (стационар кратковременного пребывания до 8 часов, стационар кратковременного пребывания до 24 часов).

Врачам-гинекологам при сборе анамнеза на догоспитальном этапе при первичном обращении пациенток, а также при их госпитализации в дневной стационар или стационар круглосуточного пребывания учитывать медико-социальные характеристики, в том числе, возраст, жилищные условия и материальное обеспечение семьи, уровень полученного образования, социальную принадлежность и условия работы.

Образовательным организациям, осуществляющим подготовку кадров высшей квалификации по программам ординатуры и слушателей факультетов непрерывного медицинского образования включить вопросы по изучению гинекологической заболеваемости, а также особенностям организации

гинекологической медицинской помощи пациенткам в учебный курс программ подготовки врачей, в первую очередь, врачей-гинекологов.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

#### **Научные статьи, опубликованные в журналах, индексируемых в базах научного цитирования:**

1. Fomina A. Analysis of the distribution of gynecologic diseases treated at a day gynecology unit / A. Fomina, **F. Dzidzariya** // Archiv Eurimedica. – 2021. – Vol.11(1). – P. 40-42. <http://dx.doi.org/10.35630/2199-885X/2021/11/1.7> (WoS)

#### **Научные статьи, опубликованные в журналах из Перечня ВАК (приравниваются к МБЦ):**

2. Фомина, А. В. Изучение влияния медико-социальных и организационных факторов на оказание медицинской помощи в дневном стационаре гинекологического профиля / А. В. Фомина, **Ф.Г. Дзидзария**, Л.В. Максименко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – №5. С.828-846. URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=957>.

#### **Научные статьи, опубликованные в журналах из Перечня РУДН:**

3. Фомина, А. В. Анализ медико-социальной характеристики пациенток дневного стационара гинекологического профиля / А.В. Фомина, **Ф.Г. Дзидзария** // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Том 16, №4. – С. 959–962.

4. Фомина, А.В. Анализ гинекологической заболеваемости и тенденции развития стационарной гинекологической помощи в Российской Федерации / А.В. Фомина, **Ф.Г. Дзидзария**, Е.В. Бивол // Российский медицинский журнал. – 2020. – Т. 26. № 4. – С. 211-216. DOI: <http://dx.doi.org/10.17816/0869-2106-2020-26-4-211-216>

#### **Работы в иных изданиях:**

5. **Дзидзария, Ф.Г.** Медико-социальная характеристика женщин, проходящих лечение в дневном стационаре гинекологического профиля / **Ф.Г. Дзидзария**, А.В. Фомина // Актуальные вопросы профилактической медицины и санитарно-эпидемиологического благополучия населения: факторы, технологии, управление и оценка рисков: сб.научн.тр. – Нижний Новгород, 2020. – С.88-91.

6. **Дзидзария, Ф. Г.** Деятельность дневных стационаров гинекологического профиля / **Ф. Г. Дзидзария**, А. В. Фомина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 1. – С. 74-75.

7. **Дзидзария, Ф. Г.** Анализ заболеваемости и оценка обеспеченности женского населения гинекологической помощью / **Ф. Г. Дзидзария**, А. В. Фомина // SCIENCE4HEALTH2017: Материалы VIII Международной научной конференции. – Москва: РУДН, 2017. - С.272.

8. **Дзидзария, Ф. Г.** Дневные стационары как форма повышения доступности гинекологической помощи / **Ф. Г. Дзидзария** // Трансформации

здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование – взгляд в будущее: сборник научных трудов межвузовской научно-практической конференции. – М.: РУДН, 2016. – С.46-48.

**Дзидзария Фатима Гудисовна (Россия)**

### **Совершенствование организации гинекологической помощи с использованием стационарзамещающих технологий**

В работе представлены данные о структуре гинекологической заболеваемости женщин, госпитализированных в дневной стационар гинекологического профиля многопрофильной клинической больницы г. Москвы. Проанализирована и впервые представлена медико-социальная характеристика женщин с гинекологическими заболеваниями, находящихся на лечении в дневном стационаре многопрофильной клинической больницы. Изучены особенности оказания данному контингенту гинекологической помощи с использованием стационарзамещающих технологий. Выявлены медико-социальные факторы и доказано их влияние на оказание гинекологической помощи в условиях стационарзамещающих технологий (на примере дневного стационара). С учетом полученных результатов разработаны мероприятия по совершенствованию организации гинекологической помощи в условиях развития стационарзамещающих технологий.

**Dzidzariia Fatima Gudisovna (Russian)**

### **Improving the Organization of Gynecological Care Using Day Hospital Technologies**

This study presents data on the structure of gynecological morbidity in women admitted to the day hospital of a gynecological unit within a multidisciplinary clinical hospital in Moscow. The medical and social characteristics of women with gynecological diseases receiving treatment in the day hospital of the multidisciplinary clinical hospital have been analyzed and presented for the first time. The peculiarities of providing gynecological care to this cohort using day hospital technologies have been studied. Medical and social factors have been identified, and their impact on the provision of gynecological care in the context of day hospital technologies has been proven (using the example of the day hospital). Based on the obtained results, measures have been developed to improve the organization of gynecological care in the context of developing day hospital technologies.