

Р.А. Часнойть, О.Н. Харкевич, В.А. Лискович, И.А. Наумов

**Управление
системой перинатальных технологий
на региональном уровне**

**Гродно
2003**

УДК 614.2:618(476.7)
О-641
ББК 51.1(2):57.1(4 Бей)

Рецензенты:

Э.А. Вальчук, член-корреспондент БелАМН, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор

С.Н. Занько, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Витебского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор

В монографии изложены основные принципы управления службой родовспоможения в Гродненской области.

Представлен сравнительный системно-структурный анализ причин и динамики заболеваемости беременных и новорожденных, материнской, перинатальной и младенческой смертности в Гродненской области и Республике Беларусь в 1991-2000 годах. Определены резервы снижения перинатальных потерь и намечены пути совершенствования деятельности службы родовспоможения в современных условиях.

Оценена эффективность внедрения на региональном уровне разработанного комплекса современных перинатальных технологий по оказанию медицинской помощи женскому населению на различных возрастных этапах функционирования репродуктивной системы.

Издание рассчитано на организаторов здравоохранения, врачей акушеров-гинекологов и других специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи женскому населению, а также студентов медицинских высших учебных заведений.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)	8
1.1. Анализ и оценка демографической ситуации в Беларуси на современном этапе	8
1.2. Женское репродуктивное здоровье: причины ухудшения и возможные пути коррекции	10
1.3. Основные направления совершенствования деятельности службы родовспоможения с целью дальнейшего снижения репродуктивных потерь	15
1.4. Краткие выводы	20
ГЛАВА 2. ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ (1991-2000 ГГ.)	21
2.1. Комплексная оценка демографической ситуации в Гродненской области	21
2.2. Заболеваемость беременных и материнская смертность	25
2.3. Заболеваемость новорожденных и перинатальная смертность	35
2.4. Анализ причин и динамики младенческой смертности	52
ГЛАВА 3. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	59
ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ НА ВОЗРАСТНЫХ ЭТАПАХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ	75
4.1. Общие принципы организационных мероприятий по укреплению женского репродуктивного здоровья	75
4.2. Организация наблюдения за девочками (0-15 лет).....	80
4.3. Организация наблюдения за девочками-подростками	89
4.4. Организация наблюдения за женщинами фертильного возраста	109
4.5. Организация мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья в пре- и менопаузальном периодах.....	123
ГЛАВА 5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	127
ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ, РОДИЛЬНИЦАМ И НОВОРОЖДЕННЫМ.....	169
ГЛАВА 7. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ	195
ГЛАВА 8. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ	253
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	296

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГС	– акушерско-гинекологическая служба
АПТК	– акушерско-педиатрическо-терапевтический комплекс
БелМАПО	– Белорусская академия постдипломного образования
БСМП	– больница скорой медицинской помощи
ВБИ	– внутрибольничные инфекции
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВПр	– врожденные пороки развития
ВПС	– врожденные пороки сердца
ВУИ	– внутриутробные инфекции
ГГМУ	– Гродненский государственный медицинский университет
ГКРД	– Гродненский клинический родильный дом
ГОКБ	– Гродненская областная клиническая больница
ГРР	– группа "резерва родов"
ДДУ	– детское дошкольное учреждение
ДОКБ	– детская областная клиническая больница
ЖК	– женская консультация
ЗОЖ	– здоровый образ жизни
ИППП	– инфекции, передающиеся половым путем
КМП	– качество медицинской помощи
ЛГ	– лютеинизирующий гормон
ЛКС	– лечебно-контрольный совет
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение
МГС	– медико-генетическая служба
МЗ РБ	– Министерство здравоохранения Республики Беларусь
МлС	– младенческая смертность
МС	– материнская смертность
МСЧ	– медико-санитарная часть
НИИ ОМД	– Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства
ОМГЦ	– областной медико-генетический центр
ОПБ	– отделение патологии беременных
ПлС	– планирование семьи
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
ПС	– перинатальная смертность
РЗ	– репродуктивное здоровье
СВУ	– сельский врачебный участок
СНГ	– Содружество независимых государств
ССС	– сердечно-сосудистая система
СШ	– средняя школа
ТМО	– территориально-медицинское объединение
ТТГ	– тиреотропный гормон

УЗИ	– ультразвуковое исследование
УОЗ	– управление охраны здоровья
ФАП	– фельдшерско-акушерский пункт
ФСГ	– фолликулостимулирующий гормон
ЦНС	– центральная нервная система
ЦРБ	– центральная районная больница

ВВЕДЕНИЕ

Репродуктивное здоровье женщины характеризуется способностью зачать, выносить и родить здорового ребенка. Сохранение репродуктивного здоровья – одна из важных задач современной медицины. От ее решения зависит воспроизводство людских ресурсов и прогноз социально-экономического развития общества.

Изменения социально-экономической ситуации в стране с начала 90-х годов XX века привели к значительному ухудшению показателей РЗ женщин, обусловив рост заболеваемости женщин фертильного возраста, снижение удельного веса нормальных родов и увеличение заболеваемости новорожденных. Это способствовало ухудшению основных демографических показателей: снижению уровня рождаемости, превышению смертности над рождаемостью, неблагоприятной структуре населения по возрасту и полу, сокращению продолжительности жизни, в том числе ожидаемой при рождении.

Одним из важных методов повышения эффективности деятельности здравоохранения является постоянное использование различных методов анализа с учетом влияния всех разделов деятельности учреждений отрасли на конечные результаты, оперативное прогнозирование и совершенствование деятельности с учетом вспомогательных составляющих в конкретной ситуации.

С развитием науки об управлении в Республике Беларусь, как и во всем мире, изменилось отношение не только к осуществлению медицинских программ, но и к социальной политике в целом. Ранее доминировал подход, при котором основные ресурсы направлялись на преодоление последствий кризисной ситуации. В настоящее время целью большинства программ является предотвращение кризиса путем разработки краткосрочных и долгосрочных прогнозов и планов развития. К стабильному улучшению состояния здоровья населения может привести только реализация программ с четким определением целей и задач развития современного здравоохранения, включающих изучение демографических показателей, данных статистики заболеваемости, смертности, физического развития отдельных групп и всего населения в целом. Эти исследования также необходимы для изучения влияния средовых, производственных и социальных факторов на здоровье человека и для своевременной разработки соответствующих мероприятий.

Авторский коллектив выражает надежду, что дальнейшее совершенствование организации службы родовспоможения, определение путей преодоления негативных тенденций на основе проведения структурно-функционального управленческого анализа и разработки алгоритмов оценки эффективности оказания акушерской и перинатальной помощи на основании многолетнего анализа причин перинатальной и

материнской заболеваемости и смертности на примере регионов Гродненской области послужит повышению качества и эффективности оказания медицинской помощи населению и улучшению демографической ситуации в стране в целом.

Авторы выражают глубокую признательность директору НИИ ОМД МЗ РБ д.м.н. профессору Шишко Г.А., ректору ГГМУ д.м.н. профессору Гарелику П.В., сотрудникам кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ (заведующая – доцент Егорова Т.Ю.), заместителю начальника управления здравоохранения Гродненского облисполкома Гореловой Т.Н., главному педиатру УЗО Гродненского облисполкома Антонович Н.Е., главным врачам ЛПУ области, районным акушерам-гинекологами, педиатрам и неонатологам. а также всем медицинским работникам, участвующим в оказании перинатальной помощи и внесшим личный вклад в реализацию мероприятий по совершенствованию системы управления акушерско-гинекологической службой Гродненской области.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

1.1. Анализ и оценка демографической ситуации в Беларуси на современном этапе

Проблема улучшения качества оказания медицинской помощи в непростых условиях реформирования социально-экономической структуры общества является одной из важнейших в здравоохранении страны.

Изменившиеся социально-экономические условия жизни и влияние негативных экологических и других факторов внешней среды на репродуктивное здоровье существенно его ухудшили и привели к неблагоприятной демографической ситуации в Беларуси, которая начала проявляться с середины 80-х годов прошлого столетия [].

Из медицинских факторов, влияющих на демографическую ситуацию, особую актуальность для акушеров-гинекологов и неонатологов представляет состояние родовспомогательной и неонатальной помощи, а наиболее интегрированными показателями, отражающими социально-экономические условия жизни и влияние неблагоприятных факторов окружающей среды, являются уровни перинатальной, младенческой и материнской смертности. Поэтому важно привести их характеристику и динамику.

Перинатальная смертность в Республике Беларусь имеет четкую тенденцию к снижению. Так, если в 1970 году она составляла 13,3 на тысячу населения, то в 2001 году только 7,4 ‰. Такая же закономерность характерна и для младенческой смертности, которая уменьшилась с 18,8 ‰ в 1970 г. до 9,1 ‰ в 2001 г. Отмеченные показатели перинатальной и младенческой смертности в последнее десятилетие соответствуют мировым стандартам развитых стран []. Материнская смертность по критериям ВОЗ в Беларуси начала определяться только в последнее пятилетие []. С 1990 по 2000 гг. она варьировала в пределах 28-15, а в 2001 году составила 14,8 на 100000 живорожденных детей []. Последний показатель также соответствует его уровню в развитых странах мира.

Несмотря на поступательное снижение уровней младенческой и перинатальной смертности, начиная с 1993 года в стране регистрируется отрицательный "прирост" населения с превышением смертности над рождаемостью []. Возрастная структура населения неуклонно изменяется

в сторону старения. Более того, в настоящее время общество находится в стадии демографической старости – доля лиц старше 60 лет составляет 19,0 % (на селе – 31%, в городах – 14%). Ожидаемая продолжительность жизни при рождении ниже, чем в экономически развитых странах: у мужчин на 8-13 лет, у женщин – на 5-8 лет [].

Как свидетельствуют данные социологических исследований, численность населения в странах СНГ и, в том числе Республике Беларусь, к 2040 году уменьшится не менее, чем на 40 млн. человек, число детей до 15 лет уменьшится в 1,5 раза, а доля пожилых лиц возрастет на 50 % []. В связи с этим воспроизводственный потенциал будет практически исчерпан, а экономическая нагрузка на трудоспособное население возрастет. К этому времени, по мнению исследователей, частота обращений за амбулаторной помощью возрастет на 75 % [].

Помимо количественных изменений в численности, ожидается и существенное изменение качественного состава населения []. Резко уменьшится доля здоровых лиц. Будет продолжаться процесс хронизации патологии, особенно в сторону охвата все более молодых возрастов. Снизится частота массовых медицинских обследований, скринингов и профилактических осмотров. Снизится обращаемость по поводу нарушений детородной функции. Будет отмечаться положительный рост ИППП. Заболеваемость новообразованиями несколько помолодеет; возрастет заболеваемость раком молочной железы и женских половых органов, снизится смертность от данных заболеваний. Возрастет частота воспалительных болезней женских половых органов, дисменореи, бесплодия (главным образом вторичного), патологии шейки матки []. Все это будет обуславливать дальнейшее ухудшение состояния здоровья беременных и рожениц и, следовательно, качество здоровья новорожденных и в целом подрастающего поколения страны [].

Тем не менее, несмотря на сложность социально-демографических проблем, социальная политика органов государственной власти позволила обеспечить реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья, планомерный рост мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, количества сельских врачебных амбулаторий, увеличение объема оказанных услуг. Система здравоохранения республики сохраняет гибкость и управляемость, обеспечивает доступность медицинской помощи для всех социальных групп населения. Показатели, в высокой степени регулируемые здравоохранением (материнская и младенческая смертность, послеоперационная летальность при заболеваниях, требующих экстренной хирургической помощи, заболеваемость управляемыми инфекциями, охват населения профилактическими прививками, в Республике Беларусь лучшие среди стран СНГ [].

Таким образом, изменения в социально-экономическом статусе государства, проведение рыночных преобразований в обществе, направленных на создание социально ориентировочной рыночной экономики, сложное экономическое положение отрасли, нарастание

диспропорции между государственными гарантиями граждан по предоставлению медицинской и лекарственной помощи и объемом финансовых средств, выделяемых на их реализацию, нарастание негативных тенденций в состоянии здоровья населения поставили на повестку дня вопрос о реформировании системы здравоохранения Республики Беларусь.

1.2. Женское репродуктивное здоровье: причины ухудшения и возможные пути коррекции

Мероприятия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья базируются на результатах научных исследований с учетом количественных характеристик заболеваемости и уровня медицинской помощи, а по отношению к женщине и детям традиционно судят об уровне развития гражданских институтов и соответствии стандартам, характерным для стран с высоким уровнем развития культуры, науки, экономики и здравоохранения. Именно состояние здоровья женщины является надежным индикатором, характеризующим уровень развития вышеуказанных общественных институтов, так как с его уровнем связано напрямую воспроизводство населения, физическое и психическое здоровье будущих поколений. При этом особое значение при этом имеет состояние здоровья женщин в репродуктивном периоде [].

Репродуктивное здоровье определяется как отсутствие заболеваний репродуктивной системы или нарушений репродуктивной функции при возможности осуществления процессов репродукции при полном физическом, психическом и социальном благополучии [].

Важнейшими медицинскими направлениями по формированию репродуктивного здоровья являются: ориентация акушерско-гинекологической помощи и всех общемедицинских служб на перинатальную охрану плода; целенаправленное совершенствование неонатологической и педиатрической помощи; диспансеризация и оздоровление населения в подростковом возрасте, перед вступлением в брак и созданием семьи; эффективная гинекологическая служба детского и подросткового возраста; оценка роли биологических и социальных факторов для профилактики нарушений психического здоровья у детей и подростков и разработка психогигиенических мер по их первичной профилактике; утверждение психогигиенической направленности в процессе учебных занятий в школе; совершенствование законодательных актов по формированию репродуктивного здоровья и безопасного материнства на всех этапах (детские учреждения – школа – учебные заведения – ВУЗ) [].

Здоровье рожаящих женщин реально ухудшается по следующим причинам:

- увеличение частоты генитальных и экстрагенитальных заболеваний во время беременности;
- половая распущенность, рост числа ЗППП и вредных привычек у подростков;
- несоблюдение традиционных правил беременными в процессе их диспансеризации ятрогенного типа и по причине неблагоприятных социально-экономических условий;
- недостаточно высокий уровень специализированной помощи женщинам в процессе выполнения репродуктивной функции;
- отсутствие должного учета влияния вредных факторов внешней среды на плод и новорожденного и возможностей своевременного их устранения;
- недостаточный уровень профилактической и организационной родовспомогательной помощи женщинам сельской местности (а их – 1/3 в стране);
- снижение иммунной и неспецифической резистентности организма беременной женщины, приводящее к повышению частоты заболеваемости и осложнений в процессе выполнения репродуктивной функции;
- недостаточный уровень санитарной культуры населения, особенно целевого понимания и предназначения репродуктивной функции;
- низкий уровень подготовки женщин к осуществлению репродуктивной функции;
- недооценка роли мужского фактора в репродуктивной функции [].

Родовспомогательная помощь постоянно совершенствуется параллельно с развитием всех направлений медицины. Современное родовспоможение функционирует не изолированно, а в тесном единении с другими службами. Это позволяет успешно трансформировать все достижения медицины на пользу акушерской науке и практике. Для рождения здорового ребенка и сохранения здоровья матери как основной цели родовспоможения должны быть объединены усилия как акушерско-гинекологической службы, так и всех служб системы здравоохранения. Обусловлено это тем, что формирование репродуктивного здоровья женщины начинается с антенатального периода ее развития, продолжается в детском и подростковом возрастах и далее до реализации детородной функции. На всех этих этапах должны быть созданы условия и возможности для формирования репродуктивного здоровья и стереотипа будущей матери. Они должны быть комплексными, включающими социально-экономические, образовательные, социально-просветительные, религиозные, медицинские и другие мероприятия [].

Становление репродуктивного здоровья женщины происходит в пубертатном периоде, причем наиболее ответственным является возраст 12-

17 лет []. Диспансерное наблюдение педиатром проводится лишь до 15 лет, к терапевту девочки обращаются, как правило, с уже развившейся патологией. Ряд авторов указывает на значительное ухудшение состояния здоровья девушек-подростков по сравнению с юношами []. В настоящее время число лиц с 3 группой здоровья среди девушек-подростков увеличилось на 7,5 %, а среди юношей – на 1,5 % []. По данным ряда авторов у девушек в возрасте 15-17 лет показатель заболеваемости в 1,5 раза выше, чем у юношей данной возрастной группы [].

Состояние репродуктивного здоровья женщины во многом определяется и уровнем гинекологической заболеваемости []. Исследования структуры гинекологической заболеваемости, основных тенденций их изменений служат основой не только для оценки состояния репродуктивного здоровья женщин, но и для определения максимального объема материальных и кадровых ресурсов в осуществлении необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и обеспечения их эффективности при различных патологических состояниях. При этом частота выявления основных видов гинекологической патологии, и ее структура зависят от территориального фактора и организации оказания гинекологической помощи в регионе [].

По данным А.В. Желобенко (1998), частота гинекологической патологии у девочек 9-15 лет составляет 11,4 %. В структуре заболеваний на первом месте – нарушения менструальной функции 71,5 %; на втором – воспалительные заболевания 15,3 %; на третьем – нарушения полового созревания 7,4 %. По иным данным, до 40 % девушек имеют те или иные отклонения в пубертатном периоде, которые носят сначала функциональный характер, а в последующем, без проведения соответствующей коррекции, приобретают устойчивые формы поражения []. Это выдвигает в число важных задач проведение мероприятий по повышению качества профилактики репродуктивного здоровья, ранней диагностики и прогнозирования возможного неблагоприятного воздействия факторов среды на организм женщины и ее потомства [].

В системе непосредственной акушерско-гинекологической помощи по совершенствованию родовспоможения большую значимость имеют ряд направлений.

Так, работа по формированию здорового образа жизни среди населения должна быть целенаправленной по изложению принципов планирования семьи, безопасного материнства и роли в этом здорового образа жизни []. Планирование семьи и численности народонаселения страны является важнейшей государственной задачей. Правильное ее решение способствует оптимальному выполнению демографической политики государства по должной регуляции основных демографических показателей: рождаемости, смертности (в том числе материнской, перинатальной и младенческой), естественного прироста и воспроизводства населения [].

По данным социологических исследований, 25 % женщин не обсуждали вопросов планирования семьи ни с кем и никогда, хотя испытывали необходимость в этом. Поэтому каждый врач первичного звена акушерско-гинекологической службы должен уделять особое внимание вопросам контрацепции, особенно у подростков и женщин с экстрагенитальной патологией [].

Одной из основных задач службы детства и родовспоможения в сохранении здоровья будущего поколения является подготовка женщины к рождению ребенка []. Поэтому системный подход в решении проблем современной медицины предусматривает необходимость широкого развития и совершенствования не только патогенетической, но и саногенетической терапии, т.е. первичной профилактики []. Реформирование организации лечебно-диагностического процесса с позиции системного подхода является одним из существенных резервов оптимизации гинекологической помощи, охраны репродуктивного здоровья населения [].

Как свидетельствуют данные литературы, своевременное лечение экстрагенитальной патологии у женщин на этапе первичного звена и диагностика врожденной патологии плода у женщин высокого риска может позволить избежать дополнительных перинатальных потерь [].

Группа женщин с наличием воспалительных заболеваний, отягощенных акушерским анамнезом, имеющих в большинстве случаев осложненное течение беременности, заслуживает повышенного внимания и подготовки к материнству врачом первичного звена. Отсутствие санации очагов инфекции в данной группе женщин приводит к внутриутробному инфицированию плода и его гибели [].

По мнению Черкасова С.Н. (2000), профилактические мероприятия врача первичного звена по подготовке женщин с экстрагенитальной патологией к материнству позволяют значительно снизить перинатальные потери от врожденных пороков развития и инфицирования новорожденных [].

Как свидетельствуют анализ литературы, диспансерное наблюдение во время беременности, в т.ч. с проведением скринингового обследования, при необходимости проведения лечения осложненного течения беременности, экстрагенитальной патологии, должно дополняться развитием стационарозамещающих (дневных стационаров при женских консультациях, поликлиниках; коек дневного пребывания на базе отделений патологии беременности) и скрининговых технологий []. Выделение в качестве отдельного этапа базовых родовспомогательных учреждений для беременных группы высокого риска по материнской и перинатальной смертности, специализация ряда учреждений по оказанию помощи родильницам с заболеваниями печени, недовынашиванием, септическими осложнениями, способствует снижению тяжелых осложнений беременности и родов у данной группы женщин []. Поэтому

проблема оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи в настоящее время приобретает особую актуальность.

Большую значимость в современных условиях приобретает также метод "диспансеризации" населения. О.Г. Фролова (1986) указывает, что диспансеризация практически здоровых женщин (1-2 раза в год) имеет своей целью обеспечить сохранение здоровья, формирование здорового образа жизни в каждой возрастной группе, устранение факторов риска, укрепление защитных сил организма с целью предупреждения акушерско-гинекологической патологии [].

Многие исследователи отмечают необходимость усиления интеграции лечебно-профилактической помощи, и в особенности, женщинам и детям []. О необходимости интеграции службы охраны материнства и детства с общей лечебной сетью на амбулаторно-поликлиническом уровне говорят эпидемиологические исследования, проведенные О.И. Лебединской (1987) и Э.В. Зиминной (1992). Так, по данным О.И. Лебединской, врач акушер-гинеколог женской консультации располагал сведениями о характере соматической патологии беременных лишь у 13,7 % из них []. По данным Э.В. Зиминной, только в 30 % случаях акушеры-гинекологи оказывались достаточно информированными относительно экстрагенитальной патологии беременных женщин, что затрудняло их в определении правильной тактики диспансерного наблюдения в виде родов []. Отсутствие интеграции терапевтических и акушерско-гинекологических служб в обеспечении достоверной и своевременной информации о состоянии соматического здоровья молодых женщин увеличивает частоту отклонений в родах до 64 % [].

Экстрагенитальная патология оказывает неблагоприятное влияние как на течение беременности (рост гестозов, невынашивания) и родов (высокий процент оперативного родоразрешения), так и на здоровье новорожденных детей [].

Большой процент экстрагенитальных заболеваний выявляется впервые во время гестации, что объясняется как повышенной нагрузкой на органы и системы беременной, так и недостатками в существенной диспансеризации девушек и подготовке их к материнству []. Поэтому основной акцент в работе создаваемых акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов необходимо делать на догестационную подготовку, деконтаминацию и планирование беременности в благоприятные сроки [].

Основными направлениями развития специализированной помощи в акушерстве являются экстрагенитальная патология (сердечно-сосудистая, эндокринологическая, острые и хронические инфекции); невынашивание беременности; воспалительные заболевания гениталий во время беременности, родов и послеродового периода; иммунноконфликтные ситуации между матерью и плодом; врожденная и наследственная патология [].

В гинекологической практике должны успешно функционировать следующие специализированные направления: бесплодие, эндокринная патология, детская и подростковая гинекология, патология шейки матки, онкогинекология и прочие [].

Эффективность специализированной помощи может быть достигнута только при согласованном действии всех этапов: специализированные женские консультации (типа "Брака и семьи") или кабинеты в женских консультациях (невынашивания, эндокринной патологии беременных и др.); отделения патологии беременных специализированных направлений; стационары или центры по родоразрешению; комплексное диспансерное наблюдение в послеродовом периоде []. Организация и проведение поэтапной специализированной помощи в стране должны осуществляться под руководством специализированных центров. Причем, в оказании специализированной помощи по каждому профильному направлению наряду с акушерами-гинекологами также должны участвовать смежные специалисты (кардиологи, эндокринологи, генетики, терапевты, инфекционисты, психологи) [].

Таким образом, полноценная специализированная помощь в акушерстве и гинекологии может быть реализована при тесном сотрудничестве акушерско-гинекологических учреждений со всеми общемедицинскими и общими специализированными службами здравоохранения. Она должна реализовываться акушерами-гинекологами совместно с другими специалистами на всех этапах жизни женщины и в процессе выполнения ею генеративной функции. Основными такими этапами являются: детский и подростковый возраст (с педиатром и специализированными педиатрическими службами); перед вступлением в брак и намерением выполнения генеративной функции (с терапевтом и смежными специалистами); в процессе родоразрешения в общепрофильных специализированных родильных домах (с терапевтом и смежными специалистами); в послеродовом периоде (диспансеризации по профилю патологии); в периоды между рождением детей (обследование и оздоровление с учетом профиля заболевания); в пред- и постменопаузальный периоды (с невропатологом, психотерапевтом, эндокринологом и другими специалистами) [].

1.3. Основные направления совершенствования деятельности службы родовспоможения с целью дальнейшего снижения репродуктивных потерь

Как свидетельствует анализ литературы, совершенствовать управление здравоохранением следует, ориентируясь преимущественно на конечный результат, с учетом систематизации и анализа всех компонентов

и элементов, составляющих процесс и определяющих его конечные результаты []. Конечным объективным критерием для оценки влияния социальных, медицинских и биологических факторов на исход беременности для матери и плода являются репродуктивные потери []. Поэтому одно из главных направлений в решении проблемы охраны материнства и детства связано со снижением репродуктивных потерь.

К репродуктивным потерям относят потери, связанные с гестационным процессом и его завершением. Компонентами репродуктивных потерь представлены ниже: материнские – женщины, умершие во время беременности и в течение 42 дней после ее завершения; аборт; внематочная беременность; роды; послеродовый период [].

Плодовые потери: аборт до 22 недель беременности; потери при сроке 22-27 недель беременности; внематочная беременность; перинатальные потери [].

Медико-социальная значимость репродуктивных потерь обусловлена:

- значительным уровнем общих репродуктивных потерь, особенно их основных компонентов (материнская и перинатальная смертность);
- постоянным ухудшением состояния здоровья беременных и рожениц, что в значительной мере определяет более высокий уровень материнской и перинатальной смертности по сравнению с экономически развитыми странами;
- большим числом абортов, остающихся основным способом регулирования деторождения, с возрастанием их удельного веса у первобеременных и женщин юного возраста;
- ростом заболеваемости новорожденных и детей более старшего возраста с высоким уровнем летальности, хронизации [].

Все это свидетельствует о необходимости анализа репродуктивных потерь, а также причин и факторов риска, определяющих их уровень в современных условиях, выделения приоритетных направлений по их снижению, повышения эффективности профилактических мер [].

В снижении репродуктивных потерь большую роль играют современные организационные и медицинские технологии. Как свидетельствует анализ литературы, использование современных технологий в акушерских стационарах позволяет снизить материнскую смертность от кровотечений, гестозов, внематочной беременности, септических осложнений []. Опыт ряда регионов и перинатальных центров как Республики Беларусь, так и зарубежных стран свидетельствует о том, что 27-30 % случаев перинатальных потерь возможно предотвратить за счет своевременной пренатальной диагностики состояния плода, адекватного лечения при его нарушениях, рационального ведения родов, динамического контроля за состоянием новорожденного, оказания реанимационной и интенсивной помощи при наличии показаний []. При

этом обеспечивается снижение антенатальных потерь – при гестозах, угрозе невынашивания беременности, ряде экстрагенитальных заболеваний; интранатальных потерь – при аномалиях родовой деятельности, тазовом предлежании, клинически и анатомически узком тазе; ранней неонатальной смертности – при асфиксии, родовой травме, кровоизлияниях в желудочки мозга, гемолитической болезни новорожденных [].

Таким образом, анализ репродуктивных потерь, систематизация их компонентов позволяет не только оценить репродуктивное здоровье женщин, но и предложить пути по совершенствованию акушерской помощи.

В настоящее время методы оценки качества, используемые в системе здравоохранения Республики Беларусь, нуждаются в пересмотре []. Опыт показывает, что точка зрения о том, как проходит лечебно-диагностический процесс, у разных специалистов различна [].

В условиях сложной экономической ситуации Правительство Республики Беларусь не всегда имеет возможность финансировать отрасль по потребностям. Поэтому повышается роль мероприятий, направленных на более рациональное и эффективное использование выделяемых финансовых средств: внедрение новых ресурсосберегающих и эффективных организационных форм оказания медицинской помощи и технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации; важное значение приобретают также вопросы стандартизации различных сфер медицинской деятельности; более широкое внедрение экономических методов управления [].

На территории Беларуси реализация Концепции развития здравоохранения началась с конца 1999 []. Одним из основных направлений реформирования системы здравоохранения, определенных Концепцией, является стандартизация медицинской помощи. Главная цель стандартизации – создание информационно-технологической базы, обеспечивающей, с одной стороны, условия для организации доступной, гарантированной финансовыми ресурсами государства помощи населению, с другой – позволяющей на основании клинико-экономического анализа с учетом достижения доказательной медицины более рационально использовать ресурсы отрасли.

Проблема улучшения качества медицинской помощи является ключевым критерием реформирования здравоохранения. Практический опыт работы показал, что все преобразования здравоохранения не эффективны без решения этой проблемы [].

Перспективными направлениями улучшения качества медицинской помощи являются:

- разработка протоколов обследования и лечения распространенных заболеваний;
- совершенствование структуры протоколов с целью выработки наиболее оптимальных алгоритмов, содержащих

технологическую последовательность в соответствии с идеологией доказательной медицины;

- детализация технологических схем обследования и лечения вплоть до создания специализированных клинико-организационных руководств по опыту здравоохранения стран СНГ, Австралии, Канады [].

По мнению ряда авторов, обеспечить качество медицинской помощи значит обеспечить ожидаемый уровень медицинской помощи в соответствии с определенными критериями (протоколами) []. Это является стандартом для оценки качества, с которым будут сравниваться и оцениваться реально протекающие процессы в здравоохранении [].

Важное значение в решении этих задач отводится системе экспертизы качества оказываемой акушерско-гинекологической помощи []. Медицинские работники обязаны обеспечить своевременное и квалифицированное обслуживание и лечение пациента. В связи с этим понятие качества медицинской помощи (КМП) приобретает первостепенное значение. Основным факторов, определяющим КМП, является профессиональный уровень врача, от которого, прежде всего, зависит выбор и полноценность использования имеющихся в его распоряжении методов диагностики и лечения заболеваний, степень риска для пациента, обусловленная как самим заболеванием, так и проведением диагностических процедур и лечебных мероприятий, а также удовлетворенность пациента результатами медицинской помощи [].

Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи позволяет делать аргументированные выводы о наличии дефектов в ее оказании на различных этапах и различными звеньями акушерско-гинекологической службы [].

В процессе анализа медицинской литературы нами были выявлены наиболее часто встречающиеся дефекты в обследовании беременных женщин (при проведении экспертизы КМП учитывались лечебно-диагностические возможности медицинского учреждения): консультации необходимых врачей-специалистов частично отсутствуют – роддом-21 %, женские консультации-16,5 %; необходимые лабораторные исследования проведены не в полном объеме – роддом-39 %, женские консультации-38,6 %; необходимые инструментальные исследования проведены не в полном объеме – роддом-16 %, женские консультации-16 % [].

Таким образом, работа по оценке качества представляет собой непрерывный процесс - планирование, деятельность, проверка, принятие мер.

Система организации медицинской помощи должна включать в себя методы кооперации и сотрудничества, методы диагностики, непосредственное лечение и уход, а также анализ рисков и отчеты о неблагоприятных эффектах и отрицательных результатах []. Она должна быть приспособлена к оценке того, что и как сделано, иметь измеряемые цели и документальную фиксацию качества работы. Вся система должна

быть построена на самоконтроле, самооценке и самоотчетности, но эти составляющие должны быть документально зафиксированы, чтобы их можно было отследить извне [].

В целях приведения в соответствие региональных различий в качестве оказания медицинской помощи необходимо создание единых оценочных показателей качества (регистров качества). Применение регистров качества позволит снизить количество повторных дублирующих лечебно-диагностических мероприятий и оценить эффективность того или иного вида медицинской деятельности [].

С развитием системы управления в сфере здравоохранения в обиход все шире стало входить понятие клинического менеджмента [].

Клинический менеджмент – это понятие, включающее в себя все вопросы, связанные с лечебным процессом, начиная от его организации с учетом комплексного подхода, включающего профилактику заболеваний (управление болезнью) до контроля качества оказания медицинской помощи и разрешения проблем во взаимоотношениях между различными профессиональными группами, т.е. взаимопонимания врачей и медицинских сестер или врачей общей практики и узких специалистов. Можно сказать, что клинический менеджмент – это система мер, принимаемых на локальном и национальном уровнях, направленных на обеспечение наилучшего лечения и ухода за пациентом [].

В понятие клинический менеджмент входит не только организация комплексного лечения, но и профилактика. Участие в этом процессе требует сотрудничества различных специалистов на основе применения научно-обоснованных методов лечения и профилактики с доказанной медико-экономической эффективностью [].

По мнению А.Б. Бискупа (...), оценка технологий в здравоохранении приобретает все большее значение в современном мире, т.к. достижения медицинской науки приводят к появлению более современных и, зачастую, более дорогостоящих оборудования и медикаментов. Ограниченность ресурсов обязывает врачей и руководителей здравоохранения обеспечить наилучшее качество медицинской помощи в рамках имеющихся бюджетных средств. Для обеспечения возможности принятия правильных управленческих решений необходима наиболее достоверная информация об эффективности и результативности применения технологий в здравоохранении [].

Оценка технологии здравоохранения основана на изучении конечных результатов, полученных при применении исследуемых методик к медицинской практике. Она включает в себя различные аспекты изучения конечного результата, полученного от применения исследуемой технологии в медицинской практике: безопасность, клиническую безопасность, влияние на качество жизни, стоимость, соотношение стоимости и эффективности, этические аспекты, социальные аспекты [].

Общеизвестно, что эффективность функционирования конкретных служб каждого лечебно-профилактического учреждения зависит от уровня

компетентности и профессионализма управленческих и исполнительских кадров [].

Эффективность медицинской помощи населению в значительной степени зависит от качества работы управленческих структур, которое обусловлено, главным образом, уровнем компетентности, организаторских способностей и практического опыта их руководителей. Именно на этой неперменной основе должны обеспечиваться адекватные объемы планирования и координации деятельности подчиненных учреждений и служб на всех уровнях управления [].

Многолетний опыт применения метода интеграции функций управления и технологии, его реализации свидетельствует, что в территориальных системах здравоохранения стали эффективно обеспечиваться следующие механизмы:

вовлечение управленцев всех уровней в процесс изучения проблемы с овладением ими основами анализа и оценки социально-гигиенических явлений и деятельности медицинских структур и служб и посредством этого приобщение их к научной работе;

стимулирование приобретения необходимых современных социально-гигиенических и управленческих знаний посредством самоподготовки и периодического курсового усовершенствования;

изучение передового опыта работы и новых медицинских технологий, оперативное внедрение в практику и оценка их эффективности [].

1.4. Краткие выводы

Таким образом, анализ литературы свидетельствует о том, что, несмотря на постоянное совершенствование перинатальных технологий, повышение качества оказания медицинской помощи женскому населению, возрастание значимости существующего медицинского контроля за подготовкой к материнству, за здоровьем беременной и состоянием плода, в существующих условиях реформирования здравоохранения проблема рациональной оценки эффективности акушерско-гинекологической службы по-прежнему остается актуальной и требует разработки новых подходов, основанных на использовании унифицированных алгоритмов, отражающих все этапы медицинского наблюдения за женщинами фертильного возраста.

ГЛАВА 2. ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ (1991-2000 ГГ.)

Мониторинг правильности выбранной стратегии по улучшению женского репродуктивного здоровья возможен только на основе совокупного изучения многолетнего анализа изменений демографических показателей и ежегодной оценки важнейших параметров качества оказания акушерско-гинекологической и педиатрической помощи. Нами проведен анализ рождаемости, смертности и естественного прироста населения Гродненской области, а также оценены годовые показатели материнской, младенческой, перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных за вышеуказанные периоды.

2.1. Комплексная оценка демографической ситуации в Гродненской области

Проведен системно-структурный анализ рождаемости, смертности и естественного прироста населения в Гродненской области за период с 1991 по 2000 годы. Результаты исследования представлены в таблице 2.1. Достоверных изменений уровня рождаемости в период 1996-2000 гг. по сравнению с 1991-1995 гг. не наблюдалось.

В городских поселениях в сравниваемые периоды имело место выраженное снижение данного показателя с 13,1 ‰ до 9,9 ‰, причем, наиболее быстрыми темпами рождаемость снижалась в 1996-2000 годы ($P < 0,05$). Наиболее выраженное снижение показателя рождаемости в крупных городах области отмечено в сравниваемые периоды (1991-1995 и 1996-2000 гг.) в г. Гродно (с 12,9 ‰ до 9,7 ‰), г. Лида (с 13,9 ‰ до 10,1 ‰), г. Слоним (с 13,0 ‰ до 9,3 ‰), г. Волковыск (с 12,9 ‰ до 9,8 ‰). Снижение рождаемости отмечено и в большинстве районов области: Берестовицкий, Волковысский, Вороновский, Зельвенский, Ивьевский, Кореличский, Лидский, Мостовский, Новогрудский, Островецкий, Свислочский, Слонимский, Щучинский. В 1991-1995 годах во всех районах области достоверных

	Рождаемость		P	О. смертность		P	Естественный прирост		P
	1991-1995	1996-2000		1991-1995	1996-2000		1991-1995	1996-2000	
Городские и сельские поселения	10,1±2,58	9,4±0,11	< 0,05	-	-	-	-0,6±1,10	-4,8±0,22	-
Городские поселения	13,1±1,01	9,9±0,16	< 0,05	7,8±0,27	8,9±0,19	< 0,05	5,2±1,10	1,0±0,22	< 0,05
Сельские поселения	8,6±2,07	8,4±0,23	-	20,3±0,75	22,9±0,22	< 0,05	-9,7±1,27	-14,5±0,18	< 0,05
г. Гродно	12,9±1,11	9,7±0,19	< 0,05	7,1±0,29	7,9±0,18	-	5,8±1,04	1,8±0,40	< 0,05
г. Сморгонь	13,5±1,67	9,6±0,43	-	6,0±0,36	7,0±0,41	-	7,5±1,37	2,6±0,17	< 0,05
г. Волковыск	12,9±1,04	9,8±0,17	< 0,05	8,5±0,26	9,5±0,30	-	4,4±2,01	0,2±0,67	-
г. Лида	13,9±1,14	10,1±0,26	< 0,05	7,9±0,37	9,3±0,30	< 0,05	6,0±1,23	0,8±0,30	-
г. Новогрудок	10,9±2,80	9,6±0,52	-	8,6±0,43	10,0±0,48	-	4,4±1,50	-0,5±0,38	-
г. Слоним	13,0±1,01	9,3±0,42	< 0,05	9,1±0,10	10,1±0,24	< 0,05	3,9±1,15	-0,8±0,78	-
Берестовицкий	11,7±0,37	9,8±0,24	< 0,05	16,9±0,23	17,0±0,62	-	-5,1±0,99	-7,2±0,42	-
Волковысский	12,3±0,77	9,4±0,41	< 0,05	15,7±0,60	16,3±0,31	-	-3,6±0,47	-6,8±0,69	< 0,05
Вороновский	13,7±0,60	10,3±0,44	< 0,05	14,7±0,37	16,6±0,25	< 0,05	-1,0±1,03	-6,3±0,64	< 0,05
Гродненский	10,7±0,76	8,8±0,10	-	16,1±0,83	17,4±0,48	-	-5,4±0,94	-8,6±0,59	< 0,05
Дятловский	9,2±2,25	8,0±0,19	-	16,9±0,61	19,1±0,79	-	-5,7±1,49	-11,1±0,45	< 0,05
Зельвенский	10,9±0,22	9,3±0,40	< 0,05	17,0±0,46	19,2±0,93	-	-6,1±0,96	-9,8±0,69	< 0,05
Ивьевский	11,5±0,38	9,9±0,41	< 0,05	18,5±1,07	20,8±0,33	-	-7,0±0,46	-10,9±1,28	< 0,05
Кореличский	10,3±0,23	8,1±0,25	< 0,01	18,6±0,48	21,1±0,16	< 0,05	-8,3±1,10	-13,0±0,54	< 0,05
Лидский	10,9±0,58	8,9±0,22	< 0,05	17,5±0,82	20,6±0,60	< 0,05	-6,6±0,63	-11,7±0,22	< 0,01
Мостовский	12,1±0,63	9,7±0,20	< 0,05	15,9±0,65	17,7±0,53	-	-3,7±1,19	-8,0±0,46	< 0,05
Новогрудский	8,2±0,44	6,1±0,24	< 0,05	23,6±0,95	28,2±0,51	< 0,05	-15,5±1,22	-22,2±0,66	< 0,01
Островецкий	12,4±0,31	10,4±0,34	< 0,05	16,1±0,63	17,6±0,42	-	-3,8±1,29	-7,2±0,72	-
Ошмянский	12,8±0,77	10,9±0,36	-	14,0±0,59	16,2±0,56	-	-1,3±0,84	-5,4±0,64	-
Свислочский	11,5±0,30	9,7±0,27	< 0,05	15,4±0,62	19,0±0,46	< 0,05	-3,9±1,30	-9,3±0,83	-
Слонимский	9,5±0,68	6,9±0,12	< 0,05	19,8±0,79	22,9±0,71	< 0,05	-10,4±0,83	-16,1±0,69	< 0,01
Сморгонский	9,4±0,55	7,2±0,63	-	21,7±0,68	23,1±0,64	-	-12,3±1,16	-15,9±0,68	-
Щучинский	11,0±0,26	9,1±0,29	< 0,05	17,2±0,64	20,0±0,21	< 0,05	-6,3±1,19	-10,9±0,51	< 0,05
Всего по области	10,1±2,58	9,4±0,11	-	14,9±0,48	16,7±0,20	< 0,05	-0,6±1,10	-4,8±0,22	-

P – коэффициент достоверности различий между периодами 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг.

Табл. 2.1. Динамика показателей рождаемости, смертности и естественного прироста населения Гродненской области в период 1991-2000 годы.

колебаний показателя рождаемости не наблюдалось. В период с 1996 по 2000 год в Островецком и Ошмянском районах темпы снижения рождаемости значительно превышали среднеобластные ($P < 0,05$, $P < 0,01$ соответственно). В Слонимском, Новогрудском, Кореличском, Гродненском и Сморгонском районах динамика рождаемости превышала среднеобластные показатели ($P < 0,001$, $P < 0,001$, $P < 0,001$, $P < 0,001$, $P < 0,01$ соответственно).

В период с 1991 по 1995 гг. не наблюдалось достоверных различий в величине показателя рождаемости между городскими и сельскими поселениями, не отмечалось выраженной динамики этого показателя в сельских поселениях (районах). Однако в период 1991-1995 гг. в Новогрудском и Сморгонском районах темпы прироста рождаемости достоверно превышали среднеобластные ($t = 4,7$ и $t = 3,0$ соответственно).

В отличие от вышеприведенного периода, в 1996-2000 годах имело место значительное ($P < 0,01$) различие уровня рождаемости в городских и сельских поселениях области. В рассматриваемый период в Новогрудском и Слонимском районах показатель рождаемости был достоверно ниже среднеобластного в сельских поселениях ($P < 0,001$, $P < 0,01$), а в Ошмянском, Островецком, Мостовском, Берестовицком и Свислочском районах выше среднеобластного в сельских поселениях ($P < 0,01$, $P < 0,01$, $P < 0,01$, $P < 0,01$, $P < 0,05$ соответственно). В целом по области в 1996-2000 годы рождаемость была ниже среднеобластной в Слонимском, Новогрудском, Дятловском, Гродненском и Сморгонском районах ($P < 0,001$, $P < 0,001$, $P < 0,01$, $P < 0,01$, $P < 0,05$ соответственно). Как и в целом по республике, самый высокий коэффициент рождаемости в Гродненской области наблюдается в возрастной группе 20-24 года (111,3 – на 1000 женщин соответствующего возраста), а самый низкий – в группе женщин старше 45 лет (0,08). В сравниваемые периоды коэффициенты рождаемости достоверно снизились во всех возрастных группах, кроме группы женщин в возрасте 45-49 лет.

В сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. в Гродненской области уровень смертности населения увеличился с 14,9 ‰ до 16,7 ‰ ($P < 0,05$). Увеличение данного показателя имело место, в первую очередь, в сельских поселениях – с 20,3 ‰ до 22,9 ‰ ($P < 0,05$). Кроме достоверного увеличения уровня смертности в сравниваемые периоды в ряде районов Гродненской области (Вороновский, Кореличский, Лидский, Новогрудский, Свислочский, Слонимский, Щучинский) рост этого показателя отмечен также в таких городах как Лида (с 7,9 ‰ до 9,3 ‰) и Слоним (с 9,1 ‰ до 10,1 ‰).

Как в 1991-1995 гг., так и 1996-2000 гг. в городских поселениях в сравнении со среднеобластным уровнем отмечались более низкий показатель смертности населения ($P < 0,001$ и $P < 0,001$ соответственно). В то же время в сельских поселениях в сравниваемые периоды темпы роста смертности значительно превышали среднеобластные ($P < 0,01$ и $P < 0,001$). Характерно, что как в 1991-1995 гг., так и в 1996-2000 гг. во всех крупных городах области (Гродно, Лида, Слоним, Волковыск, Сморгонь, Новогрудок) показатели смертности населения были ниже среднеобластного. В то же время в 1991-1995 гг. в Берестовицком, Зельвенском, Ивьевском, Кореличском, Лидском, Новогрудском, Слонимском, Сморгонском и Щучинском районах и в 1996-2000 гг. в Дятловском, Ивьевском, Кореличском,

Лидском, Свислочском, Слонимском, Сморгонском и Щучинском районах показатели смертности населения превышали среднеобластной уровень. В целом в 1991-1995 гг. и в 1996-2000 гг. показатель смертности населения в сельских поселениях были достоверно выше, чем в городских ($P < 0,001$ и $P < 0,001$ соответственно). Следует также отметить, что в большинстве районов области как 1991-1995 гг., так и в 1996-2000 гг. показатели смертности были ниже, чем в среднем по области в сельских поселениях и только в Новогрудском районе значительно превышали среднеобластные ($P < 0,05$ и $P < 0,001$ соответственно) для сельских поселений. В отличие от сельских поселений в 1991-1995 гг. только в г. Сморгони темпы прироста показателя смертности населения были ниже среднеобластного для городских поселений ($P < 0,01$), а в г. Слониме превышали таковые ($P < 0,01$). В 1996-2000 гг. кроме Сморгони ($P < 0,01$), замедление темпов смертности населения отмечено и в г. Гродно ($P < 0,01$). При этом по-прежнему в г. Слониме темпы прироста смертности населения превышали среднеобластные для городских поселений ($P < 0,01$).

Рост показателя смертности населения по Гродненской области в сравнимые сроки привел к снижению естественного прироста населения. Естественный прирост в регионе в 1993 году перешел в естественную убыль населения, которая за 1991-1995 годы составила $-0,6\%$, а за период 1996-2000 гг. достигла $-4,8\%$. Тем не менее, в сравнимые периоды достоверного снижения естественного прироста населения в Гродненской области не произошло. В сравнимые периоды снижение естественного прироста населения отмечено только в двух крупных городах – Гродно (с $5,8\%$ до $1,8\%$) и Сморгони (с $7,5\%$ до $2,6\%$), а также в ряде районов области (Волковысский, Вороновский, Гродненский, Дятловский, Зельвенский, Ивьевский, Кореличский, Лидский, Мостовский, Новогрудский, Слонимский, Щучинский).

В целом по области в сравнимые периоды имелись значительные различия в величине показателя естественного прироста населения между городскими и сельскими поселениями. Причем, степень различий показателя в 1996-2000 гг. стала более выраженной ($P < 0,001$), чем в 1991-1995 годы ($P < 0,01$).

Характерным образом в сравнимые периоды изменялась динамика прироста населения. Так, если в период 1991-1995 гг. не наблюдалось достоверных различий между этим показателем в целом по региону и в городских и сельских показателях, то в 1996-2000 гг. в городских поселениях он достоверно превышал среднеобластной ($P < 0,001$), а в сельских поселениях был ниже такового по области ($P < 0,001$).

Наиболее быстрыми темпами в сравнимые периоды происходила естественная убыль населения в г. Гродно и г. Сморгони ($P < 0,001$ и $P < 0,001$ соответственно). В то же время, несмотря на достоверное уменьшение естественного прироста в большинстве районов области в рассматриваемый период, динамика этого процесса отмечалась в сторону замедления в Берестовицком, Волковысском, Гродненском, Дятловском, Зельвенском, Ивьевском, Кореличском, Лидском, Мостовском, Новогрудском, Островецком, Свислочском, Слонимском и Щучинском районах.

Как и в целом по области, в 1991-1995 годах динамика естественного прироста населения в крупных городах не различалась от таковой в городских поселениях региона. В то же время в 1996-2000 гг. в г. Сморгони показатели естественного прироста превышали среднеобластной показатель для городских поселений ($P < 0,01$), а в г. Новогрудке был ниже областного уровня ($P < 0,05$).

Проведенный анализ также показал, что если в 1991-1995 гг. убыль населения только в Берестовицком, Волковысском и Мостовском районах была ниже среднеобластной для сельских поселений ($P < 0,05$, $P < 0,01$, $P < 0,05$ соответственно), то в 1996-2000 гг. эта ситуация была характерна для большинства районов области. Следует, однако, отметить, что как в 1991-1995 гг., так и в 1996-2000 гг. естественный прирост населения в Новогрудском районе был достоверно ниже среднеобластного показателя для сельских поселений.

Таким образом, как и в республике в целом, в Гродненской области в рассматриваемые периоды преобладали негативные демографические процессы, ведущие к развитию депопуляции.

2.2. Заболеваемость беременных и материнская смертность

Начиная с 1997 года учет числа заболеваний, осложнявших течение беременности и родов, в Гродненской области, как и в республике в целом, проводится по новой статистической форме № 32 "Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам". Это позволило оптимизировать анализ причин и динамику процессов, вызывающих различного рода осложнения в течение родового акта.

		Годы										M ± m		Достоверность различий	Среднегодовой темп прироста (%)	
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1991-1995	1996-2000		1991-1995	1996-2000
		абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.		абс.	абс.
всего беременных с заболеваниями	абс.	н/д	8547	7481	9283	9056	8609	8592	8802	8480	8341	63,25±0,41	77,24±0,40	<0,001	14,3	-0,31
	%		57	53,9	70,2	74	74,6	81,3	78,7	75,7	76,2					
токсикозы II половины беременности	абс.	1141	1034	815	798	885	777	753	610	658	704	6,50±0,21	6,32±0,23	-	-1,13	-2,05
	%	7,6	7,2	6,2	6,4	7,6	7,0	7,5	5,8	6,2	6,8					
в т.ч. преэклампсия и эклампсия	абс.	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0,01±0,01	0,01±0,01	-	-	-
	%	0,01	0,01	0,01	0,1	0	0,01	0,01	0,01	0	0					
заболевания системы кровообращения	абс.	1001	1160	1079	1160	1237	1378	1399	1318	1238	1077	8,53±0,24	11,56±0,30	<0,05	15,15	-10,40
	%	6,4	7,7	7,8	8,8	10,1	11,9	13,2	11,8	11	5,0					
анемия	абс.	2026	1995	2117	2135	2375	2926	3100	3063	3143	2452	15,87±0,31	26,49±0,42	<0,001	13,98	-2,54
	%	13	13,3	15,3	16,2	19,4	25,4	29,3	27,4	28	22,4					
заболевания мочеполовой системы	абс.	1110	1382	1224	1276	1207	1300	1355	1524	1403	1363	9,37±0,25	12,53±0,31	<0,01	8,58	1,76
	%	7,1	9,2	8,8	9,7	9,9	11,3	12,8	13,6	12,5	12,5					
сахарный диабет	абс.	18	14	12	14	21	13	14	8	10	5	0,11±0,03	0,09±0,029	-	186,6	-1,92
	%	0,1	0,05	0,09	1,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,09					
дисфункция щитовидной железы	абс.	659	1040	1691	2409	2597	2144	2419	2407	2443	2595	14,24±0,30	21,66±0,39	<0,001	431,4	4,80
	%	4,2	6,9	12,2	18,2	21,2	18,6	22,9	21,5	21,8	23,7					
гиперплазия щитовидной железы	абс.	н/д	960	1640	2362	2172	1193	534	360	353	218	13,13±0,29	4,79±0,20	<0,001	118,5	-17,9
	%		6,4	11,8	17,9	17,8	10,3	5,1	3,2	3,2	2,0					
эутиреоидный зоб	абс.	н/д	20	46	33	416	932	1881	2042	2086	2368	0,95±0,08	16,79±0,35	<0,001	200,0	32,55
	%		1,9	0,3	0,2	3,6	8,1	17,8	18,3	18,6	21,6					
тиреотоксикоз	абс.	н/д	8	5	14	9	19	4	5	4	9	0,07±0,02	0,07±0,03	-	-27,19	-15,79
	%		0,7	0,04	0,1	0,1	0,2	0,04	0,04	0,04	0,08					
венозные осложнения	абс.	232	248	253	182	203	178	310	284	276	261	1,63±0,11	2,36±0,14	<0,05	-6,13	7,22
	%	1,5	1,7	1,8	1,4	1,6	1,5	2,9	2,5	2,5	2,4					
нарушение жирового обмена	абс.	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	743	703	634	648	-	6,15±0,23	-	-	-5,42
	%							7	6,3	5,7	5,9					
инфекционные и паразитарные болезни	абс.	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	749	704	940	881	-	7,38±0,25	-	-	7,68
	%							7,1	6,3	8,4	8,0					
угроза невынашивания беременности	абс.	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	3587	3238	3604	3842	-	32,18±0,44	-	-	2,18
	%							33,9	28,9	32	35,1					

Табл. 2.2. Заболеваемость беременных в Гродненской области за период с 1991 по 2000 г.г. (по данным родовспомогательных учреждений, в % к числу закончивших беременность).

Динамика заболеваемости беременных в Гродненской области в период с 1991 года по 2000 год представлена в таблице 2.2.

Оценка заболеваемости беременных в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. показала, что за пять последних анализируемых лет в Гродненской области, как и в целом по республике, произошел достоверный рост общей заболеваемости с $63,25 \pm 6,41$ % до $77,24 \pm 0,4$ % ($P < 0,001$) (по республике: 1991-1995 гг. – $57,7 \pm 2,46$ %, 1995-2000 гг. – $71,7 \pm 1,45$ %). Следует отметить, что если в период 1991-1995 гг. уровень заболеваемости беременных в Гродненской области был достоверно ниже, чем в целом по республике ($P < 0,05$), то в 1996-2000 гг. показатель заболеваемости беременных в регионе значительно превышал среднереспубликанский ($P < 0,001$). При этом наиболее высокий среднегодовой темп прироста $14,3$ % уровня заболеваемости беременных в Гродненской области отмечался в 1991-1995 гг. и также превышал таковой в этот период в целом по Республике Беларусь ($P < 0,05$).

Анализ заболеваемости данных представленных в таблице 2.2 свидетельствует о том, что в Гродненской области в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. основными заболеваниями, осложнявшими течение беременности и родов, являлись анемии, дисфункции щитовидной железы, угроза прерывания беременности, заболевания мочеполовой системы и системы органов кровообращения. Так, если в 1991-1995 годы в структуре заболеваемости беременных первые места принадлежали анемиям ($22,5$ %) и дисфункциям щитовидной железы ($21,7$ %), то в 1996-2000 гг. наиболее часто регистрировались случаи угрозы прерывания беременности ($21,7$ %) и анемии ($17,9$ %), в то время как дисфункции щитовидной железы занимали третье место по частоте встречаемости ($14,6$ %) (таблица 2.3).

	1991-1995	1996-2000
Всего беременных с заболеваниями	100,0	100,0
Токсикозы II половины беременности	9,2	4,3
в т.ч. преэклампсия, эклампсия	0,08	0,09
Заболевания системы кровообращения	12,1	7,8
Анемия	22,5	17,9
Заболевания мочеполовой системы	13,3	8,4
Сахарный диабет	0,2	0,1
Дисфункция щитовидной железы	20,2	14,6
Гиперплазия	18,7	3,2
Эутиреоидный зоб	1,3	11,3
Тиреотоксикоз	0,1	0,0
Венозные осложнения	2,3	1,6
Нарушение жирового обмена	-	4,1
Инфекционные и паразитарные болезни	-	5,0
Угроза прерывания беременности	-	21,7

Табл. 2.3. Структура заболеваемости беременных в Гродненской области в 1991-2000 годах (%).

Отдельно следует отметить следующий факт: характер заболеваемости беременных в Гродненской области по основным нозологическим формам имел отличительные особенности от такового по Беларуси в целом. Так, если по республике в 1991-2000 гг. в структуре заболеваемости беременных преобладали йоддефицитные заболевания (35,9 %), анемии (29,8 %) и угроза прерывания беременности (28,1 %), то в Гродненской области удельный вес случаев угрозы прерывания беременности в анализируемый период достигал 21,7 %, опережая по частоте как заболеваемость анемией (19,7 %), так и йоддефицитными заболеваниями.

Среди других, менее распространенных заболеваний, осложняющих течение беременности, в Гродненской области в 1991-1995 гг. наиболее часто регистрировались заболевания системы кровообращения (12,1 %) и поздние гестозы (9,2 %). В период 1995-2000 гг. в структуре менее распространенных заболеваний у беременных доминировали заболевания органов системы кровообращения (7,8 %), а также инфекционные и паразитарные болезни (5 %). В период 1995-2000 гг. в Гродненской области удельный вес случаев поздних гестозов

составил лишь 4,3 %. Отдельно следует отметить, что в период 1991-2000 гг. заболеваемость поздними гестозами в Гродненской области была самой низкой по стране и составляла $6,5 \pm 0,58$ % (по республике – $8,3 \pm 0,08$ %).

Как свидетельствуют результаты проведенного анализа, в Гродненской области в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. наиболее значительно с $15,87 \pm 0,31$ % до $26,49 \pm 0,42$ % выросла заболеваемость анемиями ($P < 0,001$). При этом если в период 1991-1995 гг. наблюдалась положительная динамика среднегодового темпа прироста заболеваемости анемиями 15,15 %, то в период 1996-2000 гг. темпы по годового прироста значительно уменьшились – -10,4 %.

Кроме анемий, в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. в Гродненской области наиболее быстро проходил рост заболеваемости дисфункциями щитовидной железы с $14,24 \pm 0,3$ % до $21,66 \pm 0,39$ % ($P < 0,001$). Среди дисфункций щитовидной железы отмечен достоверный рост заболеваемости эутиреоидным зобом с $0,95 \pm 0,08$ % в 1991-1995 гг. до $16,79 \pm 0,35$ % в 1996-2000 гг. ($P < 0,001$). Наоборот, заболеваемость гиперплазией щитовидной железы в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. достоверно уменьшилась с $13,13 \pm 0,29$ % до $4,79 \pm 0,2$ % ($P < 0,001$). Уровень заболеваемости тиреотоксикозом в сравниваемые периоды достоверно не изменился и составлял $0,07 \pm 0,02$ % в 1991-1995 гг. и $0,07 \pm 0,03$ % в 1996-2000 гг. В отличие от анемии, среднегодовой темп прироста заболеваемости дисфункциями щитовидной железы сохранял положительную динамику на протяжении всего анализируемого десятилетия, но был значительно выше в период 1991-1995 гг. 431,4 %. В это же пятилетие значительно быстрее происходил рост заболеваемости как гиперплазией щитовидной железы – темп прироста 118,5 %, так и эутиреоидным зобом - 200 %. Положительная динамика среднегодового темпа прироста эутиреоидным зобом сохранялась и в 1996-2000 гг. - 32,55%. В этот же период отмечена отрицательная динамика темпа прироста заболеваемости гиперплазией щитовидной железы - -17,9%. Среднегодовые темпы прироста заболеваемости тиреотоксикозом в Гродненской области снижались как в 1991-1995 гг. - -27,19 %, так и в 1996-2000 гг. - -15,79 %.

Данные проведенного анализа свидетельствуют, что в Гродненской области в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. наблюдался также рост заболеваемости болезнями системы кровообращения с $8,53 \pm 0,24$ % до $11,56 \pm 0,3$ % ($P < 0,05$), болезнями мочеполовой системы с $9,37 \pm 0,25$ % до $12,53 \pm 0,31$ % ($P < 0,01$) и венозными осложнениями беременности с $1,63 \pm 0,11$ % до $2,36 \pm 0,14$ % ($P < 0,05$). При этом динамика среднегодового прироста данных заболеваний значительно отличалась как в сравниваемые пятилетние периоды, так и между собой. Так, если среднегодовой темп прироста заболеваемости органов мочеполовой системы сохранял положительную динамику на протяжении всего десятилетия, то темпы прироста заболеваемости органов системы органов кровообращения были положительными только в 1991-1995 гг. - 15,15 %, переходя затем в отрицательную динамику в последующее пятилетие - -10,4 %. Наоборот, динамика среднегодового темпа прироста венозных осложнений при беременности

была отрицательной в 1991-1995 гг. - $-6,13\%$ и положительной – в 1996-2000 гг. - $7,22\%$.

На протяжении 1991-2000 гг. в Гродненской области уровень заболеваемости беременных поздними гестозами в сравнении с показателем по республике (табл. 2.2) оставался стабильно низким и составлял в 1991-1995 гг. $6,5 \pm 0,21\%$ и в 1996-2000 гг. $6,32 \pm 0,23\%$. При этом как в 1991-1995 гг., так и в последующем пятилетии в регионе, в отличие от среднереспубликанского показателя, наблюдалась тенденция к снижению среднегодового темпа прироста - $-1,13$ и $0,25\%$ соответственно. Достоверно ниже среднереспубликанского на протяжении анализируемого десятилетия был и показатель частоты преэклампсий и эклампсий, составивший $0,01 \pm 0,01\%$ ($P < 0,001$).

В сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. в Гродненской области на стабильном уровне сохранялась заболеваемость сахарным диабетом, составлявшая $0,11 \pm 0,03\%$ и $0,09 \pm 0,03\%$ соответственно. В 1991-1995 гг. регистрировался значительный среднегодовой темп прироста заболеваемости сахарным диабетом - $186,6\%$, с последующей в 1995-2000 гг. стабилизацией показателя.

В связи с поздним началом регистрации (с 1997 года) невозможно провести анализ заболеваемости беременных в 1991-1995 гг. нарушениями жирового обмена, инфекционными и паразитарными болезнями, а также угрозой прерывания беременности. Тем не менее, данные исследования свидетельствуют о том, что в 1996-2000 гг. уровень патологии жирового обмена в Гродненской области был достоверно выше, чем по республике в целом и составлял $6,15 \pm 0,25\%$ ($P < 0,05$). При этом наблюдалось нарастание темпов убыли заболеваемости – $-5,42\%$.

В 1996-2000 гг. в Гродненской области имело место ускорение темпов среднегодового прироста заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями, уровень которой в это пятилетие составлял $7,38 \pm 0,25\%$.

Угроза невынашивания беременности и Гродненской области, как и в целом по Республике Беларусь, в 1996-2000 гг. была стабильно высокой и составила $32,18 \pm 0,44\%$. При этом наблюдалась тенденция к ускорению среднегодовых темпов прироста этой патологии - $2,18\%$. В то же время в регионе в прошедшее пятилетие отмечена самая низкая частота преждевременных родов ($3,4\%$). Это указывает на адекватную организацию диагностики и профилактики невынашивания беременным в области.

Частота неосложненных родов в 1996-2000 гг. в Гродненской области, как и в целом по республике, не превышала 25% . При этом удельный вес оперативных родоразрешений путем кесарева сечения составил $16,1 \pm 0,72\%$.

Динамика материнской смертности в Гродненской области за период 1991-2000 гг. представлена в таблице 2.4.

Распределение умерших по причинам	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1991-1995	1996-2000
Абсолютные числа											Сумма значений	
Всего умерло женщин	5	2	2	2	1	1	3	3	0	2	12	9
Городские поселения	2	2	1	2	1	1	2	3	0	2	8	8
Сельские поселения	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	1
Показатель материнской смертности на 100 000 родившихся живыми											M ± m	
Всего умерло женщин	30,3	12,6	13,8	14,7	8,0	8,5	27,6	27	0,0	18,2	16,4±3,8	16,1±5,3
Городские поселения	17,9	19	10,8	22,9	12,4	13,3	28,5	40,5	0,0	26,4	168±5,9	216±7,6
Сельские поселения	56,8	0,0	19,1	0,0	0,0	0,0	25,9	0,0	0,0	0,0	159±7,9	5,3±5,3

Табл. 2.4. Динамика материнской смертности в Гродненской области (1991-2000 гг.) (по данным Министерства статистики и анализа Республики Беларусь).

Средний показатель материнской смертности за период 1991-2000 гг. по Гродненской области составил $16,04 \pm 3,1$ на 100 тыс. родившихся живыми и был достоверно ниже, чем в целом по Республике Беларусь – $22,2 \pm 0,12$ на 100 тыс. родившихся живыми ($P < 0,05$).

Средний показатель материнской смертности в Гродненской области в 1991-1995 гг. составил $16,4 \pm 3,8$ на 100 тыс. живорожденных и достоверно не различался в городских и сельских поселениях региона ($16,8 \pm 5,9$ и $15,9 \pm 7,9$ на 100 тыс. живорожденных соответственно). Средний показатель материнской смертности в области в 1996-2000 гг. составил $16,1 \pm 5,3$ на 100 тыс. живорожденных и также достоверно не различался в городских и сельских поселениях ($21,6 \pm 7,6$ и $5,3 \pm 5,3$ на 100 тыс. родившихся живыми соответственно). Следует отметить, что за период 1991-2000 гг. средний показатель материнской смертности в городских поселениях Беларуси регистрировался достоверно ниже, чем в среднем по республике, и составлял $21,5 \pm 0,13$ на 100 тыс. родившихся живыми. В сельских поселениях показатель материнской смертности был значительно выше ($23,9 \pm 0,23$), чем в городских поселениях и в среднем по республике.

Всего за 10 лет в Гродненской области во время беременности и родов умерла 21 женщина. Это составило 7,87 % от всех умерших в этот период женщин в Республике Беларусь. Внематочная беременность явилась причиной смерти 2 женщин – 9,5 % (по республике – 11,6 %), искусственный медицинский аборт – 1 женщина – 4,8 % (по республике – 1,5 %), аборт вне лечебного учреждения – 2 – 9,5 % (по республике – 14,6 %), кровотечения при беременности и родах – 3 – 14,3 % (по республике – 11,6 %), поздние гестозы – 0 (по республике – 9,4 %), сепсис во время родов – 1 – 4,8 % (по республике – 1,9 %), другие осложнения беременности и родов – 12 – 57,1 % (по республике 49,4 %). Таким образом, за анализируемое десятилетие основной причиной материнской смертности в Гродненской области, как и в целом по стране, явились другие осложнения беременности и родов. В эту нозологию вошли экстрагенитальные заболевания, послужившие причиной

летального исхода, а также тяжелые осложнения беременности и родов, как эмболия околоплодными водами, острый жировой гепатоз беременных, HELLP-синдром и другие. На втором месте по частоте среди причин материнской смертности в Гродненской области, в отличие от статистических данных по Республике Беларусь, находились кровотечения при беременности и родах. На третьем и четвертом местах – внематочная беременность и аборт вне лечебных учреждений. Пятое и шестое места заняли искусственный медицинский аборт и сепсис во время родов. В отличие от статистических данных по Республике Беларусь, где материнская смертность от позднего гестоза заняла пятое место, в 1991-2000 гг. в Гродненской области не регистрировалось случаев материнской смертности при возникновении этого патологического состояния.

Структура причин материнской смертности в Гродненской области в динамике с 1991 по 2000 гг. дифференцированно для городских и сельских поселений представлена в табл. 2.5.

Распределение умерших по причинам	1991-2000 г.г.						1991-1995 г.г.						1996-2000 г.г.					
	всего		город		село		всего		город		село		всего		город		село	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Внематочная беременность	2	9,5	2	12,5	0	0,0	1	8,3	1	12,5	0	0,0	1	11,1	1	12,5	0	0
Искусственный медицинский аборт	1	4,8	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	12,5	0	0
Аборт вне лечебного учреждения	2	9,5	2	12,5	0	0,0	1	8,3	1	12,5	0	0,0	1	11,1	1	12,5	0	0
Кровотечения при беременности и родах	3	14,3	2	12,5	1	20,0	2	16,7	1	12,5	1	25,0	1	11,1	1	12,5	0	0
Гестоз	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Сепсис в родах	1	4,8	1	6,3	0	0,0	1	8,3	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Другие осложнения при беременности и родах	12	57,1	8	50,0	4	80,0	7	58,3	4	50,0	3	75,0	5	55,6	4	50,0	1	100,0
Всего умерло женщин	21	100,0	16	100,0	5	100,0	12	100,0	8	100,0	4	100,0	9	100,0	8	100,0	1	100,0

Табл. 2.5. Структура причин материнской смертности в Гродненской области, 1991-2000 годы (по данным Министерства статистики и анализа Республики Беларусь).

Среди городских и сельских жительниц региона структура причин материнской смертности в анализируемые периоды существенно не различались. При этом наибольший удельный вес постоянно приходился на долю других осложнений беременности и родов, достигших в 1996-2000 гг. уровня 100 % среди причин материнской смертности в сельских поселениях области.

Удельный вес иных осложнений, приводивших к материнской смертности в городских поселениях Гродненской области в анализируемое десятилетие, оставался стабильным и составил в 1991-1996 гг. по 12,5 % для внематочной беременности, аборт вне лечебных учреждений, кровотечений и сепсиса в родах. В 1996-2000 гг. в структуре материнской смертности для городских поселений 11,1 % занимали внематочная беременность, искусственный медицинский аборт и аборт вне лечебного учреждения, а также кровотечения при беременности и в родах. Материнской смертности от сепсиса в 1996-2000 гг. в регионе, как и в целом по республике, не было.

В сельских поселениях Гродненской области в 1991-1995 гг. причиной материнской смертности явились кровотечения при беременности и родах, составившие 25 %. В 1996-2000 гг. других причин материнской смертности в сельских поселениях региона не регистрировалось.

Показатель материнской смертности в Гродненской области в период 1996-2000 гг. в абсолютном выражении (9 случаев) был значительно меньше, чем в предыдущее пятилетие (12 случаев). Тем не менее, существенное снижение рождаемости не позволило достичь достоверного снижения этого показателя в 1996-2000 гг. по сравнению с 1991-1995 гг. в пересчете на 100 тыс. живорожденных младенцев. Тем не менее, показатель материнской смертности, в сравнении с данными по Республике Беларусь, претерпел значительные изменения в сторону улучшения. Так, если в период 1991-1995 гг. показатель материнской смертности в Гродненской области по сравнению с Республикой Беларусь в целом был только существенно ниже ($P < 0,05$), то в период 1996-2000 гг. достоверность снижения уровня смертности оказалась гораздо более значительной ($P < 0,01$).

Динамика среднегодовых темпов прироста (убыли) показателя материнской смертности в Гродненской области за период с 1991 по 2000 гг. была следующей. Так, в 1992 г. показатель материнской смертности был на 17,8 % ниже, чем в 1991 году, при этом темп убыли показателя составил 58,6 %. В последующие 2 года отмечена стабилизация показателя материнской смертности с некоторой отрицательной динамикой. В 1995 году произошло снижение показателя материнской смертности на 6,7 %, при этом темп убыли показателя составил 45,6 %. После абсолютного прироста показателя в 1997 году на 19 % со значительным темпом прироста в последующие два года наблюдалось значительное снижение показателя материнской смертности со среднегодовым темпом убыли в 51,1 %. При этом следует отметить, что в 1999 году в Гродненской области не регистрировалось случаев материнской смертности. В 2000 году отмечено увеличение показателя материнской смертности на 18,2 %.

Сравнительный анализ материнских потерь в Гродненской области в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. показал, что если по основным причинам в последние 5 лет отмечена стабилизация показателя, то по

"другим осложнениям беременности и родов" произошло его достоверное снижение ($P < 0,05$). Следует отметить, что в целом по Республике Беларусь не произошло достоверного снижения материнской смертности по этому показателю, объединяющему наиболее грозные и неуправляемые осложнения беременности родового акта.

Таким образом, в динамике с 1991 до 2000 года в Гродненской области имеет место достоверное увеличение заболеваемости беременных. Патология щитовидной железы и угроза невынашивания занимают ведущее место в структуре заболеваемости. Уровень позднего гестоза в области достоверно ниже, чем в целом по Беларуси. За анализируемый период общий показатель материнской смертности в регионе ниже, чем в целом по республике и имеет тенденцию к дальнейшему снижению. Тем не менее отсутствие устойчивой корреляционной связи между уровнем материнской смертности и заболеваемостью беременных указывает на необходимость дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи беременным и целесообразность разработки единых подходов в оценке ее качества.

2.3. Заболеваемость новорожденных и перинатальная смертность

За 10 анализируемых лет (1991-2000 гг.) средний показатель заболеваемости новорожденных в Гродненской области составил $157,4 \pm 14,7$ ‰ (Республика Беларусь – $175,3 \pm 16,79$ ‰). В 2000 году по данным родовспомогательных учреждений региона он составил $197,0$ ‰ без учета младенцев с массой тела 500-999 г (по республике – $188,7$ ‰) и $258,4$ ‰ – с учетом младенцев с массой тела 500-999 г. (по республике – $258,2$ ‰). Динамика заболеваемости новорожденных от различных причин в Гродненской области в период 1991-2000 гг. представлена в таблице 2.6.

В структуре заболеваемости новорожденных в Гродненской области за 10-летний анализируемый период первое место заняла внутриматочная гипоксия и асфиксия, показатель которой составил – $51,3 \pm 5,8$ ‰ (по республике – $53,1 \pm 6,0$ ‰, $P < 0,05$), второе – врожденные пороки развития (ВПР) – $26,2 \pm 0,71$ ‰ (по республике – $19,0 \pm 0,85$ ‰, $P < 0,05$), третье – респираторный дистресс-синдром (РДС) и другие респираторные расстройства – $12,7 \pm 1,54$ ‰ (по республике – $18,6 \pm 1,32$ ‰, $P < 0,05$).

В Гродненской области в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. по сравнению с 1996-2000 гг. уровень заболеваемости новорожденных значительно различался. В 1991-1995 гг. он составлял $107,2 \pm 2,5$ ‰, в 1996-2000 гг. он существенно увеличился и составил $186,0 \pm 3,69$ ‰ ($P < 0,001$).

Средний показатель заболеваемости новорожденных в регионе в сравниваемые периоды изменился в сторону увеличения по большинству нозологических форм.

		Годы										P ± m		Достоверность	Среднегодовой темп прироста (%)	
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1991-1995	1996-2000		1991-1995	1996-2000
всего заболело новорожденных	абс.	2454	1378	1367	1526	1367	2088	2017	2002	2097	2154	107,2±2,52	186,0±3,69	<0,001	-6,3	29,5
	%	148,2	85,6	93,6	112,1	93,6	178,9	184,9	180,0	189,5	197,0					
ОРВИ	абс.	67	15	35	17	35	23	13	12	2	6	2,2±0,38	1,0±0,30	-	-9,5	-18,2
	%	4	0,9	2,4	1,2	2,4	2	1,2	1,1	0,2	0,5					
пневмония	абс.	21	3	5	6	5	5	6	6	4	5	0,5±0,019	0,5±0,20	-	-17,3	-
	%	1,3	0,2	0,3	0,4	0,30	0,40	0,6	0,5	0,4	0,5					
инфекции кожи подкожной клетчатки	абс.	15	17	6	10	6	9	11	34	0	3	0,7±0,22	1,0±0,30	-	-12,5	-12,2
	%	0,9	1,1	0,4	0,7	0,4	0,8	1	3,1	0	0,3					
врожденные аномалии	абс.	390	303	248	253	248	317	417	330	299	495	19,1±1,11	33,4±1,70	<0,01	-5,9	9,6
	%	23,6	18,9	17	18,6	17	27,2	38,2	29,7	27,0	45,3					
родовая травма	абс.	160	48	78	70	78	147	281	244	268	289	5,7±0,62	22,1±1,39	<0,001	-8,7	18,2
	%	9,7	3,0	5,3	5,1	5,3	12,6	25,37	21,9	24,2	26,4					
в т.ч. внутричерепная родовая травма	абс.	15	24	9	22	9	8	8	10	3	1	1,0±0,26	0,5±0,22	-	-4,2	-15,7
	%	0,9	1,5	0,6	1,6	0,6	0,7	0,7	0,9	0,3	0,1					
внутриматочная гипоксия и асфиксия	абс.	953	448	510	565	510	716	959	833	974	831	39,6±1,59	77,4±2,53	<0,001	-6,5	4,3
	%	57,6	27,9	34,9	41,5	34,9	61,4	87,9	74,9	88,0	76,0					
СДР и другие респираторные расстройства	абс.	188	116	82	128	82	77	146	168	228	220	7,9±0,72	15,1±1,15	<0,01	-8,8	67,8
	%	11,4	7,2	5,6	9,4	5,6	6,6	13,4	15,1	20,6	20,1					
врожденная пневмония	абс.	28	18	27	20	27	35	55	104	112	135	1,6±0,32	7,9±0,84	<0,01	4,3	285,5
	%	1,7	1,1	1,8	1,5	1,8	3	5	9,3	10,1	12,3					
инфекции, специфичные для перинатального периода	абс.	32	24	23	32	23	7	7	7	26	38	1,8±0,34	1,5±0,37	-	1,8	102,7
	%	1,9	1,5	1,6	2,4	1,6	0,6	0,6	0,6	2,3	3,5					
сепсис новорожденного	абс.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	-	0,0±0,04	-	-	-
	%	0	0	0	0	0	0	0,1	0	0	0					
кровотечения у плода и новорожденного	абс.	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	25	18	11	28	-	1,8±0,41	<0,05	-	1,7
	%	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	2,3	1,6	1,0	2,6					
ВЖК	абс.	0	0	3	1	3	2	22	13	5	22	0,1±0,08	1,1±0,32	<0,05	100	38,2
	%	0	0	0,2	0,1	0,2	0,2	2	1,2	0,5	2,0					
ГБН	абс.	68	44	44	28	44	54	37	63	59	45	3,0±0,45	4,6±0,64	-	-7,3	2,1
	%	4,1	2,7	3	2,1	3	4,6	3,4	5,7	5,3	4,1					
эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ	абс.	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	4	3	1	2	-	0,2±0,14	-	-	-17,7
	%	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	0,4	0,3	0,1	0,2					
гематологические нарушения	абс.	129	18	34	42	34	24	74	58	130	70	3,4±0,47	6,4±0,75	<0,05	-15	56,5
	%	7,8	1,1	2,3	30,1	2,3	2,1	6,8	5,2	11,7	6,4					
прочие болезни	абс.	4	10	6	9	6	27	16	24	32	29	0,5±0,18	2,3±0,45	<0,05	25,9	13,3
	%	0,2	0,6	0,4	0,7	0,5	2,3	1,5	2,2	2,9	2,7					

Табл. 2.6. Заболеваемость новорожденных в Гродненской области за период с 1991 по 2000 год (по данным родовспомогательных учреждений, на 1000 родившихся живыми; без учета младенцев с массой тела 500-999 г).

Средняя заболеваемость внутриматочной гипоксией и асфиксией возросла с $39,6 \pm 1,59 \text{ ‰}$ в 1991-1995 гг. до $77,4 \pm 2,53 \text{ ‰}$ в 1996-2000 гг. ($P < 0,001$), врожденными аномалиями – с $19,1 \pm 1,11 \text{ ‰}$ до $33,4 \pm 1,7 \text{ ‰}$ ($P < 0,01$), родовой травмой – с $5,7 \pm 0,62 \text{ ‰}$ до $22,1 \pm 1,39 \text{ ‰}$ ($P < 0,001$), СДР – с $7,9 \pm 0,72 \text{ ‰}$ до $15,1 \pm 1,15 \text{ ‰}$ ($P < 0,01$), гематологическими нарушениями – с $3,4 \pm 0,47 \text{ ‰}$ до $6,4 \pm 0,75 \text{ ‰}$ ($P < 0,05$), прочими болезнями – с $0,5 \pm 0,18 \text{ ‰}$ до $2,3 \pm 0,45 \text{ ‰}$ ($P < 0,05$), ВЖК – с $0,1 \pm 0,08 \text{ ‰}$ до $1,1 \pm 0,32 \text{ ‰}$ ($P < 0,05$). В то же время в сравниваемые периоды не отмечалось роста заболеваемости новорожденных ОРВИ, пневмониями, инфекциями кожи подкожной клетчатки, инфекциями, специфичными для перинатального периода, сепсисом новорожденных, ГБН, эндокринными нарушениями и нарушениями обмена веществ.

Следует отметить, что если в период 1991-1995 гг. существовавший уровень заболеваемости новорожденных в Гродненской области имел тенденцию к снижению, а среднегодовой темп убыли заболеваемости составлял 6,3 %, то в период 1996-2000 гг. показатель заболеваемости увеличился со среднегодовым темпом прироста в 29,5 %. Наибольшие среднегодовые темпы снижения заболеваемости новорожденных в первое сравниваемое пятилетие были характерны для пневмоний (- 17,3 %), гематологических нарушений (- 15 %), инфекций кожи и подкожной клетчатки (- 12,5 %), ОРВИ (- 9,5 %) и СДР (- 8,8 %). В то же время в этот период положительный среднегодовой темп прироста был характерен для ВЖК (100 %), прочих болезней (25,9 %), врожденных пневмоний (4,3 %) и инфекций, специфичных для перинатального периода (1,8 %).

В период 1996-2000 гг. в Гродненской области по большинству нозологий отмечена отрицательная динамика заболеваемости новорожденных.

Так, среднегодовой темп прироста врожденных пневмоний составил 285,5 %, инфекций, специфичных для перинатального периода – 102,7 %, СДР – 67,8 %, гематологических нарушений – 56,9 %, ВЖК – 38,2 %, родовых травм – 18,2 %, прочих болезней – 13,3 %, врожденных аномалий – 9,6 %. В 1996-2000 гг. выявлена отрицательная динамика заболеваемости новорожденных следующей патологией: внутричерепной родовой травмой со среднегодовым темпом убыли 15,7 %, эндокринными нарушениями и нарушениями обмена веществ – 17,7 %, ОРВИ – 18,2 %, инфекциями кожи и подкожной клетчатки – 12,2 %.

В сравниваемые периоды произошли и определенные изменения в структуре заболеваемости новорожденных в Гродненской области (табл. 2.7).

	Структура	
	1991-1995	1996-2000
Всего заболеваний	100,0	100,0
ОРВИ	2,6	0,6
Пневмония	0,6	0,3
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	0,8	0,6
Врожденные аномалии	22,2	18,9
Родовая травма	6,7	12,5
в т.ч. внутричерепная родовая травма	18,2	2,4
Внутриматочная гипоксия и асфиксия	45,9	43,9
СДР и другие респираторные расстройства	9,2	8,5
Врожденная пневмония	1,8	4,5
Инфекции, специфичные для перинатального периода	2,1	0,9
Сепсис новорожденного	0,0	0,0
Кровотечения у плода и новорожденного	0,0	1,0
ВЖК	0,1	0,7
ГБН	3,5	2,6
Эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ	0,0	0,1
Гематологические нарушения	4,0	3,6
Прочие болезни	0,5	1,3

Табл. 2.7. Структура заболеваемости новорожденных в Гродненской области за период с 1991 по 2000 год (%).

На протяжении всего анализируемого десятилетия у новорожденных наиболее часто регистрировались внутриматочная гипоксия и асфиксия (45,9 в 1991-1995 гг. и 43,9 % в 1996-2000 гг.), а также врожденные аномалии развития (22,2 % и 18,9 % соответственно). Во второе сравниваемое пятилетие на третье место вышли родовые травмы – 12,5 % (1991-1995 гг. – 6,7 %), оттеснив на четвертую позицию СДР и другие респираторные расстройства – 8,5 % (1991-1995 гг. – 9,2 %). Если пятое ранговое место в структуре заболеваемости новорожденных в 1991-1995 гг. занимали гематологические нарушения (4 %), то в 1996-2000 гг. – врожденная пневмония. Удельный вес иных заболеваний новорожденных на протяжении десяти лет не превышал 4,5 %.

Данные об общей заболеваемости, заболеваемости доношенных и недоношенных новорожденных в Гродненской области и Республике Беларусь в период 1997-2000 гг. представлены в табл. 2.8.

Регионы республики	Общая заболеваемость	Среди недоношенных	Среди доношенных
Минск	309,3 ± 5,30 P ₁ < 0,001	1693,5 ± 35,65 P ₁ < 0,05	221,9 ± 3,71 P ₁ = 0,001; P ₃ < 0,001
Брестская область	239,1 ± 2,21 P ₂ < 0,01	1537,5 ± 85,78	182,9 ± 2,72 P ₂ < 0,05; P ₃ < 0,001
Витебская область	189,8 ± 8,05 P ₂ < 0,001	961,1 ± 96,55 P ₂ < 0,05	145,7 ± 9,15 P ₂ < 0,005; P ₃ < 0,001
Гомельская область	301,7 ± 17,13 P ₁ < 0,05	1423,2 ± 125,55	234,9 ± 14,50 P ₁ < 0,05; P ₃ < 0,001
Гродненская область	244,9 ± 6,91	1410,2 ± 116,52	205,3 ± 9,81 P ₃ < 0,001
Минская область	239,2 ± 3,42 P ₂ < 0,05	1224,9 ± 92,78	189,8 ± 6,86 P ₃ < 0,001
Могилевская область	226,8 ± 11,39	1250,2 ± 106,46	161,7 ± 10,06 P ₂ < 0,05; P ₃ < 0,001
Республика Беларусь	253,2 ± 2,77	1373,5 ± 80,66	193,8 ± 2,80 P ₃ < 0,001

Примечание: P₁ – показатель достоверно выше среднего по республике; P₂ – показатель достоверно ниже среднего по республике; P₃ – достоверность различий между доношенными и недоношенными новорожденными.

Табл. 2.8. Показатель заболеваемости новорожденных в республике и ее регионах в период 1997-2000 гг. (по данным родовспомогательных учреждений, на 1000 живорожденных с учетом младенцев с массой тела 500-999 г).

Как очевидно из представленных в таблице данных, заболеваемость недоношенных младенцев как в Гродненской области, так и в целом по республике, в период 1997-2000 гг. была в 7 раз выше (P < 0,001), чем у доношенных новорожденных.

Динамика заболеваемости новорожденных в Гродненской области с 1997 по 2000 гг. с учетом массы тела при рождении в расчете на 1000 живорожденных представлена в таблице 2.9.

Максимальные показатели заболеваемости в период 1997-2000 гг. отмечались у новорожденных с массой тела 500-999 г (1815,8 ± 309,1 ‰), 1000-1499 г (2230,2 ± 253,3 ‰) и 1500-1999 г (1801,9 ± 131,2 ‰). По мере увеличения массы тела новорожденных имело место достоверное снижение показателя заболеваемости. Так,

при массе тела младенцев 2000-2499 г показатель заболеваемости составил $1120,4 \pm 58,1$ ‰ и был достоверно ниже ($P < 0,001$), чем у новорожденных с массой тела 1500-1999 г. При массе тела младенцев 2500-2999 г показатель заболеваемости составил $376,4 \pm 12,4$ ‰ и был достоверно ниже ($P < 0,001$), чем у новорожденных с массой тела 2000-2499 г. При массе тела младенцев 3000-3499 г. показатель заболеваемости составил $158,6 \pm 5,6$ ‰ и был достоверно ниже ($P < 0,001$), чем у новорожденных предыдущей весовой группы. Следует отдельно отметить, что в Гродненской области, в отличие от данных по Республике Беларусь, в группе новорожденных с массой тела более 3500 г не наблюдалось снижения заболеваемости новорожденных в сравнении с группой новорожденных с массой тела 3000-3499 г.

Средний уровень заболеваемости новорожденных в Гродненской области в период 1997-2000 гг. составил $244,8 \pm 4,1$ ‰. В группе недоношенных младенцев в этот период показатель составил $1402,2 \pm 61,9$ ‰, доношенных – $205,2 \pm 3,9$ ‰. Таким образом, заболеваемость недоношенных новорожденных была достоверно выше среднего уровня ($P < 0,001$), а заболеваемость доношенных младенцев достоверно ниже среднего уровня ($P < 0,001$).

Годы	Масса тела новорожденного при рождении									
	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500 и более	доношенные	недоношенные	Всего
1997	2058,8±348,0	2051,3±229,3	1629,2±135,3	969,3±9,6	413,1±12,9	177,5±5,9	169,0±5,4	219,9±4,0	1088,1±53,1	250,5±4,1
1998	2076,9±399,7	2444,4±260,6	1743,4±124,2	1003,3±57,2	336,2±12,2	160,3±5,6	144,1±5,0	183,9±3,7	1434,3±62,0	225,8±4,0
1999	1954,5±298,1	2628,6±274,0	2029,1±140,4	1082,0±58,4	388,6±12,4	145,4±5,5	168,6±5,4	199,6±3,9	1653,2±69,1	244,9±4,1
2000	1375,0±239,4	1724,1±243,8	1789,5±125,3	1377,3±60,3	368,8±12,1	151,0±5,5	173,0±5,5	217,8±4,0	1465,0±64,1	258,4±4,2
1997-2000	1815,8±309,1	2230,2±253,3	1801,9±131,2	1120,4±58,1	376,4±12,4	158,6±5,6	163,5±5,3	205,2±3,9	1402,2±61,9	244,8±4,1

Табл. 2.9. Заболеваемость новорожденных в Гродненской области в зависимости от массы тела при рождении (на 1000 живорожденных для данной весовой категории)

Заболеваемость доношенных младенцев была выше среднего уровня в группах младенцев с массой тела 3000-3499 г ($P < 0,001$) и более 3500 г ($P < 0,001$). В то же время в группе доношенных новорожденных с массой тела 2500-2999 г уровень заболеваемости превышал средний уровень показателя в 1997-2000 гг. ($P < 0,001$). Во всех весовых группах недоношенных детей уровень заболеваемости новорожденных в анализируемый период был достоверно выше среднего показателя по региону в 1997-2000 гг.

Как удалось установить, в Гродненской области в период с 1997 г. по 2000 г. в группе недоношенных маловесных младенцев (500-999 г) произошло достоверное снижение заболеваемости новорожденных ($P < 0,05$) со среднегодовым темпом убыли показателя в 9 %. В группах недоношенных детей с массой тела 1000-1499 г и 1500-1999 г в период с 1997 г. по 2000 г. не зарегистрировано достоверного снижения уровня заболеваемости новорожденных. В то же время нами было выявлено достоверное ($P < 0,05$) увеличение показателя заболеваемости среди всех недоношенных младенцев со среднегодовым темпом прироста в 16,7 %. В целом среди недоношенных новорожденных в Гродненской области в период с 1997 по 2000 гг. произошел достоверный рост ($P < 0,05$) заболеваемости младенцев с 1088,1 % \pm 53,1 % до 1465 \pm 64,1 %.

В структуре заболеваемости доношенных новорожденных первое место принадлежало внутриматочной гипоксии и асфиксии, показатель составил – 56,4 \pm 2,1 % (по республике – 58,0 \pm 2,11 %). На втором месте, в отличие от среднереспубликанских данных, находились ВПР – 24,3 \pm 1,12 % (по республике – 20,6 \pm 0,71 %, $P < 0,05$). На третьем месте – родовая травма – 23,2 \pm 0,97 % (по республике – 26,8 \pm 0,71 %, $P < 0,05$). Далее следовали гемолитическая болезнь новорожденного – 6,1 \pm 0,23 % (по республике – 6,4 \pm 0,18 %, $P > 0,05$), РДС – 6,3 \pm 0,72 % (по республике – 6,0 \pm 0,42 %, $P > 0,05$), инфекции, специфичные для перинатального периода – 5,5 \pm 0,37 % (по республике – 5,2 \pm 0,43 %, $P > 0,05$), ОРВИ и врожденная пневмония – 4,1 \pm 0,42 % и 3,6 \pm 0,71 % ($P > 0,05$) соответственно (по республике – 3,9 \pm 0,14 %).

В структуре заболеваемости недоношенных младенцев в Гродненской области, как и в республике в целом, первое место занял РДС, показатель составил – 381,4 \pm 21,14 % (по республике – 372,9 \pm 18,92 %, $P > 0,05$). На втором месте находилась внутриматочная гипоксия и асфиксия – 354,8 \pm 16,89 % (по республике – 361,5 \pm 17,17 %, $P > 0,05$). Их частота более, чем в 6 раз превышала таковую у доношенных новорожденных. На третьем месте находились ВПР – 45,7 \pm 3,91 % (по республике – 46,8 \pm 4,7 %, $P > 0,05$). На четвертом – врожденная пневмония – 43,9 \pm 7,21 % (по республике – 44,7 \pm 6,23 %, $P > 0,05$), частота которой была более, чем в 10 раз выше, чем у доношенных. Последующие места занимали инфекции, специфичные для перинатального периода – 28,9 \pm 6,71 % (по республике – 29,1 \pm 6,39 %, $P > 0,05$), гемолитические нарушения – 22,4 \pm 2,12 % (по республике – 21,5 \pm 2,21 %, $P > 0,05$), родовая травма – 11,01 \pm 1,08 % (по республике – 10,0 \pm 0,98 %, $P > 0,05$), эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ – 8,89 \pm 0,96 % (по республике – 9,8 \pm 0,74 %, $P > 0,05$).

Динамика показателей мертворождаемости, ранней неонатальной и перинатальной смертности на 1000 родившихся живыми и мертвыми, без учета младенцев с массой тела 500-999 г представлена в табл. 2.10.

В Гродненской области в период 1996-2000 гг. в сравнении с 1991-1995 гг. наблюдались достоверное снижение ($P < 0,05$) мертворождаемости с $5,8 \pm 0,3$ ‰ до $4,3 \pm 0,4$ ‰ и перинатальной смертности. Уровень ранней неонатальной смертности достоверно не изменился.

С 1991 г. по 1995 г. имел место достоверный рост ($P < 0,05$) показателя ранней неонатальной смертности с $3,7$ ‰ до $4,9$ ‰ со среднегодовым темпом прироста в 12 %. При этом показатель среди доношенных детей был достоверно ниже среднегодового для этого периода ($P < 0,01$), а среди недоношенных – достоверно выше среднегодового ($P < 0,001$). Среди доношенных детей показатель РДС достоверно не отличался от среднегодового для этого периода, то среди недоношенных он был достоверно выше среднегодового ($P < 0,001$).

Годы	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность			Перинатальная смертность		
	всего	доношенные	недоношенные	всего	доношенные	недоношенные	всего	доношенные	недоношенные
1991-1995	5,8±0,3	3,3±0,3	64,0±5,4	4,1±0,3	1,9±0,1	57,0±5,2	9,9±0,4	5,2±0,3	117,4±7,3
1996-2000	4,3±0,4	2,4±0,3	66,7±9,0	3,1±0,4	1,8±0,3	50,5±5,7	7,3±0,7	4,3±0,5	113,8±12,2
Достоверность	<0,05	-	-	-	-	-	<0,05	-	-

Табл. 2.10. Динамика мертворождаемости, ранней неонатальной и перинатальной смертности в Гродненской области за период 1991-20000 г.г. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми, без учета младенцев с массой тела 500-999 г., М + м)

В период с 1991 г. по 1995 г. нами не было выявлено достоверного изменения показателя мертворождаемости как среди доношенных, так и среди недоношенных младенцев (рис. 2.1). При этом показатель среди доношенных детей был достоверно ниже среднегодового для этого периода ($P < 0,01$), а среди недоношенных – достоверно выше среднегодового ($P < 0,001$). В период с 1996 г. по 2000 г. наблюдалось достоверное снижение ($P < 0,05$) мертворождаемости со среднегодовым темпом убыли в 8,62 % с 5,3 ‰ до 3,2 ‰. При этом среди доношенных младенцев темп убыли показателя составил 9,52 % в год. В период 1996-2000 гг. показатель мертворождаемости среди доношенных детей был достоверно ниже среднегодового ($P < 0,05$), а среди недоношенных – достоверно выше среднегодового ($P < 0,01$).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что в период с 1991 г. по 1995 г. не наблюдалось достоверного изменения показателя перинатальной смертности как среди доношенных, так и среди недоношенных младенцев. При этом показатель среди доношенных детей был достоверно ниже среднегодового для этого периода ($P < 0,001$), а среди недоношенных – достоверно выше среднегодового ($P < 0,001$). В период с 1996 г. по 2000 г. нами установлено достоверное снижение ($P < 0,05$) перинатальной смертности с 9,1 ‰ до 6 ‰ со среднегодовым темпом убыли в 8,74 %. При этом среди доношенных младенцев в период 1996-2000 гг. показатель перинатальной смертности был достоверно ниже среднегодового ($P < 0,001$).

В структуре причин антенатальной смертности в период 1997-2000 гг. в Гродненской области первое место заняла внутриматочная гипоксия и асфиксия плода, показатель который составил – $2,8 \pm 0,1$ ‰ ($P < 0,005$). Второе – ВПР – $0,7 \pm 0,06$ ‰ ($P < 0,001$), третье – инфекции, специфичные для перинатального периода – $0,1 \pm 0,002$ ‰ ($P < 0,05$). Аналогично распределение причин в структуре мертворождаемости: первое место занимала внутриматочная гипоксия и асфиксия – $4,2 \pm 0,18$ ‰ ($P < 0,005$), второе – ВПР – $1,2 \pm 0,01$ ‰ ($P < 0,005$), третье – инфекции, специфичные для перинатального периода – $0,17 \pm 0,035$ ‰ ($P < 0,05$).

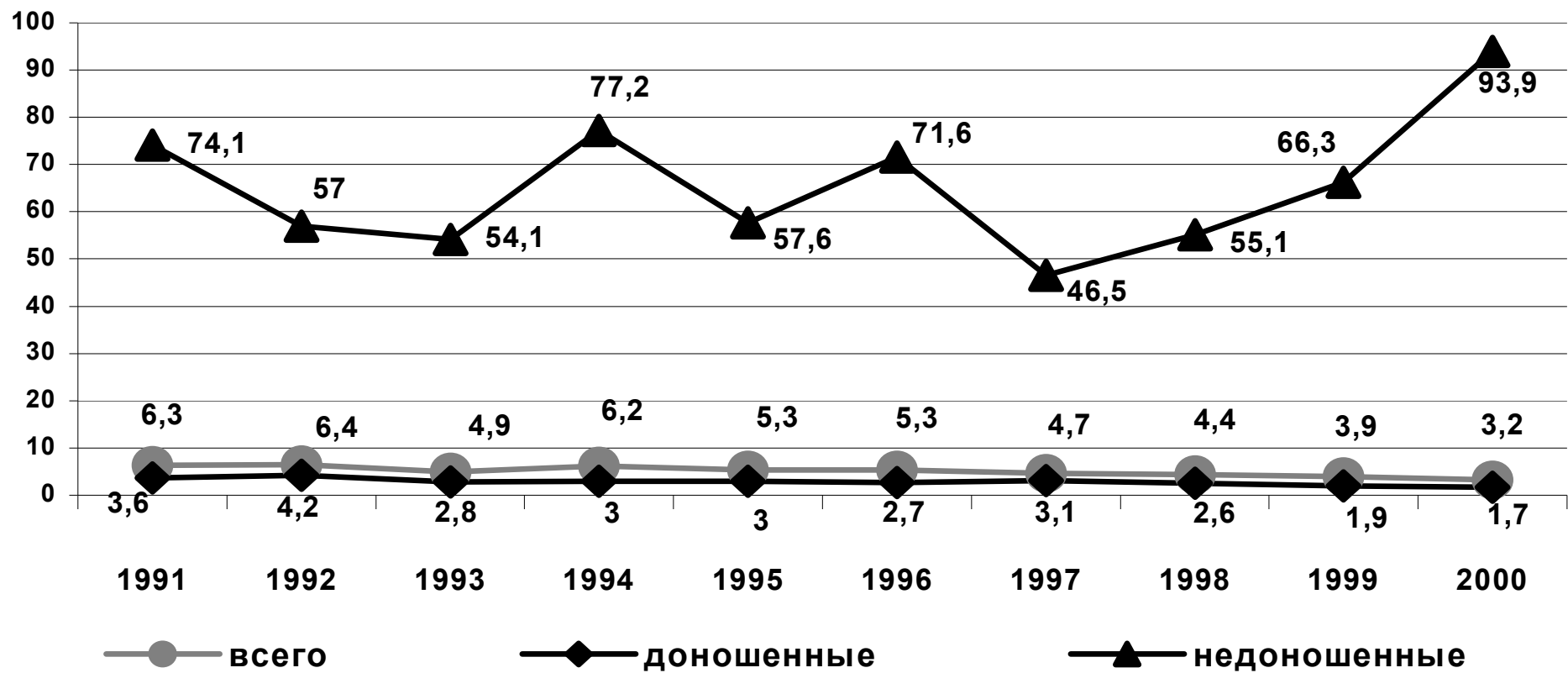


Рис. 2.1. Динамика мертворождаемости в Гродненской области с 1991 по 2000 гг.

Нами был проведен сравнительный анализ причин неонатальной смертности за 10 лет (1991-2000 гг.) в Гродненской области и Республике Беларусь (табл. 2.11 и 2.12). В Гродненской области в отличие от Республики Беларусь, в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. наблюдалось достоверное снижение ($P < 0,01$) среднегодового показателя неонатальной смертности с $7,32 \pm 0,47 \text{ ‰}$ до $4,94 \pm 0,51 \text{ ‰}$ (по республике – $7,54 \pm 0,2 \text{ ‰}$ и $6,2 \pm 0,5 \text{ ‰}$ соответственно, $P > 0,05$).

Табл. 2.11

Причина	Среднее значение ($M \pm m$)		Среднегодовой темп прироста (%)		Достоверность (P)
	1991-1995	1996-2000	1991-1995	1996-2000	
родилось без мертворожденных	117828,6 ± 5638,3	92939,0 ± 1001,7	- 5,6	- 0,1	< 0,01
умерло от всех причин	888,4 ± 28,5	576,6 ± 46,3			-
(1-175,206)	7,54 ± 0,20	6,20 ± 0,5	3,3	- 8,3	-
в том числе:					
инфекционные и паразитарные болезни	41,0 ± 4,5	18,0 ± 5,7			-
(1-44, 206)	0,35 ± 0,04	0,19 ± 0,06			-
в том числе:					
кишечные инфекции:	4,4 ± 1,2	1,0 ± 0,63			-
(2-8)	0,04 ± 0,01	0,01 ± 0,01			-
сепсис	32,2 ± 4,2	15,2 ± 5,7			-
(25)	0,27 ± 0,1	0,16 ± 0,17			-
другие инфекционные и паразитарные болезни:	4,4 ± 0,7	1,8 ± 0,4			-
(1, 9-24, 26-44, 206)	0,04 ± 0,01	0,02 ± 0,004	12	- 4,8	< 0,05
болезни органов дыхания	66,4 ± 5,9	34,0 ± 6,4			-
(103-114)	0,54 ± 0,02	0,37 ± 0,1			-
в том числе:					
грипп, ОРЗ, пневмония	63,4 ± 5,6	31,8 ± 6,4			-
(103-107)	0,52 ± 0,04	0,35 ± 0,07			-
другие болезни органов дыхания	3,0 ± 0,5	2,2 ± 0,9			-
(108-114)	0,02 ± 0,004	0,02 ± 0,01			-
болезни органов пищеварения	1,4 ± 0,6	1,0 ± 0,3			-
(115-127)	0,01 ± 0,004	0,01 ± 0,003			-
врожденные аномалии развития	242,4 ± 11,2	174,2 ± 12,4			-

Табл. 2.11 (продолжение)

(145-150)	2,02 ± 0,1	1,87 ± 0,4			-
состояния, возникающие в перинатальном периоде	531,0 ± 17,2	323,8 ± 30,2			-
(151-157)	4,40 ± 0,2	3,48 ± 0,3	5,7	- 8,4	< 0,05
прочие причины	16,8 ± 2,4	13 ± 1,5			-
(45-102, 128-144, 158-159, 205)	0,14 ± 0,02	0,14 ± 0,2			-
несчастные случаи, отравления, травмы	9,4 ± 1,03	12,8 ± 2,1			-
(160-175)	0,08 ± 0,01	0,14 ± 0,2			-

Табл. 2.11. Неонатальная смертность в Беларуси с 1991 по 2000 год (на 1000 родившихся живыми).

Причина	Среднее значение (M ± m)		Среднегодовой темп прироста (%)		Достоверность (P)
	1991-1995	1996-2000	1991-1995	1996-2000	
родилось без мертворожденных	14616,8±813,0	11932,4±859,4	- 5,8	2,3	-
умерло от всех причин	106,6 ± 4,8296	58,0 ± 4,11			-
(1-175,206)	7,32 ± 0,47	4,94 ± 0,51	6,5	- 7,8	< 0,01
в том числе:					
инфекционные и паразитарные болезни	1,6 ± 0,45	1 ± 0,0			-
(1-44, 206)	0,10 ± 0,04	0,09 ± 0,01			-
в том числе:					
кишечные инфекции:	0,6 ± 0,45	0,0 ± 0,0			-
(2-8)	0,03 ± 0,02	0,0 ± 0,0			-
сепсис	0,6 ± 0,27	0,4 ± 0,27			-
(25)	0,04 ± 0,02	0,04 ± 0,03			-
другие болезни: инфекционные и паразитарные	0,4 ± 0,27	0,6 ± 0,27			-
(1, 9-24, 26-44, 206)	0,03 ± 0,02	0,06 ± 0,03			-
болезни органов дыхания	11,6 ± 2,84	2,2 ± 0,65			-
(103-114)	0,76 ± 0,16	0,20 ± 0,05	- 10,7	- 16,7	< 0,01
в том числе:					
грипп, ОРЗ, пневмония	11,60 ± 3	2,20 ± 0,65			-
(103-107)	0,76 ± 0,16	0,20 ± 0,05			-
другие болезни органов дыхания	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0			-
(108-114)	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0			-

Табл. 2.12 (продолжение)

болезни органов пищеварения	0,0 ± 0,0	0,2 ± 0,22			-
(115-127)	0,0 ± 0,0	0,02 ± 0,02			-
врожденные аномалии развития	37,4 ± 1,04	20,0 ± 1,66			-
(145-150)	2,58 ± 0,17	1,75 ± 0,19	9,5	- 6,5	< 0,01
состояния, возникающие в перинатальном периоде	53 ± 3,32	32,00 ± 2,76			-
(151-157)	3,68 ± 0,32	2,61 ± 0,44			-
прочие причины	1,20 ± 0,65	1,20 ± 0,42			-
(45-102, 128-144, 158-159, 205)	0,08 ± 0,04	0,12 ± 0,04			-
несчастные случаи, отравления, травмы	1,8 ± 0,74	1,4 ± 0,57			-
(160-175)	0,12 ± 0,06	0,15 ± 0,06			-

Табл. 2.12. Неонатальная смертность за период 1991-2000 годы в Гродненской области (на 1000 родившихся живыми).

Несмотря на отсутствие достоверного снижения среднегодового показателя неонатальной смертности в 1991-1995 гг. в сравнении с последующим пятилетием в Республике Беларусь наблюдалось значительное его улучшение в связи с достоверным уменьшением случаев смерти от состояний, возникающих в перинатальном периоде с $4,4 \pm 0,2$ % в 1991-1995 гг. до $3,48 \pm 0,3$ % ($P < 0,05$). Кроме того, улучшению показателя способствовало снижение неонатальной смертности от других инфекционных и паразитарных болезней с $0,04 \pm 0,01$ % до $0,02 \pm 0,004$ % ($P < 0,05$).

В отличие от данных по Республике Беларусь, в период с 1991-1995 гг. до 1996-2000 гг. на достоверное снижение показателя неонатальной смертности в Гродненской области повлияло, оказало влияние, снижение смертности в неонатальном периоде от врожденных аномалий развития с $2,58 \pm 0,17$ % до $1,75 \pm 0,19$ % ($P < 0,01$). В период 1991-1995 гг. в Гродненской области показатель неонатальной смертности от врожденных пороков развития был достоверно выше, чем в среднем по республике ($P < 0,05$). Кроме того, в Гродненской области в сравниваемые годы зарегистрировано значительное снижение показателя смертности в неонатальном периоде от пневмонии – с $0,76 \pm 0,16$ % в 1991-1995 гг. до $0,2 \pm 0,05$ % в 1996-2000 гг. ($P < 0,01$).

Различия в структуре неонатальной смертности в сравниваемые пятилетия в Гродненской области и Республике Беларусь в целом также имели место (табл. 2.13 и 2.14).

Причина	1991-1995	1996-2000
умерло от всех причин (1-175,206)	100	100
в том числе:		
инфекционные и паразитарные болезни (1-44, 206)	4,6	3,1
в том числе:		
кишечные инфекции (2-8)	11,4	5,3
сепсис (25)	77,1	84,2
другие болезни: инфекционные и паразитарные (1, 9-24, 26044, 206)	11,4	10,5
болезни органов дыхания (103-114)	7,2	6,0
в том числе:		
грипп, ОРЗ, пневмония (103-107)	96,3	94,6
другие болезни органов дыхания (108-114)	3,7	5,4
болезни органов пищеварения (115-127)	0,1	0,2
врожденные аномалии развития (145-150)	26,8	30,2
состояния, возникающие в перинатальном периоде (151-157)	58,4	56,1
прочие причины (45-102, 128-144, 158-159, 205)	1,9	2,3
несчастные случаи, отравления, травмы (160-175)	1,1	2,3

Табл. 2.13. Структура неонатальной смертности в Беларуси (%).

Причина	1991-1995	1996-2000
умерло от всех причин (1-175,206)	100	100
в том числе:		
инфекционные и паразитарные болезни (1-44, 206)	1,37	1,82
в том числе:		
кишечные инфекции (2-8)	30,0	0,0
сепсис (25)	40,0	42,2
другие болезни: инфекционные и паразитарные (1, 9-24, 26044, 206)	30,0	64,4
болезни органов дыхания (103-114)	10,4	4,0
в том числе:		
грипп, ОРЗ, пневмония (103-107)	100,0	100,0
другие болезни органов дыхания (108-114)	0,0	0,0
болезни органов пищеварения (115-127)	0,0	0,0
врожденные аномалии развития (145-150)	35,2	35,4
состояния, возникающие в перинатальном периоде (151-157)	50,3	52,8

прочие причины (45-102, 128-144, 158-159, 205)	1,1	2,4
несчастные случаи, отравления, травмы (160-175)	1,6	3,0

Табл. 2.14. Структура неонатальной смертности в Гродненской области (%).

Так, на протяжении десятилетия структура неонатальной смертности в Республике Беларусь не претерпела существенных изменений. В ней преобладали состояния, возникающие в перинатальном периоде – первое место (58,4 % в 1991-1995 гг. и 56,1 % в 1996-2000 гг.) и врожденные аномалии развития – второе место (26,8 % в 1991-1995 гг. и 30,2 % в 1996-2000 гг.). Третье место в структуре причин неонатальной смертности в республике занимали болезни органов дыхания – 7,2 % в 1991-1995 гг. и 6 % в 1996-2000 гг. Четвертое место принадлежало инфекционным и паразитарным болезням – 4,6 % и 3,1 % соответственно, среди которых преобладал сепсис новорожденных 77,1 % в 1991-1995 гг. и 84,2 % в 1996-2000 гг. Пятое место занимали прочие причины – 1,9 % и 2,3 %, соответственно. Шестое – несчастные случаи, отравления и травмы – 1,1 % в 1991-1995 гг. и 2,3 % в 1996-2000 гг. Седьмое место среди причин неонатальной смертности занимали в республике болезни органов пищеварения – 0,1 % и 0,2 % соответственно.

Несколько иная структура причин неонатальной смертности в сравниваемые периоды наблюдалась в Гродненской области. Также, как и в республике, в регионе в анализируемое десятилетие первые рейтинговые места в структуре неонатальной смертности занимали состояния, возникающие в перинатальном периоде (50,3 % и 52,8 % соответственно), врожденные аномалии развития (35,2 % и 35,4 %) и болезни органов дыхания (10,4 % и 4 %). В то же время в 1991-2000 гг. в Гродненской области, в отличие от Республики Беларусь, четвертую позицию среди причин неонатальной смертности занимали несчастные случаи, отравления и травмы – 1,6 % и 3 % соответственно. В период с 1991 по 2000 гг. в структуре причин неонатальной смертности в Гродненской области имелись и иные отличия от данных по республике. В период 1991-1995 гг. пятое ранговое место занимали инфекционные и паразитарные заболевания – 1,37 %, а в их структуре преобладал сепсис – 40 %. В период 1996-2000 гг. инфекционная патология снизилась на шестую позицию (1,82 %), пропустив вперед прочие причины (2,4 %). В структуре самой инфекционной и паразитарной патологии в этот период произошли существенные изменения: первое место заняли другие инфекционные и паразитарные болезни (64,4 %), оттеснив на вторую позицию сепсис, а кишечные инфекции в этот период среди причин смертности не регистрировались. Седьмое место в структуре неонатальной смертности в Гродненской области на протяжении десятилетия занимали болезни органов пищеварения – 0 % в 1991-1995 гг. и 0,4 % в 1996-2000 гг.

В структуре причин ранней неонатальной смертности в 1997-2000 гг. в Гродненской области, как и в республике в целом, первое место занял РДС, показатель которого составил $1,41 \pm 0,12$ ‰ (по республике – $1,5 \pm 0,15$ ‰). Вторую позицию заняли врожденные аномалии развития, третью – врожденная пневмония. Внутриматочная гипоксия и асфиксия заняли четвертое место среди причин ранней неонатальной смертности.

Таким образом, заболеваемость новорожденных в регионе, как и в целом по республике, в динамике за 10 лет достоверно увеличилась. В структуре общей заболеваемости новорожденных ведущее место занимали внутриматочная гипоксия и асфиксии, ВПР, РДС и другие респираторные расстройства. В структуре заболеваемости доношенных новорожденных ведущими являются внутриматочная асфиксия и гипоксия. Основные места в структуре заболеваемости недоношенных новорожденных принадлежат РДС и внутриматочной гипоксии. Заболеваемость новорожденных зависит от массы тела при рождении. Наименьшая заболеваемость имеет место у детей с массой тела более 3000 г. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между динамикой показателей заболеваемости беременных и новорожденных, а также между заболеваемостью дисфункциями щитовидной железы у беременных и заболеваемостью новорожденных гипоксией, асфиксией, РДС и ВПР. Частота гестоза в родах достоверно коррелирует с заболеваемостью новорожденных гипоксией и асфиксией, а также РДС. Мертворождаемость и перинатальная смертность в 1991-2000 г.г. в Гродненской области была значительно выше среди недоношенных новорожденных. В структуре причин мертворождаемости и антенатальной смертности ведущее место занимают внутриматочная гипоксия и асфиксия. Основной причиной ранней неонатальной смертности является РДС. Установлены сильные обратные статистические достоверные корреляционные связи между показателем заболеваемости беременных и мертворождаемостью доношенных новорожденных, перинатальной смертностью доношенных младенцев, а также показателем ранней неонатальной смертности. Это свидетельствует о том, что рациональная организация диагностики патологии гестации и профилактика ее осложнений являются важным резервом для снижения репродуктивных потерь.

2.4. Анализ причин и динамики младенческой смертности

В Гродненской области, как и в стране в целом, не произошло достоверного изменения показателя младенческой смертности в сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. (табл. 2.15 и 2.16). Средние показатели младенческой смертности в сравниваемые пятилетия в Гродненской области и Республике Беларусь также достоверно не различались между собой.

Причина	Среднее значение (M ± m)		Среднегодовой темп прироста (%)		Достоверность (P)
	1991-1995	1996-2000	1991-1995	1996-2000	
родилось без мертворожденных	117828,6±6303,8	92939,0±1120,0	- 0,6	- 0,9	< 0,05
умерло от всех причин	1504,4 ± 50,223	1062,8 ± 62,59			-
(1-175,206)	12,70 ± 0,26	11,40 ± 0,65	0,3	- 5,5	-
в том числе:					
инфекционные и паразитарные болезни	122 ± 10,8	72,6 ± 9,4			-
(1-44, 206)	1,04 ± 0,08	0,76 ± 0,09			-
в том числе:					
кишечные инфекции:	31,0 ± 1,97	22,0 ± 2,9			-
(2-8)	0,3 ± 0,03	0,2 ± 0,04			-
сепсис	52,4 ± 7,67	27,4 ± 7,60			-
(25)	0,46 ± 0,07	0,30 ± 0,09			-
другие инфекционные и паразитарные болезни:	38,6 ± 3,67	23,2 ± 2,92			-
(1, 9-24, 26-44, 206)	0,32 ± 0,04	0,23 ± 0,03			-
болезни органов дыхания	219,0 ± 14,6	126,4 ± 15,8			-
(103-114)	1,82 ± 0,03	1,36 ± 0,18	- 1,1	- 8,3	-
в том числе:					
грипп, ОРЗ, пневмония	214,8 ± 13,7	121,6 ± 15,8			-
(103-107)	1,81 ± 0,03	1,31 ± 0,38			-
другие болезни органов дыхания	4,2 ± 1,0	4,8 ± 0,7			-
(108-114)	0,01 ± 0,01	0,05 ± 0,01			-
болезни органов пищеварения	9,2 ± 1,8	9,0 ± 1,87			-
(115-127)	0,07 ± 0,01	0,08 ± 0,01			-
врожденные аномалии развития	398,2 ± 76,50	349,8 ± 19,45			-
(145-150)	3,85 ± 0,08	3,78 ± 0,22	1,9	- 4,4	-
состояния, возникающие в перинатальном периоде	535,8 ± 19,8	344,4 ± 30,1			-
(151-157)	4,56 ± 0,23	3,70 ± 0,29	5,6	- 7,0	-
прочие причины	100,4 ± 6,8	96,2 ± 4,4			-
(45-102, 128-144, 158-159, 205)	0,84 ± 0,04	1,04 ± 0,06			-
несчастные случаи, отравления, травмы	59,8 ± 4,76	64,4 ± 2,86			-
(160-175)	0,52 ± 0,07	0,68 ± 0,04			-

Табл. 2.15. Младенческая смертность в Беларуси с 1991 по 2000 год (на 1000 родившихся).

Причина	Среднее значение (M ± m)		Среднегодовой темп прироста (%)		Достоверность (P)
	1991-1995	1996-2000	1991-1995	1996-2000	
родилось без мертворожденных	14616,8 ± 813,0	11932,4 ± 859,4	- 0,69	2,3	-
умерло от всех причин (1-175,206)	179,2 ± 6,3482	111,0 ± 6,51			-
	12,25 ± 0,68	9,42 ± 0,83	5,74	- 8,3	-
в том числе:					
инфекционные и паразитарные болезни (1-44, 206)	9,4 ± 0,76	6 ± 0,7			-
	0,66 ± 0,08	0,50 ± 0,05			-
в том числе:					
кишечные инфекции: (2-8)	3,2 ± 0,22	1,4 ± 0,7			-
	0,2 ± 0,0	0,1 ± 0,1			-
сепсис (25)	1,6 ± 0,27	1,2 ± 0,65			-
	0,12 ± 0,03	0,10 ± 0,07			-
другие болезни: инфекционные и паразитарные (1, 9-24, 26-44, 206)	4,6 ± 0,91	3,4 ± 0,76			-
	0,32 ± 0,06	0,28 ± 0,07			-
болезни органов дыхания (103-114)	30,8 ± 4,20	10,8 ± 2,63			-
	2,06 ± 0,23	0,93 ± 0,25	- 4,9	- 16,6	< 0,05
в том числе:					
грипп, ОРЗ, пневмония (103-107)	30,8 ± 4	10,6 ± 2,54			-
	2,06 ± 0,23	0,91 ± 0,24	- 5,0	- 16,5	< 0,05
другие болезни органов дыхания (108-114)	0,0 ± 0,0	0,2 ± 0,2			-
	0,0 ± 0,0	0,02 ± 0,02			-
болезни органов пищеварения (115-127)	0,6 ± 0,4	1,6 ± 0,45			-
	0,03 ± 0,02	0,15 ± 0,05			-
врожденные аномалии развития (145-150)	62,8 ± 3,44	39,0 ± 3,50			-
	4,3 ± 0,29	3,3 ± 0,38	5,4	- 7,9	-
состояния, возникающие в перинатальном периоде (151-157)	53 ± 3,32	33,4 ± 2,84			-
	3,66 ± 0,32	2,82 ± 0,30	9,03	- 8,1	-
прочие причины (45-102, 128-144, 158-159, 205)	10,0 ± 2,32	7,4 ± 1,96			-
	0,68 ± 0,16	0,64 ± 0,18			-
несчастные случаи, отравления, травмы (160-175)	12,6 ± 1,79	12,8 ± 1,02			-
	0,86 ± 0,17	1,08 ± 0,11			-

Табл. 2.16. Младенческая смертность за период 1991-2000 годы в Гродненской области (на 1000 родившихся).

Наиболее низкий показатель младенческой смертности за анализируемый 10-летний период в Гродненской области зарегистрирован в 2000 г. – 8,3 ‰ (по республике – 9,3 ‰). В период 1991-1995 гг. он составлял $12,25 \pm 0,68$ ‰ (по республике – $12,7 \pm 0,2$ ‰), в 1996-2000 гг. – $9,42 \pm 0,83$ ‰ (по республике – $11,4 \pm 0,65$ ‰). С 1991 г. по 1995 г. в Гродненской области показатель младенческой смертности увеличивался (среднегодовой темп прироста составил 5,74 %, по республике – 0,3 %). С 1996 по 2000 гг. в Гродненской области, как и в целом по республике, наблюдалось постепенное снижение уровня младенческой смертности, причем среднегодовой темп убыли показателя в регионе превышал таковой по республике (3,5 %) и составлял 8,3 %.

В сравниваемые периоды 1991-1995 гг. и 1996-2000 гг. в Гродненской области, в отличие от Республики Беларусь в целом, отмечено достоверное снижение младенческой смертности ($P < 0,05$) от болезней органов дыхания с $2,06 \pm 0,23$ ‰ до $0,93 \pm 0,25$ ‰, в первую очередь, за счет гриппа, ОРЗ и пневмонии – $2,06 \pm 0,23$ ‰ и $0,91 \pm 0,24$ ‰ соответственно ($P < 0,05$). Снижение младенческой смертности от болезней органов дыхания наблюдалось в регионе как в 1991-1995 гг., так и в 1996-2000 гг. Причем, среднегодовой темп убыли показателя в Гродненской области значительно превышал среднереспубликанский также, как в 1991-1995 гг. (-4,9 % и -1,1 % соответственно), так и в 1996-2000 гг. (-16,6 % и -8,3). В последние пять лет анализируемого периода темпы снижения младенческой смертности от гриппа, ОРЗ и пневмонии в Гродненской области, в сравнении с периодом 1991-1995 годов значительно увеличились ($P < 0,05$) составили 16,6 % и 5 % соответственно.

Достоверного снижения младенческой смертности от состояний, возникающих в перинатальном периоде и врожденных аномалий развития в Гродненской области, как и в Республике Беларусь, в период 1996-2000 гг., достичь не удалось. В период 1991-1995 гг. среднегодовой темп прироста младенческой смертности от состояний, возникающих в перинатальном периоде составил 9,03 % (по республике – 5,6 %), а от врожденных аномалий развития – 5,4 % (по республике – 5,6 %). В период 1996-2000 гг. прирост показателя сменился его убылью среднегодовые темпы которого в Гродненской области превышали среднереспубликанские и составляли - 8,1 % - для состояний, возникающих в перинатальном периоде (по республике – 7 %) и - 7,9 % - для врожденных аномалий развития (по республике – 4,4 %).

В период 1991-1995 гг. уровень младенческой смертности от инфекционных и паразитарных болезней в Гродненской области был достоверно ниже ($P < 0,01$), чем в целом по Республике Беларусь ($1,04 \pm 0,03$ ‰) и составлял $0,5 \pm 0,05$ ‰. При этом в структуре инфекционной патологии, приводившей к младенческой смертности, в Гродненской области в этот период заболеваемость сепсисом была достоверно ниже ($P < 0,01$) среднереспубликанского ($0,46 \pm 0,03$ ‰) и составляла $0,12 \pm 0,03$ ‰. В период 1991-1995 гг. остальные показатели заболеваемости, приводящие к младенческой смертности, в Гродненской области и Республике Беларусь достоверно не различались.

В последующие 5 лет показатели младенческой смертности от большинства заболеваний в Гродненской области и республике в целом достоверно не различались. В

то же время уровень младенческой смертности от несчастных случаев, отравлений и травм в регионе был достоверно выше ($P < 0,05$), чем по республике в целом ($0,68 \pm 0,04$ %) и составлял $1,08 \pm 0,11$ %.

Проведенный анализ позволил охарактеризовать имевшие место различия в структуре младенческой смертности в сравниваемые пятилетия в Гродненской области и республике в целом (таблицы 2.17 и 2.18).

Причина	Анализируемый период	
	1991-1995 гг.	1996-2000 гг.
умерло от всех причин (1-175,206)	100	100
в том числе:		
инфекционные и паразитарные болезни (1-44, 206)	8,2	6,7
в том числе:		
кишечные инфекции (2-8)	25,0	30,3
сепсис (25)	44,2	39,5
другие болезни: инфекционные и паразитарные (1, 9-24, 26044, 206)	30,8	30,3
болезни органов дыхания (103-114)	14,3	11,9
в том числе:		
грипп, ОРЗ, пневмония (103-107)	99,5	96,3
другие болезни органов дыхания (108-114)	0,5	3,7
болезни органов пищеварения (115-127)	0,6	0,7
врожденные аномалии развития (145-150)	30,3	33,2
состояния, возникающие в перинатальном периоде (151-157)	35,9	32,5
прочие причины (45-102, 128-144, 158-159, 205)	6,6	9,1
несчастные случаи, отравления, травмы (160-175)	4,1	6,0

Табл. 2.17. Структура младенческой смертности в Беларуси (%).

Причина	Анализируемый период	
	1991-1995 гг.	1996-2000 гг.
умерло от всех причин (1-175,206)	100	100
в том числе:		
инфекционные и паразитарные болезни (1-44, 206)	5,4	5,3
в том числе:		
кишечные инфекции (2-8)	33,3	24,0
сепсис (25)	18,2	20,0
другие болезни: инфекционные и паразитарные (1, 9-24, 26044, 206)	48,5	56,0
болезни органов дыхания (103-114)	16,8	9,9
в том числе:		

грипп, ОРЗ, пневмония (103-107)	100,0	97,8
другие болезни органов дыхания (108-114)	0,0	2,2
болезни органов пищеварения (115-127)	0,2	1,6
врожденные аномалии развития (145-150)	35,1	35,0
состояния, возникающие в перинатальном периоде (151-157)	29,9	29,9
прочие причины (45-102, 128-144, 158-159, 205)	5,6	6,8
несчастные случаи, отравления, травмы (160-175)	7,0	11,5

Табл. 2.18. Структура младенческой смертности в Гродненской области (%).

На протяжении десятилетия структура младенческой смертности в Гродненской области не претерпела существенных изменений. В ней преобладали врожденные аномалии развития – первое место (35,1 % в 1991-1995 гг. и 35 % в 1996-2000 гг.) и состояния, возникающие в перинатальном периоде – второе место (29,9 % на протяжении десятилетия). Третье место в структуре причин младенческой смертности в регионе занимали болезни органов дыхания – 16,8 % в 1991-1995 гг. и 9,9 % в 1996-2000 гг. Четвертое место принадлежало несчастным случаям, отравлениям и травмам – 7 % и 11,5 % соответственно. Пятое место занимали прочие причины – 5,6 % в 1991-1995 гг. и 6,8 % в 1996-2000 гг. Шестое – инфекционные и паразитарные заболевания – 5,4 % и 5,3 % соответственно. Седьмое место среди причин младенческой смертности занимали в области болезни органов пищеварения – 0,2 % в 1991-1995 гг. и 1,6 % в 1996-2000 гг.

В 1991-1995 гг. первое место в республике среди причин младенческой смертности занимали состояния, возникающие в перинатальном периоде – 35,9 %. В 1996-2000 гг. они переместились на второе место и составили 32,5 %. Второе ранговое место в 1991-1995 гг. занимали врожденные аномалии развития – 30,3 %, переместившиеся в последующее пятилетие на первую строку – 33,2 %. Как и в Гродненской области, третье место среди причин младенческой смертности в республике на протяжении десятилетия занимали болезни органов дыхания – 14,3 % в 1991-1995 гг. и 11,9 % в 1996-2000 гг. Четвертое место в 1991-1995 гг. занимали инфекционные и паразитарные болезни, переместившиеся в следующие 5 лет на пятое место – 6,7 %. Пятое место в структуре младенческой смертности в 1991-1995 гг. в Республике Беларусь занимали прочие причины; в 1996-2000 гг. они регистрировались чаще и заняли четвертое место – 9,1 %. Шестое место на протяжении 1991-2000 гг. принадлежало несчастным случаям, отравлениям и травмам – 4,1 % и 6 % соответственно. Седьмое место в Гродненской области, как и в целом по Республике Беларусь, занимали среди причин младенческой смертности болезни органов пищеварения – 0,6 % в 1991-1995 гг. и 0,7 % в 1996-2000 гг.

Таким образом, как в республике в целом, так и в Гродненской области, на протяжении анализируемого десятилетия ведущие ранговые места среди причин младенческой смертности занимали ВПР и состояния, возникающие в перинатальном периоде. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования

организации службы родовспоможения с целью стабилизации и снижения младенческой смертности.

ГЛАВА 3. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Система здравоохранения Гродненской области является составной частью общей системы здравоохранения Республики Беларусь (рис.3.1).

Организация системы здравоохранения построена на общих принципах управления, в целом обеспечивающих ее эффективное функционирование. К ним относятся:

1. Принцип комплексности – реализуется путем построения системы управления, охватывающей все области деятельности и уровни управления УОЗ (от отделов до главных специалистов и отдельно взятых ЛПУ), а также периоды планирования;

2. Принцип делимости – реализуется на основе последовательного членения структуры УОЗ на элементы: подчиняемые, целевые, функциональные, линейного руководства, специальные;

3. Принцип иерархичности – реализуется через формирование многоуровневой организационно-функциональной структуры УОЗ в соответствии с ее делением на элементы и делегированием полномочий принятия управленческих решений соответствующему уровню управления;

4. Принцип целенаправленности – реализуется путем формирования целевых подсистем управления в соответствии с основными областями и целями деятельности УОЗ;

5. Принцип замкнутости цикла управления – реализуется посредством осуществления в УОЗ в целом и в каждом ее элементе полного управленческого цикла (прогнозирование, планирование, организация, координация, регулирование, активизация, стимулирование, учет, контроль, анализ). К УОЗ населения можно применить классические типы организационных отношений:

- руководство – подчинение;
- делегирование полномочий;
- совместное (коллегиальное) принятие решений;
- техническое взаимодействие.

Структура управления построена на отношениях "руководство-подчинение", что обуславливает пирамидальность управления.

Иерархическая цепочка имеет вид: начальник управления – заместитель начальника управления – начальник отдела – специалист. Также в управлении широко развиты и горизонтальные связи (связи между отделами и между специалистами, службами) (рис. 3.2).



Рис. 3.1. Существующая организационная структура управления системой здравоохранения Гродненская область.

УОЗ Гродненского облисполкома реорганизовано решением облисполкома от 23 августа 1991 г. № 56 и в соответствии с положением об управлениях и отделах Гродненского облисполкома. Решением Кабинета Министров Республики Беларусь от 5 мая 1994 г. № 158 внесены дополнения и изменения в положение о МЗ РБ и областных УОЗ.

Центральным звеном в деятельности органов власти и ведомств, в том числе органов и учреждений здравоохранения Гродненской области, в вопросах сохранения и укрепления здоровья населения является реализация основных направлений и прогнозных показателей социально-экономического развития, утверждаемых Президентом Республики Беларусь, Закона Республики Беларусь "О здравоохранении", Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь, Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 10 мая 2000 г. № 652 "Об утверждении плана мероприятий, обеспечивающих значительный подъем уровня

развития здравоохранения Республики Беларусь и комплексное решение существующих в этой отрасли проблем".

Результатом совместных действия органов государственной власти и учреждений здравоохранения, других ведомств и структур области явилось сохранение на стабильном уровне отдельных показателей состояния здоровья населения. Реализуя Концепцию развития здравоохранения Республики Беларусь, здравоохранением области осуществляется программно-целевой подход по координации деятельности структур и ведомств, направленных на проведение общегосударственных, региональных и медицинских мероприятий по совершенствованию оказания помощи всему населению и в частности беременным и детям.

В целях обеспечения достаточности и доступности медицинской помощи населению в области развернута широкая сеть медицинских учреждений: 426 фельдшерско-акушерских пунктов, 41 врачебная амбулатория, 63 участковые больницы, 80 городских, центральных районных больниц и областных учреждений. Обеспеченность населения области больничными койками составляет 122 койки на 10000 человек. ЛПУ области укомплектованы подготовленными медицинскими работниками, обеспеченность врачами составляет 44,8, а средним медицинским персоналом – 108,4 на 10000 населения.

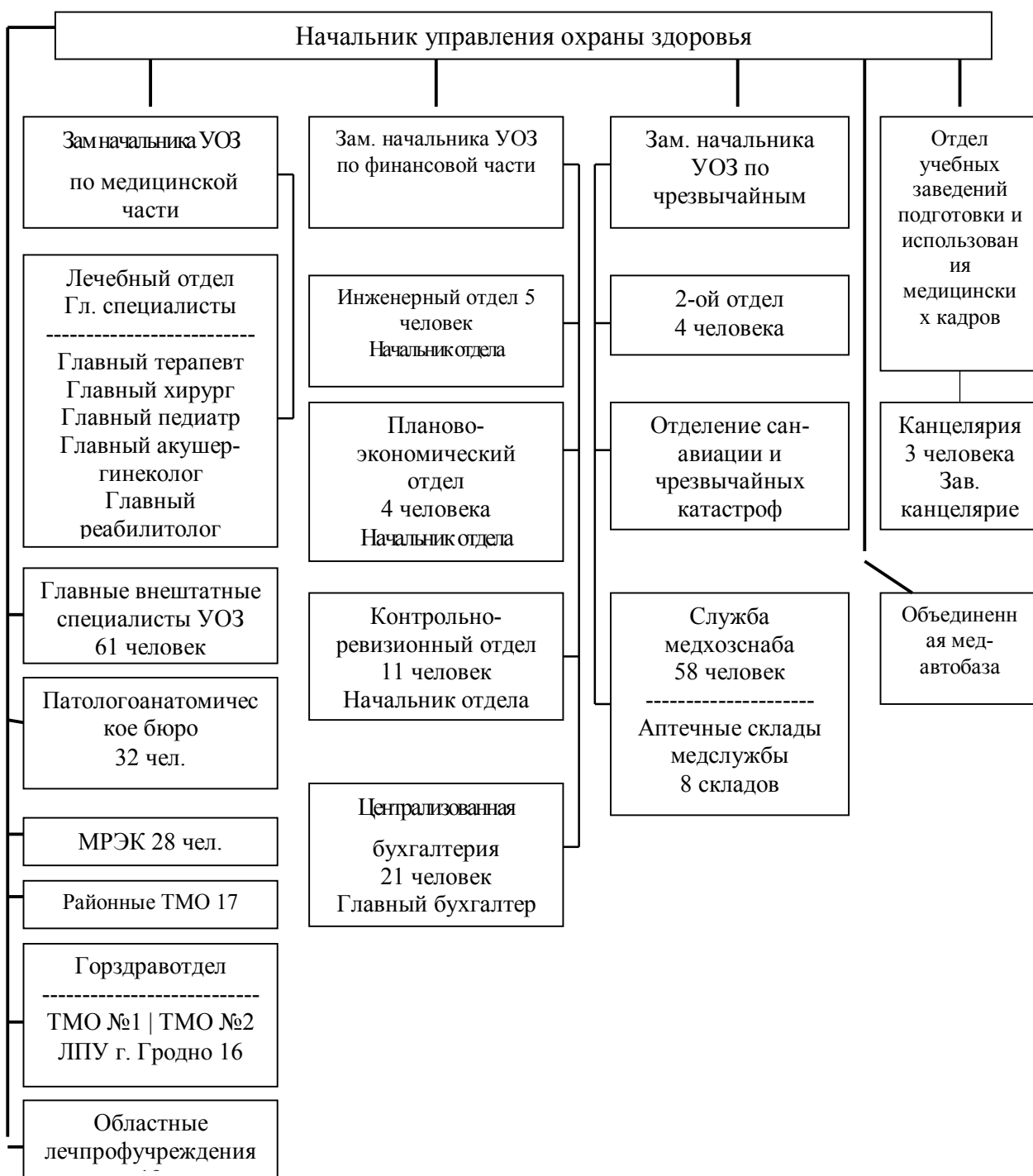


Рис. 3.2. Организационная структура управления охраны здоровья Гродненского облисполкома.

В соответствии с примерным положением об управлении охраны здоровья:

УОЗ Гродненского облисполкома осуществляет руководство учреждениями системы здравоохранения на своей территории, контроль за выполнением Законов Республики Беларусь "О здравоохранении", "О санитарно-эпидемическом благополучии населения", рациональным использованием ресурсов здравоохранения, направляемых на улучшение состояния здоровья населения.

УОЗ в своей деятельности руководствуется законодательством Республики Беларусь, решениями соответствующих исполнительных и распорядительных органов, приказами, решениями.

Основными задачами УОЗ являются:

- разработка и осуществление комплекса мер, направленных на совершенствование подведомственной системы здравоохранения;
- руководство подведомственными предприятиями, учреждениями и организациями;
- изучение и анализ состояния здоровья населения, с последующей разработкой плана развития сети и структуры учреждений здравоохранения;
- организация обеспечения населения и ЛПУ лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, медицинской техникой и осуществление контроля за их рациональным приобретением и использованием;
- разработка и осуществление мер по рациональной эксплуатации материально-технической базы учреждений здравоохранения;
- контроль за целевым расходованием бюджетных средств, сохранностью и использованием государственного имущества;
- проведение всех видов экспертиз с контролем их качества;
- организация и контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического состояния в подведомственных учреждениях здравоохранения;
- изучение заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности и разработка мероприятий по их снижению;
- организация и осуществление взаимодействия заинтересованных управлений и отделов исполкома по проблемам охраны и укрепления здоровья населения;
- обеспечение эффективного использования капитальных вложений, рационального размещения нового строительства и капитальных ремонтов;
- организация работы учреждений здравоохранения по минимизации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС;
- осуществление государственного санитарного надзора на подведомственной исполкому территории;
- разработка региональных медицинских программ и программ по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия населения, а также организация исполнения государственных программ по аналогичным вопросам;
- организация первичного учета в подведомственных организациях и учреждениях здравоохранения, получение в установленном порядке статистической и бухгалтерской отчетности, составление своих бухгалтерских отчетов и балансов, своевременное представление их в соответствующие органы;

- обеспечение рационального использования кадров работников здравоохранения, планирование усовершенствования и специализации медицинских работников, организация подготовки медицинских работников со средним медицинским образованием, проведение аттестации врачей и среднего медперсонала в пределах своей компетенции;
- разработка и реализация мероприятий по улучшению условий труда и быта работников здравоохранения, соблюдению правил по технике безопасности и производственной санитарии;
- внесение в установленном порядке представлений и присвоении правительственных наград, почетных и других званий;
- изучение и распространение передового опыта работы учреждений здравоохранения, организация внедрения научных достижений и новых медицинских технологий в практику работы учреждений здравоохранения;
- рассмотрение жалоб, заявлений и обращений граждан, разработка мероприятий по устранению причин их вызывающих;
- организация и осуществление контроля за исполнением актов законодательства Республики Беларусь;
- подготовка исполкому предложений в пределах своей компетенции по проектам решений вышестоящих органов.

УОЗ в своей деятельности руководствуется Конституцией Республики Беларусь, законами Республики Беларусь, другими актами законодательства Республики Беларусь, решениями исполнительного комитета, приказами, инструкциями и указаниями МЗ РБ, другими нормативными актами. УОЗ отчитывается в своей работе перед исполнительным комитетом.

Деятельность УОЗ осуществляется на основе единоначалия и коллегиальности. УОЗ возглавляет начальник управления, который в соответствии с законодательством Республики Беларусь назначается исполнительным комитетом по согласованию с МЗ РБ.

Начальник управления имеет заместителей, которые назначаются на должности и освобождаются от должностей областным исполнительным комитетом.

Начальник управления:

- руководит деятельностью УОЗ;
- издает в пределах компетенции управления приказы на основании и во исполнение решений и распоряжений исполнительного комитета, а также актов вышестоящих органов государственной власти и управления, организует и проверяет их выполнение, в необходимых случаях издает с руководителями других управлений и отделов исполнительного комитета совместные приказы;
- отменяет, в случае необходимости, приказы руководителей подведомственных организаций, учреждений и предприятий;
- в соответствии с действующим законодательством принимает на работу и увольняет с работы работников управления и по установленной

номенклатуре работников подведомственных организаций, учреждений и предприятий;

- привлекает в установленном порядке работников управления, руководителей подведомственных организаций, учреждений и предприятий и их заместителей к дисциплинарной и материальной ответственности;
- без доверенности действует от имени управления, представляет его интересы в прокуратуре, судебных органах, органах власти и управления;
- в установленном порядке распоряжается средствами и имуществом управления, открывает счета в банках, в рамках своей компетенции заключает договоры.

Решением Гродненского областного исполкома создана коллегия УОЗ в составе: председателя – начальника управления, секретаря и членов в количестве 11 человек. В состав коллегии включены все заместители начальника управления, начальники отделов управления и главные специалисты лечебного отдела, а также руководители производственного объединения "Фармация" и специализированного магазина "Медтехника". Коллегия на своих ежемесячных заседаниях рассматривает наиболее важные вопросы, требующие коллективного обсуждения, выработки и принятия решения. Принятые решения коллегии оформляются в виде решений коллегии или приказов начальника УОЗ.

Управление службой родовспоможения с области осуществляется на основе принципа демократического централизма, сочетания централизованного руководства и самоуправления трудового коллектива.

Единоначалие в системе самоуправления осуществляется начальником управления, его заместителем по существующему направлению деятельности, руководителями служб.

Для комплексной оценки, анализа положения дел в ЛПУ и службах, изучения с последующим обсуждением организации лечебно-диагностического процесса создан лечебный отдел УОЗ. Структура лечебного отдела представлена на рис. 3.3.



Рис. 3.3. Организационная структура лечебного отдела УОЗ.

Основные функции лечебного отдела:

- проведение анализа по службам главных штатных и внештатных специалистов управления охраны здоровья;
- анализ организации лечебно-диагностического процесса в ЛПУ области;
- изучение вопросов развития материально-технической базы, оснащение лечебно-диагностической аппаратурой ЛПУ;
- анализ и контроль за рациональным использованием лекарственных препаратов;
- разработка, внедрение и контроль за программами по профилактике основных заболеваний;
- экспертиза заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности, анализ причин смертности;
- разработка, внедрение, контроль за исполнением программ реабилитации больных и инвалидов.

Лечебный отдел и главные специалисты отдела имеют право:

- представлять интересы УОЗ во всех организациях системы здравоохранения, связанные функциями отдела;
- для осуществления своих функций, выполнения поставленных задач может привлекать необходимых специалистов органов и учреждений здравоохранения к сотрудничеству, взаимодействию, анализу и контролю;
- вносить предложения начальнику УОЗ, коллегии управления охраны здоровья по совершенствованию управления службами, учреждениями, организации лечебно-диагностического процесса в целом.

Лечебный отдел обязан:

- изучать законодательные акты, приказы и инструктивно-методические указания, письма МЗ РБ по всем вопросам, касающимся организации лечебного дела;
- силами главных штатных и внештатных специалистов организовать работу ЛПУ, служб, отдельных специалистов по вопросам профилактики диагностики лечения заболеваний, реабилитации больных и инвалидов.

Общее руководство отделом непосредственно осуществляет заместитель начальника УОЗ по медицинским вопросам, который подчиняется начальнику управления. Заместитель начальника УОЗ несет персональную ответственность за выполнением функций и поставленных задач перед отделом, за организацию работ сотрудников отдела – главных специалистов УОЗ в соответствии с их должностными инструкциями и функциональными обязанностями. Еженедельно сотрудники отдела отчитываются перед начальником УОЗ о проделанной работе за прошедший период, получая задачи, планируют свои действия и работу на предстоящую неделю.

Заместитель начальника управления по медицинской части.

На должность заместителя начальника УОЗ по лечебной работе назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование, стаж работы на врачебной и руководящей должностях не менее 5 лет.

1. Осуществляет общее руководство лечебной и профилактической деятельностью учреждений здравоохранения области.
2. Курирует вопросы организации амбулаторно-поликлинической, стационарной и специализированной медицинской помощи населению.
3. Координирует деятельность лечебного отдела и учреждений здравоохранения Гродненской области.
4. Осуществляет контроль за организацией охраны здоровья женщин и детей, вопросами врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации, деятельностью областной санавиации.
5. Обеспечивает контроль за организацией профилактики распространения инфекционных болезней, профилактики неинфекционных заболеваний, вопросами формирования здорового образа жизни.
6. Осуществляет координацию межведомственного взаимодействия в вопросах охраны здоровья населения области.
7. Организует работу по контролю за деятельностью службы медицинской реабилитации и восстановительного лечения, организации санаторно-курортной помощи (в ведомственных учреждениях).
8. Осуществляет личный прием граждан и медицинских работников по вопросам, касающимся вверенной деятельности.
9. Отвечает за организацию работы с письмами, заявлениями и обращениями населения.
10. Осуществляет координацию и контроль деятельности по внедрению новых технологий в практику здравоохранения.
11. Готовит вопросы по своему разделу работы для заслушивания на заседаниях коллегии управления оперативных совещаниях, Днях главного врача и пр.
12. Организует и обеспечивает работу ЛКС УОЗ.
13. Возглавляет работу областной комиссии по медицинской этике.
14. Контролирует работу по метрологическому обеспечению лечебно-профилактических учреждений области.
15. Руководит областной аттестационной комиссией по присвоению квалификационных категорий медицинским работникам.
16. Возглавляет Совет по врачебно-трудовой экспертизе.
17. Руководит работой координационного Совета "Перинатология".

Начальник лечебного отдела.

Непосредственно руководит лечебным отделом, имеет в собственном подчинении сотрудников отдела: главных специалистов – терапевта, хирурга, акушера-гинеколога, педиатра, реабилитолога, врача инспектора.

1. Возглавляет работу по разработке и созданию системы межведомственного взаимодействия по выполнению и контролю за исполнением комплексных программ здравоохранения.

2. Контролирует и организует проведение анализа системы управления реализацией вышеуказанных программ.
3. Осуществляет непосредственное руководство и координацию деятельности сотрудников лечебного отдела, а через подведомственных врачей-специалистов – курацию всех видов специализированной помощи с проведением ежеквартального анализа деятельности.
4. Участвует в работе по совершенствованию оперативного контроля за деятельностью узких служб, оценивает и координирует их работу, при необходимости вносит предложения по изменению персонального состава главных внештатных специалистов.
5. На основе анализа деятельности подведомственных служб определяет основные задачи и вносит предложения по путям их реализации, во всех разделах лечебно-диагностической деятельности.
6. Организует в подведомственном отделе контроль за своевременным движением входящих документов, сроками и порядком их исполнения.
7. Организует работу по внедрению в практику новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных и инвалидов, внедрения опыта лучших ЛПУ республики, содействует развитию рационализации и изобретательства в лечебной деятельности.
8. Анализирует состояние здоровья населения, его динамику, основные тенденции с целью выявления приоритетных направлений дальнейшей деятельности.
9. Систематически изучает деловые качества и другие индивидуальные особенности подчиненных специалистов с целью подбора кадров в резерв на замещение вакантных должностей. Участвует в организации подготовки специалистов, зачисленных в резерв руководящих кадров.
10. Анализирует эффективность применения действующих форм и методов управления лечебно-диагностическим процессом, участвует в разработке мероприятий по повышению его эффективности.
11. Непосредственно руководит внедрением в деятельность лечебных учреждений врача общей практики и демонстрацией проектов по программе интегрированной профилактики важнейших неинфекционных заболеваний "СИНДИ".
12. Участвует в работе ведомств и межведомственных общественных организаций, занимающихся вопросами оказания медицинской и медико-социальной помощи.
13. Курирует вопросы повышения уровня квалификации медицинских кадров, принимает участие в аттестации и разработке мероприятий по реализации замечаний аттестационных комиссий.
14. Обеспечивает составление разделов, касающихся лечебной деятельности в перспективных, годовых и текущих планах управления охраны здоровья.
15. Участвует в разработке и проведении мероприятий по повышению качества работы в подведомственных учреждениях, внедрении системы управления качеством, стандартов, нормативов, показателей

регламентирующих качество лечебно-диагностического процесса, новых, более современных методов контроля.

16. В соответствии с действующим законодательством ведет личный прием населения и медицинских работников по курируемым вопросам.

17. Участвует в подготовке материалов для рассмотрения на заседаниях областного исполнительного комитета, гор(рай)исполкомов, коллегии и ЛКС УОЗ.

Решения заместителя начальника управления и начальника лечебного отдела обязательны для всех подчиненных им главных специалистов лечебного отдела.

Для координации деятельности главных специалистов, всестороннего комплексного изучения положения дел и коллективного обсуждения, приказом начальника управления охраны здоровья создан ЛКС, председателем Совета назначен заместитель начальника УОЗ по медицинским вопросам, члены Совета – главные специалисты и юрист УОЗ.

Принятые решения ЛКС оформляются в виде решений или после необходимой доработки с заинтересованными отделами, подразделениями в виде приказа начальника УОЗ.

Решения ЛКС носят обязательный характер исполнения ЛПУ, службами и специалистами области.

Создание ЛКС и придание решениям обязательности исполнения – свидетельство делегирования части полномочий начальника управления охраны здоровья заместителю начальника УОЗ по медицинским вопросам.

Главный акушер-гинеколог УОЗ непосредственно руководит деятельностью службы родовспоможения области.

На должность главного акушера-гинеколога УОЗ Гродненского облисполкома назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование, стаж работы на врачебной и руководящей должностях в здравоохранении не менее 5 лет.

В своей работе руководствуется законодательством Республики Беларусь, постановлениями, распоряжениями, приказами вышестоящих органов, методическими, нормативными и другими руководящими документами.

Знает порядок и сроки представления отчетности.

1. Осуществляет общее руководство АГС области в соответствии с директивными документами Правительства и МЗ РБ под руководством заместителя начальника управления по лечебным вопросам.
2. Проводит работу по повышению квалификации врачей и средних медицинских работников путем проведения областных семинаров, выездных циклов, клинических разборов, участие в работе аттестационных комиссий.
3. Осуществляет контроль за работой смотровых кабинетов.
4. Анализирует результаты работы службы по снижению временной нетрудоспособности.
5. Контролирует работу по борьбе с абортами, качественным и эффективным использованием контрацептивных средств.
6. Участвует в подготовке врачей-интернов.

7. Участвует в распределении и контролирует использование медоборудования и аппаратуры в АГС.
8. Контролирует и курирует МГС.
9. Контролирует работу по программе детской гинекологии.
10. Совместно с кафедрой акушерства и гинекологии оказывает консультативную и методическую помощь районам.
11. Проводит анализ писем, жалоб и заявлений по акушерско-гинекологической службе.
12. Участвует в приеме и сдаче годовых отчетов, проводит анализ статистических данных, которые доводит до районных специалистов.

Организационная структура службы родовспоможения Гродненской области представлена на рис. 3.4. Она включает 17 районных ТМО, 2 городских ТМО, родильный дом, ОМГЦ, МСЧ "Азот" и БСМП.

При формировании организационной структуры была поставлена задача сделать эту систему максимально управляемой и эффективно функционирующей.

В основу схематического построения организационной структуры и системы управления был заложен принцип горизонтальной и вертикальной систематизации связей изучаемых структур, их ранжировки согласно утвержденных направлений деятельности, выделение уровней управления по горизонтали в зависимости от количества вертикальных связей и числа непосредственно подчиненных. Организационная структура системы управления городскими (в г. Гродно) и районными ТМО представлена на рис. 3.5 и 3.6.

Согласно прилагаемой схеме удалось добиться оптимального ограничения числа иерархических уровней: 1-ый уровень управления – это начальник УОЗ и его заместители, 2-ой – главные врачи ТМО и заместители, 3-ий – руководители ЛПУ, 4-ый – руководители служб и структурных подразделений.

Формируя горизонтальную ветвь управления, состав руководства 2-го уровня в лице заместителей главного врача и других руководителей этого уровня устанавливается в зависимости от принятых основных направлений деятельности АГС, выстроенных по вертикали.

Эти направления условно можно разделить на следующие группы:

Первая – организация амбулаторно-поликлинической помощи женскому населению области, которая представлена 5 городскими ЖК, возглавляемыми заведующими и входящими в состав городских ТМО, 17 районными ЖК (кабинетами), возглавляемыми заведующими, входящими в состав районных ТМО – 3 –ий уровень управления.



Рис. 3.4. Организационная структура службы родовспоможения Гродненской области.

Прямое руководство (связь) в городских ТМО осуществляется заместителем главного врача ТМО по родовспоможению и детству и в районных ТМО – заместителем главного врача по амбулаторно-поликлинической работе (2-ой уровень управления).

Вторая – стационарная помощь, представленная в г. Гродно ГКРД на 320 коек, гинекологическим отделением на 50 коек МСЧ "Азот" и 2 гинекологическими отделениями на 50 коек каждое в БСМП.

В районных ТМО стационарная помощь оказывается в родильных и гинекологических отделениях с числом коек в зависимости от числа обслуживаемого населения.

Возглавляет родильный дом главный врач, а руководителями структурных подразделений как в роддоме, так и в районных ТМО являются заведующие структурными подразделениями. Прямое руководство осуществляет заместитель главного врача по медицинской части. Ему функционально подчинено руководство за организацией лечебно-диагностического процесса.

Третья – оказание медицинской помощи жителям сельской местности, которое организовано на сельских врачебных участках, входящих в состав районных ТМО. Возглавляет СВУ главный врач. Территория СВУ поделена на зоны, обслуживаемые фельдшерами ФАПов, которыми руководят заведующие. Прямое подчинение осуществляет заместитель главного врача районного ТМО по сети. Ему функционально подчинены все СВУ района. Он же отвечает за организацию лечебно-диагностического процесса СВУ.

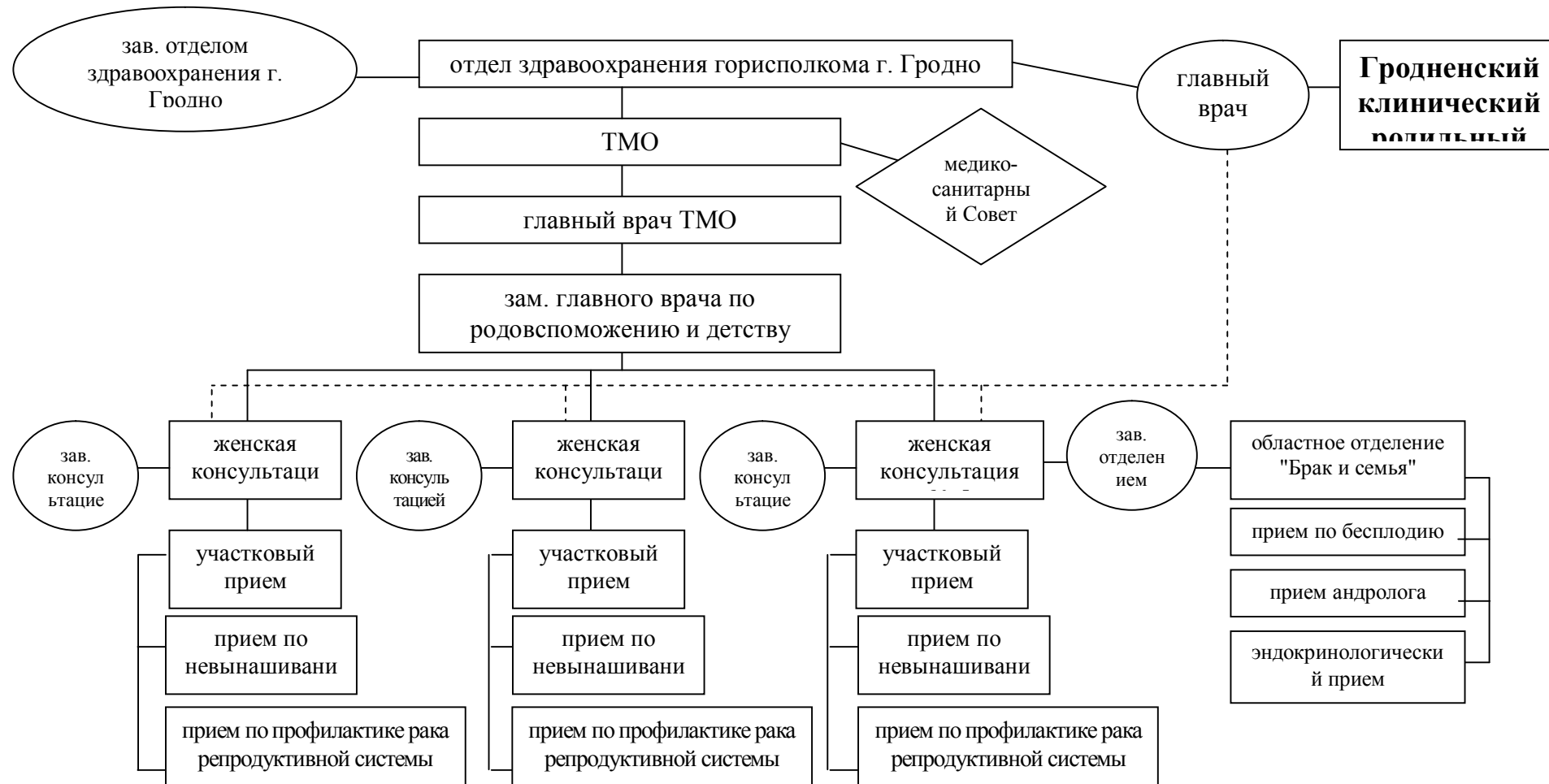
Функционально возглавляет АГС в г. Гродно главный внештатный акушер-гинеколог горздраотдела, назначаемый из руководителей структурными подразделениями.

В районных ТМО один из заведующих структурными подразделениями является районным акушером-гинекологом, который отвечает за оказание акушерско-гинекологической помощи в районе и подчиняется заместителю главного врача районного ТМО, курирующего службу родовспоможения.

Дополнительно в гор(рай)ТМО функционируют территориальные лечебно-контрольные комиссии, районные Советы по перинеонатологии, по разбору ПС и МЛС, комиссии по профилактике ВБИ. Наиболее значительные вопросы выносятся на заседания гор(рай)медико-санитарных Советов, решения которых носят обязательный характер.

Выше перечисленные формирования осуществляют свои функции в пределах, представленных им полномочий действующим законодательством.

Таким образом, структурная организация и система управления службы родовспоможения Гродненской области имеет весьма разветвленный и многоукладный характер, сочетающий в себе различные формы управления. В то же время структуры и системы управления службы родовспоможения Гродненской области достаточно просты и показательны, а их использование помогает организатору здравоохранения моделировать различные варианты и выбирать для практической деятельности наиболее оптимальный вариант расстановки в лечебных учреждениях руководящих кадров всех уровней управления, систем их прямого и функционального руководства ответственности и подчиненности.



— Прямая связь (подчиненность) – непосредственное руководство направлением деятельности, учреждением, структурным подразделением, службой.

- - - Функциональная связь (подчиненность) – опосредованное руководство, ответственность за определенный раздел работы, деятельности учреждения, структурного подразделения, службы.

Рис. 3.5. Организационная структура службы родовспоможения городского (г. Гродно) ТМО.

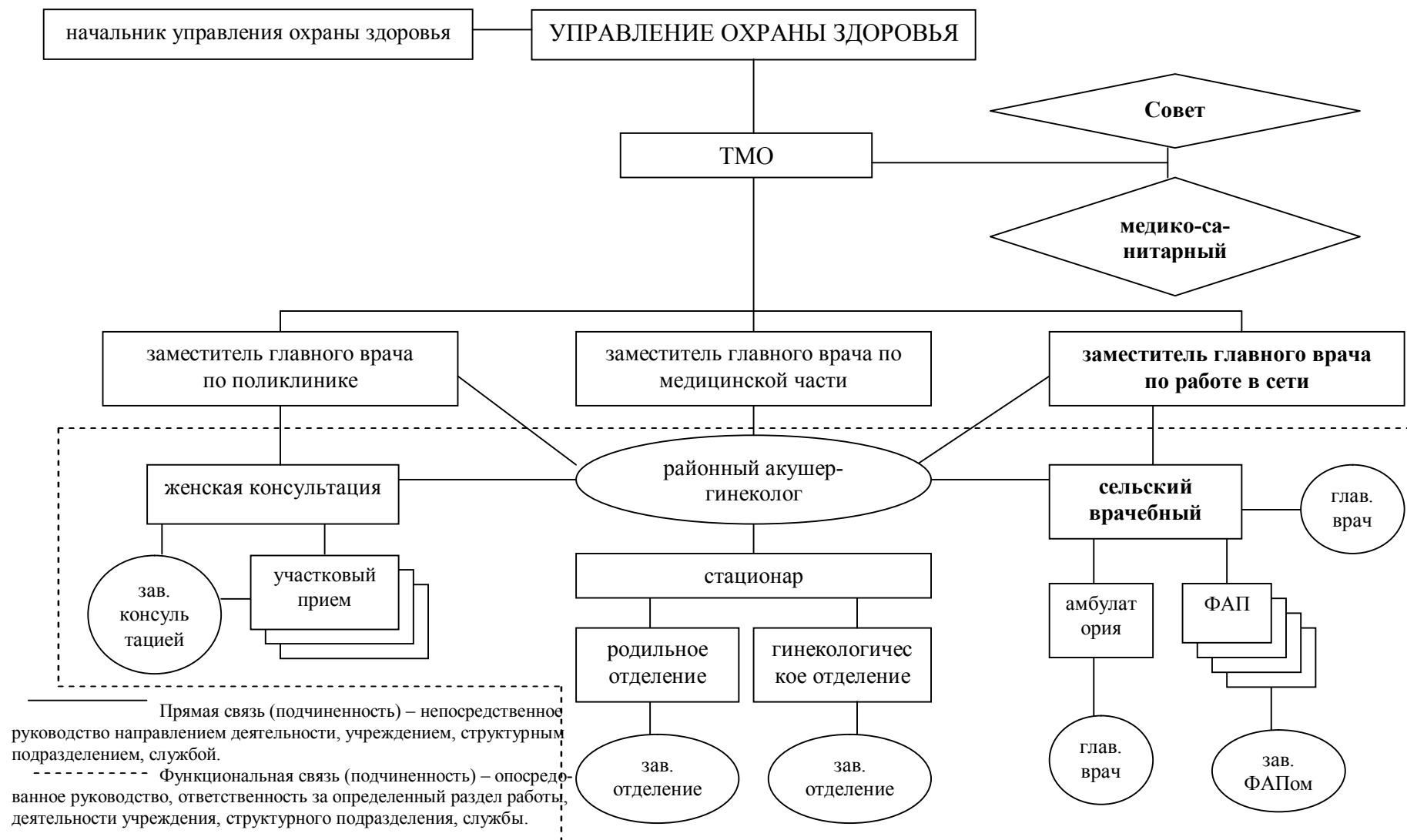


Рис. 3.6. Организационная структура службы родовспоможения районного ТМО.

ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ НА ВОЗРАСТНЫХ ЭТАПАХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

4.1. Общие принципы организационных мероприятий по укреплению женского репродуктивного здоровья

Необходимость удовлетворения потребностей людей на протяжении всей их жизни привела к расширению понятия охраны здоровья матери и ребенка, а также ПЛС как одного из элементов ПМСП, что, в конечном итоге, привело к формированию концепции охраны РЗ.

Г.М. Бурдули и О.Г. Фролова (1997) приводят следующее определение термина "репродуктивное здоровье", согласно которому это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

РЗ означает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и они имеют возможности для воспроизводства и свободу принятия решения в отношении его целесообразности, времени и частоты.

Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам регулирования деторождения по их выбору, который не противоречит закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые бы позволили женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца.

Таким образом, РЗ является важнейшей частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека.

Хорошее РЗ становится уделом немногих людей в связи с недостаточными знаниями о сексуальности человека, несоответствующей требованиям, некачественной или недоступной информацией и обслуживанием в области РЗ, распространенностью опасных форм сексуального поведения и ИППП, а также в связи с ограниченностью выбора, перед которым стоят многие девушки и женщины в своей жизни.

Многие из названных проблем возникают во время подросткового возраста – в то самое время, когда формируются основные привычки поведения, которые могут иметь в дальнейшем самые серьезные последствия для репродуктивного здоровья.

На Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 году 180 государств (в т.ч. и Республика Беларусь) признали, что всеобщий доступ к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья должны быть целью, которую необходимо достичь к 2015 году.

Таким образом, РЗ включает в себя следующие элементы:

- содействие безопасному и ответственному поведению, особенно в период подросткового возраста;
- охрану прегравидарного здоровья, ПС;
- лечение бесплодия;
- антенатальную охрану плода;
- обеспечение безопасных атравматичных родов;
- обеспечение оптимального безопасного акушерского и неонатального ухода;
- обеспечение высококачественной специализированной помощью нуждающихся беременных, рожениц, родильниц, новорожденных и детей раннего возраста;
- предупреждение МС, МлС, ПС и инвалидности;
- профилактику незапланированных беременностей, снижение числа аборт, обеспечение условий для безопасного проведения аборт;
- профилактику и лечение ИППП;
- раннее выявление и лечение онкологических заболеваний репродуктивных органов женщин;
- профилактику патологии климактерического периода и остеопороза.

Репродуктивная функция является основной биологической функцией женского организма. Состояние репродуктивной функции женщины во многом определяется ее здоровьем в детстве и пубертатном периоде. Нарушения специфических функций организма взрослой женщины часто формируются в юношеском возрасте и усугубляются в репродуктивном возрасте. Поэтому охрана и контроль за состоянием РЗ женщины – одно из важнейших направлений в медицинской практике.

Исходя из вышеизложенного, нам представляется целесообразным выделить определенную этапность функционирования женского организма с определением алгоритма оказания медицинской помощи (рис. 4.1).

В целях реализации практических мер по улучшению РЗ и во исполнение приказа МЗ РБ № 212 от 22.06.98 г. "О мерах по укреплению РЗ" издан приказ УОЗ Гродненского облисполкома №283 от 04.08.98 г. "О мерах по укреплению репродуктивного здоровья в области".

ПРИКАЗЫВАЮ:

Главным врачам гор (рай) ТМО:

Обеспечить неукоснительное исполнение принятых ранее нормативных документов, направленных на проведение мероприятий по охране и укреплению репродуктивного здоровья.

Предоставляю право независимо от штатного размещения (поликлиника, стационар) и в пределах установленной штатной численности акушеров-гинекологов организовать и обеспечить в каждом районе прием акушером-гинекологом детей, подростков, отдав предпочтение организации кабинета приема в детской поликлинике, консультации.

В каждой женской консультации открыть кабинет (прием) по планированию семьи.

Преобразовать кабинеты патологии шейки матки в кабинеты профилактики и ранней диагностики рака органов репродуктивной системы женщин.

До начала осенне-зимнего отопительного режима 1998 г. провести (при необходимости) ремонт родильных залов и приобретение обогревательных приборов в целях постоянного обеспечения оптимального температурного режима в каждом родильном зале (T не менее 25°C).

Продолжить работу по созданию совместного пребывания матери и ребенка в родильных отделениях и пропаганде преимуществ грудного вскармливания.



Рис. 4.1. Алгоритм оказания медицинской помощи на различных возрастных этапах функционирования женского организма.

Внедрить применение современных препаратов (простагландины) для обеспечения безопасности прерывания беременности в поздних сроках по социальным, медицинским и медико-генетическим показаниям в клиническом роддоме г. Гродно.

Проводить постоянную работу по повышению знаний и квалификации медицинских работников системы первичной медико-санитарной помощи по проблемам репродуктивного здоровья, для чего: организовать постоянно действующие в ТМО обучающие семинары для акушеров-гинекологов, педиатров, главных врачей СВУ, акушерок и фельдшеров ФАПов.

Главным врачам Лидского, Ошмянского, Волковысского ТМО, имеющим в составе межрайонные перинатальные центры, главврачу ГКРД:

Внедрить современные методики профилактики и лечения дыхательных расстройств плода и новорожденных:

мукосолван, лазолван – в межрайонных перинатальных центрах 2-го уровня; в Гродненском клиническом родильном доме – альвеофакт, лазолван, мукосолван.

Главному врачу областного центра "Здоровье":

Оказывать постоянную практическую помощь ЛПУ, проводящим просветительную работу среди школьников, подростков и молодежи по вопросам охраны репродуктивного здоровья и обеспечить необходимыми наглядными и методическими материалами.

Разработать совместно с органами образования и территориальными медицинскими объединениями в каждом административно-территориальном районе мероприятия по просветительской работе среди подростков и учащейся молодежи по вопросам охраны репродуктивного здоровья, включая профилактику экстрагенитальных заболеваний, болезней, передаваемых половым путем, профилактику абортов, реализацию сексуальных и репродуктивных прав.

Главному акушеру-гинекологу управления:

Организовать в 1999 г. проведение обучающих региональных семинаров для акушерок СВУ и ФАПов по вопросам охраны репродуктивного здоровья (работа с подростками, планирование семьи, наблюдение за беременными, грудное вскармливание, раннее выявление патологии шейки матки и др.) с проведением оценки знаний.

Организовать совместно с главным врачом ГКРД обучение на рабочем месте в ГКРД анестезиологов-реаниматологов районных больниц по вопросам реанимационной и интенсивной помощи роженицам, родильницам и новорожденным с проведением оценки знаний.

Совместно с главным педиатром УОЗ и кафедрами акушерства и гинекологии, педиатрии ГГМИ организовать в 1998-1999 г.г. проведение прерывистых курсов по проблемам репродуктивного здоровья.

Организовать в 1998 году проведение областного семинара для акушеров-гинекологов по раннему выявлению опухолей молочной железы.

Организовать в ГКРД в 1998-1999 г.г. проведение обучающего семинара для врачей УЗИ-диагностики по раннему выявлению врожденных пороков развития.

Обеспечить организационное руководство реализации мероприятий по охране репродуктивного здоровья.

Составить заявку для ПО "Фармация" на оснащение областного медико-генетического центра реактивами для проведения беременным биохимического скрининга на АФП и ХГ.

Областному РПО "Фармация":

Обеспечить приоритетную закупку лекарственных средств для ЛПУ родовспоможения и детства в целях обеспечения безопасного родоразрешения и интенсивной терапии женщин и детей.

Областной ПТФ "Медтехника" дооснастить межрайонные перинатальные центры 2-го и 3-го уровней необходимой для их бесперебойного функционирования медицинской техникой.

Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н.

Начальник управления

Р.А. Часнойть

4.2. Организация наблюдения за девочками (0-15 лет)

Функция материнства осуществляется в детородном возрасте, однако, подготовка организма женщины к воспроизводству всегда начинается задолго до наступления зрелого возраста и во многом определяется состоянием здоровья будущей женщины в периоде детства и полового созревания.

По мнению ряда авторов (Минкина А.И. и др., 1980; Старовойтова О.Л., 1992; Гуркин Ю.А., 1998), расстройства различных звеньев репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания представляют серьезную угрозу для здоровья женщины, особенно ее менструальной и генеративной функций, и способствуют возникновению ряда гинекологических заболеваний в детородном возрасте.

В свете современных представлений созревание репродуктивной системы женского организма представляет собой процесс развития от плода до взрослого состояния и включает несколько периодов, каждый из которых характеризуется определенными морфологическими и эндокринными особенностями. К этим периодам относятся: нейтральный – от 1 года до 4 лет; препубертатный период, который делится на раннюю стадию – от 4 до 7 лет и позднюю – от 7 лет до менархе (11-12 лет); пубертатный период – от менархе до 15 лет; юношеский – от 15 до 18 лет. В течение каждого из перечисленных больших периодов в становлении репродуктивной системы происходят значительные динамические погодные изменения физических и эндокринных параметров развивающегося женского организма, которые необходимо учитывать при оценке состояния здоровья девочки (Волкова И.Н. и др., 1989; Сницарук О.С. и др., 1989; Егина И.В., Селихова М.С., 1999).

Состояние новорожденности – критический возраст в развитии организма девочки. Именно в этот период начинают проявляться субклинические варианты компенсированных отклонений в структуре и функции органов и систем, формирующиеся во время беременности в результате действия ряда факторов:

заболевания матери, острая или хроническая внутриматочная гипоксия, осложнения родов (Fujiwara T. et al., 1990; Jobe A.H., 1993).

Поэтому основной задачей медицинского персонала является создание оптимальных условий жизни новорожденной девочки.

В Гродненской области функционирует отработанная система наблюдения за девочками, начиная с периода новорожденности и заканчивая передачей их под наблюдение подростковой службы.

Кроме того, в области с 1998 года внедрена комплексная оценка состояния здоровья ребенка, которая включает в себя:

- Исследование состояния здоровья ребенка по определенным критериям.
- Заключение с определением группы здоровья.
- Назначение рекомендаций в зависимости от группы здоровья.
- Оформление записи в учетной документации.

О выписке новорожденного сообщается по телефону из родильного отделения или отделения новорожденных в детскую поликлинику (консультацию) в городе или другое ЛПУ на селе, где будет наблюдаться девочка. Прием новорожденных из родильных стационаров осуществляется медицинскими работниками амбулаторно-поликлинических ЛПУ. Основной формой взаимодействия родовспомогательного стационара и амбулаторно-поликлинического учреждения является эпикриз, где отражены данные о состоянии матери во время беременности, характера родов, состоянии новорожденного, назначениях, исследованиях, прививках, рекомендациях. Не менее важны поступающие с эпикризом фетальные паспорта, где содержится полная информация по ультразвуковому исследованию плода. Роль амбулаторно-поликлинического звена особенно важна в современных условиях, при широком развитии стационарзамещающих технологий, службы реабилитации, возможностей ранней диагностики отклонений в состоянии здоровья (рис. 4.2).

Как правило, первое посещение медицинским работником новорожденной девочки осуществляется при выписке ее из родовспомогательного учреждения.

Поступившую на участок новорожденную девочку педиатр и медицинская сестра посещают в первые 3 дня. Врач осматривает ребенка, оценивает бытовые условия, социальное благополучие семьи, выполнение рекомендаций по уходу, данных, полученных во время проведения дородовых патронажей.

Важен осмотр ребенка, во время которого особое внимание обращают на состояние кожных покровов (цвет, наличие изменений), пупочной ранки и родничков, вскармливание.

При первом посещении проводятся мероприятия по сохранению грудного вскармливания, профилактике гипогалактии. Проведение психологической поддержки матери вселяет уверенность в том, что удастся сохранить грудное вскармливание при возникновении проблем с образованием грудного молока.

При первом помещении новорожденного ребенка продолжается изучение социального, генетического, биологического анамнеза, а также начатое на дородовом этапе определение группы здоровья, группы риска, составляется план наблюдения. Налаживается взаимосвязь родителей с медицинскими работниками поликлиники. Родителям сообщается режим работы поликлиники, часы приема участкового педиатра.

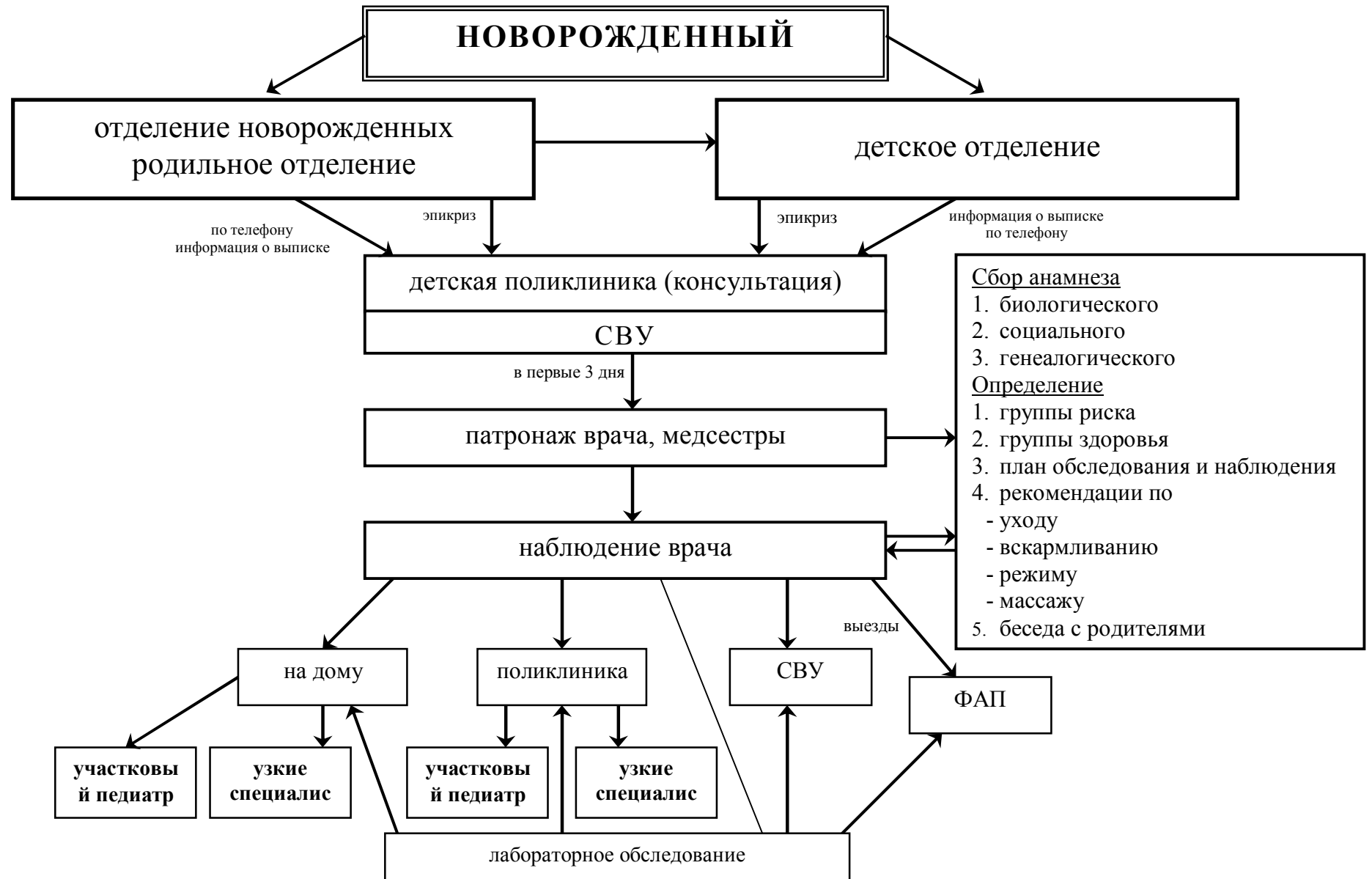


Рис. 4.2. Алгоритм организации медицинской помощи новорожденному.

Наблюдение за новорожденной девочкой в соответствии с состоянием ее здоровья позволяет максимально в ранние сроки диагностировать возникающие отклонения и проводить их коррекцию.

Для предупреждения перехода пограничных состояний в хронические заболевания необходимо их своевременное выявление, динамическое наблюдение, обследование по индивидуальному плану.

Если первый патронаж целесообразно проводить врачу и медсестре совместно, то дальнейшее наблюдение за ребенком проводится отдельно, что позволяет осуществлять динамическое наблюдение за состоянием здоровья девочки и своевременно вносить коррективы.

Широко распространенное в педиатрии понятие "пограничное состояние" позволяет отнести детей к группам "риска", особенно в период новорожденности и на 1-ом году жизни.

Дальнейшее наблюдения за девочкой осуществляется детской поликлиникой (консультацией) (рис. 4.3) при ее посещении родителями по нескольким направлениям:

- с профилактической целью – для осмотра ребенка без видимых отклонений в состоянии здоровья в декретивные сроки по направлению медработников или самостоятельно;

- с диагностической целью – при наличии незначительных отклонений в состоянии здоровья;

- с лечебной целью – при наличии признаков острого или обострения хронического заболевания, инвалидизирующей патологии (рис. 4.4).

Первым структурным подразделением, принимающим родителей девочки в амбулаторно-поликлиническом учреждении, является регистратура. Специальным приказом в Гродненской области определены основные функции регистратуры, перечень медицинской документации и др.

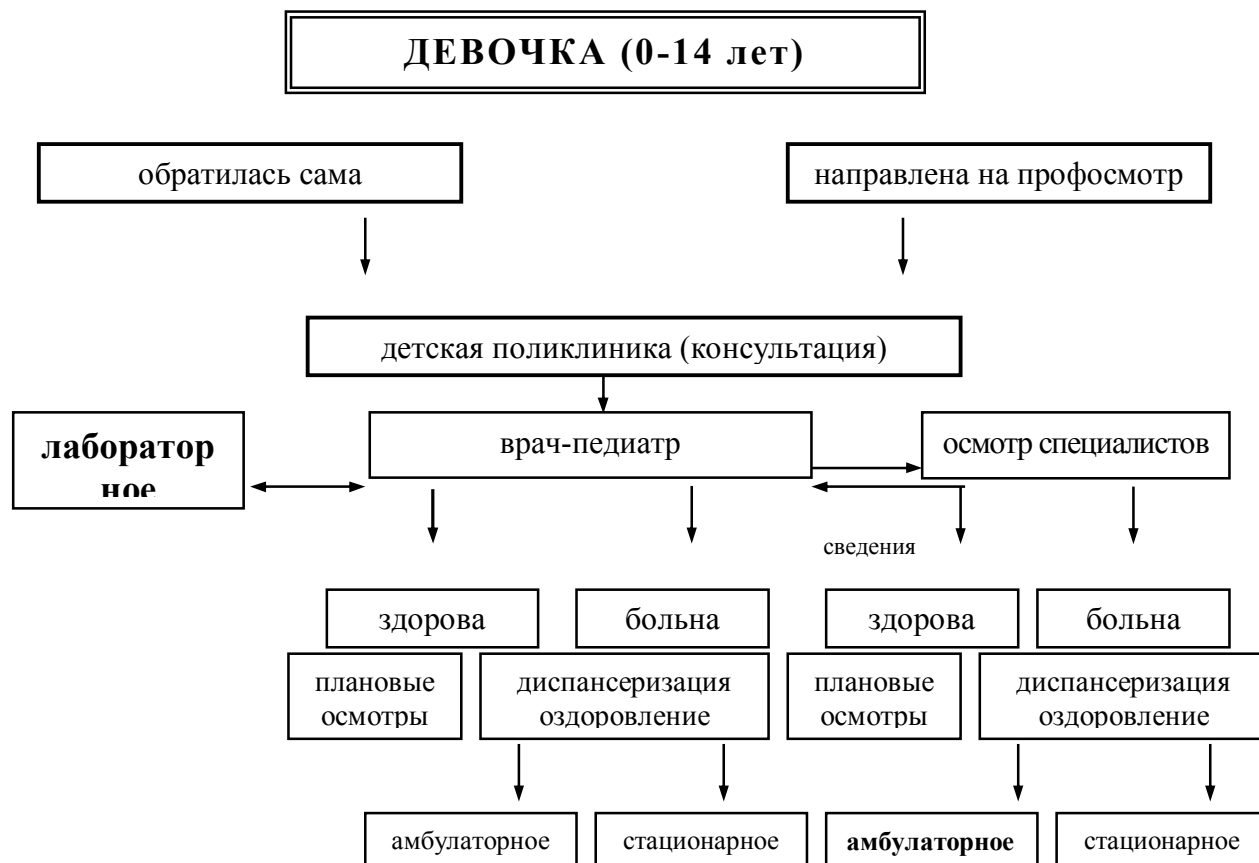


Рис. 4.3. Алгоритм организации наблюдения за девочками в детской консультации.

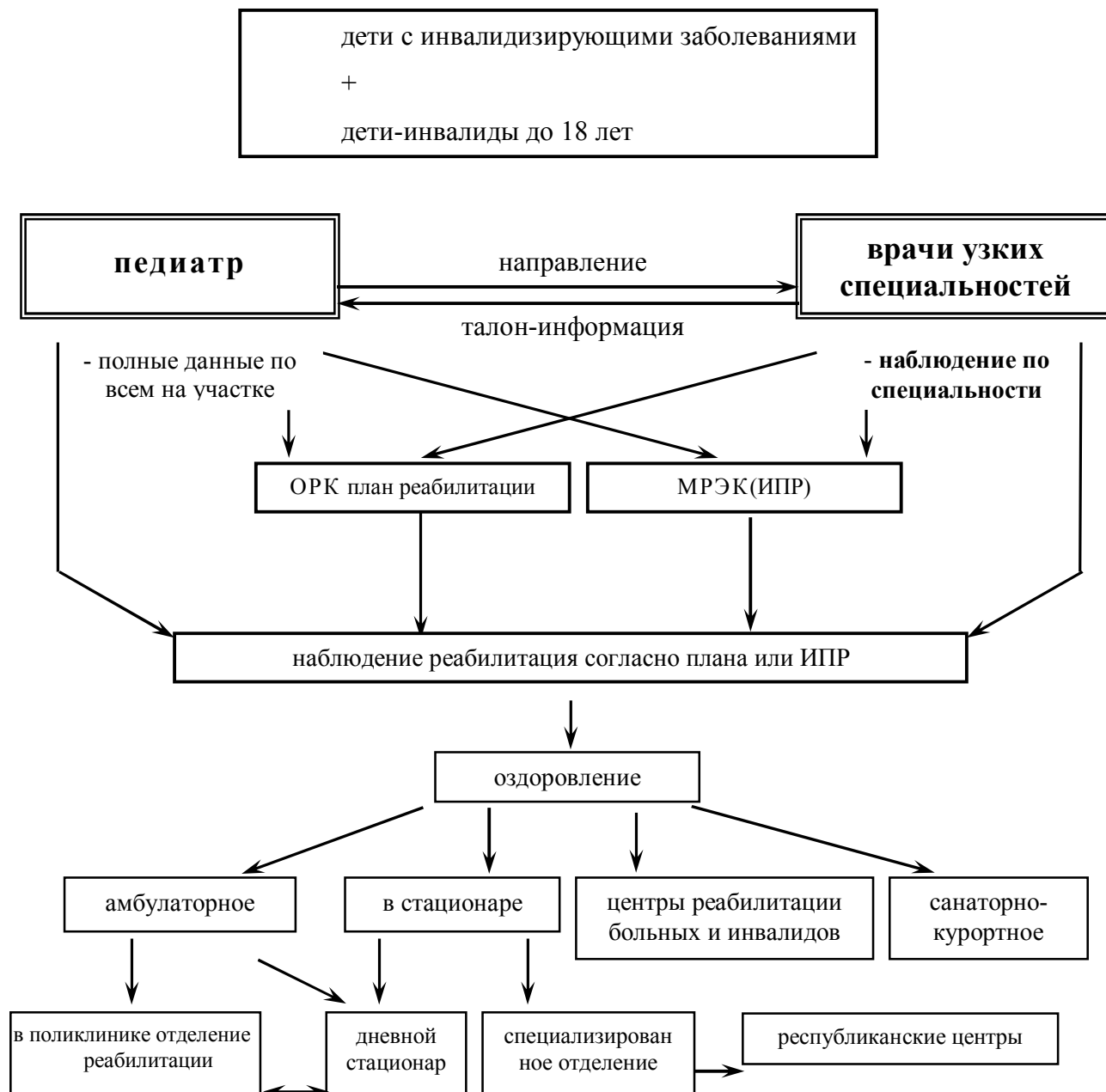


Рис. 4.4. Алгоритм организации наблюдения за детьми с инвалидизирующими заболеваниями и инвалидами.

В регистратуре детской поликлиники на видном месте размещены режимы работы участковых педиатров, врачей узких специальностей (окулиста, отоларинголога, невропатолога, ортопеда, хирурга, психотерапевта, реабилитолога и др.).

Визит к врачу осуществляется непосредственно в день посещения или по предварительной записи (талонам).

Участковый педиатр, являясь ключевым звеном амбулаторно-поликлинического учреждения, координирует взаимосвязь всех медицинских кадров различных учреждений (ДДУ, СШ, оздоровительный лагерь, санаторная школа и др.), наблюдающих за состоянием здоровья ребенка в различные периоды жизни. К участковому педиатру поступают сведения, отраженные в талоне информации:

- результаты лабораторного обследования;
- результаты осмотров врачами узких специальностей в ЛПУ, школе, дошкольном учреждении, т.е. в организованных коллективах (рис. 4.5, 4.6).

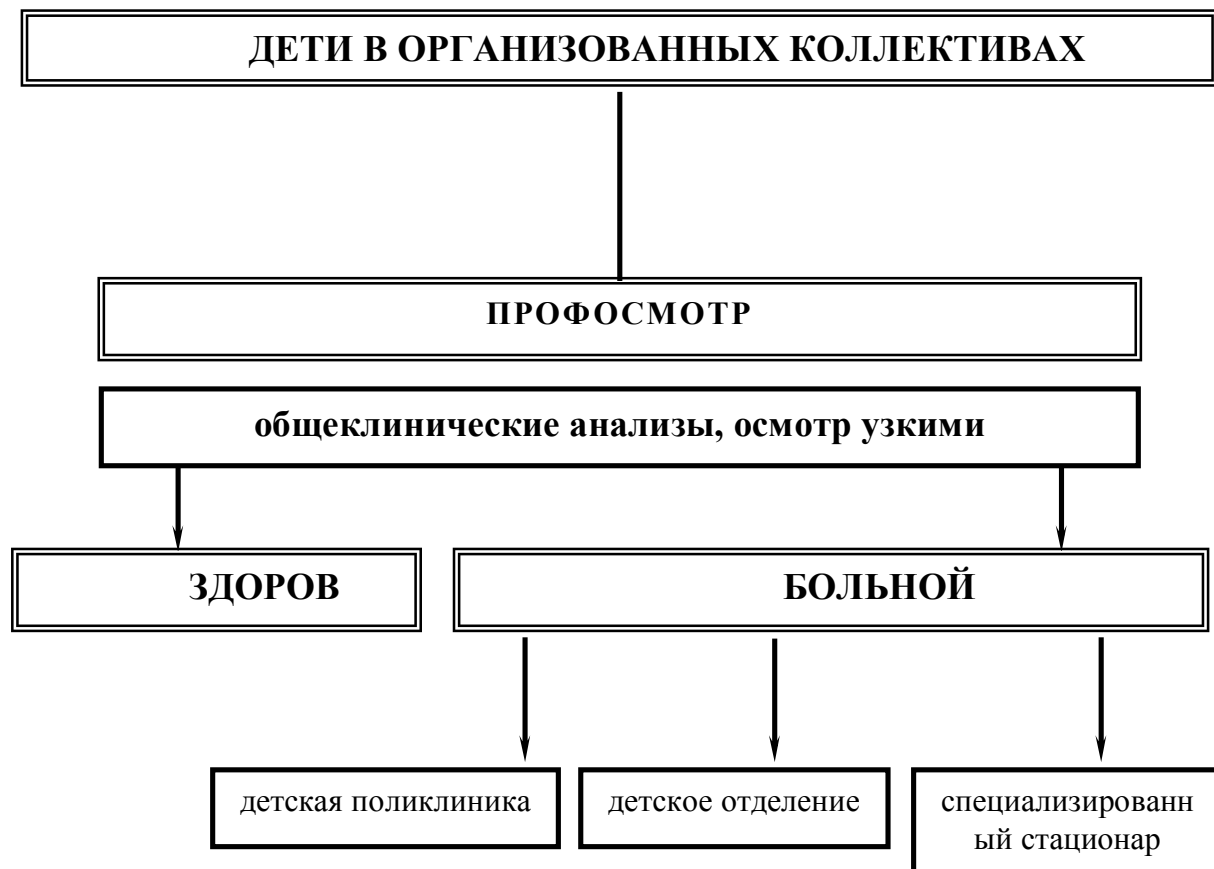


Рис. 4.5. Алгоритм наблюдения за детьми в организованных коллективах.

Ф.И.О. больного _____

Адрес _____

Находился на приеме, профосмотре (дата, диагноз) _____

Осмотрен врачами (дата, заключение каждого специалиста и анализы) _____

Рис. 4.6. Форма талона-информации для передачи участковому педиатру

На уровне поликлиники (консультации) определяются ряд показателей - клинических, антропометрических, физиологических, биохимических и др. - для определения состояния здоровья ребенка. Определение этих показателей сопряжено с понятием "норма", границы которой трудно определить для развивающегося ребенка раннего возраста. Зачастую, участковому педиатру приходится сталкиваться с индивидуальными особенностями девочки, связанными с возрастными и генетическими особенностями роста и развития.

Наряду с определением метрических характеристик (масса тела, длина тела, окружности головы, груди, весо-ростовые коэффициенты и т.д.), необходимо четко оценивать физиологические системы организма как в покое, так и их функциональные возможности в напряжении, при изменении условий внешней и внутренней среды. В оценке состояния здоровья ребенка, особенно раннего возраста, важно определить такие проявления, как степень зрелости, что в последующем обеспечит дальнейшее осуществление корректирующих мероприятий.

Работа с девочками из группы "риска" по развитию патологии репродуктивной системы осуществляется по следующему алгоритму.

Выявление девочек с "риском" по развитию патологии репродуктивной системы:

преждевременное половое созревание (появление вторичных половых признаков в 8 лет);

задержка полового созревания (отсутствие вторичных половых признаков в 13 лет и менструаций в 15 лет);

ожирение 2-3 ст. или дефицит массы тела более 10 % в периоде полового созревания;

состояние после оперативного вмешательства (о. аппендицит, перитонит и др.);

хр. тонзиллит, тонзилэктомия в пубертатном возрасте;

ревматизм;

туберкулез;

заболевания мочеполовой системы.

Проведение ежегодных профосмотров девочек согласно методических рекомендаций по диспансеризации. При профосмотрах определяют и отмечают в ф. 112 степень полового развития с 8-летнего возраста.

Проведение профилактических осмотров девочек гинекологом: до 3-х лет перед поступлением в ДДУ; 6-7 лет при оформлении в школу; 11-12 лет, 14-15 лет перед передачей в подростковый кабинет.

Проведение осмотра гинекологом девочек при следующих симптомах и заболеваниях:

- боли в животе в любом возрасте;
- изменение формы живота;
- появление признаков полового развития (рост молочных желез, половое оволосение) до 8 лет;
- отсутствие вторичных половых признаков (молочные железы, половое оволосение) в 13-14 лет;
- наличие патологических выделений из половых путей;
- патологические анализы мочи;
- отклонения в строении наружных половых органов;
- отсутствие менструаций в 15 лет;
- нарушение менструального цикла;
- отклонения от нормальной массы тела в период полового созревания (ожирение 2-3 ст.), дефицит массы тела более 10 %;
- состояние после оперативных вмешательств на органах брюшной полости: острый аппендицит, первичный или иной перитонит,
- декомпенсированная форма хронического тонзиллита, тонзилэктомия в пубертатном периоде (в год первой менструации).

Взятие на диспансерный учет девочек, угрожаемых по развитию патологии репродуктивной системы. Консультации специалистов, уточнение диагноза, обследование, оздоровление.

Четкая преемственность в выявлении, учете, наблюдении и оздоровлении девочек из группы "риска" по патологии репродуктивной системы: талон-информация к участковому педиатру, врачу СВУ, фельдшеру ФАПа о результатах профосмотров в школе, ДДУ, гинекологом о диагнозе, наблюдении.

- Наблюдение за девочками из группы "риска".
- Проведение качественного диспансерного наблюдения:
- девочки с эндокринной патологией наблюдаются эндокринологом и педиатром;
- девочки после оперативных вмешательств на органах брюшной полости наблюдаются хирургом, педиатром;
- девочки с хроническим тонзиллитом наблюдаются ЛОР-врачом, педиатром;
- девочки с ревматизмом наблюдаются педиатром;
- девочки с туберкулезом наблюдаются педиатром, фтизиатром;

- девочки с болезнями мочеполовой системы наблюдаются педиатром, гинекологом, урологом.

Ведение медицинской документации:

Фиксация в ф. 112 данных о профосмотрах гинеколога в декретивные сроки и по показаниям.

В ф. 112 девочек с ЭГП и риском развития патологии репродуктивной системы составление плана наблюдения и отражение данных об оздоровлении.

Наличие у каждого участкового педиатра, врача СВУ, фельдшера ФАПа пофамильных списков девочек с указанием ЭГП, риска по патологии репродуктивной системы и обновление их после переписи, выздоровления и т.д. (это может быть журнал переписи, отдельный журнал и другие формы).

Ежеквартальные проведения участковыми педиатрами, врачами СВУ анализа работы с девочками из группы "риска" по развитию гинекологических заболеваний.

При наличии признаков заболевания врач-педиатр совместно с акушером-гинекологом выставляет предварительный диагноз, а после получения необходимых лабораторных обследований и заключений узких специалистов – заключительный диагноз.

Таким образом, поддержание здоровья девочек представляет собой сложную задачу, состоящую из своевременной диагностики донозологических отклонений и обоснованного назначения медико-педагогических корректирующих мероприятий для обеспечения гармоничного развития и оптимального здоровья.

4.3. Организация наблюдения за девочками-подростками

Вопросы сохранения РЗ юных женщин, к которым, по определению ВОЗ, относится население до 24 лет, являются крайне актуальными, т.к. нарушения специфических функций организма взрослой женщины во многих случаях формируются в юном возрасте (Лебедева Т.Н., 1998; Плахота Л.П. и др., 1999).

Поэтому всестороннее изучение здоровья девочек и девушек, определение факторов "риска", влияющих на формирование и становление репродуктивной системы, современная систематическая терапия, направленная на восстановление гормональных изменений в организме больных подросткового и юношеского возраста с различными формами нарушений менструальной функции, являются ранней профилактикой патологии генеративной функции.

Известно, что становление менструальной функции и развитие репродуктивных органов происходит при участии половых гормонов, а также гормонов щитовидной железы, о чем свидетельствуют определенные усиления гонадотропных и тиреотропных влияний, направленных на поддержание гормонального гомеостаза. В пубертатном периоде тиреоидные гормоны активно влияют на организм, завершая совместно с соматотропным гормоном гипофиза и половыми стероидными гормонами физическую, половую, психическую дифференцировку девочки и способствуя установлению нормального двухфазного цикла (Синдеева Э.Н. и др., 1993).

Состояние функции репродуктивной системы объективно отражают такие показатели, как степень развития вторичных половых признаков, сроки наступления и

характер менархе. Литературные данные свидетельствуют о том, что наиболее показательным является возраст 12-18 лет (Фролова О.Г., 1991). Исследования состояния репродуктивной системы этой возрастной группы позволяют определить характер течения пубертатного периода как критического в жизни девочки периода, наиболее чувствительного к воздействию внешней среды. Кроме того, девушки 12-18 лет, проживающие в Республике Беларусь, испытали и продолжают испытывать воздействие малых доз радиации в препубертатном и пубертатном периодах (Яговдик И.Н. и др., 2002).

Как известно, в последнее десятилетие отмечается все более раннее возникновение менархе у девочек, что, видимо, связано с ускоренным созреванием вторичных половых признаков. В Республике Беларусь средний возраст появления менархе составляет 12,5 лет. С возрастом увеличивается количество жалоб на нерегулярные и более длительные менструации, нарастает число визуализированных при ультразвуковом исследовании неоднородностей в структуре яичников при их размерах от 3 до 16 мм (Серов В.Н. и др., 1984).

Менструальная функция является ключевым звеном в репродуктивной системе женщины. На ее становление, регуляцию и дестабилизацию влияют многочисленные факторы: генетические условия антенального развития, особенности физического развития в детстве, частые инфекционные заболевания, климат, психоэмоциональные и стрессовые ситуации, неполноценное и плохо сбалансированное питание, воздействие малых доз радиации.

Расстройства менструального цикла у подростков наблюдается часто: в среднем почти у 44 % обследованных (Андреева М.В. и др., 1999; Шевченко Ю.П., 2001).

Аномалии длительности менструального цикла у девочек, как правило, связаны с ановуляторными циклами. В большинстве случаев причиной олигоменореи является отсутствие овуляции или удлиненная фаза созревания фолликула. В основе этого процесса лежит главным образом гипофункция половой системы, которая может явиться следствием первичной или вторичной недостаточности деятельности яичников или гипоталамо-гипофизарной системы, а также гипоплазии эндометрия. Таким образом, девушек, проживающих в экологически неблагоприятных условиях, надо относить к группе "риска" по развитию нарушений функции репродуктивной системы, особенно в период ее становления.

Это диктует необходимость проведения ежегодного гинекологического исследования с определением при необходимости уровня гормонов в крови, что позволит своевременно выявить нарушения специфических функций у девушек-подростков и разработать мероприятия, направленные на их коррекцию. Данная работа организуется по представленному алгоритму действий (рис. 4.7).

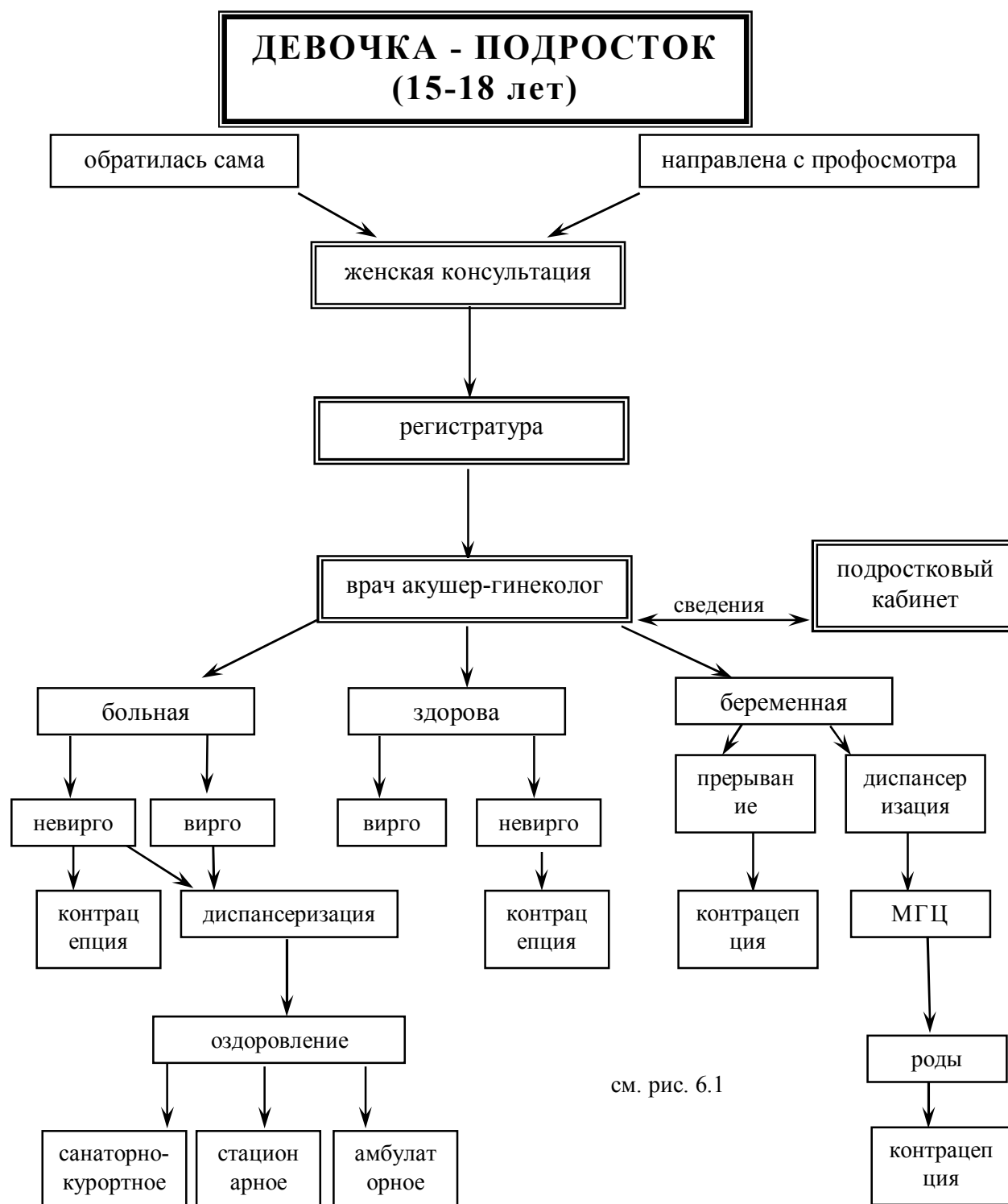


Рис. 4.7. Алгоритм наблюдения за девочкой-подростком в женской консультации.

Основными гормональными показателями эндокринной системы являются: гонадотропные гормоны гипофиза (ЛГ и ФСГ); пролактин; гормоны яичника (эстрадиол и прогестерон). В связи с тем, что на формирование репродуктивной системы влияет функциональное состояние и других эндокринных желез, особенно щитовидной железы и надпочечников, дополнительными показателями гормонального

профиля репродуктивной системы являются гормоны щитовидной железы (Т3, Т4 и ТТГ) и гормоны надпочечника (кортизол и тестостерон). Если в нейтральном детском возрасте уровень гонадотропных гормонов остается на стабильно низких цифрах, а в яичниках образуются премордиальные фолликулы без овуляции и образования желтого тела, а показатели эстрадиола и прогестерона остаются на низком уровне, то в препубертатном и пубертатном периодах происходит прогрессирующее повышение сначала концентрации ФСГ. В период полового созревания ФСГ обладает выраженным морфологическим действием, связанным с половыми и эпителиальными клетками, стимулирует рост и развитие фолликулов, увеличивает синтез эстрогенов, концентрация которых быстро нарастает. Вслед за повышением уровня ФСГ нарастает и концентрация ЛГ. Максимальное повышение уровня ЛГ наблюдается в возрасте 15-16 лет. В этот период значительное содержание ЛГ стимулирует продукцию тестостерона и прогестерона (Кузьмина Н.И., 1993; Макаров О.В. и др., 1993).

Пубертатный период характеризуется волнообразным течением процессов общего роста и морфологического преобразования женского организма, на фоне которых происходит становление гормональной и овуляторной функции яичников. В стимуляции этих процессов принимают участие гормоны гипофиза, надпочечников, щитовидной железы. Наибольшая активность гормональных систем отмечается в возрасте менархе, который можно считать своеобразным критическим периодом (Акопян А.С. и др., 1996).

В связи с особой интенсивностью функционирования вышеперечисленных систем организм девушки в это время наиболее чувствителен к неблагоприятным факторам. В результате возможно как более раннее менархе при недостаточной морфологической подготовленности, так и запаздывание созревания (Айламазян Э.К., 1997).

Формирование механизмов, регулирующих циклическое выделение ЛГ, происходит позднее, чем созревание гонад. Именно это приводит к задержке овуляции или к ановуляторным менструальным циклам, а также способствует возникновению циклов с неполноценной лютеиновой фазой.

В этот период неустойчивости гормональных взаимоотношений у девушек 16-17 лет, когда формируется основная функция репродуктивной системы – менструальная, связи между яичниками, гипофизом и гипоталамусом чрезвычайно подвержены внешним вредным воздействиям. Вся система в целом отражает не только специфическую половую функцию, но и общую адаптационную реакцию организма (Андреева И.Н., Каладзе Н.Н., 1993).

Сложные взаимосвязи многочисленных нейрогуморальных механизмов и их динамичная функциональная перестройка в ответ на влияние факторов как внутренней, так и внешней среды требуют всестороннего изучения гормонального профиля девушек и его объективной оценки с учетом различных неблагоприятных воздействий. Поэтому в пубертатном периоде вторым критическим моментом можно считать процесс становления овуляторных циклов, происходящий в течение 1,5 – 2 лет после менархе. Этот важный этап обеспечивается, главным образом, возрастающей гонадотропной стимуляцией и новым повышением уровня эстрогенов. Неблагоприятные воздействия на организм девушки в этот период жизни могут

повлечь за собой функциональную неполноценность репродуктивной системы (Баранов А.А., 1998; Газазян М.Г., Пономарева Н.А., 1993).

В тесном взаимодействии с системой гипоталамус – гипофиз – яичники находится и функция щитовидной железы. В свою очередь, состояние репродуктивной системы оказывает выраженное влияние на ее функцию.

Характер нарушения менструального цикла зависит от тяжести поражения щитовидной железы, чувствительности желез внутренней секреции, матки и половых органов к гонадотропным и половым гормонам. Например, у одних больных гипотиреозом наступает более раннее половое созревание, у других – глубокая генитальная гипоплазия. Выявляется преждевременное половое созревание у 26,4 % и нарушения менструальной функции у 32,9 % больных с эндемическим зобом. У больных гипертиреозом наблюдаются поздние наступления менархе, недостаточное развитие вторичных половых признаков, нарушения менструального цикла (Гуркин Ю.А., 1998). Таким образом, наблюдения девочек-подростков подростковым врачом и эндокринологом приобретает особую актуальность.

Анализ динамики заболеваемости и болезненности детей и подростков подтверждает тенденцию к ухудшению здоровья этого контингента. Так, согласно официальных статистических данных, заболеваемость подростков в Республике Беларусь в 1997 году составила 151463 на 100000, что на 10,7 % выше заболеваемости 1996 года.

Имеются существенные различия в структуре заболеваемости и болезненности детей (0-15 лет) и подростков (15-17 лет). Если в детском возрасте в структуре заболеваемости до 70 % составляют болезни органов дыхания (и это в основном острые заболевания верхних дыхательных путей), то в подростковом возрасте заболевания органов дыхания в структуре составляют только 40 %, но в этом возрасте более, чем в 2 раза чаще встречаются хронические болезни (Гуркин Ю.А., 1998; Егина А.В., Селихова М.С., 1999; Долженко И.С. и др., 1992).

Так называемая экстрагенитальная патология в структуре болезненности подростков занимает гораздо больший удельный вес, в т.ч. болезни ЦНС и органов чувств – в 3 раза, болезни органов пищеварения - в 3 раза, болезни эндокринной системы - в 5 раз, болезни мочеполовой системы - в 3,5 раза, болезни ССС - в 5 раз, что имеет важное значение для реализации их репродуктивной функции в будущем (Бакрадзе М.Д. и др., 1998; Леюедева Т.Н., 1998; Максимова Т.Н., Кокорина Е.П., 1994).

Заболеваемость девочек-подростков имеет свои отличительные особенности: так у девушек в 2,8 раза чаще, чем у юношей регистрируются болезни щитовидной железы, в 1,2 раза - сахарный диабет, в 2,8 раза - болезни крови и кроветворных органов (в т.ч. в 5,4 раза - анемии), в 1,3 раза - болезни органов пищеварения, в 3,2 раза - инфекции почек (Малышева Э.В., 1995; Марченко Б.И., 1997).

Проблемой охраны РЗ по-прежнему остаются практически тотальная пораженность кариесом, наличие несанированных очагов хронической инфекции (синуситы, хр. тонзиллит и др.) как у подростков, так и у женщин молодого репродуктивного возраста.

Наличие соматических заболеваний, хронического инфицирования (в т.ч. и ИППП), эндокринных нарушений у девочек в детском и подростковом возрасте

приводят с одной стороны к неполноценному морфофункциональному развитию репродуктивной системы, реализующемуся в детородном возрасте бесплодием, невынашиванием и т.д. С другой стороны, создают критически неблагоприятный фон для зачатия ребенка, что проявляется в первую очередь в возросшей патологии плаценты и, как следствие, в низком качестве внутриутробного развития плода. По сути, развиваясь в течение 7-9 мес. внутриутробно в условиях катастрофы (интоксикация, дефицит питательных веществ) ребенок рождается с низкой жизнеспособностью, даже в тех случаях, когда явных признаков болезней не определяется (Николаева Е.И., Тахиян А.А., 1998; Серов В.Н. и др., 1997; Kenneth C., John L., 1997).

В данной ситуации меры по антенатальной охране плода являются запоздалыми и малоэффективными. И последующие меры по оказанию реанимационной помощи новорожденным являются высоко затратными, а при развитии инвалидности ребенка становятся тяжелым бременем как для семьи, так и для государства.

Таким образом, период полового созревания является очень ответственным и своеобразным "критическим" периодом развития женщины, определяющим в дальнейшем ее жизнь. От того, насколько здоровой вступает в этот период девочка, насколько правильно он протекает, зависит формирование взрослого женского организма.

Разработанная нами схема проведения обследования девочек-подростков во многом позволяет унифицировать подход к обследованию данного контингента с учетом характера происходящих изменений в детском и юношеском организме. Схема предусматривает регулярность профилактических осмотров девочек-подростков подростковым врачом-терапевтом и врачом акушером-гинекологом и включает обязательный анализ медицинской документации, данных семейного и личного анамнеза, оценку физического и полового развития, а также гинекологическое (ректальное) и по-системное обследование, а также, с учетом показаний, ультразвуковое и гормональное исследование пациенток, начиная с 15-летнего возраста, а также медико-генетическое консультирование.

Выявление группы "риска" по возникновению гинекологических и тяжелых соматических заболеваний девочек-подростков и своевременное лечение патологии – основа профилактики нарушения репродуктивной функции взрослых женщин.

В группу "риска" по развитию нарушений репродуктивной системы необходимо выделить следующих пациенток: с отклонениями массы тела, с наличием гирсутизма, с высоким индексом инфекционной патологии на фоне хронического тонзиллита, патологией щитовидной железы, генетической предрасположенностью, с пороками развития мочеполовых органов, перенесших операции на органах малого таза, имеющих нарушения менструальной функции, больных с воспалительными процессами половой сферы.

В связи со значительным ростом количества больных с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы, на последнем следует остановиться отдельно. Как известно, наиболее частыми причинами таких заболеваний являются ИППП или инфекционно-трансмиссивные заболевания.

В настоящее время известно более 25 ИППП (хламидиоз, герпес, микоплазмоз, трихомониаз, вирус папилломы человека и другие, включая сифилис, гонорею, ВИЧ) (Кажина М.В. и др., 2000).

Согласно оценкам специалистов, каждый год в мире появляется 333 млн. новых случаев ИППП, причем женщины становятся жертвами этих болезней в пять раз чаще, чем мужчины. Один миллион человек умирает ежегодно от инфекций половых путей, включая ИППП помимо ВИЧ/СПИДа (Акопян А.С. и др., 1999).

ИППП чаще встречаются у молодых людей в возрасте 15-24 лет, т.е. в том возрасте, когда большинство из них очень мало знает об этих болезнях (Адаскевич В.П., 1999).

Несмотря на стабилизацию и некоторое снижение заболеваемости сифилисом и гонореей, ситуация с ИППП остается чрезвычайной, т.к. уровень заболеваемости еще достаточно высок и в десятки раз превышает таковой в развитых странах.

К примеру, в течение 1997 года в стране зарегистрировано 20345 случаев сифилиса, в том числе у детей до 14 лет - 156 случая (0,76 %), у подростков 15-17 лет - 1079 (5,3 %), у молодых людей возраста 18-19 лет - 1749 (8,6 %) и 20-29 лет - 9080 случаев (44,6 %). То есть, в 60 % от всех случаев сифилиса это заболевание выявлено у подростков и молодых людей (Брико Н.И., 1990; Кажина М.В. и др., 2000).

Очень тревожен и тот факт, что из заразившихся сифилисом подростков (до 19 лет) 74 % составляют девушки. Ситуация по заболеваемости острой гонореей аналогичная.

Мы не располагаем официальными данными о распространенности других инфекций, передаваемых половым путем, но именно эти инфекции (хламидии, герпес, микоплазмы и др.), вызывая вялотекущие, чаще незаметные для человека воспалительные процессы половых органов, резко снижают качество РЗ (Зайдиева Я.З., Сметник В.П., 1990; Занько С.Н. и др., 1998).

Последствия заражения ИППП для женщин более серьезные, чем для мужчин. ИППП вызывают осложнения течения беременности, инфицированность и врожденные инфекции плода, приводят к выкидышам и мертворождению, бесплодию и, в ряде случаев, к внематочной беременности. Установлено также, что примерно 35 % всех послеродовых осложнений обусловлено ИППП. Кроме того, в структуре гинекологической заболеваемости (по данным стационаров) 17-40 % больных страдают воспалительными заболеваниями тазовых органов, вызванных ИППП (Кулаков В.И., Фролова О.Г., 1991; Семенова Т.В. и др., 1990; Semczuk M., Szymanski C.Z., 1994; Sweet R.L., 1988).

Вирус папилломы человека является одной из причин рака шейки матки, а это вторая по распространенности разновидность рака во всем мире, так как каждый год появляется 0,5 млн. новых случаев таких заболеваний.

Общепризнанно, что одной из основных причин такого всплеска ИППП является низкая информированность населения, особенно подростков и молодых людей. Последнее особенно важно, т.к. у подростков существуют особые потребности, связанные с охраной РЗ. Подростки должны иметь доступ к информации и услугам, которые им необходимы для того, чтобы осуществлять свои репродуктивные права с чувством ответственности. Но, к сожалению, в силу существующего менталитета медицинские работники часто испытывают чувство неприязни или стыда к

подросткам, которые обратились к ним за помощью. Кроме того к росту заболеваемости ИППП ведет и неграмотность большей части населения (и это мало зависит от уровня образования) в вопросах своей сексуальности и реализации репродуктивной функции, а также неравенство мужчин и женщин в возможностях реализации репродуктивных прав, связанных с половой жизнью (Фролова О.Г. и др., 1991; Struzziero E., Corbo M., 1994).

Поэтому единственный приемлемый и эффективный подход в решении проблемы профилактики ИППП это проведение постоянной широко масштабной просветительской работы всеми медицинскими работниками, освещающей как вопросы профилактики, раннего выявления и лечения ИППП, так и вопросы сущности сексуальных и репродуктивных прав (Струпина И.Г., 1993; Шевелева А.А., Васильева Т.П., 1993).

Перечисленный контингент подлежит активному наблюдению у гинеколога и при выявлении нарушений в репродуктивной системе – диспансерному наблюдению. При необходимости пациенток группы "риска" наблюдают совместно с врачом-эндокринологом, отоларингологом, невропатологом и др. В ЖК должна передаваться полная информация о состоянии здоровья девушки для рационального ведения беременности и родов в будущем (Брехман Г.И., 1989; Васильева Т.П., Посисеева Л.В., 2000).

Контингент подростков с опытом половой жизни нуждается в обеспечении консультативной помощью по вопросам предупреждения беременности и индивидуального подбора методов и средств контрацепции с учетом состояния здоровья и особенностей репродуктивного поведения.

Несмотря на снижение абсолютного числа аборт, искусственное прерывание беременности остается основным методом регулирования рождаемости. Ежегодно к аборту, как методу ПЛС прибегают не менее 8 % женщин детородного возраста, причем 74 % от произведенных аборт - это аборт у женщин активного детородного возраста до 34 лет. В 2000 г. по возрастным категориям аборт в Гродненской области произвели: 5 % женщин в возрасте до 19 лет, 18 % женщин в возрасте 20-24 года, 19 % женщин в возрасте 25-29 лет и 12 % женщин в возрасте 30-34 года.

В абсолютном числе аборт всегда является опасной операцией для РЗ женщин.

Непосредственные послеабортные осложнения встречаются у 5-20 % пациенток в основном в виде кровотечений. По данным социологических исследований, аборт в анамнезе имели 55 % женщин с вторичным бесплодием, 50 % пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью, 44 % оперированных по поводу внематочной беременности. Из осложнений аборт особо необходимо выделить воспалительные заболевания матки и придатков. Через 1 год после искусственного аборт нарушения репродуктивной системы обнаруживаются у 15,2 % женщин, а через 3-5 лет у 52,4 % (Вихляева Е.М. и др., 1989; Дадалова Л.Н., 1991; Кулаков В.И., Вихляева Е.М., 1995).

Последнее чрезвычайно важно для осознания проблемы подростковой беременности, которая является в настоящее время актуальной для всех стран.

Ежегодно до 10 % от всех аборт производится у подростков, причем 56 % от всех аборт производится наиболее травматичным методом - методом кюретажа (Кулаков В.И. и др., 2000).

Из произведенных аборт у подростков 52 % это прерывание первой беременности, что является крайне неблагоприятным. Но в то же время, определенное количество девушек в подростковом возрасте производят несколько аборт, что представляет в будущем значительные проблемы для перинатальных и репродуктивных потерь.

Одной из негативных сторон проблемы аборт являются криминальные или рискованные аборт, исходом которых явились МС или инвалидность. Ежегодно в мире около 70000 женщин (600 - в развитых странах, 69000 в развивающихся странах) умирают в результате неквалифицированного аборт и гораздо большее число женщин получают инфекции, увечья и травмы (Кира Е.Ф., 1999).

Криминальные и рискованные аборт являются явным признаком неудовлетворенных потребностей населения в охране РЗ. Так как в 1997 г. в Республике Беларусь по причине аборт умерло шесть женщин (2 - медицинский аборт, 4 - криминальный).

Аборт не следует пропагандировать как один из методов планирования семьи. Но в тех случаях, когда аборт является законным, он должен быть безопасным!

Проблема еще заключается в том, что современные контрацептивные средства оказались недоступными для большинства женщин (семей), особенно подросткового и молодого возраста (старшие школьники, студенты, молодые семьи), из-за их высокой стоимости.

Отдельно следует отметить, что профилактика аборт и их осложнений – важная медико-социальная проблема, решить которую возможно только совместными усилиями государственных органов, медицинских и социальных служб, общественных организаций и самого населения.

Таким образом, на настоящем этапе состояния здравоохранения в Республике Беларусь первой и наиболее важной задачей, по нашему мнению, является реализация практических, и в тоже время дешевых и доступных мер по охране прегравидарного здоровья (до наступления беременности, от которой ожидается рождение ребенка) и ПлС, т.е. деторождения.

Исходя из вышеизложенного, начиная с 1999 года, в Гродненской области разработан и реализован ряд мероприятий по оздоровлению девочек-подростков, формированию группы "резерва родов" и прегравидарному оздоровлению женщин с наличием генитальной и экстрагенитальной патологии. Эта работа ведется в соответствии с приказом УОЗ № 59 от 15.02.99 г. "О совершенствовании интеграции акушерско-гинекологической, педиатрической, терапевтической служб на уровне первичной медико-санитарной помощи":

УТВЕРЖДАЮ:

1.1. Порядок наблюдения женщин ГРР врачами ЛПУ (приложение № 1).

1.2. Форму анализа работы по ведению женщин группы резерва родов (приложение № 2).

1.3. Форму анализа работы по ведению девочек из группы риска по развитию гинекологической заболеваемости врачами-педиатрами (приложение № 3).

1.4. Форму анализа работы по детской гинекологии врачами акушерами-гинекологами (приложения № 4 и № 5).

1.5. Форму анализа работы по подростковой гинекологии (приложения № 6 и № 7).

1.6. Схему преконцептивной подготовки (приложение № 8).

1.7. Схему акушерско-гинекологического анамнеза (приложение № 9).

ПРИКАЗЫВАЮ:

2.1. Главным врачам гор (рай) ТМО:

Обеспечить работу врачей всех специальностей с женщинами группы резерва родов, девочками и девочками-подростками согласно приложений № 1, 8, 9.

Организовать ежеквартальный анализ работы с девочками, девочками-подростками и женщинами группы резерва родов согласно приложений № 2, 3, 4, 5, 6, 7 и их представление в оргметодотделы ДОКБ, ГКРД и главному терапевту УОЗ до 10 числа следующего за отчетным периодом месяца.

Ежегодное обсуждение результатов работы с девочками, девочками-подростками и женщинами группы резерва родов на медико-санитарных советах.

2.2. Главному терапевту управления Прокопович Г.А., главному педиатру Григорьевой В.Л. и главному акушеру-гинекологу Лисковичу В.А. организовать проведение в 1-м полугодии 1999 г. областной обучающий семинар по проблемам репродуктивного здоровья населения.

2.3. Главным врачам ЛПУ области приказ довести до сведения всех медицинских работников области, участвующих в проведении лечебно-оздоровительной работы с девочками, девочками-подростками и женщинами группы резерва родов.

2.4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н.

Начальник управления

Р.А. Часнойть

Приложение № 1
к приказу УОЗ № 59 от 15.02.99 г.

ПОРЯДОК

наблюдения женщин ГРР (группы резерва родов) врачами ЛПУ

Врачи терапевты (подростковые, цеховые, участковые) обязаны иметь сведения о женщинах группы резерва родов на участках (ф. 131/у, список) и 2 раза в год обновлять их по данным переписи населения.

Женщины ГРР, обратившиеся в поликлинику к любому специалисту, подлежат обследованию в объеме: общий анализ крови, мочи, флюорография, измерение АД, ЭКГ, осмотр и заключение терапевта, щитовидной железы, аллергологический анамнез.

По результатам обследования каждая женщина должна быть отнесена к одной из групп здоровья:

- 1-ая группа – здоровые;
- 2-ая группа – практически здоровые;
- 3-я группа – гинекологические больные;
- 4-я группа – страдающие экстрагенитальной патологией;
- 5-я группа – страдающие гинекологической и экстрагенитальной патологией.

В случае выявления патологии, подлежащей диспансеризации, больная берется на диспансерный учет с заполнением утвержденной документации.

Данные обследования фиксируются в амбулаторной карте, женщина направляется к специалистам для оздоровления согласно установленному диагнозу и к акушеру-гинекологу для решения вопросов планирования семьи и прерывания беременности с обязательной регистрацией в журнале учета и форме № 0254/у.

Амбулаторные карты маркируются в правом верхнем углу титульного листа индексом РР1, РР2, РР3, РР4, РР5, в соответствии с установленной группой здоровья.

Ежемесячный обмен информацией между акушерами-гинекологами и терапевтами осуществляется в следующем порядке:

терапевты передают списки всех женщин группы резерва родов, впервые посетивших с указанием ФИО, возраста, адреса, заболевания и с данными проведения обязательного обследования;

гинекологи передают списки женщин группы резерва родов с выявленной экстрагенитальной патологией, тяжелыми осложнениями беременности, родов и послеродового периода, а также после рождения второго ребенка, после операций прекращающих репродуктивную функцию для исключения из группы резерва родов.

При анализе наблюдения в графе "вновь выявленные заболевания" учитываются только заболевания группы РР3, РР4, РР5.

Показатель обследования исчисляется на количество подлежащих обследованию, т.е. на число посетивших ЛПУ женщин группы резерва родов, контрацепция, прерывание беременности - на общее количество женщин группы резерва родов.

Учет женщин группы резерва родов в женских консультациях ведется в следующей форме:

Ф.И.О.	возраст	адрес	количество во детей	экстрагенитальная патология	гинекологические заболевания	дата передачи	дата контрацепции ее вид	дата посещения и группа наблюдения
--------	---------	-------	---------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------	--------------------------------	---

Главный терапевт управления

Г.А. Прокопович

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Приложение № 2
к приказу УОЗ № 59 от 15.02.99 г.
ФОРМА
анализа работы по ведению женщин группы резерва родов
(проводится терапевтом и акушером-гинекологом)

Общее женское население	Количество		%	
	текущий период	предыдущий период	текущий период	предыдущий период
Количество фертильных женщин (15-49 лет)				
Количество женщин группы резерва родов				
Больных (3-4-5 группы наблюдения)				
из них: РР – 3				
РР – 4				
РР – 5				
Обследовано терапевтом				
Вновь выявлено заболеваний				
Пролечено				
Передано терапевтом акушеру-гинекологу				
Не явились из направленных терапевтом				
Не направлены к гинекологу				
Обследованы гинекологом				
Вновь выявлено заболеваний				
Пролечено гинекологом				
Передано терапевту гинекологом				
Контрацепция назначена				
Контрацепция среди больных РР				
Взято на учет по беременности				
из них:				
прошли прекоцептивную подготовку				
передано беременных в группы РР				

Главный терапевт управления

Г.А. Прокопович

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Приложение № 3

к приказу УОЗ № 59 от 15.02.99 г.

ФОРМА

анализа работы по ведению девочек из группы риска
по развитию гинекологической заболеваемости врачами-педиатрами
отчетный предыдущий период
период

Всего насчитывается девочек в т. ч. 0 - 6 лет

Кол-во девочек, страдающих
экстрагенитальной патологией (ЭГП)Охват "Д" наблюдением девочек,
страдающих ЭГП.Эффективность диспансеризации девочек,
страдающих ЭГП.Количество девочек из группы риска
по патологии репродуктивной системы
(методическое письмо УОЗ № 06-3/2075 от 30.11.98 г.)Эффективность диспансеризации
контингента из группы риска

по патологии репродуктивной системы

Охват гинекологическими профосмотрами
контингента из группы риска по патологии
репродуктивной системы.Оценка состояния здоровья девочек
по группам здоровья.

6-ти леток 15 лет

Всего:

1-ая группа здоровья

2-ая группа здоровья

3-я группа здоровья

4-я группа здоровья

Главный педиатр управления

В.Л. Григорьева

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Приложение № 4
к приказу УОЗ № 59 от 15.02.99 г.

ОТЧЕТ

о работе детского гинеколога за 1998 год

Наличие ставок гинеколога и закрепление гинекологов.

Количество девочек до 15 лет.

Количество девочек с 15 до 18 лет.

ДАННЫЕ ПО ПРОФОСМОТРУ

текущий предыдущий

период период

Всего школ

Подлежит осмотру (11-12 лет)

Осмотрено

Выявлено заболеваний

% осмотра

Заболеваемость в %

Всего детских садов

Всего девочек 6 лет

Осмотрено

Выявлено заболеваний

% осмотра

Заболеваемость в %

Принято амбулаторно в женских консультациях

По поводу заболеваний

Профосмотры ДДУ и школ

Из них выявлено заболеваний

Всего посещений (профосмотры и амбулаторно)

Всего заболеваний

Оздоровлено

Направлено в стационар

Произведено оперативных вмешательств

Произведено манипуляций

Проведено вагиноскопий

Выявлено гонорей

Выявлено трихомониаза

Данные представлять ежеквартально в оргметодотдел ГКРД.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕВОЧЕК ДО 15 ЛЕТ С НАЛИЧИЕМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

	Число зарегистрированных больных на начало года	Вновь взято на "Д" наблюдение		Снято с "Д" наблюдения			Состоит под наблюдением на конец отчетного года	Количество обострений за отчетный год	Эффективность в %
		всего	в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	с излечением и улучшением здоровья	с передачей под наблюдение в другие ЛПУ			
1. Хронический вульвовагинит 2. Рецидивирующие синехии 3. Дисфункция яичников 4. Гипоменструальный синдром и аменорея 5. ПБР 6. ЗПР 7. Воспаление придатков матки 8. Альгоменорея 9. Опухоли и опухолевидные образования половых органов 10. Пороки развития половых органов									

Анализ по диспансеризации представлять ежеквартально до 10 числа в оргметодкабинет ГКРД.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

ПРОФОСМОТР ПОДРОСТКОВ

Наименование учреждения	Подлежит осмотру		Осмотрено		%		Выявленные больные		%		Фибромиомы		Кисты		Эрозии		Полипы		Аднекситы		Мастопатии	
	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период

Продолжение:

Наименование учреждения	Дисфункция яичников		Кольпит		Прочие		Взято на учет		%		Беременность		Исход		Эффективность диспансеризации		%		Взято мазков		Virgo		%	
	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период	Текущий период	Предыдущий период

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Главный педиатр управления

В.Л. Григорьева

ОТЧЕТ О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАЙОНЕ

Нозологии	Число зарегист рирован ных заболе ваний	в т.ч. с диагнозом, установленным впервые		Состо яло на учете на начал огода	Взято под наблюдение		Снято с учета				Сост оит на коне ц отче тног о года	Из них оздоровлено	
		в с е г о	из них впервые при профосмотр е		в с е г о	из них впервые выявлены	в с е г о	с изменен ием диагноз а	с п ер ед ач е й	со см ерт ью		в с е г о	в т.ч. за отчетный период
Фибромиомы													
Киста яичника													
Сальпингиты, оофориты													
Полип канала шейки матки													
Эрозии шейки матки													
Лейкоплакия													
Кроуроз													
Расстройства менструации													
Эндометрит													
Кольпиты													
Рак гениталий													
Дисплазия													
Гиперплазия эндометрия													
Внематочная беременность													
Киста влагалища													
Прочие													

ИТОГО:

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Приложение № 8
к приказу УОЗ № 59 от 15.02.99 г.

Схема прекоцептивной подготовки
(проводится врачом акушером-гинекологом)

Изучение родословной, проведение медико-генетического консультирования
(по показаниям).

Скрининг на заболевания, передающиеся половым путем.

Санация очагов инфекции.

Рекомендации по профилактике профессиональной вредности и факторов
социального риска.

Медикаментозная подготовка: фолиевая кислота по 0,4 мг в день в течение 2-3
месяцев до зачатия обоим супругам и еще 3 месяца женщинам после наступления
беременности. При наличии в анамнезе детей с ВПР доза фолиевой кислоты
увеличивается до 4 мг.

Диета, богатая витаминами, с преобладанием препаратов, содержащих
фолиевую кислоту (бобы, шпинат, печень, почки и др.) с 3-х месяцев до зачатия и в
первые 2-3 месяца беременности.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Приложение № 9
к приказу УОЗ № 59 от 15.02.99 г.

Схема акушерско-гинекологического анамнеза

Менструация с ____ лет, установились сразу (ч/з ____ лет)

Регулярные, нерегулярные (по ____ дней, скудные, умеренные, обильные, безболезненные).

Половая жизнь с ____ лет, в браке с ____ лет.

Родов: ____; преждевременных ____, срочных _____.

Осложнения беременности: повышение АД, токсикозы, угроза прерывания, отеки, гипоксия плода.

Осложнения родов: кесарево сечение, акушерские щипцы, кровотечение, кюретирование полости матки, ручное обследование

Абортов _____, вак-аспираций _____.

Осложнения: кровотечение, воспаление, остатки плодного яйца.

Осматриваете ли молочные железы? Да, нет. (Необходимое подчеркнуть).

Гинекологические _____ заболевания

Состоите ли на диспансерном учете, с каким заболеванием:

у терапевта _____

у других специалистов _____

информация	о	пользе	дата	подпись
вид контрацепции			дата	подпись

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

4.4. Организация наблюдения за женщинами фертильного возраста

В связи с высокой частотой нарушений РЗ у женщин детородного возраста одним из важнейших направлений в деятельности акушеров-гинекологов должно быть своевременное выявление любого вида акушерско-гинекологической патологии, ее лечение и предупреждение, осуществляемое на уровне ПМСП, исходя из следующего алгоритма действий (рис. 4.8). В условиях реформирования здравоохранения и внедрения новых медицинских технологий особая роль отводится амбулаторно-поликлинической службе и увеличению объема помощи на этом этапе.

В оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи ведущую роль играет ЖК, профилактический характер деятельности которой должен служить решению задачи по оздоровлению женщин еще на прегравидарном этапе.

Организация амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи населению предусматривает проведение мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, раннему их выявлению и оказанию лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным.

Врачи акушеры-гинекологи выявляют гинекологические заболевания при обращении в ЖК, в т.ч. и по поводу беременности, при осмотре женщин на дому (по вызову или при активном посещении врачом), а также при проведении профилактических осмотров в ЖК, смотровых кабинетах поликлиник, на предприятиях, в учреждениях и при стационарном лечении по поводу экстрагенитальных заболеваний.

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат девочки-подростки в возрасте 15-18 лет, а также женщины старше 18 лет, постоянно проживающие в районе деятельности ЖК, а также работающие на предприятиях и в учреждениях, обслуживаемых сотрудниками данной ЖК.

Профилактическому осмотру обычно предшествует разъяснительная работа о пользе проводимого осмотра в учреждениях и на предприятиях.

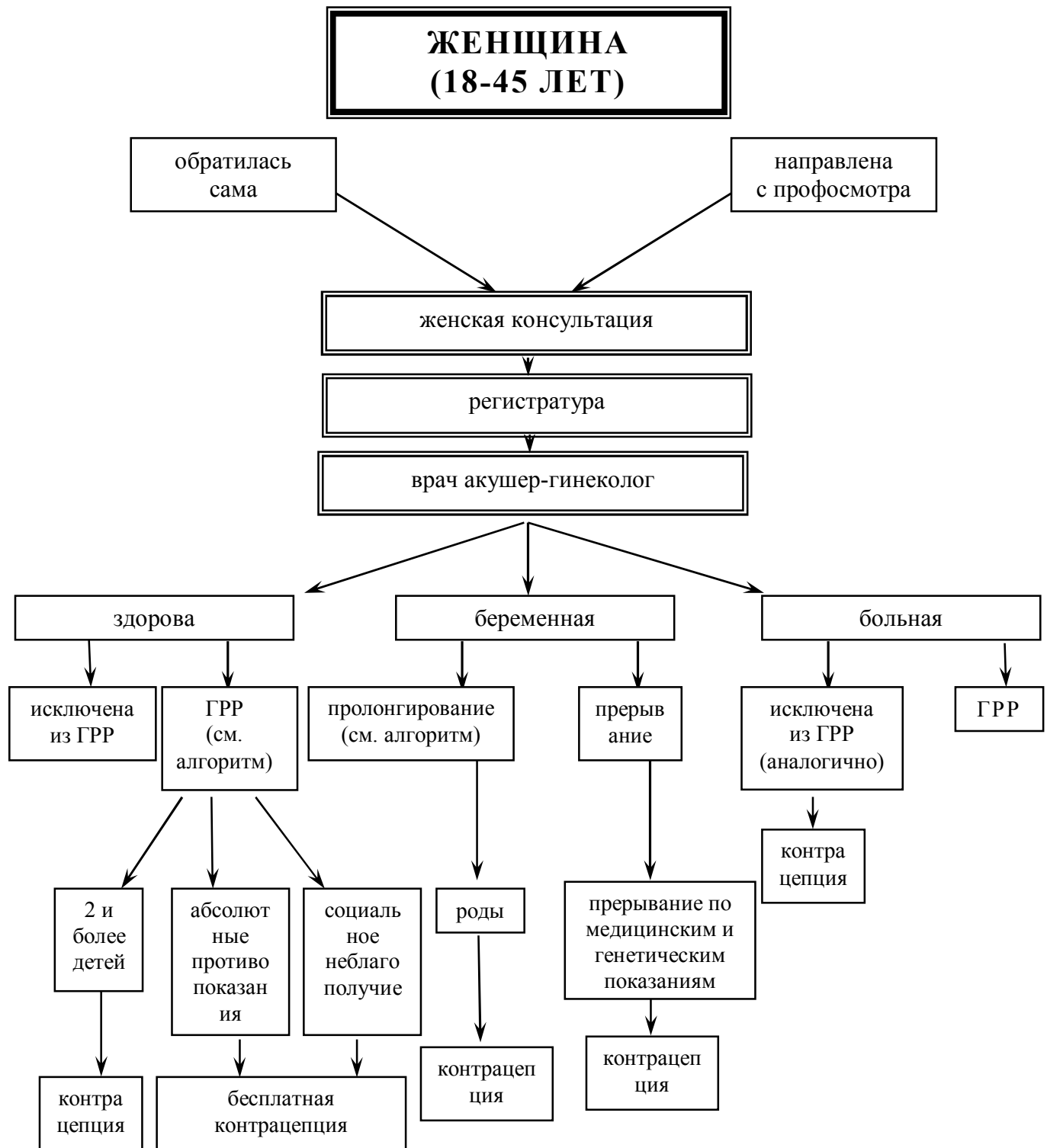


Рис. 4.8. Алгоритм наблюдения за женщинами фертильного возраста в женской консультации.

На каждую женщину, первично обратившуюся в ЖК в связи с жалобами, либо по направлению других специалистов, а также для профилактического осмотра в регистратуре, заводится "Медицинская карта амбулаторного больного" (Ф. № 25/у).

Как свидетельствуют данные медицинской литературы, уровень гинекологической заболеваемости остается высоким. По данным О.Г. Фроловой и соавт. (1994), выявляемость гинекологической патологии при профилактических осмотрах достигают 34,4 %, увеличивалась с возрастом обследованных.

Основная группа гинекологических больных (80-85 %) лечится в амбулаторных условиях: ЖК, на здравпункте, специализированном диспансере (онкологический, противотуберкулезный и др.). В структуре заболеваемости преобладают больные с воспалительными процессами, доброкачественными и злокачественными новообразованиями, расстройствами менструальной функции, аномалиями положения матки и влагалища, бесплодием.

С этой целью в ЖК целесообразно формирование групп "риска" по развитию возможных нарушений репродуктивной системы, в т.ч. по развитию воспалительных процессов половых органов, по развитию нарушений менструальной функции, по развитию онкологической патологии женской половой сферы, по развитию тяжелой соматической патологии, по наличию неблагоприятных производственно-экологических факторов. Анализ течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с наличием факторов "риска" в прегравидарном периоде позволяет говорить о высокой частоте у них акушерской и перинатальной патологии. После углубленного обследования акушеры-гинекологи осуществляют комплекс мероприятий по профилактике возможной патологии. При выявлении заболевания лечение проводят в условиях стационара или ЖК.

Одной из актуальных проблем практического акушерства, являющихся одной из ведущих причин МлС и ПС, а также заболеваемости новорожденных, является профилактика невынашивания беременности и непланируемой беременности.

Проблемы невынашивания беременности нельзя решить только в процессе беременности. Необходимо знать и влиять на причины, которые приводят к прерыванию беременности. Это можно выяснить только при тщательном обследовании до наступления планируемой беременности, проводимом с целью выбора метода реабилитационной терапии и подготовки к беременности.

В Гродненской области разработана и реализована утвержденная облисполкомом Комплексная областная программа по невынашиванию беременности и профилактике непланируемой беременности, направленная на работу с женщинами, в первую очередь, во вне беременном состоянии.

Цели и задачи программы:

- Совершенствование мероприятий по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения.
- Снижение младенческой и перинатальной смертности за счет недоношенных детей.
- Обеспечение своевременной квалифицированной акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам из группы риска по невынашиванию.

- Совершенствование системы разноуровневого перинатального ухода за беременными и новорожденными.
- Внедрение новых медицинских технологий в практику акушерско-гинекологической службы.
- Обеспечение безопасного материнства, создание оптимального неонатального ухода за новорожденными.
- Своевременное медико-генетическое консультирование беременных женщин и диагностирование ВПР.
- Комплексная подготовка девочек-подростков к созданию здоровой семьи.
- Профилактика непланируемой беременности, особенно среди женщин высокого социального риска.
- Полнота выявления и своевременная санация экстрагенитальной патологии у женщин.
- Постоянное совершенствование знаний медицинскими работниками.
- Активизация работы по пропаганде здорового образа жизни, здоровой семьи.

Мероприятия по реализации поставленных задач:

№ п/п	Основные направления	Планируемые организационные мероприятия и задачи	Ответственные исполнители	Сроки исполнения	Ожидаемые результаты
1	2	3	4	5	6
1.	Укрепление репродуктивного здоровья женщин	<p>1. Реализация решений облисполкома №252 "О мерах по реализации Национального плана действий по улучшению положения женщин на 1996-2000 г.г." и № 376 от 17.08.98г. "О состоянии и мерах по охране здоровья женщин, работающих на предприятиях с вредными условиями труда"</p> <p>2. Реализация Постановления Совета Министров № 996 от 24.06.98г. "О демографической политике с учетом устойчивого развития в переходный период на 1998-2000гг."</p> <p>3. Вынести на рассмотрение заседания коллегии и ЛКС УОЗ вопросы: - об укреплении репродуктивного здоровья населения в области - о ходе выполнения плана мероприятий УОЗ по снижению материнской смертности в области</p> <p>4. Ежеквартальный анализ заболеваемости с ВН и внесение предложений по ее стабилизации и снижению</p>	<p>райТМО</p> <p>райТМО</p> <p>заместитель начальника, главный акушер-гинеколог управления</p> <p>районные акушеры-гинекологи ТМО</p>	<p>1999-2000 г.г.</p> <p>1999-2000 гг.</p> <p>1999 г.</p> <p>постоянно</p>	<p>Повышение качества репродуктивного здоровья</p> <p>Повышение качества репродуктивного здоровья</p> <p>Разработка мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи беременным</p> <p>Снижение уровня заболеваемости женского населения области</p>
2.	Охрана прегравидарного здоровья женщин, планирование семьи	<p>1. Участие в обеспечении Республиканской программы "Дети Беларуси" и плана мероприятий УОЗ по профилактике материнской смертности в области</p> <p>2. Организация проведения контрацепции женщинам из социально неблагополучных семей и имеющих абсолютные противопоказания к беременности</p>	<p>районные акушеры-гинекологи ТМО, заместители главных врачей по родовспоможению и детству</p> <p>гор(рай)ТМО</p>	<p>1999-2000 г.г.</p> <p>1999 г.</p>	<p>Профилактика материнской, младенческой, перинатальной смертности</p> <p>1. Повышение качества репродуктивного здоровья 2. Снижение числа аборт 3. Профилактика материнской смертности</p>

1	2	3	4	5	6
		3. Содействие в своевременном освобождении женщин перед наступлением беременности и в ранние ее сроки от работ, связанных с вредными и тяжелыми условиями труда	райТМО	постоянно	1. Повышение качества репродуктивного здоровья 2. Профилактика преждевременных и перинатальных потерь.
3.	Обеспечение безопасного материнства	1. Антенатальная охрана плода. 2. Проведение атравматичных родов. 3. Профилактика гипертермии новорожденных. 4. Содействие грудному вскармливанию. 5. Создание оптимального и неонатального ухода за новорожденными.	гор(рай)ТМО	постоянно	1. Профилактика младенческих и перинатальных потерь, в т.ч. от преждевременных родов 2. Снижение заболеваемости
4.	Совершенствование оказания перинатальной помощи в области	1. Организация исполнения приказа УОЗ № 338 от 17.11.1997г. "Об организации перинатальной помощи в области"	главный акушер-гинеколог УОЗ, главный педиатр УОЗ, районный акушеры-гинекологи, неонатологи ТМО	постоянно	1. Профилактика младенческой и перинатальной смертности 2. Обеспечение безопасного материнства
		2. Подготовка приказа УОЗ по закреплению кураторов по акушерско-гинекологической службе за райТМО с учетом разноуровневой системы оказания перинатальной помощи	главный акушер-гинеколог УОЗ	1999г.	Совершенствование оказания плановой консультативной помощи райТМО
		3. Строительство акушерско-гинекологического корпуса на 100 коек в г. Лида	УОЗ, главный врач Лидского ТМО	1999-2000 гг.	Совершенствование системы разноуровневого перинатального ухода за беременными и новорожденными
5.	Профилактика рождения детей с ВПР	1. Обеспечение выполнения приказа УОЗ № 177 от 26.05.98г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению"	акушеры-гинекологи ТМО, главный акушер-гинеколог УОЗ, главный внештатный генетик, главный педиатр УОЗ	постоянно	1. Своевременная диагностика и прерывание беременности с ВПР 2. Профилактика младенческой и перинатальной

1	2	3	4	5	6
		2. Организация своевременного консультирования подлежащего контингента в областном отделении "Брак и семья" в соответствии с письмом УОЗ № 06-3/647 от 14.04.98 г.	районные акушеры-гинекологи ТМО	постоянно	Повышение качества репродуктивного здоровья женщин
6.	Совершенствование форм и методов диспансеризации беременных, угрожаемых по невынашиванию.	<p>I. В женской консультации выделить группу риска беременных, угрожаемых по перинатальной, младенческой, материнской смертности, подлежащих наблюдению в кабинете невынашивания:</p> <p>1 гр. женщин с ОАА.: преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, антенатальная гибель плодов, мертворождаемость, привычное невынашивание.</p> <p>2 гр. женщин с осложнениями беременности: угроза I и II триместра, ранний токсикоз, гестоз, 'сенсбилизация, отслойка, предлежание плаценты, многоводие, многоплодие, экстрагенитальная патология, возникшая в период беременности.</p> <p>3 гр. женщин с ОГА: половой и общий инфантилизм, пороки развития половой сферы, дисфункция яичников, бесплодие, нейро-эндокринные синдромы, воспалительные заболевания гениталий, аборт в анамнезе.</p> <p>4 гр. женщин, страдающих тяжелой экстрагенитальной патологией.</p> <p>II. Считать обязательным проведение следующих мероприятий по ранней диагностике невынашивания и профилактике ВПР плода:</p> <p>1. Профилактика пороков развития ЦНС (фолиевая кислота по схеме до 12 недель беременности)</p> <p>2. Диагностика микросимптомов невынашивания: - тесты Функциональной диагностики (базальная Т, с-м зрачка); - кольпоцитология (КПИ); - осмотр рег vag. 1 раз в 15 дней до 20 нед., каждые 10 дней с 20 до 28 нед., еженедельно с 28 недель; - контроль внутреннего зева на УЗИ.</p> <p>3. Бактериологическое обследование на хламидии, гарднереллы, уреоплазмы.</p> <p>4. Профилактика ФПН (2 комплекса) в сроки 12-18, 28-30-32 нед.</p> <p>5. Госпитализация в индивидуальные и общие критические сроки</p> <p>6. 100 % санация очагов инфекции.</p>	акушеры-гинекологи ЛПУ	постоянно	<p>Улучшение показателей охраны здоровья матери и плода.</p> <p>Профилактика преждевременных родов.</p> <p>Профилактика перинатальных и младенческих потерь.</p>
			акушеры-гинекологи	постоянно	Улучшение качества оказания медицинской помощи беременным.

1	2	3	4	5	6
		III Обязательная коррекция плана ведения больных акушер-гинекологами и терапевтом согласно экстрагенитальной и акушерской патологии.	акушеры-гинекологи, терапевты женских консультаций	постоянно	Улучшение качества наблюдения за беременными.
7.	Качественная диспансеризация контингента страдающих невынашиванием беременности во внебеременном состоянии.	<p>1. Выделить группу риска, угрожаемых по невынашиванию беременности, среди гинекологических больных:</p> <p>1) 3 группа беременных в группе беременных;</p> <p>2) женщины, анамнез которых отягощен СВ (1 и более);</p> <p>3) женщины с преждевременными родами в анамнезе;</p> <p>4) женщины после прерывания беременности в поздние сроки;</p> <p>5) женщины после прерывания неразвивающейся беременности.</p> <p>2. Реабилитационные мероприятия проводить в следующем объеме:</p> <p>1) обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общеклиническое - бактериологическое - определение базального гормонального профиля - биопсия эндометрия <p>2) противовоспалительная терапия, санация очагов инфекции;</p> <p>3) гормонотерапия согласно выявленным нарушениям;</p> <p>4) контрацепция;</p> <p>5) планирование беременности.</p> <p>3. Обследование женщин страдающих невынашиванием в областной консультации "Брак и семья" и МГЦ.</p> <p>4. Детальный разбор всех случаев перинатальной и смертности и преждевременных родов. Анализ ошибок в диагностике и лечении. Разработка мероприятий по устранению ошибок.</p>	акушеры-гинекологи	постоянно	Уменьшение % преждевременных родов и СВ.
8.	Коренное улучшение профилактической работы среди девочек-подростков.	1. Усилить контроль за работой детского акушера-гинеколога и за качеством профосмотров девочек-подростков с целью ранней диагностики гинекологических заболеваний и реабилитации репродуктивной системы.	заведующие женскими консультациями	постоянно	Уменьшение уровня гинекологической заболеваемости девочек-подростков.

1	2	3	4	5	6
		2. Совместно с органами народного образования проводить работу по пропаганде здорового образа жизни.	детские акушеры-гинекологи	постоянно	Профилактика возможных заболеваний и осложнений.
		3. Усилить работу по непланируемой беременности, обратив особое внимание на женщин высокого социального риска и девочек-подростков.	акушеры-гинекологи	постоянно	Уменьшение количества абортот.
		4. Разработка информационно-методического письма УОЗ "Об организации гинекологической помощи девочкам в Гродненской области".	главный акушер-гинеколог УОЗ, главный внештатный детский гинеколог	1999 г.	Повышение уровня знаний и квалификации врачей по оказанию гинекологической помощи девочкам.
9.	Внедрение новых медицинских технологий.	1. Применение современных эффективных методик выхаживания детей с использованием дыхательной аппаратуры.	акушеры-гинекологи	1999-2000 г.г.	Совершенствование оказания квалифицированной медицинской помощи.
		2. Обеспечение и внедрение во всех ТМО методических рекомендации МЗ РБ "Реанимация и интенсивная терапия новорожденных, родившихся в асфиксии".	главный акушер-гинеколог УОЗ районные акушеры-гинекологи	1999 г.	Укрепление репродуктивного здоровья.
		3. Внедрение применения современных методов профилактики и лечения дыхательных расстройств плода и новорожденного: мукогельван, лазолван, альвеофакт.	УОЗ, райТМО	1999-2000 г.г.	Снижение перинатальной и младенческой смертности.
10.	Учеба кадров.	1. Организация проведения учебы во всех ТМО с акушерками-гинекологами, акушерками, фельдшерами ФАПов по темам с последующей оценкой знаний: - диагностика микросимптомов невынашивания беременности; - реабилитация женщин, страдающих невынашивания беременности.	районные акушеры-гинекологи ТМО	1999 г.	Повышение квалификации медицинских работников.
		2. Организация проведения обучающих региональных семинаров для акушерок СВУ и ФАПов по вопросам охраны репродуктивного здоровья с проведением оценки знаний.	главный акушер-гинеколог УОЗ районные акушеры-гинекологи Лидского, Волковысского, Ошмянского ТМО	1999 г.	Совершенствование знаний медицинских работников.

1	2	3	4	5	6
		3. Организация обучения на рабочем месте на базе ГКРД анестезиологов-реаниматологов и м/с палаты новорожденных районных больниц по вопросам реанимации и интенсивной терапии новорожденным, роженицам, родильницам с проведением оценки знаний.	главный акушер-гинеколог УОЗ, главный врач ГКРД, главные врачи райТМО	1999 г.	Совершенствование знаний медицинских работников.
		4. Организация и проведение прерывистых курсов акушеров-гинекологов по проблемам репродуктивного здоровья.	главный акушер-гинеколог УОЗ, кафедра акушерства и гинекологии ГГМИ	1999 г.	Совершенствование знаний медицинских работников.
		5. Организация и проведение обучающего семинара для врачей УЗД по раннему выявлению ВПР.	главный акушер-гинеколог УОЗ, главный внештатный специалист УЗД управления	1999 г.	Совершенствование знаний медицинских работников.
11.	Санитарно-просветительная работа.	1. Активная санпросветработа по профилактике гинекологических заболеваний, осложнений беременности, непланируемой беременности.	районные акушеры-гинекологи ТМО	постоянно	Профилактика гинекологических заболеваний, осложнений беременности.
		2. Анализ проведения анкетирования семей, воспитывающих детей с врожденными аномалиями развития.	главный врач областного центра "Здоровье", главный акушер-гинеколог УОЗ	1999 г.	Совершенствование медико-генетической помощи. Пути снижения младенческой и перинатальной смертности.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Реализация на протяжении ряда лет мероприятий вышеуказанной областной программы по невынашиванию и непланируемой беременности позволила в области достичь определенных положительных тенденций по снижению числа репродуктивных потерь, в частности, уровня абортс и РМЦ (рис. 4.9).

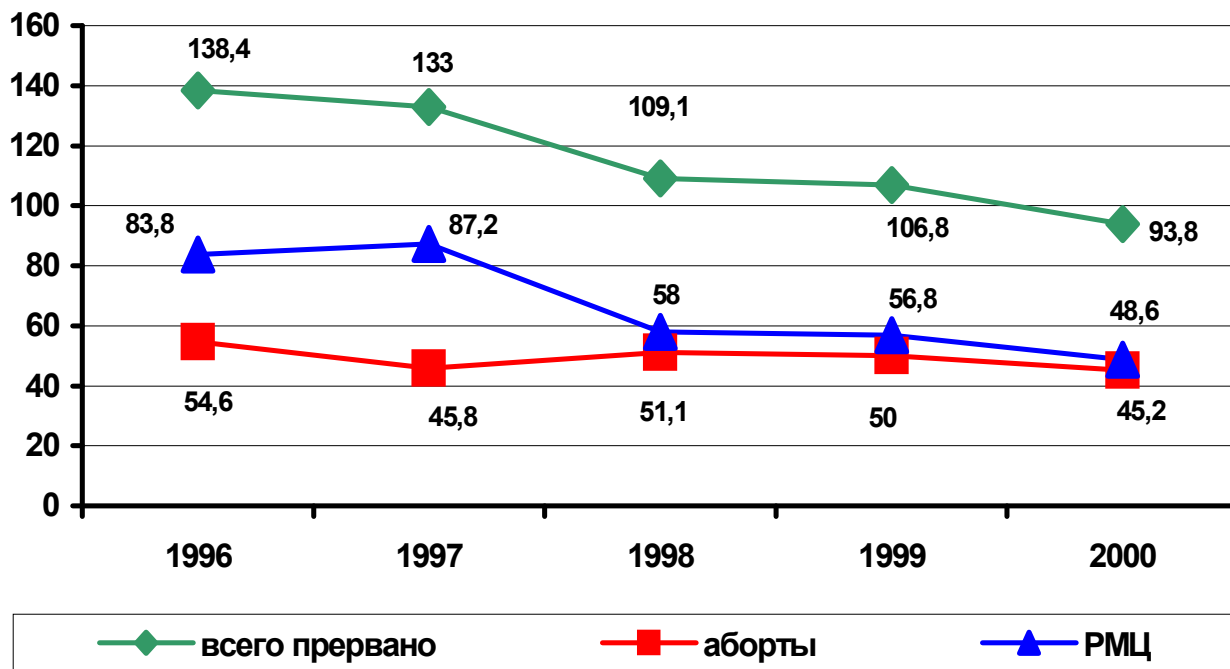


Рис. 4.9. Уровень прерывания беременности на 100 родов.

Состояние здоровья женщины, на фоне которого наступает и протекает беременность, во многом определяет течение беременности и родов. В нарушении этого процесса до начала беременности существенное место занимают гинекологические заболевания, меняющие непосредственные условия для развития плодного яйца (плаценты и плода), и экстрагенитальные заболевания (в стадии ремиссии или активного процесса). Имеет значение и общее состояние женщины, ее психологический настрой, "желанность" данной беременности для нее. Важным фактором является состояние окружающей среды – наличие или отсутствие вредных для здоровья факторов. В этой связи важное значение приобретает вопрос ПЛС и формирование ГРР, вопросы организации которой рассмотрены в предыдущем разделе (рис. 4.10).

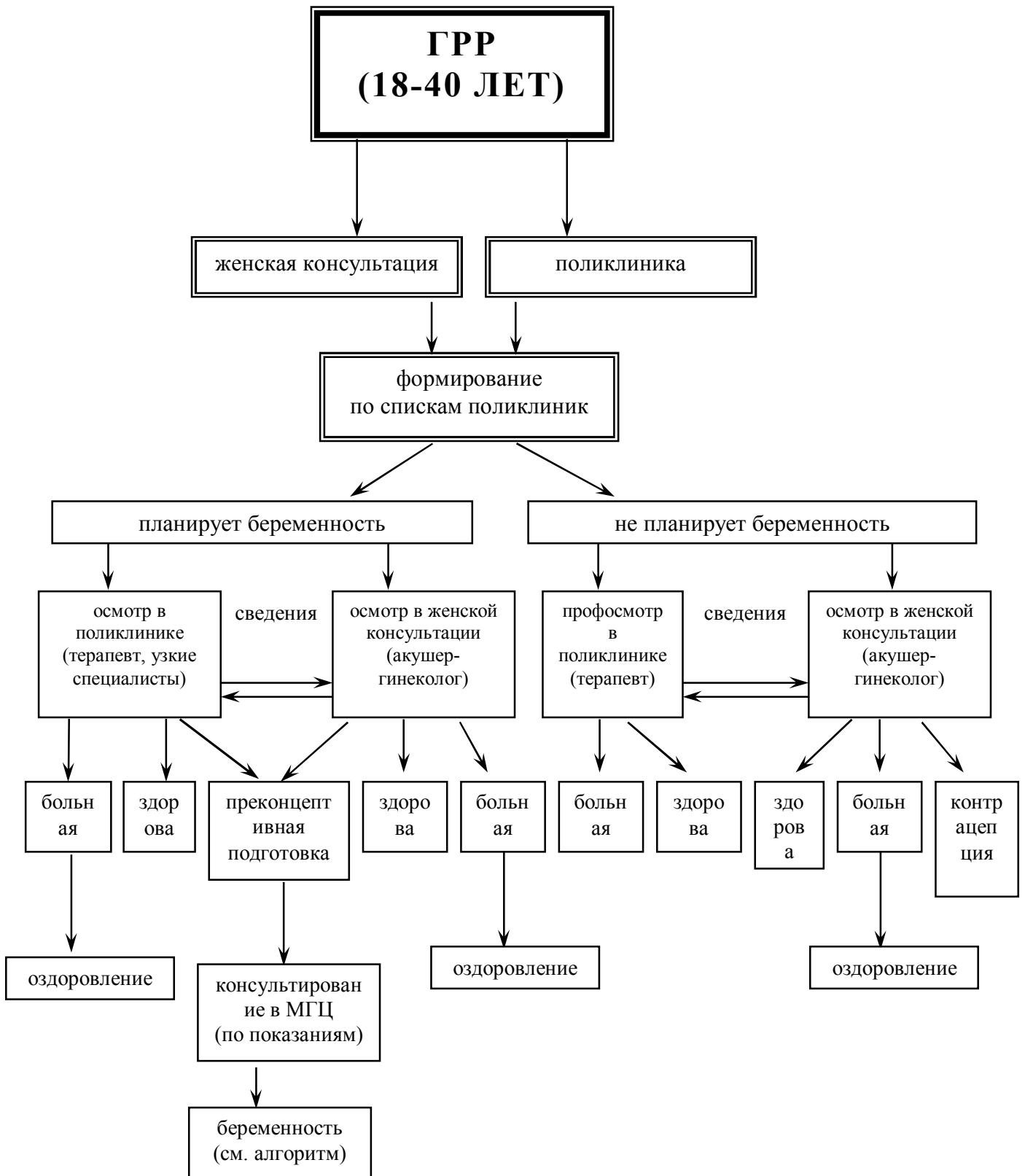


Рис. 4.10. Алгоритм наблюдения за женщинами ГРР.

Необходимость выделения указанной группы обусловлена тем, что на каждом этапе жизни женщина по-разному оценивает важность сексуальных отношений, различны также методы предохранения от нежелательной беременности в зависимости от состояния здоровья и социального благополучия семьи. Так, например, бесплатной контрацепцией должны обеспечиваться женщины, имеющие абсолютные медицинские противопоказания к беременности, а также женщины из социально-неблагополучных семей. Таким образом, ПлС и формирование ГРР направлено на решение 2-х основных задач: избежать нежеланной беременности и иметь только желанных и здоровых детей.

Если первая задача должна решаться путем сексуального воспитания и просвещения, внедрением современных форм и методов контрацепции (уровень охвата контрацепцией женщин в Гродненской области приведен на рис. 4.11), то вторая задача может быть решена только на уровне взаимодействия АГС и терапевтической службы с обязательным прегравидарным оздоровлением женщины, в том числе женщин, работающих на промышленных предприятиях.

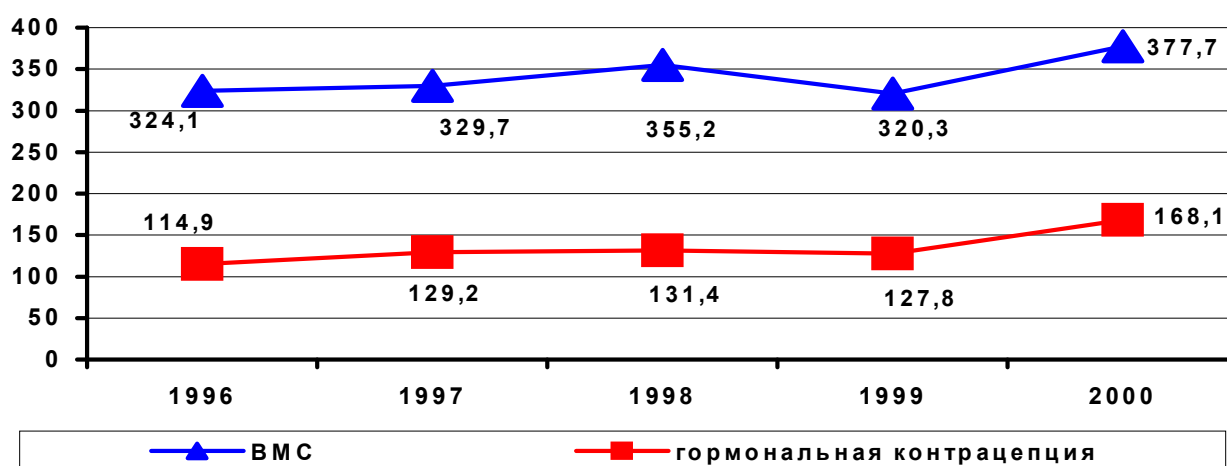


Рис. 4.11. Уровень контрацепции на 1000 женщин фертильного возраста.

Учитывая вышеизложенное, в 1998 году на заседании Гродненского областного исполнительного комитета был заслушан вопрос о состоянии и мерах по охране здоровья женщин, работающих на предприятиях с вредными условиями труда, где акцентировано внимание руководителей предприятий на выделение средств для организации лечения беременных женщин, страдающих анемиями, обеспечении их дополнительным питанием, а также необходимость выделения автотранспорта для полного амбулаторного обследования беременных, проживающих в сельской местности, в районных ЖК. Антианемические препараты закуплены из средств местного бюджета (Гродненский, Сморгонский, Кореличский районы), из средств предприятий (Щучинский, Слонимский, Мостовский районы), сульфат железа и фолиевая кислота выдавались по гуманитарной помощи во всех районах области.

Для решения вопросов охраны репродуктивного периода и ПЛС в областном центре и ряде районов области (Ошмяны, Лида) были открыты региональные информационно-консультативные кабинеты. В ближайшее время планируется открытие таких кабинетов в Сморгонском, Берестовицком и других районах Гродненской области.

Важное значение для выполнения положений областной программы играет и вопрос обучения кадров. С этой целью в 1999 г. был проведен областной семинар для акушеров-гинекологов и педиатров по безопасному и ответственному поведению подрастающего поколения. На базе Ошмянского ТМО (межрайонного перинатального центра II уровня) в рамках постоянно действующего семинара для заместителей главных врачей по лечебной работе было также проведено заседание по основным результатам внедрения программы "Перинеонатология" в ЛПУ области.

С целью выполнения положений программы в Гродненской области за районными ЛПУ было организовано закрепление кураторов по акушерско-гинекологической, педиатрической службам из числа сотрудников кафедр ГГМУ и заведующих структурными подразделениями областных учреждений, а на базе 5-й ЖК г. Гродно организован консультативный прием женщин из районов области сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ.

УОЗ Гродненского облисполкома в 1998—2000 г.г. последовательно и целенаправленно выполнялся, утвержденный МЗ РБ, план мероприятий по снижению и профилактике МС. Согласно решения коллегии УОЗ 1998 год был объявлен "Годом охраны здоровья матери и ребенка". Инициативу поддержали органы местной власти и общественные организации. Целый комплекс мероприятий был направлен на дальнейшее выполнение ранее принятых программ: охране здоровья матери и ребенка, профилактике невынашивания и непланируемой беременности, ВПР у плода; профилактике гинекологических заболеваний среди девочек и подростков и ряда других.

По рекомендации МЗ РБ с 1997 года в Гродненской области создана и функционирует система разноуровневого перинатального ухода, заработали межрайонные перинатальные центры 2-го и 3-го уровней, где сконцентрированы материальная база и кадровый потенциал для выхаживания и лечения заболевших и недоношенных детей, беременных женщин, требующих специализированной медицинской помощи.

В последние годы УОЗ приобретены современные дыхательные аппараты для выхаживания глубоко недоношенных детей в межрайонные перинатальные центры 2-го и 3-го уровней, инкубаторы во все райТМО, биохимический и гематологический анализаторы и фетальные мониторы - в ГКРД. В настоящее время в межрайонных перинатальных центрах области родоразрешается более 60 % всех беременных женщин, более 80 % случаев ПС сконцентрированы там же.

Не осталась без внимания подготовка врачебных кадров на всех уровнях: проведены рабочие обучающие семинары для акушеров-гинекологов, педиатров, реаниматологов, врачей УЗ диагностики. Согласно разработанному графику учебы на рабочем месте на базе ГКРД прошли обучение врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, терапевты ЖК, врачи УЗ диагностики. Во всех акушерских стационарах

проведены косметические ремонты, что способствовало успешному соблюдению санитарно-эпидемического режима и профилактике ВБИ.

Серьезное внимание в Гродненской области в 1995-2001 годах уделялось УОЗ внедрению в практическую деятельность и современных методов диагностики и лечения больных. Так, был расширен объем оперативных вмешательств у новорожденных по поводу врожденных пороков развития, в межрайонных перинатальных центрах успешно внедрена профилактика респираторного дистресс-синдрома мукосолваном и лазолваном, доплерометрическое исследование внутриутробного состояния плода и др.

Сотрудниками кафедр акушерства и гинекологии и педиатрии ГГМУ издано 2 сборника научных трудов по наиболее актуальным проблемам акушерства, гинекологии и неонатологии.

На базе Волковысского ТМО - межрайонного перинатального центра 2-го уровня был проведен выездной "День главного врача", посвященный организации системы разноуровневого перинатального ухода. Целью данного мероприятия явилось акцентирование внимания руководителей ЛПУ на актуальность и важность поставленных задач.

Все вышеперечисленные задачи и направления работы, стоящие перед АГС области, были невыполнимы без четкого знания приказов и решений коллегий МЗ РБ, УОЗ, инструктивно методических документов, регламентирующих деятельность и обеспечивающих оптимальную организацию мероприятий по рождению здорового поколения. В связи с этим, в области в соответствии с приказом начальника управления во всех ЛПУ области организован и проведен зачет у акушеров-гинекологов, педиатров, главных врачей СВУ, акушеров и фельдшеров ФАПов по знанию соответствующих нормативных документов. В работе районных аттестационных комиссий непосредственное участие принимал главный акушер-гинеколог управления. Всего в зачете приняли участие около 1400 медицинских работников области. Результаты этой работы и меры по устранению выявленных недостатков и совершенствованию специальных знаний приказом УОЗ доведены во все ЛПУ области.

4.5. Организация мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья в пре- и менопаузальном периодах

Репродуктивная фаза функционирования женского организма завершается так называемым климактерическим периодом.

Это физиологический период в жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений в организме доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе.

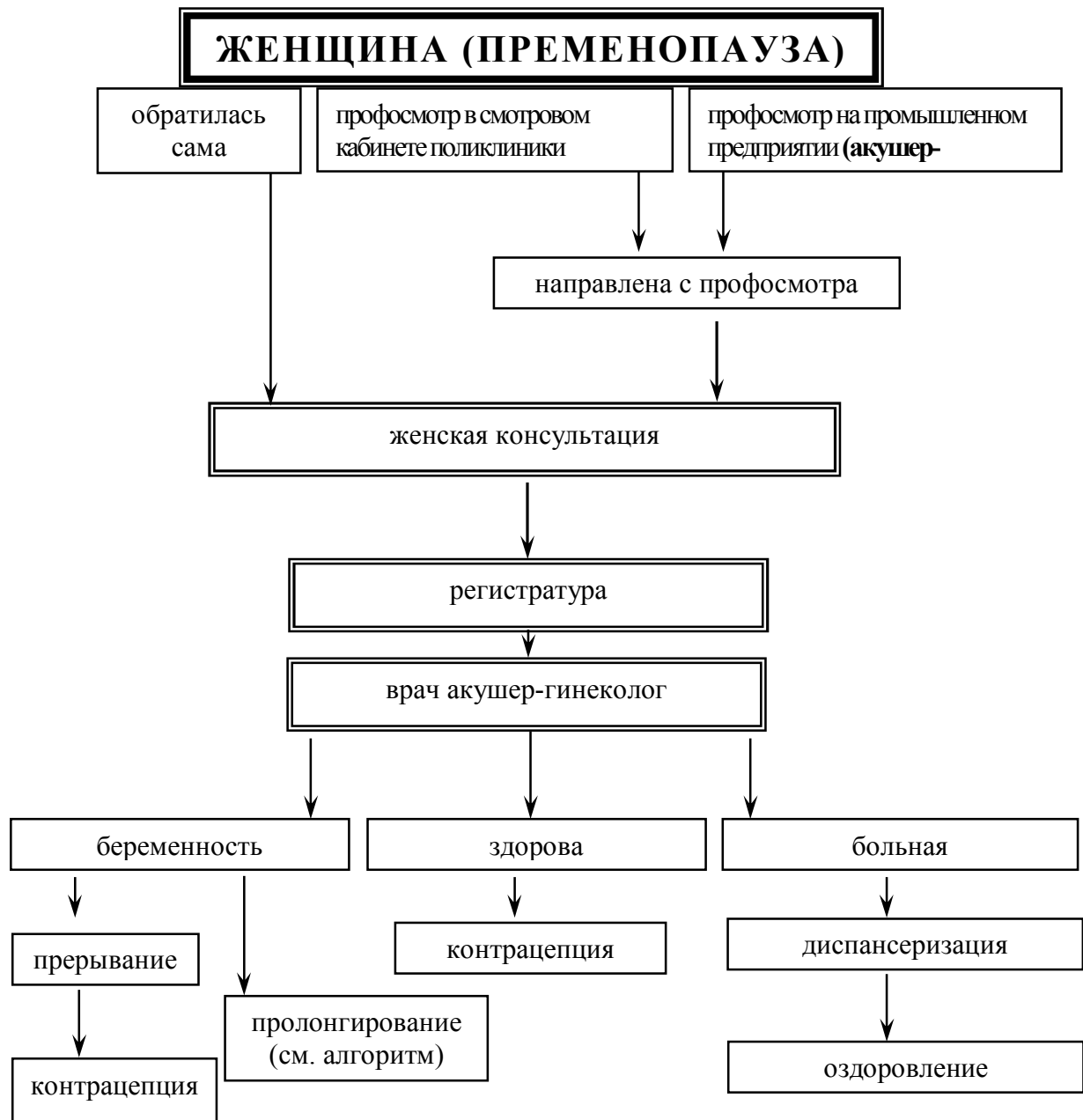


Рис. 4.12. Алгоритм наблюдения за женщинами в пременопаузальном периоде.

Климактерический период жизни женщины разделяется на пременопаузальный (от 45 лет до наступления менопаузы), менопаузу (последняя менструация, наступающая в среднем в 50,8 лет) и постменопаузу (от менопаузы до конца жизни). Перименопаузальный период включает пременопаузальный и два года после менопаузы.

На пременопаузальный период приходится около 7 %, а на постменопаузальный – около 33 % жизни женщины. Начало менопаузы определяют спустя 9-12 месяцев отсутствия менструации. Однако, менопауза не означает полного прекращения функции яичников – еще в течение 3-5 лет в них сохраняются фолликулы с яйцеклетками.

В зависимости от возраста, врач акушер-гинеколог действует по одному из алгоритмов, представленных на рис. 4.12 и 4.13.

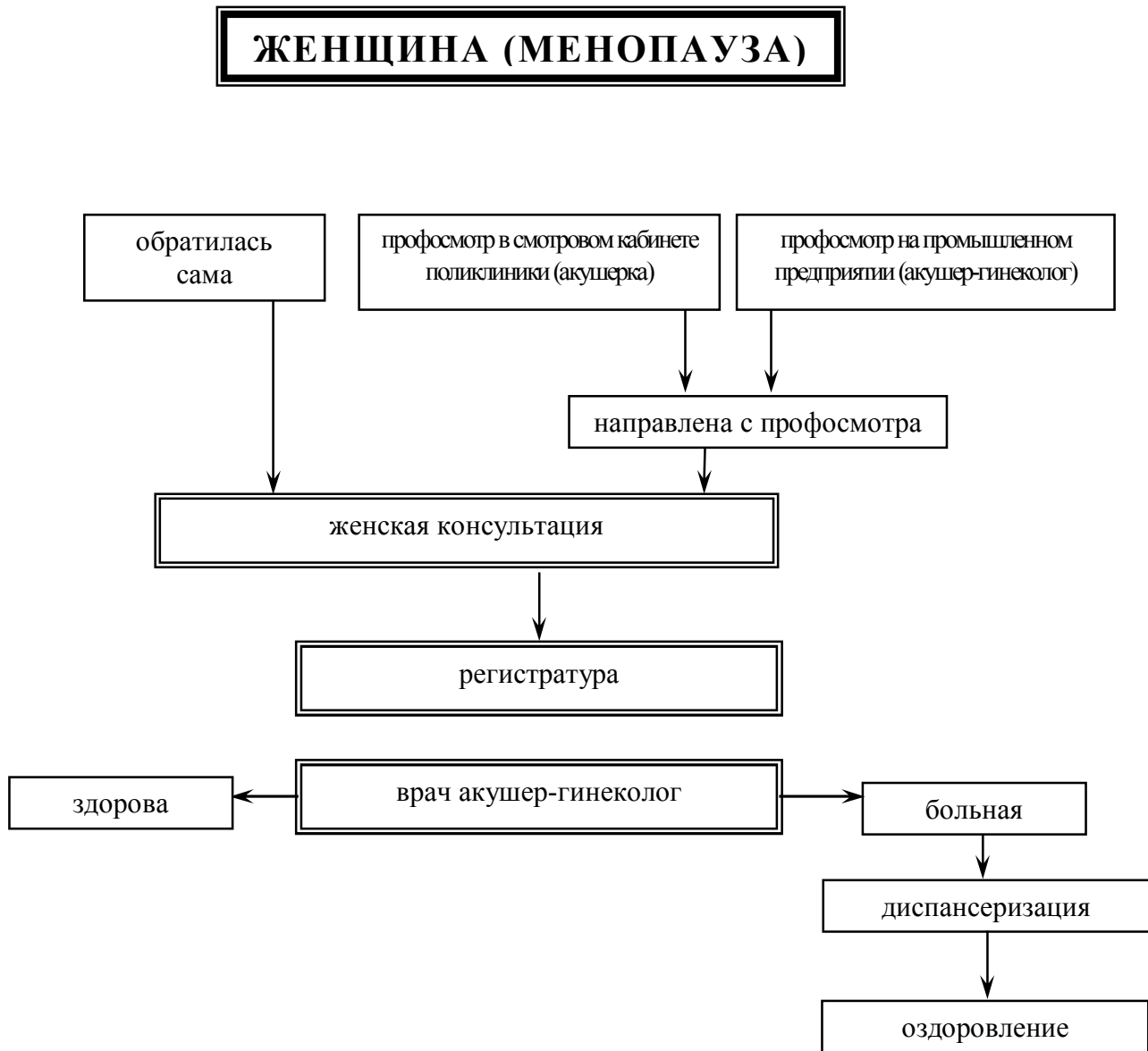


Рис. 4.13. Наблюдение за женщинами в периоде менопаузы.

В перименопаузальный период происходит старение гипоталамуса, нарушение механизма обратной связи и, как следствие, увеличение выделения гонадотропных гормонов. Кроме того, в период перименопаузы снижается деятельность иммунной системы, повышается частота аутоиммунных заболеваний, неинфекционная заболеваемость, метеолабильность, изменения в ССС. Происходят сдвиги в метаболизме – повышается уровень липопротеидов низкой плотности, холестерина, глюкозы, нарастает масса тела за счет увеличения жировой ткани.

Главным клиническим проявлением этого периода является развитие климактерического синдрома. Климактерический синдром относится к пограничным состояниям, поэтому такие больные нуждаются в комплексном обследовании врачами

ряда специальностей. Вместе с тем, первое слово в диагнозе остается за гинекологом, т.к. появляющиеся симптомы связаны прежде всего с угасанием функции яичников. Больные нуждаются в специальном обследовании для уточнения гормональной активности яичников, определении уровня эстрогенных влияний и выявления связи между появлением приливов "жара" и климактерическими изменениями менструальной функции. Ведущая роль врача-гинеколога в лечении этих больных обусловлена также необходимостью выбора метода лечебного воздействия, препарата для заместительной гормонотерапии. Вместе с тем, каждая больная с климактерическим синдромом нуждается и в специальном терапевтическом лечении, а также в проведении комплекса реабилитационных мероприятий.

ГЛАВА 5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Детальный анализ причин перинатальных потерь показал, что ведущее место среди них занимают ВПР. Поэтому следующим этапом совершенствования деятельности АГС явилась разработка документов УОЗ, направленных на организацию и своевременное выявление ВПР у плода. Приказом УОЗ №177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи" была определена роль каждого специалиста, участвующего в обследовании и наблюдении за беременными и детьми, а также очерчено его поле деятельности. Внимание было сконцентрировано на женщинах и семьях, имеющих в анамнезе генетические факторы риска.

ПРИКАЗЫВАЮ:

Главным врачам гор(рай)ТМО:

1.1. Обеспечить безусловное выполнение Национальной генетической программы и приказов УОЗ, регламентирующих работу медико-генетической службы и проведения перинатального скрининга. Обязать каждого участкового акушера-гинеколога выделять группу риска в специальном журнале учета беременных по факторам риска.

1.2. Обеспечить строгое трехкратное проведение пренатального УЗ скрининга в сроках 14-16, 18-20, 24-26 недель беременности в соответствии с параметрами, указанными в бланке-заключении УЗ-исследования плода (приложение № 1).

1.3. Первичный биохимический скрининг на АФП и ХГ выполнять в сроке 16-18 недель всем беременным с группой риска по развитию плода однократно с заполнением направления установленного образца (приложение № 2).

Обеспечить постоянный и своевременный (на 4-5 сутки жизни) неонатальный скрининг новорожденных на фенилкетонурию и гипотиреоз и отправку проб в РМГЦ сразу после забора крови на исследование.

Потребовать от акушерской службы оформления фетальных паспортов установленного образца на всех беременных в 2-х экземплярах в 30 недель при оформлении беременной женщины в декретный отпуск. Приказом отработать схему передачи фетального паспорта из акушерской службы (отделения) в педиатрическую (детскую консультацию) (приложение № 3).

Добиться от акушеров-гинекологов, педиатров ТМО знаний пре- и неонатального скринингов и перинатальных технологий, оговоренных приказами МЗ РБ и УОЗ.

Выделить перечень нозологии и факторов риска беременных в женской консультации, в том числе с повышенным генетическим риском для развития плода, довести до сведения каждого акушера-гинеколога и своевременно консультировать беременных в областном МГЦ.

Организовать направление беременных и семей повышенного генетического риска перед планированием беременности на медико-генетическое консультирование в областной МГЦ согласно разработанных показаний (приложение № 4).

Организовать направление детей, родившихся с ВПР и семей, где такие дети родились с наследственными заболеваниями на медико-генетическое консультирование по перечню (приложение № 5).

Ответственными за проведение неонатального скрининга на ФКУ и ГТ, УЗ скрининга, биохимического скрининга на АФП и ХГ, направление беременных и семей повышенного генетического риска на консультацию в МГЦ назначить районных акушеров-гинекологов, заместителей главных врачей по детству и родовспоможению, по г. Гродно - заведующих венскими консультациями.

Ответственными за направление детей и семей на консультацию в МГЦ по установленному бланку-направлению (приложение № 6), назначить заместителей главных врачей по детству и родовспоможению, районных педиатров, заведующих детскими консультациями г. Гродно, заведующих отделениями детской областной клинической больницы.

Взять на строгий учет контроль за своевременностью отправления извещений на выявленные ВПР в областной МГЦ в соответствии с перечнем (приложение № 7). Своим приказом назначить ответственных лиц за заполнение и своевременное отправление извещений о ВПР (МГЦ). Заполнение, регистрацию и отправление извещений в областной МГЦ на выявленные пороки развития в возрасте до 14 лет осуществлять не позднее семи дней с момента установления по установленной форме (приложение № 8).

Обеспечить направление подлежащих семей и в первую очередь с бесплодием в областное отделение "Брак и семья" для квалифицированной консультации специалистов.

Каждый случай рождения с ВПР, своевременно не диагностированный антенатально до родов, анализировать на ЛКК ТМО с установлением конкретных причин и упущений по перинатальной диагностике (болезнь Дауна, отсутствие конечностей и др.) с принятием конкретных решений и привлечением виновных к дисциплинарной и материальной ответственности.

Ежеквартально проводить анализ младенческой и перинатальной смертности, особо обратив внимание на случаи смерти детей от врожденных пороков развития с принятием управленческого решения.

Обязать районных педиатров, заведующих детскими консультациями ежеквартально представлять в женские консультации информацию о детях с выявленными врожденными аномалиями развития на 1-ом году жизни для анализа причин, приведших к рождению детей с ВПР и своевременному направлению семей на консультацию в МГЦ.

Добиться от акушеров-гинекологов обязательного направления всего абортивного материала после прерывания беременности по медико-генетическим, медицинским, социальным, а также при всех видах самопроизвольных выкидышей на патологоанатомическое исследование с указанием причины прерывания беременности или самопроизвольного выкидыша.

Все случаи направления материала в патологоанатомическое бюро должны сопровождаться направлением и обязательным наличием истории родов (приложение № 9).

Обязать районных акушеров-гинекологов ежеквартально до 10 числа следующего за отчетным месяца представлять анализ работы по пре- и неонатальному скринингу в оргметодотдел Гродненского клинического родильного дома (приложения № 10, 11).

Ежегодно заслушивать организацию работы акушерской и педиатрической служб района по выполнению Национальной генетической программы на заседаниях медико-санитарных Советов.

В срок до 1 сентября 1998 г. с участием главного акушера-гинеколога и кураторов районов организовать проведение учебы в ТМО с принятием зачета у акушеров-гинекологов и педиатров, главных врачей СВУ по знанию перинатальных технологий, выявлению и обследованию беременных, семей и детей повышенного генетического риска, проведению пренатального УЗИ, биохимического и неонатального скринингов на ФКУ и ГТ в установленные декретивные сроки. Информацию о проделанной работе представить в УОЗ к 1.09.98 г.

Информацию о проведенной работе по выполнению Национальной генетической программы ежегодно представлять в УОЗ главному акушеру-гинекологу и главному педиатру до 31 декабря отчетного года.

Наладить тесную связь в работе районных акушеров-гинекологов и педиатров с оргметодкабинетом Гродненского родильного дома и Гродненской детской областной клинической больницей в вопросах отчетности, сдачи анализов и справок по данному разделу работы, а также в получении от них по принципу обратной связи информации в целом по области.

На каждый случай перинатальной и младенческой смертности представлять в десятидневный срок в оргметодотдел ГКРД и ДОКБ заполненную анкету установленного образца (приложение № 12) для дальнейшей обработки и анализа.

Главному врачу областного патологоанатомического бюро Лазаревичу Н.А.:

2.1. Обеспечить 100 % патологоанатомическое исследование всего абортивного материала после прерывания беременности по медико-генетическим, медицинским и социальным показаниям, а также после самопроизвольных абортов.

2.2. Взять под личный контроль работу патологоанатомов и своевременное заполнение, отправление заключений патологоанатомических исследований ВПР в областной МГЦ для дальнейшего анализа.

2.3. Ежеквартально представлять обобщающую информацию в УОЗ о результатах вскрытия плодов и патологоанатомических исследований абортов на предмет выявления ВПР.

Главному врачу ТМО №1 г. Гродно Курбаеву В.Д.:

3.1. Изыскать возможность за счет внутренних резервов и ввести должность генетика в отделение "Брак и семья" 5-й женской консультации, обеспечив необходимые условия для первичного медико-генетического консультирования с невынашиванием, бесплодием, нарушением менструального цикла, немотивированной антенатальной гибелью плода

Заведующей областным медико-генетическим центром Петрович С.А.:

4.1. Организовать действенный контроль за выполнением национальной генетической программы.

4.2. Обеспечить медико-генетическое консультирование подлежащих контингентов в соответствии с настоящим приказом.

4.3. Оперативно информировать ЛПУ области обо всех регламентирующих документах по медико-генетической службе.

Организовать обязательное консультирование всех беременных женщин при явке в МГЦ терапевтом по коррекции экстрагенитальной патологии, акушером-гинекологом по течению и ведению беременной, врачом УЗ-диагностики, педиатром-генетиком.

Иметь для каждого специалиста областного МГЦ схемы анализа своего раздела работы с включением в функциональные обязанности.

Участвовать совместно с оргметодотделами Гродненского родильного дома и ГОКДБ в разборе, анализе перинатальной и младенческой смертности от ВПР.

Наладить строгий учет всех поступающих извещений о ВПР с обязательной компьютерной регистрацией и ежеквартальным составлением отчета о них.

Обо всех случаях, пропущенных и несвоевременно зарегистрированных, и выявленных нарушений при их регистрациях информировать главного акушера-гинеколога УОЗ.

Способствовать участию педиатра-генетика в секции плода с выявленным ВПР или с подозрением на него, если случай консультирован в областном МГЦ.

Проводить ежеквартальный анализ деятельности медико-генетического центра с представлением отчета в УОЗ до 20 числа следующего за отчетным месяца главному акушеру-гинекологу и главному педиатру управления (приложение № 13).

Главному врачу областного центра "Здоровье" Скоморошко Р.Р.:

Шире использовать современные формы и методы санитарно-просветительной работы по акушерско-гинекологической и генетической тематике.

Главному врачу Гродненского родильного дома Высоцкому А.А., главному врачу ГОКДБ Гутикову Д.С.:

6.1. Активизировать работу оргметодотделов по сбору статистических данных и анализу перинатальных показателей деятельности акушерско-гинекологической и педиатрической сети области, взяв за основу настоящий приказ.

6.2. Изыскать возможности и решить вопрос обработки поступающей информация на компьютерной технике с последующей обработкой и представлением в УОЗ главному акушеру-гинекологу и главному педиатру.

6.3. Анализировать каждый случай перинатальной и младенческой смертности по материалам, представляемым из ЛПУ области, для чего обязательно подключать ученых соответствующих клиник. Приказом оформить порядок и ответственность за анализ, обобщение фактов и формирование вводов и предложений по принятию адекватных управленческих мер. Обобщение материалов осуществлять в виде таблиц (приложения № 14, 15) с последующим их анализом.

6.4. Ставить в известность областной МГЦ обо всех случаях перинатальной, младенческой смертности от ВПР для участия генетика-педиатра во вскрытии. Для чего обязать лечащих врачей делать соответствующую отметку в истории болезни о данном сообщении и принятии сообщения МГЦ.

6.5. Наладить четкую регистрацию установления ВПР у новорожденных и детей. Приказом назначить ответственных лиц и обеспечить своевременное информирование областного МГЦ соответствующим извещением (приложение № 8) об установлении ВПР у ребенка. Регистрацию извещений проводить в соответствующем журнале.

Главному акушеру-гинекологу и главному педиатру УОЗ:

7.1. Принимать самое непосредственное участие в анализе случаев перинатальной и младенческой смертности по материалам, представленным из районов области, особо обратив внимание на каждый случай от ВПР и совместно с генетиком определять кем, и на каком уровне допущены отклонения и упущения по ведению беременности или медико-генетическому консультированию. Каждый случай смерти (за год 100-120 случаев) должен иметь рецензию, где отображены основные моменты упущений и недостатков.

Ежеквартально справкой обобщать все рецензии случаев перинатальной и младенческой смертности с группированием основных причин и упущений, недостатков. Более серьезные нарушения и случаи выносить на разбор ЛКС или перинатального комитета.

Главному акушеру-гинекологу управления Лисковичу В.А.:

8.1. Ежеквартально обобщать материалы анализа перинатальной смертности, материалы деятельности ТМО, Гродненского родильного дома и областного МГЦ по перинатальному и медико-генетическому скринингу, с внесением конкретных предложений по совершенствованию и принятию управленческих решений руководством УОЗ.

Обеспечить четкую преемственность в отработке перинатальных технологий, скрининга, отчетности между районами, Гродненским родильным домом, медико-генетическим центром, детским отделением патологоанатомической службы. Обо всех серьезных недочетах информировать руководство управления охраны здоровья.

Главному педиатру управления Григорьевой В.Л.:

9.1. Ежеквартально обобщать материалы анализа младенческой смертности, протоколы разбора ее на заседаниях ЛКС ТМО и областной детской больницы, а также вопросы перинатальной технологии, медико-генетического консультирования детей, преемственности в работе акушеров-гинекологов и педиатров по вопросам профилактики развития ВПР и младенческой смертности.

Обеспечить четкую преемственность в работе Гродненской областной детской клинической больницы, Гродненского роддома, ТМО, медико-генетического центра и детского отделения областного патологоанатомического бюро по вопросам снижения младенческой смертности и профилактики ВПР.

Ежеквартально собирать данные о ВПР у детей старше года, иметь о них полную информацию, включая потребность в необходимом объеме медицинской помощи.

Наладить четкий учет всех случаев смерти детей старше года (1-14 лет) от ВПР.

Потребовать от районных педиатров иметь полную характеристику и учет всех детей с ВПР, дефектами в развитии, а также потребность в лечении и оздоровлении их в условиях детского центра реабилитации больных и инвалидов г. Гродно.

Заместителю начальника управления Гореловой Т.Н.:

10.1. Провести до 1 октября 1998 г. аттестацию районных акушеров-гинекологов, районных педиатров, заведующих родильными и детскими отделениями, заведующих женскими и детскими консультациями, замов по детству и родовспоможению, по лечебной работе, курирующих службу родовспоможения и детства по знанию и выполнению перинатальных технологий, Национальной генетической программы и приказов МЗ РБ и УОЗ, регламентирующих медико-генетическое обследование и консультирование беременных, семей и детей повышенного генетического риска.

10. 2. О проделанной работе два раза в год информировать коллегию управления охраны здоровья.

Приказы УОЗ № 57 от 6.05.94 г., № 90 от 17.08.95 г., № 27 от 22.02.94 г., № 165 от 29.12.94 г., № 267 от 18.10.96 г., № 355 от 1.12.97 г. считать утратившими силу. В дальнейшем руководствоваться в работе по организации перинатального скрининга и медико-генетической службы области настоящим приказом.

Приказ довести до сведения всех медработников области, гор(рай)акушеров-гинекологов и райпедиатров под роспись.

Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н.

Начальник управления

Р.А. Часнойть

Приложение № 1

к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

Результат ультразвукового исследования беременной (II-III тр.) № _____

Ф.И.О. _____ Возраст ____ Ж/К ____ Домашний адрес _____

Первый день последней менструации _____ число, месяц, год.

Модель аппарата _____

Кто направил (Ф.И.О. врача (разборчиво)) _____

Определяется один плод в головном, тазовом предлежании _____

Положение плода: продольное, поперечное, косое, неустойчивое

БПР голова плода _____ см, ЛЗР _____ см. НС _____ см. Животик плода _____ см. АС _____ см.

Длина бедра _____ см. Длина плеча _____ см.

Размеры плода пропорциональны, непропорциональны и не позволяют определить срок.

Предполагаемая масса плода _____. Внутренние органы: головной мозг _____

Желудочки: боковой _____ см, передний рог _____ см, задний рог _____ см, мозжечок _____ см.

Позвоночник _____

Шейная складка _____ см. Лицо плода _____

Межорбитальные размеры: внутренний _____ мм, наружный _____ мм.

Сердце: Локализация _____ 4-х камерные проекции _____

Легочной ствол _____ ЧСС _____ ударов в мин., ритмичное, аритмичное

Диафрагма _____ Передняя брюшная стенка _____

Желудок _____ Печень _____ Кишечник _____

Почки: правая _____ левая _____ Лоханки _____

Мочевой пузырь _____ Конечности: плечо _____ предплечье _____

Кисть _____ Голень _____ Стопа _____

Плацента расположена на передней, задней, в дне, правой боковой, левой боковой стенке матки.

Край плаценты на _____ см. выше внутреннего зева, перекрывает внутренний зев, на уровне внутреннего зева.

Толщина плаценты _____ см. (нормальная, тонкая, увеличенная).

Площадь _____ Межворсинчатое пространство _____

Пуповина: число сосудов _____ Отхождение _____ Обвитие _____

Степень зрелости плаценты 0, I, II, III. Соответствует, не соответствует сроку беременности.

Тонус миометрия: 0-I-2-3 ст. Количество околоплодных вод (умеренное, многоводие, маловодие)

Пакет вод _____ см. Двигательная активность _____

Допплерометрия в артерии пуповины _____ в аорте плода _____

Маточной артерии _____

Видимых аномалий развития плода не выявлено.

Имеются _____

_____ Стенка матки без изменений, имеется _____

Заключение: Размеры плода соответствуют _____ нед. беременности.

Рекомендации: _____

Обследование провел: Ф.И.О. _____ Подпись _____

" _____ " _____ 200 ____ г.

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Приложение № 2
к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

НАПРАВЛЕНИЕ

к образцу крови беременной для скрининга пороков развития плода
(оптимальный срок первичного анализа 16 недель беременности)

Анализ: код отрезать, наклеить на
Первичный крови пробирку

Повторный
(нужное подчеркнуть)

Дата забора крови

число месяц число месяц
год год

Город _____ Женская консультация, роддом, больница № _____

(нужное подчеркнуть)

Участок _____ Отделение _____

(если консультация)

(если роддом, больница)

Фамилия, имя, отчество беременной _____

(разборчиво, печатными буквами)

Дата рождения _____ Домашний адрес _____

(число, месяц, год)

(разборчиво)

Первый день последней менструации _____

(число, месяц, год)

Дата последнего ультразвукового сканирования плода _____

(если проводилось, число, месяц, год)

Число плодов _____ Срок беременности по данным УЗД _____

(для определения срока использ. БПД)

(недель)

БПД (ВРД) в мм _____

ДБ (ФЛ) в мм _____

Масса тела беременной в день забора крови в кг _____

Заболевания беременной: сахарный диабет, гепатит, опухоли, нефропатия, угроза прерывания
(нужное подчеркнуть).

Предыдущие беременности закончились рождением ребенка с пороками развития? Нет, да. Синдром Дауна? Нет, да. Другими хромосомными заболеваниями? Нет, да. (нужное подчеркнуть).

Если да, то: одна, две и более.

Фамилия, имя, отчество врача (разборчиво) _____

Результат исследования _____

Норма исследования _____

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Приложение № 3
к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

ФЕТАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ

Ф.И.О. _____ Возраст _____ ж/к _____

Домашний адрес _____ Дата взятия на учет _____

Срок _____ Первый день последней менструации _____

Факторы генетического риска (перечислить) _____

Консультация генетика: (заключение) первично _____

Повторно _____

Результат АФП : дата взятия _____ Заключение _____

Повторное _____ Дата взятия _____

Заключение: _____

Контроль ФКУ и ГТ в родильном доме _____

дата взятия анализа, сутки жизни ребенка

Данные ультразвукового исследования

Тип аппарата:	1-е исследование 14-16 недель	2-е исследование 18-21 недель	3-е исследование	4-е исследование
	дата проведения / срок беременности	дата проведения / срок беременности	дата проведения / срок беременности	дата проведения / срок беременности
1. Число плодов				
2. Локализация плаценты				
3. Толщина, структура				
4. Пуповина, число сосудов				
5. Обвитие пуповины				
6. Пакет околоплодных вод				
7. Бипариетальный диаметр				
8. Окружность головы				
9. Желудочки мозга				
10. Мозжечок				
11. Наружная орбита				
12. Внутренняя орбита				
13. Размеры живота				
14. Окружность живота				
15. Длина бедра				
Анатомия плода				
16. Мозг				
17. Лицо				
18. Грудная клетка				
19. Шейная складка				
20. Позвоночник				
21. 4-х камерная проекция сердца				
22. ЧСС, ритм				
23. Диафрагма				

24. Передняя брюшная стенка				
25. Печень				
26. Желудок				
27. Кишечник				
28. Почки				
29. Мочевой пузырь				
Конечности:				
30. Плечо				
31. Предплечье				
32. Кисть				
33. Голень				
34. Стопа				
35. Двигательная активность плода				
Допплероматрия:				
36. В артерии пуповины				
37. В аорте плода				
38. В маточной артерии				
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:				

Исследование выполнил: _____

(Ф.И.О. врача разборчиво, подпись)

Дата заполнения _____ Зав. ж/к Ф.И.О. _____

Врожденные пороки развития, выявленные после родов: _____

Фетальный паспорт заполняется в 2-х экземплярах: в 30 недель беременности при получении декретного отпуска: 1-й - остается в индивидуальной карте, 2-й отдается на руки беременной вместе с обменной картой и после родов из акушерского стационара передается в детскую поликлинику по месту жительства для внесения в историю развития ребенка (ф.№ 112).

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Приложение № 4
к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

ПОКАЗАНИЯ

для направления беременных и семей повышенного генетического риска на медико-генетическое консультирование в областной МГЦ

Подлежащие обследованию семьи, планирующие беременность (направляются не позднее 3-х месяцев до планируемой беременности).

Врожденные пороки, аномалии развития, умственная отсталость, глухота, тяжелые нарушения зрения, судороги неясного генеза в семье и у родственников по линии отца и матери.

Наличие в анамнезе: рождение детей с болезнью Дауна;

ВПР, несовместимых с жизнью;

мертвоорожденные;

повторных самопроизвольных абортов;

бесплодие;

Наследственные болезни обмена веществ:

фенилкетонурия и другие аминокислотопатии;

гипотиреоз;

врожденная гипоплазия надпочечников;

галактоземия;

Кровное родство супругов.

Во время беременности (первичное направление до 16 недель; повторное по показаниям генетика).

Все беременные с пункта I - 1, 2, 3, 4.

Беременность, протекающая с постоянной угрозой прерывания до 15-16 недель.

Перенесенные инфекции в I триместре:

сифилис

краснуха

токсоплазмоз

цитомегаловирусная инфекция

вирус гриппа

ОРВИ

Прием медикаментов в I триместре, противопоказанных при беременности.

Беременные старше 35 лет, моложе 17 лет.

Тератогенные воздействия на производстве и в быту.

Беременные с повышенным или пониженным содержанием АФП, хронического гонадотропина.

Беременные, имеющие ультразвуковые маркеры хромосомной патологии:

избыточная шейная складка (более 6 мм до 20 недель беременности);

утолщение воротникового пространства $\geq 2,5$ мм в сроке от 10 до 12 недель беременности;

вентрикуломегалия;

кисты сосудистого сплетения;

деформация головки плода (головка в виде "лимона", "банана", "клубники");

расщелины лица;
гипотелоризм или гипертелоризм;
гиперэхогенный кишечник;
подозрение на ВПС;
неиммунная водянка плода;
укорочение бедренной кости;
укорочение плечевой кости;
утолщенная, молярная плацента;
единственная артерия пуповины;
отсутствие конечно-диастолического компонента кровотока при
доплерометрии и отсутствие внутриутробной задержки развития плода;
внутриутробная задержка развития плода более 3-х недель;
пиелюктазия (передне-задний размер лоханки до 4 мм во II триместре, до 7 мм
в III триместре;
гастрогастродилатация;
многоводие;
маловодие;
подозрение на ВПР при предыдущем УЗИ.

Главный акушер-гинеколог управления

В. А. Лискович

Приложение № 5
к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

ПОКАЗАНИЯ

для медико-генетического консультирования детей в МГЦ,
родившихся с ВПР и наследственными аномалиями

№ п/п	Наименование порока развития	Возраст и время консультации генетиком	Периодичность наблюдения в МГЦ
1	2	3	4
1	Пороки ЦНС		
	спинномозговая грыжа	до 7 суток жизни	1 раз в 6 месяцев
	затылочное энцефалоцеле	до 7 суток жизни	1 раз в 6 месяцев
	микроцефалия	до 7 суток жизни	1 раз в 6 месяцев
	гидроцефалия	до 7 суток жизни	1 раз в год
	агенезия мозолистого тела	в течение недели после установления диагноза	1 раз в год
	пороки мозга прочие	7 дней после установления диагноза	1 раз в год
2.	Пороки развития лица		
	расщелина губы	до 7 суток жизни	1 раз в 6 месяцев
	расщелина неба	до 7 суток жизни	1 раз в 6 месяцев
	микрофтальм	консультация в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
	пороки глаз и прочие	консультация в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
	врожденная катаракта	консультация в 6 месяцев	
	слепота неясного генеза	консультация в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
	анотия (микротия)	консультация в 1 месяц	1 раз в 6 месяцев

3.	Пороки скелета		
	полидактилия костей	консультация в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев
	полидактилия стоп	консультация в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев
	редукция верхних конечностей	консультация в 1 месяц	1 раз в год
	редукция нижних конечностей	консультация в 1 месяц	1 раз в год
	косолапость	консультация в 1 месяц	наблюдение травматолога
	спиндактилия	консультация в 1 месяц	наблюдение травматолога
	артрогриппоз	консультация в 1 месяц	1 раз в 6 месяцев
	остеохондродисплазия	консультация в 1 месяц	1 раз в 6 месяцев
4.	Пороки ЖКТ		
	атрезия пищевода	консультация в 1 месяц	однократно в 6 месяцев
	атрезия желудка	до 7 суток жизни	однократно в 6 месяцев
5.	Множественные врожденные пороки развития	до 7 суток жизни	1 раз в 3 месяца
1	2	3	4
6.	Хромосомная патология		
	болезнь Дауна	до 7 суток жизни	1 раз в год
	хромосомные aberrации	до 7 суток жизни	1 раз в год
7.	Пороки мочеполовой системы		
	поликистоз почек	до 7 суток жизни	1 раз в 6 месяцев
	агенезия почек	до 7 суток жизни	1 раз в 6 месяцев
	гидронефроз	консультация в 1 месяц	наблюдение уролога

	гипоспадия	консультация в 1 месяц	наблюдение уролога
8.	Врожденные пороки сердца	с момента выявления однократно	наблюдение у кардиолога (педиатра)
9.	Пороки кожи	с момента выявления однократно	наблюдение в кожвен-диспансере
10.	Пороки легких	с момента выявления однократно	1 раз в год
11.	Врожденные стигмы дизэмбриогенеза	до 7 суток жизни	1 раз в 6 месяцев
12.	Пороки селезенки	с момента выявления	наблюдение у детского хирурга
13.	Пороки печени	с момента выявления	наблюдение у гепатолога
14.	Судороги неустановленной этиологии	с момента выявления	1 раз в месяц
15.	Глухота неясной этиологии	с момента выявления	1 раз в год
16.	Слепота неясной этиологии	с момента выявления	1 раз в 6 месяцев
17.	Все случаи нейро-мышечных и дегенеративных заболеваний ЦНС	с момента выявления	1 раз в 6 месяцев
18.	Наследственные нарушения обмена веществ		
	ФКУ	с момента выявления	1 раз в 6 месяцев
	гипотиреоз	с момента выявления	1 раз в 6 месяцев
	адреногипоталамический синдром	с момента выявления	1 раз в 6 месяцев
19.	Отставание физического и полового развития	с момента выявления	1 раз в год

ПРИМЕЧАНИЯ:

1. При невозможности консультирования детей с врожденными и наследственными аномалиями в родильных отделениях районных ТМО необходимо направить семью с ребенком в МГЦ в течение 3-х месяцев.

2. При смерти ребенка с ВПР до 7 суток семью необходимо направить в МГЦ в течение месяца (с подтверждением патогистолога о причине смерти и спектре ВПР).

Главный педиатр управления

В.Л. Григорьева

Главный акушер-гинеколог

В.А. Лискович

Приложение № 6
к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

НАПРАВЛЕНИЕ

на медико-генетическое консультирование
Ф.И.О. _____

Адрес _____

В направлении отразить:

- причину направления в МГЦ,
- наследственный анамнез (составить родословную),
- течение беременности и родов, состояние здоровья матери (описать),
- динамику физического развития ребенка,
- динамику нервно-психического развития,
- описать статус ребенка на день направления,
- данные фетального паспорта из амбулаторной карты.

Подпись врача

Печать

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Главный педиатр управления

В.Л. Григорьева

Приложение № 7
к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

Состояния, требующие заполнения извещения

о врожденном пороке развития в областном МГЦ

Анэнцефалия

Экзенцефалия, иниционцефалия

Спинномозговая грыжа

Затылочное энцефалоцеле

Расщелина губы-(или) неба

Полидактилия кистей

Полидактилия стоп

Редукция верхних конечностей

Редукция нижних конечностей

Атрезия пищевода

Атрезия ануса

Синдром Дауна

Множественные ВПР

Микроцефалия

Гидроцефалия

Агенезия мозолистого тела

Пороки мозга прочие

Микрофтальм (анофтальм)

Пороки глаз прочие

Поликистоз почек

Агенезия почек

Гидронефроз

Пороки мочевыводящих органов

Микротия (анотия)

В П С

Омфалоцеле

Атрезия кишечника или части его

Диафрагмальная грыжа

Паховая грыжа

Гипоспадия

Вывих тазобедренного сустава

Косолапость

Синдактилия

Пороки скелета прочие

Пороки кожи

Пороки легких

Пороки желудочно-кишечного тракта прочие

Пороки половых органов прочие

Вальгусная стопа

Катаракта
Грыжа белой линии живота, вентральная грыжа
Порок тимуса
Пороки лица и шеи
Врожденные особенности развития (стигмы дисэмбриогенеза)
Пороки селезенки
Арторогрипоз
Остеохондродисплазия
Пороки печени

ПРИМЕЧАНИЕ: Извещение о врожденном пороке развития на стигмы дисэмбриогенеза заполняется в случае сочетания их с другим пороком (пороками) развития.

Извещения заполняются:
неонатологами родильных отделений в родильном отделении;
заведующим детским отделением в детском отделении ТМО или Гродненской областной детской больнице;
патологоанатомом - при вскрытии умершего от ВПР или установленном ВПР на секции.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Приложение № 8

к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

" _____ " _____ 19 _____ г. № _____

дата родов, номер истории родов

Ф.И.О. матери

диагноз у ребенка (плода)

Ф.И.О. врача, заполнившего извещение

" _____ " _____ 19 _____ г.

дата заполнения

Остается в отделении ЛПУ, где установлен ВПР

ЛИНИЯ ОТРЫВА

Извещение о рождении ребенка (плода) с пороками развития

Название учреждения, заполнившего извещение

Ф.И.О. матери

домашний адрес матери

Номер истории родов _____

Дата рождения (абортирования плода) _____

диагноз (в случае множественных пороков – перечислить все)

Прожили ли родители в зоне загрязнения более 15 Ки / кв. км.

да, нет место и срок проживания

Пол ребенка, плода _____

Мертворожденный, умер до 7 суток, выписан, переведен в другое учреждение, плод абортирован (нужное подчеркнуть).

Ультразвуковое сканирование внутриутробного плода в I триместре не проводилось/проводилось в сроке _____ недель, во II не проводилось/проводилось однократно в сроке _____ недель/двукратно в сроках _____ и _____ недель.

Определение в крови беременной АФП, ВХГ, других маркеров нарушения развития: в I триместре не проводилось/проводилось в сроке _____ недель, во II триместре не проводилось/проводилось в _____ недель.

Возможные тератогенные воздействия в течение настоящей беременности _____

Возраст матери _____ возраст отца _____

Беременность по счету _____

Исходы предыдущих беременностей _____

Ф.И.О. врача, заполнившего извещение _____

Дата заполнения извещения " _____ " _____ 19 _____ г.

Высылается почтой

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Приложение № 9
к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

Исследование № _____

Дата _____

НАПРАВЛЕНИЕ НА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
АБОРТИВНОГО МАТЕРИАЛА В СРОКИ 13-21 НЕДЕЛИ
БЕРЕМЕННОСТИ

(прерванной по медицинским, генетическим или социальным показаниям)

Ф.И.О. больной _____ ее возраст _____

Домашний адрес _____

Больница _____ отделение _____ история болезни № _____

Дата _____ № _____ и заключение комиссии: _____

(указать в связи с чем и по каким показаниям)

Дата взятия материала (операции) _____

Объекты, направляемые для гистологического исследования:

Краткие данные анамнеза и клинического обследования:

Беременность по счету _____ и ее срок _____

Исходы предыдущих беременностей _____

Заболевания, перенесенные во время беременности _____

Группа крови _____ и РФ _____

Обследование на ВИЧ _____ и РВ _____

Дата и данные УЗИ (перечислить все выявленные у плода пороки): _____

Заключение генетика: _____

Клинический диагноз: _____

Направил врач _____

Макроскопическое описание препарата:

Дата _____ Врач _____

Микроскопическое описание и заключение _____

Дата _____ Врач _____

Извещение о рождении плода с пороками развития № _____

заполнено " ____ " _____ г. Врач _____

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

ФОРМА
отчета о пренатальном скрининге

за 199 г. в

Всего родов	УЗИ в сроке до 15 недель			УЗИ в сроке 15-22 недели				УЗИ в сроке после 22 недель				Обсле дован о на АФП и ХГ	Всего выявлено (Ф.И.О., адрес)	Всего прервано (Ф.И.О., адрес)	Причины отказа в прерывани и (Ф.И.О., адрес)
	обсле дован о	выявл ено порок ов	прерв ано бере мен	обсле дован о	в т.ч. 2-х кратн о	выявл ено порок ов	прерв ано бере мен	обсле дован о	выявле но пороков	причины позднего выявлени я	прерв ано бере мен				

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

ФОРМА
отчета о неонатальном скрининге на ФКУ и ГТ

за 199 г. в

Всего родилось живых детей	Обследовано на ФКУ и ГТ	Процент обследованных	День взятия крови										Причина невыполнения или позднего взятия крови на исследование Ф.И.О., адрес матери	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 и более		

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Приложение № 12
к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

АНКЕТА

на умершего ребенка 1-го года жизни (мертворожденного)

Ф.И.О. умершего (мертворожденного) _____

Район _____

Дата рождения _____ Дата смерти _____

Место смерти _____

Кем наблюдалась беременная (акушеркой ФАПа, СВУ, женской консультацией) – подчеркнуть.

В каком сроке беременности взята на учет _____

Сведения о матери: возраст _____ семейное положение _____

образование _____ социальное положение _____ место

работы _____ должность _____

профессиональные вредности /есть, нет/, указать что _____

жилищные условия _____, вредные привычки (да, нет), какие _____

Гинекологический анамнез: сведения о менструальной функции _____

_____ бесплодие (да, нет),

продолжительность бесплодия до настоящей беременности (лет) _____

Гинекологические заболевания (да, нет), указать какие _____

_____ проводилось ли их лечение (да, нет),

эффективность лечения _____

Акушерский анамнез: порядковый номер беременности и родов _____,

таблица исходов предыдущих беременностей: _____

Годы и исход

преждевременные роды _____

срочные роды _____

аборты _____

выкидыши _____

мертворожденные _____

- в сроке (недель) _____

Течение беременности с осложнениями _____

Осложнения родов (да, нет), какие _____

Осложнения послеродового периода (да, нет), какие _____

Ребенок живой: умер, мертворожденный _____

Масса тела _____

Умер в возрасте: месяцев _____

дней _____

Причина смерти _____

Таблица сопутствующей экстрагенитальной патологии

Нозологическая форма _____

Когда выявлена:

до беременности

во время беременности

Лечебные мероприятия:

терапевтом

гинекологом

другими специалистами.

Госпитализация по поводу указанных заболеваний (да, нет) была ли необходимость (да, нет), если была госпитализирована, указать срок беременности _____, диагноз

_____ ,
длительность госпитализации и результат _____

передавалась ли информация о проведенном лечении от терапевта к акушеру-гинекологу и наоборот

Наблюдение во время данной беременности:

число посещений женской консультации: в 1-м триместре _____ во 2-м _____, 3-м _____

число посещений терапевта: в 1-м _____ во 2-м _____, в 3-м _____ триместре

каких узких специалистов посетила _____

обследование в женской консультации полное (да, нет) _____

дефекты обследования (есть, нет), какие _____

УЗИ обследования (да, нет), в декретированные сроки I _____ II

_____ III _____

определение альфафетопротеина (да, нет), в каком сроке беременности _____

наблюдение в женской консультации, своевременное (да, нет) _____

регулярное (да, нет) _____

было ли лечение в женской консультации своевременным, полным (да, нет) _____, недостатки

выявлена ли патология плода (да, нет), какая _____

_____ на какой неделе беременности _____

наличие факторов риска по течению беременности _____

наличие факторов риска для подозрения на ВПР плода (да, нет) _____

наличие показаний для направления к генетику (да, нет) какие, когда выполнены _____

были ли осложнения беременности (да, нет), какие _____, в каком сроке беременности _____

госпитализация по поводу осложнения беременности (да, нет), не нуждалась (да, нет), если госпитализирована, то куда _____ срок беременности _____, по поводу какого осложнения

_____, эффективность лечения в стационаре _____

Сведения о родах:

на какой неделе _____, продолжительность родов _____

продолжительность I _____, II _____, III _____ периода родов

осложнения родов (да, нет), положение плода _____,

слабость родовой деятельности (да, нет), несвоевременное излитие вод (да, нет), наличие мекония в околоплодных водах (да, нет), обвитие пуповины вокруг шеи (да, нет), отслойка плаценты (да, нет)

родоразрешение: какое (кесарево сечение, акушерские щипцы и т.д.) _____ кесарево сечение (плановое, экстренное), по показаниям: со стороны матери, со стороны плода (подчеркнуть),

состояние плода при начале кесарева сечения _____

патология пуповины (да, нет), указать какая _____

ошибки при ведении родов (да, нет), какие, консерватизм, не выявлена слабость родовых сил, неправильный выбор способа родоразрешения, недооценка состояния плода _____

Сведения о ребенке:

масса тела при рождении _____, длина _____

клинический диагноз: основной _____

сопутствующий _____

патологоанатомический диагноз: основной _____

родился по счету при многоплодной беременности _____

физиологическая потеря массы тела в граммах _____ процентах _____

восстановление массы тела, на которые сутки _____

состояние при рождении (шкала Апгар) _____

нуждался ли в реанимации в родзале _____

проводилась ли реанимация (да, нет), кем _____

недостатки в реанимации (да, нет), какие _____

продолжительность реанимации _____

первый осмотр ребенка неонатологом, через какое время после рождения _____

наблюдение неонатолога достаточное (да, нет) частота в сутки 1-3 _____

дефекты обследования в роддоме (да, нет), какие _____

дефекты лечения в роддоме (да, нет), какие _____

например: не вводились сердечные гликозиды, завышена доза антикоагулянтов, несвоевременно введены гормоны, полипрагмазия _____

проведена ли консультативная помощь выездной реанимационной неонатальной бригады если ребенок нуждался (да, нет) была ли своевременной (да, нет), - нуждался в переводе в специализированное отделение (да, нет), причина отказа _____,

перевод на которые сутки жизни _____, на которые сутки заболевания _____,

перевод в какое отделение _____

были ли дефекты транспортировки (да, нет), какие _____

дефекты обследования в специализированном отделении (да, нет) какие _____

клинический диагноз роддома, клинический диагноз специализированного отделения (основной, переводной) _____

Наблюдение за ребенком в детской поликлинике, на ФАПе, СБУ:

указать кем наблюдался _____

группа здоровья при выписке из роддома _____ на какие сутки выписан _____, сообщено ли медработнику о выписке ребенка из роддома (да, нет), на какие сутки посещен на дому после выписки из роддома _____

обоснованные группы здоровья II, III в периоде новорожденности _____

перенесенные заболевания ребенком в периоде новорожденности и в последующем (указать какие в какой возрасте) _____

лечение их: стационарное, амбулаторное, его эффективность _____ (описать подробно)

характер вскармливания, возраст _____

наблюдение за ребенком (врачебные, сестринские, регулярные, нерегулярные, если ребенок обслуживался ФАПом, СБУ-осмотры педиатра, в каком возрасте) _____

осмотры специалистами, лабораторное обследование, в каком возрасте _____ диагноз _____

оздоровление _____

оценка физического развития (да, нет), какое физическое развитие _____

сведения о прививках (при наличии противопоказаний – заключение) _____

Сведения о заболевании, приведшем к смерти ребенка:

Дата начала заболевания _____, дата первичного обращения _____ куда (педиатр, скорая помощь, уч. больница, ФАП, не обращались – подчеркнуть).

Кем наблюдался по болезни _____

Первичный диагноз _____

Состояние при первичном обращении _____

Причина не госпитализации _____

Дефекты в лечении, обследовании, консультативной помощи, на дому _____

_____ подробно описать

Неотложная помощь: оказана или нет, достаточная, недостаточная

Состояние при госпитализации _____

Диагноз при поступлении _____

Интенсивная терапия при поступлении _____

_____ и в первые сутки _____ (в

полном объеме, недостаточная, не проводилась – описать)

по синдромам (нейротоксикозу, гипертермическому, дыхательной недостаточности и др.)

привлекались ли консультанты, кто? _____

лабораторное обследование _____

Последующее лечение в стационаре: правильное, с ошибками, неправильное (указать какое)

Питание назначено: правильно, неправильно.

Лабораторное обследование _____

Другие методы обследования _____

Дефекты наблюдения за ребенком (да, нет), если есть указать какие _____

Диагноз: клинический _____

_____ и патологоанатомический _____

Предотвратимость смерти (мертворождения) ребенка _____

а) на уровне женской консультации

б) родильного зала

в) неонатологической службы

г) детской консультации СВУ, ФАПа

д) стационара

ж) непредотвратима

Указать какие дефекты повлияли на неблагоприятный исход заболевания _____

Случай смерти разобран: на ЛФК, клинико-анатомической конференции, районном комитете по разбору детской смертности, врачебной конференции и поликлинике (подчеркнуть).

Меры по данному случаю: дисциплинарное взыскание, приказ и т.д. (прилагать приказ ТМО)

ПРИМЕЧАНИЕ:

В случае смерти в роддоме заполняется заведующим родильным отделением (районным акушером-гинекологом) до п. 8.

В случае смерти в детском отделении или на дому заполняется заведующим детским отделением (районным педиатром) все пункты анкеты.

Заведующий отделением _____ подпись _____ Ф.И.О.

Главный врач ТМО _____ подпись _____ Ф.И.О.

Дата

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Главный педиатр УОЗ

В.Л. Григорьева

Приложение № 13

к приказу УОЗ № 177 от 25.05.98 г.

ФОРМА

ежеквартального отчета о работе

областного медико-генетического центра

Отчет о работе специалистов МГЦ (УЗИ, педиатр-генетик, терапевт по экстрагенитальной патологии, акушер-гинеколог)

Количество выявленных больных, исследований, выявление патологии, нагрузка на 1 час приема, отправка на консультацию в РМГЦ, выявлено пороков, в т.ч. первично, подтверждено пороков, из них в сроке до 22 недель, после 22 недель, другие специальные методы исследования.

Анализ выявленных ВПР

№ п/п	Нозологические формы пороков	Всего выявлено пороков в	Вероятность выявления		Срок выявления при беременности								Всего прервано	Ф.И.О., адрес, срок выявления ВПР/после 22 недель/марка аппарата
			теоретически	практически в районе	до 15 недель		16-22 недель		после 22 недель		постнеонатально			
					выявлено	прервано	выявлено	прервано	выявлено	прервано				

Выявление нозологических форм врожденных аномалий развития:

№ п/п	Нозологические формы	Количество	Примечание

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

АНАЛИЗ
младенческой смертности от ВПР

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Дата смерти	Возраст	Пол	Масса тела при рождении	Диагноз	Возможность диагностики во время беременности	УЗИ во время беременности срок, место	АФП и ХГ	Показания для консультирования генетика в МГЦ во время беременности	Дата консультирования в МГЦ (срок беременности)	Степень коррекции порока	Примечание
-------	--------	---------------	-------------	---------	-----	-------------------------	---------	---	---------------------------------------	----------	---	---	--------------------------	------------

Главный акушер-гинеколог УОЗ
Главный педиатр УОЗ

В.А. Лискович
В.Л. Григорьева

АНАЛИЗ
мертворождаемости от В П Р

№ п/п	Ф.И.О. матери	Адрес	Диагноз	Гибель плода (антенатально, интранатально)	Дата и срок выявления порока	Срок гестации при родораз-решении	Пол плода	Масса тела	Возраст матери	Вероятность выявления порока	Проведение УЗИ – исследования (срок, место)	АФП и ХГ	Показания для консультирования в областном МГЦ	Дата консультирования в МГЦ	Примечание
-------	---------------	-------	---------	--	------------------------------	-----------------------------------	-----------	------------	----------------	------------------------------	---	----------	--	-----------------------------	------------

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Таким образом, в Гродненской области создана и функционирует стройная система медико-генетической помощи, включающая в себя консультирование детского населения, консультирование семьи, планирующей беременность и консультирование беременных женщин.

Направление детей в ОМГЦ ГОКБ производят врачи детских поликлиник, отделений детской клинической больницы, врачи детских отделений родильных стационаров.

Семьи с детьми консультируются врачом педиатром-генетиком, организация работы которого осуществляется по алгоритму, представленному на рис. 5.1. Врач педиатр-генетик собирает анамнез заболевания, составляет родословную, проводит фенотипический осмотр пациента, выполняет антропометрические измерения (при необходимости проводится осмотр всех членов семьи), изучает результаты обследования у других профильных специалистов. Затем проводится предварительная оценка возможной патологии: моногенная, хромосомная или мультифакториальная. При подозрении на хромосомную патологию выполняется кариотипирование. Показания к кариотипированию следующие:

- Множественные пороки развития, особенно в сочетании с умственной отсталостью.
- Умственная отсталость в сочетании с микроцефалией, микроаномалиями развития.
- Множественные микроаномалии развития.
- Резко выраженная гипотрофия после рождения.
- Микроцефалия.
- Нарушение полового развития.

В случае выявления патологии хромосомного набора, определяется тип данного нарушения:

а) изменения только у ребенка – в этом случае выдается медико-генетическое заключение, в котором кроме диагноза дается оценка риска повторного рождения ребенка с данной патологией;



Рис. 5.1. Алгоритм медико-генетического консультирования детей и их родителей.

б) возможны изменения в хромосомном наборе родителей – в этом случае проводится кариотипирование родителей с последующей выдачей медико-генетического заключения с расчетом риска рождения ребенка с наследственной патологией.

При условии нормального кариотипа и первичной оценкой врачом педиатром-генетиком патологии как не хромосомной, делается предположение о наличии у пациента других наследственных и врожденных заболеваний (моногенных, мультифакториальных, с не установленным типом наследования). При подтверждении данного диагноза, выдается медико-генетическое заключение с оценкой степени риска рождения больного ребенка, даются рекомендации по возможности пренатальной диагностики.

В дальнейшем дети с наследственными и врожденными заболеваниями наблюдаются в ОМГЦ ГОКБ.

Наследственные дефекты в популяции встречаются достаточно часто. Около 10 % всех новорожденных имеют те или иные генетические дефекты, начиная от необременительных физических недостатков типа изменения окраски радужной оболочки глаза и кончая такими тяжелыми состояниями, как синдром Дауна и различные пороки развития (например, ВПС).

Оценить последствия влияния неблагоприятных факторов внешней среды на организм человека в реальных условиях позволяет генетический мониторинг популяций либо по динамике частот врожденной патологии, либо путем сравнения частот в популяциях, различающихся по времени воздействия вредных факторов среды.

В соответствии с требованиями приказа для медико-генетического консультирования семьи и пациенты направляются врачами ЖК, консультации "Брак и семья", взрослых и детских поликлиник в ОМГЦ.

Данные семьи и пациенты консультируются врачом-генетиком по алгоритму, представленному на рис. 5.2. Врач-генетик проводит тщательный сбор анамнеза, составляет родословную, проводит фенотипический осмотр членов семьи, выполняет антропометрические измерения, изучает

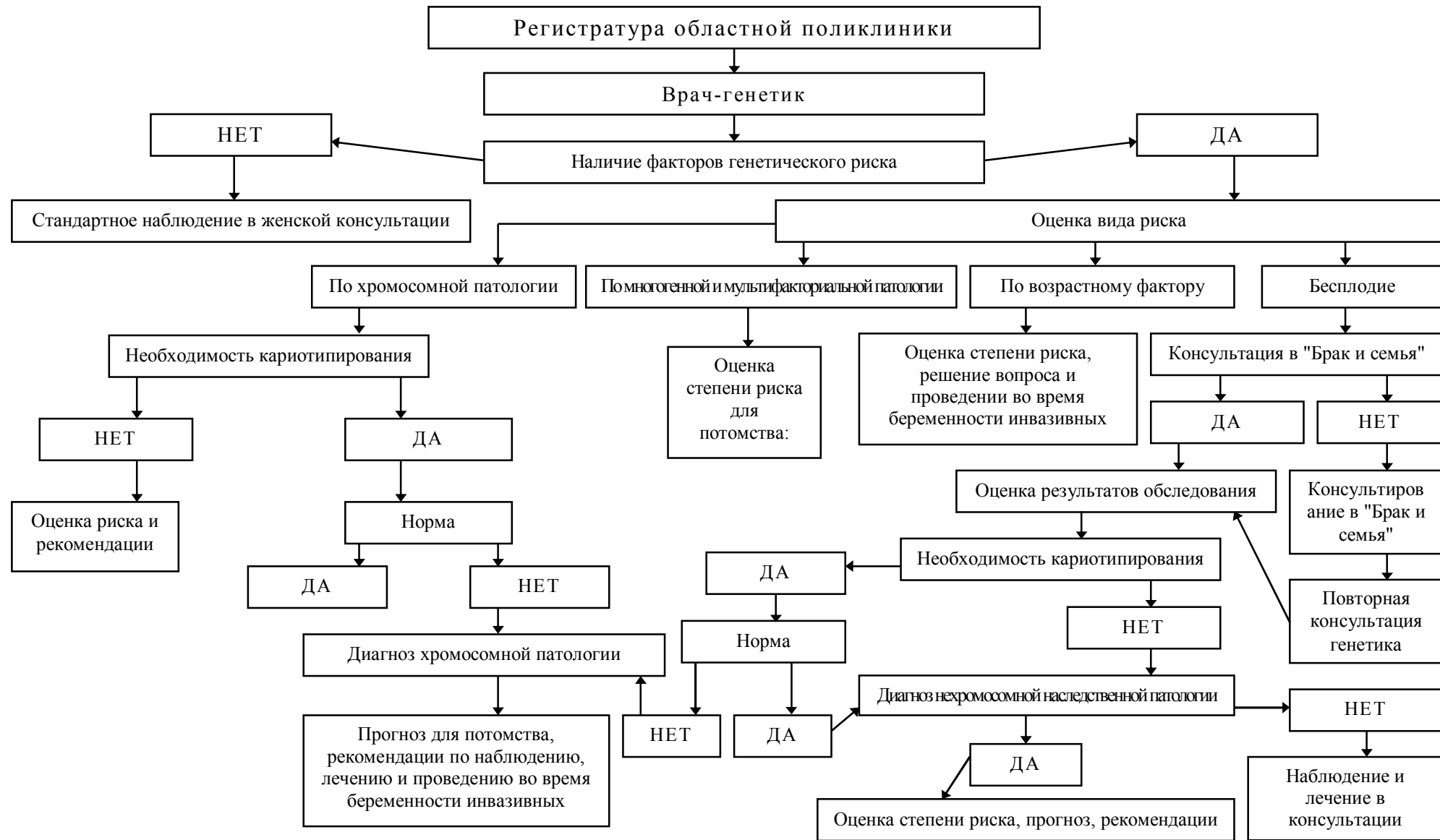


Рис. 5.2. Алгоритм медико-генетического консультирования на прегравидарном этапе.

результаты обследования других специалистов. Врачом-генетиком делается вывод о наличии факторов генетического риска в данной семье или у пациента, при этом возможны следующие варианты:

А) Повышен риск по хромосомной патологии.

В этом случае решается вопрос о необходимости кариотипирования членов семьи. При условии нормального кариотипа выдается медико-генетическое заключение. В случае наличия хромосомных aberrаций проводится расчет генетического риска рождения ребенка с несбалансированными изменениями кариотипа, при этом при последующих беременностях рекомендуется инвазивная пренатальная диагностика.

Б) Повышен риск по моногенной и мультифакториальной патологии.

В случае наличия в семье или у пациента моногенных (аутосомно-рецессивных, аутосомнодоминантных, X-сцепленных) или мультифакториальных (врожденный порок сердца, спинномозговая грыжа и др.) оценивается степень риска, как для больного, так и для членов его семьи. Завершающим этапом консультирования является выдача медико-генетического заключения.

В) Группа риска по возрастному фактору.

При планировании беременности семьей, в которой возраст супруги составляет 35 лет и старше или возраст супруга равен 42 годам и старше, повышается риск рождения ребенка с синдромом Дауна. Так если риск в 20 лет составляет 1:1352, в 25 лет – 1:1133, в 30 лет – 1:592, в 35 лет – 1:365, то в 40 – 1:109. В данном случае семье рекомендуется проведение во время беременности пренатальных инвазивных методов диагностики (биопсия ворсин хориона в 10-13 недель, амниоцентез в 16-20 недель, плацентобиопсия в 24-26 недель). При этом разъясняется сущность методики, противопоказания и степень риска для плода и матери.

Г) Бесплодие.

Одним из важных направлений работы является консультирование семей с первичным бесплодием. В 7-8 % случаев оно связано с нарушениями в наследственном аппарате супругов. Основное наблюдение за такими семьями осуществляет консультация "Брак и семья", где проходят полное клиническое обследование. Оцениваются результаты обследования в консультации "Брак и семья", делается вывод о необходимости кариотипирования супружеской пары. После кариотипирования выдается медико-генетическое заключение с соответствующими рекомендациями.

После наступления беременности и обращения женщины в консультацию наступает очередной этап в проведении медико-генетического консультирования, заключающийся в определении степени "риска" по возникновению ВПР и собственно в проведении целенаправленного скрининга по выявлению дефектов и аномалий развития плода.

В настоящее время в Гродненской области существует следующий порядок обследования беременных в ОМГЦ.

Женщина из регистратуры направляется на прием к врачу генетику, где собирается анамнез, составляется родословная, делается вывод о включении беременной в группу повышенного генетического "риска". Алгоритм действий врача-генетика представлен на рис. 5.3.

Одним из важных этапов медико-генетического консультирования беременных является их УЗ осмотр. Основной задачей пренатальной УЗ-диагностики является выявление врожденных пороков развития плода.

Врач-генетик во время УЗИ выполняет полную оценку состояния плода и репродуктивной системы женщины. При выявлении патологии им проводится оценка ее вида и степени тяжести, оценивается возможность ее коррекции на дородовом этапе или после наступления родов. При необходимости к консультированию привлекаются специалисты смежных специальностей (врач-невропатолог, хирург, ортопед и пр.).

При возникновении коррекции состояния плода врачом-генетиком выдается медико-генетическое заключение с рекомендациями по дальнейшему наблюдению за беременной врачом акушером-гинекологом ЖК. После лечения проводится повторное консультирование беременной (обычно через 2 недели) в ОМГЦ ГОКБ. При компенсации состояния плода, определяемом при повторном УЗИ, врачом-генетиком рекомендуется

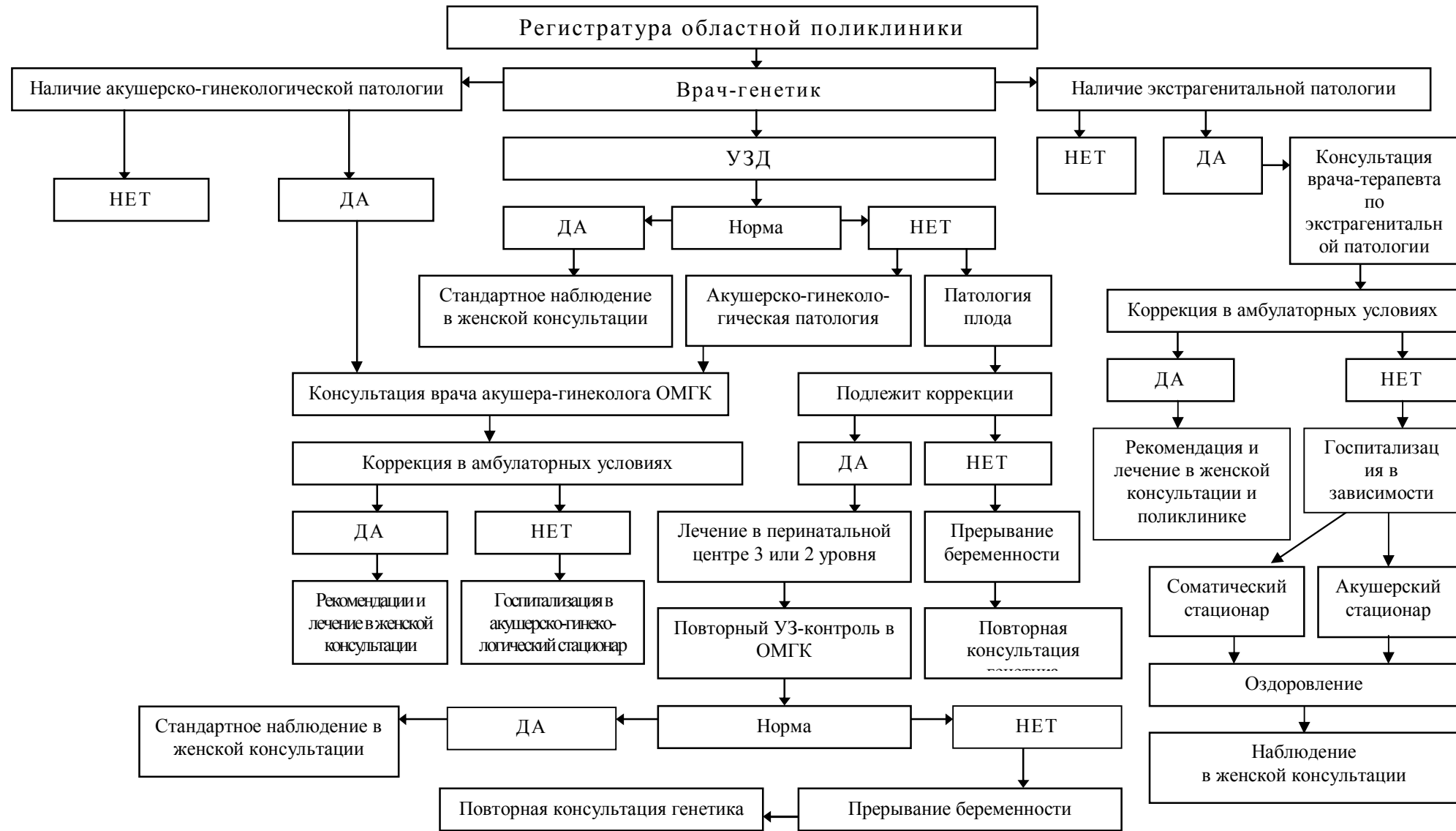


Рис. 5.3. Алгоритм медико-генетического консультирования беременных.

дальнейшее диспансерное наблюдение беременной в ЖК по месту жительства. При отсутствии положительной динамики в состоянии плода врачом-генетиком даются рекомендации о направлении беременной на областную комиссию для решения вопроса о прерывании беременности по медико-генетическим показаниям. После прерывания беременности и получения патологоанатомического заключения о выявленных ВПР проводится повторное медико-генетическое консультирование супружеской пары с выдачей соответствующего заключения о возможном "риске" для потомства развития генетических аномалий и рекомендациями по их предотвращению.

Тенденция выявления ВПР в области представлена на рис. 5.4.

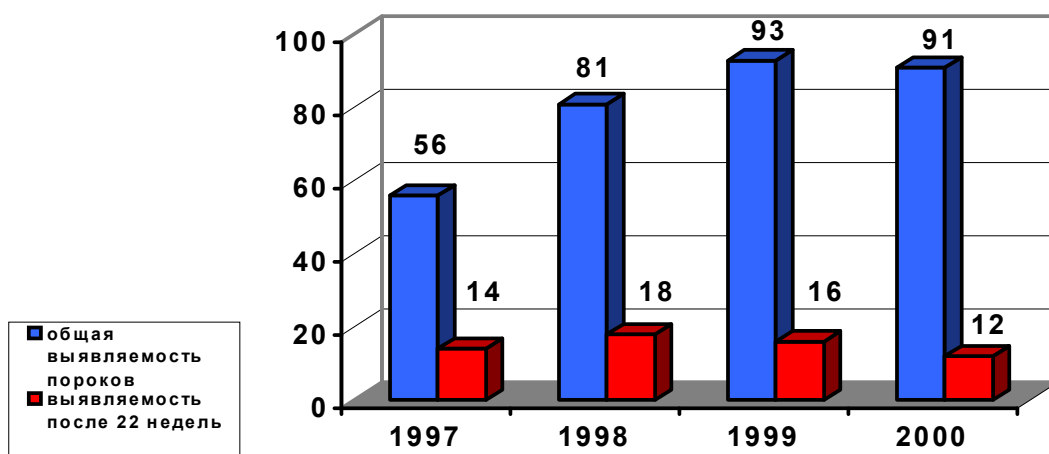


Рис. 5.4. Выявляемость ВПР по Гродненской области.

Эффективность пренатальной диагностики значительно увеличилась. В настоящее время имеется реальная возможность установить до срока беременности 15 недель до 70 % летальных и сублетальных пороков развития плода. Если в 1997 г. в Гродненской области выявлено и прервано 56 грубых ВПР, из них до 22 недель – 42 (75 %), после 22 недель – 14 (25 %); то в 2000 г. эти показатели соответственно составили 91 ВПР, из которых выявлены до 22 недель – 79 (86,9 %), после 22 недель – 12, что составило 13,1 %.

ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ, РОДИЛЬНИЦАМ И НОВОРОЖДЕННЫМ

Медицинскими учреждениями службы охраны материнства и детства в Гродненской области проводится постоянная работа по анализу и улучшению КМП беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

В области постоянно увеличивается число беременных женщин, становящихся на учет в ЖК до 12-недельного срока беременности (1997 г. – 90,4 %, 2000 г. – 94,1 %), практически все беременные (98,8 %) осматриваются терапевтом. Из всех состоящих на учете беременных у 76,2 % (1996 г. – 70,6 %) выявлены экстрагенитальные заболевания, в том числе анемия – 29,6 % (1996 г. – 27,5 %), дисфункция щитовидной железы - 17,8 % (1996 - 15,2 %), болезни мочеполовой системы – 12,3 % (1996 –10,5 %), болезни ССС - 7,5 % (1996 - 8,5 %), поздний токсикоз – 8,0 % (1996 - 7,7 %). Заболеваемость беременных выросла по всем группам экстрагенитальной патологии.

Значительную роль для здоровья женщины и ее ребенка играет правильное течение беременности и родов. В процессе обследования беременной важным является определение риска перинатальной патологии (включая врожденные и наследственные заболевания), развитие поздних гестозов, невынашивания беременности, нарушений в системе гомеостаза.

Формирование групп "риска" осуществляется при первом обращении беременной в ЖК на основании анамнеза и осмотра акушером-гинекологом, с учетом алгоритма, представленного на рис. 6.1.

Важную роль в отнесении беременной к одной из групп "риска" играет наличие экстрагенитальной патологии, выявляемой при осмотре терапевтом и другими специалистами.

Наблюдение за беременными должно обеспечить организацию правильного режима труда и отдыха, рационального питания, стимуляцию защитно-приспособительных процессов в системе мать-плацента-плод, профилактику и лечение невынашивания и поздних гестозов.

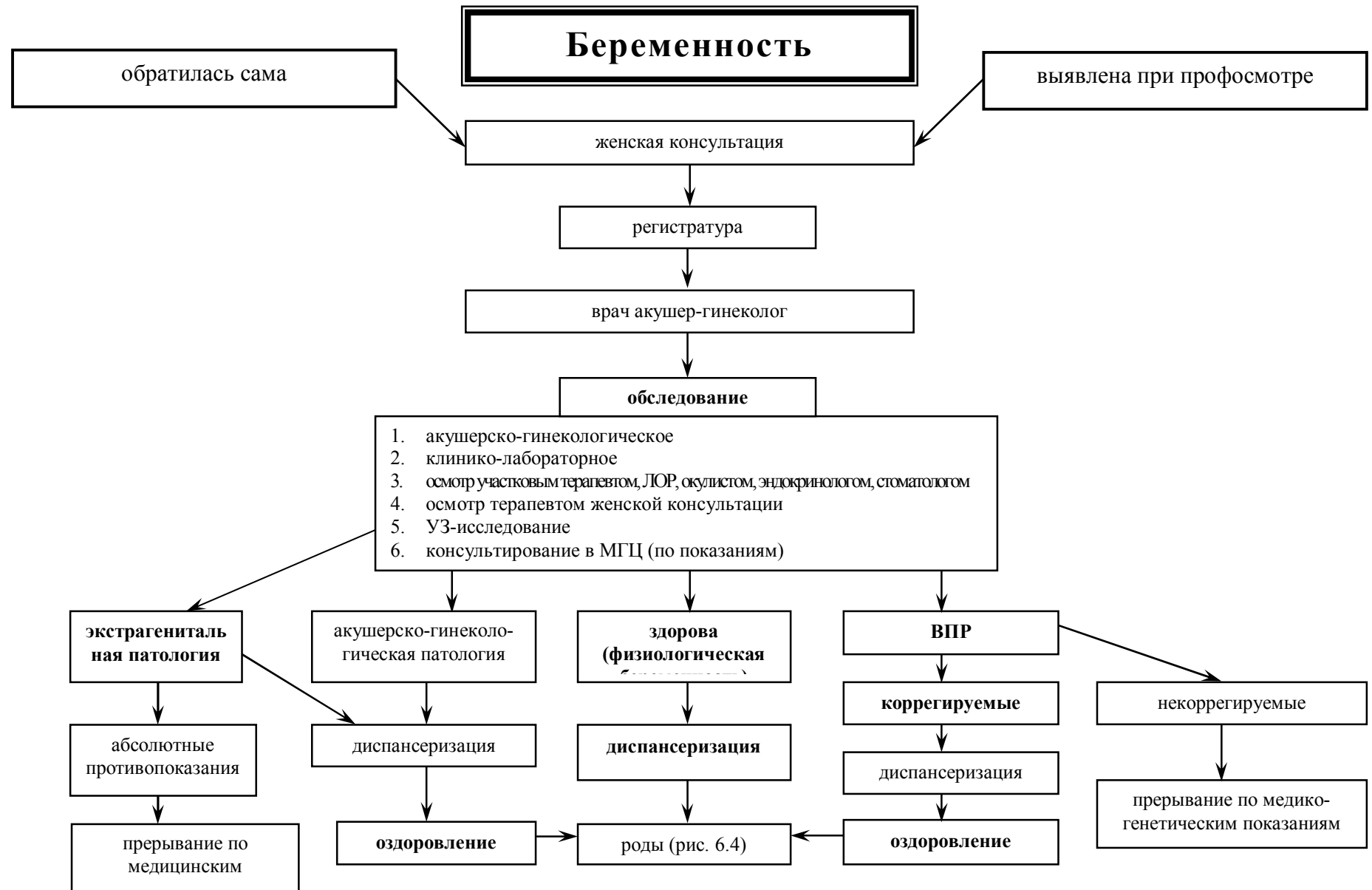


Рис. 6.1. Алгоритм наблюдения за беременными в женской консультации.

Длительность этих мероприятий, набор средств, их дозировка и методы ведения должны подбираться индивидуально с учетом анамнеза, а также степени воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды.

Организация работы медицинского персонала должна обеспечить наилучшие медицинские условия для рождения здорового ребенка при сохранении здоровья матери как на амбулаторно-поликлиническом, так и на стационарном уровнях.

Организация работы акушерских стационаров в Республике Беларусь строится по единому принципу в соответствии с действующей нормативно-методической базой. Усилиями последних десятилетий в нашей республике сложилась сеть родовспомогательных учреждений, которая имеет существенные отличия от таковой в других странах СНГ. Так, например, в Российской Федерации существуют следующие виды акушерских стационаров:

1. с общей врачебной помощью – участковые больницы с акушерскими койками;
2. с квалифицированной врачебной помощью – акушерские отделения районных больниц, центральных районных больниц, городские родильные дома;
3. с многопрофильной квалифицированной и специализированной помощью – родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, акушерские отделения областных больниц, межрайонные акушерские отделения на базе крупных ЦРБ, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединенные с кафедрами акушерства и гинекологии медицинских академий и университетов, отделения профильных НИИ.

В Республике Беларусь акушерско-гинекологические стационары первого типа (с общей врачебной помощью) не существуют. Таким образом, стационарная помощь в службе родовспоможения базируется только на квалифицированной и специализированной врачебной помощи.

В Республике Беларусь стационары службы родовспоможения представлены акушерско-гинекологическими отделениями, родильными отделениями либо родильными домами в структуре районных ТМО, городскими родильными домами, областными родильными домами, акушерско-гинекологическими отделениями многопрофильных больниц, родовспомогательными учреждениями, объединенными с кафедрами акушерства и гинекологии, профильного НИИ.

Исходя из возможностей оказания квалифицированной помощи беременным, в СССР еще в 80-е годы была разработана система распределения акушерских стационаров на 3 группы по уровню оказания помощи в зависимости от степени риска перинатальной патологии. В.Н. Серовым и соавторами (1998) предлагалось роды наименьшего риска (риска I степени) проводить в стационарах I уровня, к которым были отнесены родильные отделения участковых больниц, сельских ЦРБ, ФАПы и колхозные родильные дома. Контингент беременных для родов на I уровне составляли повторно беременные (до 3-х родов включительно) и первобеременные без акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний с нормальными данными акушерской антропометрии, а также первородящие, имеющие не более одного неосложненного аборта в анамнезе.

Роды средней степени риска (риск II степени) должны были проводиться в родильных отделениях городских ЦРБ, городских родильных домах, акушерско-гинекологических больницах. В такие стационары должны были направляться на роды беременные с экстрагенитальными заболеваниями (болезни ССС в состоянии компенсации, тяжелые формы сахарного диабета, заболевания почек, гепатит, заболевания крови, анемия и др.), с анатомически узким тазом, крупным плодом, неправильным положением плода, предлежанием плаценты, а также беременные старше 30 лет, с гестозом, признаками инфекции, мертвым плодом, неразвивающейся беременностью, повторными абортами, кровотечениями в анамнезе, беременные, перенесшие ранее операции на матке.

И, наконец, роды высокого риска (риск III степени) должны были концентрироваться в акушерских отделениях областной или многопрофильной больницы, специализированных акушерских стационарах, отделениях профильного НИИ, акушерских отделениях, связанных с кафедрами акушерства и гинекологии, перинатальных центрах. К группе с III степенью риска относились беременные с тяжелой экстрагенитальной патологией (сердечная недостаточность, ревматический или септический эндокардит, легочная гипертензия, гипертоническая болезнь II-III степени, обострение системных заболеваний соединительной ткани, крови), тяжелым течением гестоза, отслойкой плаценты, шоком или коллапсом во время родов – осложнениями при наркозе, эмболией околоплодными водами, бактериальным и болевым шоком. Исходя из ретроспективной оценки, В.Н. Серовым приводилась примерная необходимость в госпитализации по уровням акушерских стационаров согласно степени риска предстоящих родов. Так, группу с I степенью риска составляли 30 % беременных, в группу со II степенью риска входило 55-60 % беременных, 10-15 % беременных относились к группе III степени риска.

Целесообразность функционирования той или иной системы подтверждена, прежде всего, ее эффективностью. Так, по данным Американской педиатрической академии (1992) за 4-х летний период (с 1976 по 1979 гг.) в региональных перинатальных центрах США смертность новорожденных снизилась на 25 %, число детей с ВПР, отставанием в развитии в возрасте до 1 года уменьшилось на 16 %, выживаемость детей с низкой массой тела повысилась на 25 %, а частота этой патологии у детей с массой тела при рождении 1500 г и менее – на 22 %, средняя длительность госпитализации таких детей снизилась с 15,3 до 13,3 суток.

Carver J.D. (1993) свидетельствует, что при анализе эффективности деятельности родильных перинатальных центров в ФРГ с 1983 по 1985 гг. было отмечено резкое снижение ПС детей с массой тела 1500 г и менее. В РПЦ во Франкфурте она составила 13 ‰, в то время как в других учреждениях достигала 32 ‰. ФРГ в 1975 году по показателям ПС (19,3 ‰) находилась на 14 месте среди европейских стран, но за последнее десятилетие эти показатели снизились более чем вдвое (в 1984 г. – 8,6 ‰), и, таким образом, страна оказалась на 4 месте после Скандинавских стран и Швейцарии.

Создание перинатальных центров позволяет концентрировать беременных и новорожденных групп "высокого риска" с экономически оправданным кадровым и материально-техническим комплектованием центра.

Основными направлениями деятельности перинатальных центров являются:

1. Высокое качество перинатальной помощи согласно разработанным и утвержденным протоколам обследования и лечения.
2. Любой женщине, любому новорожденному должны быть доступны все компоненты действующей системы перинатальной помощи.
3. Учреждения в пределах региона должны иметь эффективные механизмы взаимодействия.

Число перинатальных центров определяется потребностью региона.

В Гродненской области с 1997 г. отработана разноуровневая система оказания перинатальной помощи, открыты 5 межрайонных перинатальных центров 2-го и 3-го уровней, деятельность которых осуществляется в соответствии с приказом УОЗ № 338 от 17.11.97 г. "Об организации перинатальной помощи в Гродненской области".

УТВЕРЖДАЮ:

1. Структуру региональных центров и перинатальной помощи в Гродненской области (приложение № 1).
2. Организацию разноуровневой системы медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным (приложение № 2).
3. Состав областного координационного совета "Перинеонатология" (приложение № 3).
4. Систему мер и задач по обеспечению 3-х уровневой системы организации перинатальной помощи (приложение № 4).

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Заведующему горздравотделом г. Гродно, главным врачам гор(рай)ТМО, главному врачу 3-й городской клинической больницы г. Гродно, главному врачу детской областной клинической больницы, областной инфекционной больницы:

1.1. Организовать работу учреждений родовспоможения и детства в соответствии со структурой перинатальной помощи региона и стандартами перинатального ухода за беременными женщинами и новорожденными детьми (приложение № 1).

1.2. Разработать систему мер оказания первичной медико-санитарной помощи девочкам-подросткам, женщинам фертильного возраста, направленную на повышение качества репродуктивного здоровья, предупреждение генетических а наследственных заболеваний, профилактику ВПР у новорожденных.

1.3. Обеспечить госпитализацию беременных женщин в межрегиональные центры санитарным транспортом района.

1.4. Обеспечить комиссионный разбор каждого случая мертворождения и младенческой смертности в соответствии с приказом МЗ РБ № 194 от 30.07.97 г. и приказа УОЗ № 249 от 01.09.97 г.

Материалы разбора мертворождения высылать в адрес 3-й городской клинической больницы г. Гродно, материалы разбора случая смерти детей до года высылать в адрес детской областной клинической больницы.

1.5. Проводить детальный анализ каждого случая смерти ребенка в возрасте до 5 лет от врожденного порока развития. Материалы разбора направлять в детскую областную клиническую больницу.

1.6. Обеспечить необходимым информационным материалом медработников первичного звена (акушеров, гинекологов и педиатров, зав. ФАПми) по оказанию перинатальной помощи, группам риска по беременности и порокам развития новорожденных. Добиться от них четких знаний инструктивно-нормативных документов и анализа данных выполняемой работы.

1.7. Не реже один раз в полугодие заслушивать на медсансоветах итоги работы ТМО по организации и оказанию перинатальной помощи.

1.8. Доработать и утвердить в райисполкомах региональную программу по охране здоровья матери и ребенка на период с 1998 г. и до 2000 г. с учетом создания межрайонных перинатальных центров и уровней медицинской помощи беременным женщинам. Уточненные программы до 25.12.97 г. прислать в УОЗ.

2. Назначить ответственными за внедрение разноуровневой региональной структуры перинатальной помощи, проведение анализа ее деятельности и подготовку кадров:

на 3-ем уровне:

- главного врача 3-й городской клинической больницы г. Гродно Высоцкого А.А.

- главного врача областной детской клинической больницы Гутикова Д.С.

на 2-ом уровне:

- главного врача Волковысского ТМО Кухарчика В.И.

- главного врача Лидского ТМО Енко Е.Н.

- главного врача Ошмянского ТМО Дедуля Д.И.

3. Ответственным за разноуровневые региональные центры (Высоцкий А.А., Гутиков Д.С., Кухарчик В.И., Енко Е.Н., Дедуль Д.И.):

3.1. Пересмотреть оснащение перинатальных центров с учетом новых подходов в оказании необходимой медицинской помощи. Принять меры по необходимому дооснащению самостоятельно, а при необходимости подать заявку в УОЗ для централизованного обеспечения медоборудованием.

3.2. Обеспечить комплексный разбор каждого случая дефекта в работе перинатальных центров 1 уровня. Материалы направлять в адрес главных врачей ТМО для реагирования.

4. Главному врачу детской областной клинической больницы Гутикову Д.С., главному врачу 3-й городской клинической больницы Высоцкому А.А.:

4.1. Организовать работу оргметодкабинетов в соответствии с настоящим приказом и обеспечить:

4.1.1. Своевременное составление статотчетности и установленных схем анализа деятельности службы детства и родовспоможения.

4.1.2. Представление необходимых статистических данных в оргметодкабинет областной клинической больницы для включения в статистический сборник.

4.1.3. Представление статотчетности и аналитических таблиц, заключений в управление охраны здоровья для принятия управленческих решений.

4.1.4. Разбор, анализ с целью выявления дефекта в организации перинатальной помощи, материалов из районов каждого случая мертворождения и младенческой смертности. Материалы за квартал обобщать и в виде докладной информировать начальника управления охраны здоровья.

5. Главному акушеру-гинекологу и главному педиатру УОЗ (Лискович В.А., Григорьева В.Л.):

5.1. Принимать активное личное участие в анализе каждого случая мертворождения и младенческой смертности до года и от ВПР до 5 лет, обратив особое внимание на все случаи с ВПР, которые мы считаем возможным диагностировать и предотвратить.

5.2. Ежеквартально анализировать и обобщать работу разноуровневых региональных перинатальных центров. Материалы обсуждать на заседании координационного совета "Перинеонатология".

6. Начальнику планово-экономического отдела Букиничу П.П. планирование финансовых средств в районы предусмотреть с учетом размещения межрайонных перинатальных центров.

7. Приказ управления здравоохранения от 29 июля 1992 г. № 134 "О создании функционального ТМО "Перинеонатология" в г. Гродно и межрайонных перинатальных центров" считать утратившим силу.

8. Рабочий контроль за исполнением приказа возложить на главного акушера-гинеколога Лисковича В.А. и главного педиатра Григорьеву В.Л.

9. Контроль по организации и руководству перинатальной помощи возложить на заместителя начальника управления охраны здоровья Горелову Т.Н.

Начальник управления

Р.А. Часнойть

Структура региональных центров и перинатальной помощи в области

Центр III уровня - областной перинатальный центр
3-я городская клиническая больница г. Гродно
Гродненская областная детская клиническая больница

1 уровень - г. Гродно, Гродненский район, Щучинский район, Мостовский район, Берестовицкий район

Центр II уровня - Волковысская ЦРБ

1 уровень - Свислочский район
- Зельвенский район
- Слонимский район

Центр II уровня - Лидская ЦРБ

1 уровень - Вороновский район
- Дятловский район
- Новогрудский район
- Кореличский район
- Ивьевский район

Центр II уровня - Ошмянская ЦРБ

1 уровень - Сморгонский район
- Островецкий район

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Организация разноуровневой системы медицинской помощи
беременным, роженицам, родильницам, новорожденным

1. Показания для направления для родоразрешения в акушерский стационар II уровня:

- гестозы I-II степени тяжести;
- гестоз III степени, преэклампсия в анамнезе;
- гипо-, атонические кровотечения в анамнезе;
- тазовое предлежание плода;
- косое, поперечное положение плода;
- предлежание плаценты без признаков кровотечения;
- анте-, интра-, или неонатальная гибель плода в анамнезе;
- хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- фето-плацентарная недостаточность;
- преждевременные роды с 36 недель беременности;
- анатомически или клинически узкий таз;
- перенашивание беременности;
- юные и возрастные первородящие;
- многоводие, маловодие;
- многоплодие.

2. Показания для направления для родоразрешения в акушерский стационар III уровня:

- заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тиреотоксикоз;
- сахарный диабет;
- сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения (или при угрозе развития декомпенсации в родах);
- легочно-сердечная недостаточность;
- гипотрофия плода II-III степени;
- выраженная длительная фето-плацентарная недостаточность;
- рубцы на матке [после кесарева сечения или гинекологических заболеваний (в анамнезе)];
- гестоз III степени, преэклампсия;
- паритет родов и аборт более 6;
- преждевременные роды с 22 недель беременности;
- заболевания крови, почек, печени и других органов с выраженным нарушением функции органов;
- редкие токсикозы в беременности;
- выраженные гормональные нарушения с наступлением беременности и в процессе ее развития;
- вероятность развития бактериального или геморрагического шока;

- аномалии родовых путей;
- изосенсибилизация по Rh-фактору, ABO-системе, HA-системе;
- иммуноконфликтная беременность по неясным или не выявленным причинам;
- травмы мягких родовых путей матери в детстве или накануне беременности;
- травмы костного таза матери во время беременности;
- длительный безводный период.

3. Состояния новорожденных, при которых консультация или вызов выездной реанимационно-консультативной педиатрической (неонатальной) бригады обязательны:

- оценка по шкале Ангар 5 баллов и менее через 5 мин.;
- аспирационный синдром;
- СДР;
- недоношенность с массой менее 2000 г;
- геморрагические состояния;
- судороги;
- врожденные пороки развития с нарушением состояния;
- острый анемический синдром;
- сердечная недостаточность;
- гемолитическая болезнь новорожденных.

4. Показания к переводу новорожденных в медицинские учреждения II и III уровней:

- недоношенный ребенок до 2000 г;
- СДР;
- геморрагический синдром;
- судорожный синдром;
- сердечная недостаточность;
- заболевания, требующие хирургического вмешательства;
- внутриутробная гипотрофия и ЗВУРТ II-III степени;
- инфекция с тяжелым состоянием;
- все состояния, требующие применения ИВЛ;
- неврологические состояния, требующие длительного лечения в специализированном отделении;
- врожденные эндокринные и наследственные заболевания (гипотиреоз, фенилкетонурия);
- диабетическая фетопатия.

Дети с патологией, не указанной в перечне, подлежат лечению в палатах новорожденных детского отделения ТМО (1 уровня) при условии компенсированного состояния.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

**Состав областного координационного совета
"Перинеонатология" и его обязанности**

1. Горелова Т.Н., заместитель начальника управления, председатель
2. Лискович В.А., главный акушер-гинеколог, секретарь
3. Григорьева В.Л., главный педиатр управления
4. Прокопович Г.А., главный терапевт управления
5. Гутиков Д.С., главный врач областной детской клинической больницы
6. Петрович С.А., главный генетик
7. Кулак Г.В., главный внештатный неонатолог
8. Микалута Б.С., заведующий горздравотделом, заместитель председателя

Для работы Совета могут привлекаться и другие специалисты, руководители служб, сотрудники ГГМИ.

Совет заседает не реже одного раза в квартал. Материалы для разбора на Совете готовят главный акушер-гинеколог и главный педиатр управления охраны здоровья по материалам анализа разбора причин мертворождения, младенческой смертности, рождения детей с врожденными пороками развития, анализа работы лечебных учреждений в ходе проверок и на выезде в районы, а также на основе материалов внештатных главных специалистов курируемых служб. Материалы заседания протоколируются в специальном журнале. По результатам обсуждения делаются выводы и предложения для руководства УОЗ, по которым издается приказ или иной нормативный документ.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Система мер и задач по обеспечению 3-х уровневой системы организации перинатальной помощи

3-х уровневая система перинатальной помощи направлена на обеспечение своевременной госпитализации беременных, имеющих патологию, в соответствующее лечебное учреждение.

1-й уровень – это ЛПУ и их структурные подразделения (ЦРБ, женская консультация, акушерский стационар с количеством родов 400 и менее в год, детское отделение).

Задачами 1-го уровня являются:

- выявление состояния риска перинатальной патологии;
- проведение мероприятий по профилактике и лечению состояний и заболеваний, приводящих к перинатальным потерям;
- оказание первичной акушерской и неонатальной помощи;
- оказание неотложной помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным;
- направление нуждающихся на 2-й и 3-й уровень.

Акушерское отделение ЦРБ должно быть обеспечено для проведения родов помощью акушера-гинеколога. Районная больница обеспечивает круглосуточную анестезиолого-реанимационную помощь роженице, родильнице, новорожденному.

Для работы в палатах новорожденных в штате акушерского отделения должна быть должность врача-неонатолога. Для подмены должен быть подготовлен неонатолог-дублер, который дежурит на дому и которого вызывают в случае необходимости.

Акушер-гинеколог несет ответственность за оценку состояния новорожденного и полноту оказываемой помощи ребенку в родильном зале.

В отсутствие неонатолога или до его прибытия акушер-гинеколог оказывает помощь новорожденному в необходимом объеме. Врач-неонатолог несет ответственность за качество медицинской помощи новорожденным, в том числе в палате интенсивной терапии, а также за своевременность и полноту скрининга на ФКУ и гипотиреоз.

Приказом, организующим работу межрайонных перинатальных центров, определены ситуации, при которых неонатолог должен приглашаться на роды, перечислены ситуации, при которых неонатолог должен консультироваться со специалистами вышестоящего уровня и обеспечить вызов выездной реанимационной бригады.

2-й уровень – межрайонный перинатальный центр. Центр 2-го уровня включает лечебно-профилактические учреждения и их структурные подразделения, оказывающие специальный уход за новорожденными. Родильный дом или акушерское

отделение с количеством родов до 2000 в год, отделение 2-го этапа выхаживания новорожденных, педиатрическое отделение.

ЗАДАЧИ:

Обеспечение необходимого объема медицинской помощи женщинам и новорожденным при осложнениях беременности и родов прикрепленных территорий, направления пациентов в медицинские учреждения 3-го уровня, а также оказания объема помощи 1-го уровня населению своего района обслуживания.

Акушерский стационар 2-го уровня обеспечивается круглосуточным дежурством врача акушера-гинеколога. Районная больница, имеющая в своем составе акушерское отделение II уровня, обеспечивает круглосуточную анестезиолого-реанимационную помощь роженицам, родильницам, новорожденным.

В акушерском стационаре обеспечивается совместное пребывание новорожденных с матерями и внедрение принципов грудного вскармливания. В отделении новорожденных акушерского стационара для детей, которые по своему состоянию не могут находиться с матерями, организовываются и в обсервационном блоке. Для оказания своевременной медицинской помощи тяжелым новорожденным в акушерском стационаре организовывается отделение (палата) неонатальной интенсивной терапии и реанимации.

Заведующие отделениями новорожденных, акушерского стационара, педиатрических отделений несут ответственность за своевременность и полноту скрининга на ФКУ и ГТ, в том числе и новорожденным, переведенным из медицинских учреждений 1-го уровня.

3-й уровень – ЛПУ (областной родильный дом, областная детская больница).

ЗАДАЧИ:

Оказание медицинской помощи любой степени сложности беременным, роженицам, родильницам, новорожденным, а также оказание первичной акушерской и неонатальной помощи на территории обслуживания. В родовспомогательных учреждениях 3-го уровня максимально обеспечивается совместное пребывание матери и ребенка, внедряются принципы грудного вскармливания. В стационаре 3-го уровня организуется отделение неонатальной интенсивной терапии и реанимации. Приказом начальника управления охраны здоровья определены показания для направления беременных с отягощенным течением беременности для родоразрешения в 37-38 недель беременности в межрайонные перинатальные центры 2-го и 3-го уровней.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Реализация положений приказа показала, что наряду с медицинскими показаниями, существует и экономическая необходимость изменений в системе работы родовспомогательных учреждений области. Так, задача обеспечения безопасных родов, рождения здорового ребенка на фоне роста заболеваемости и снижения рождаемости зачастую выполняема лишь путем применения высокочрезвычайно затратных перинатальных технологий.

Применение подобных технологий в каждом родильном отделении на данном этапе реформирования отрасли экономически недостижимо и, возможно, нецелесообразно. В этих условиях идея концентрации квалифицированных "сил" и современных перинатальных "средств" в определенных перинатальных центрах представляется наилучшей. Сразу следует подчеркнуть, что само по себе создание современных перинатальных центров, без изменений в организации работы ЖК, а также ТМО в целом, серьезных практических результатов не приносит. Только четко и слаженно работающая система взятия на диспансерный учет в ЖК, оздоровления, определения риска предстоящих родов, дородовой госпитализации, направления и плановой транспортировки беременной в соответствующий перинатальный центр позволяет влиять на безопасность и исход родов. Важно также понимать, что система разноуровневой перинатальной помощи эффективно работает лишь при максимальном обеспечении "плановости" и преемственности в работе с беременными.

В качестве примера приведем организацию разноуровневой системы перинатальных центров Гродненской области. Согласно разработанной схеме, квалифицированная акушерская и неонатальная помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным оказывается в перинатальных центрах 3 уровней. К акушерским стационарам перинатальных центров I уровня относятся акушерские и акушерско-гинекологические отделения ЦРБ с числом родов до 400 в год, их в области – 13.

К акушерским стационарам перинатальных центров II уровня относятся акушерские отделения ЦРБ с числом родов более 400 в год, расположенные в наиболее крупных районах области, таких центров – 3 (г. Волковыск, г. Лида, г. Ошмяны).

Стационарами перинатальных центров III уровня в Гродненской области является ГКРД и ДОКБ.

Всякий практикующий врач акушер-гинеколог знает, что любые благоприятно протекающие роды способны серьезно осложниться. Плановая ситуация может стать экстренной. Поэтому структура и организация работы акушерского стационара вне зависимости от принадлежности к перинатальному уровню носит общие черты (рис. 6.2).

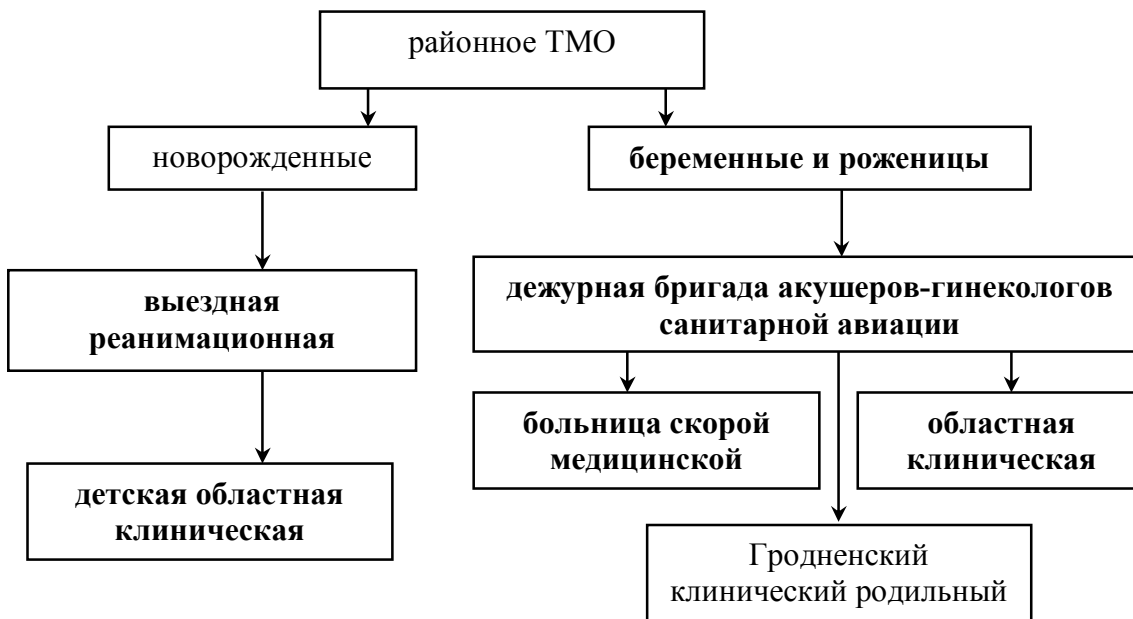


Рис. 6.2. Алгоритм организации экстренной транспортировки беременных, рожениц, новорожденных.

Исторически в акушерском стационаре сложилась строго определенная структура, позволяющая эффективно оказывать помощь при беременности, в родах, послеродовом периоде женщинам, новорожденным, а так же гинекологическим больным. Она включает в себя приемно-пропускной блок, физиологическое акушерское отделение, наблюдательное акушерское отделение, отделение патологии беременных, отделение для новорожденных, гинекологическое отделение.

Физиологическое акушерское отделение обычно составляет 50-55 % от общего числа акушерских коек, ОПБ – 30 % акушерских коек, наблюдательное отделение – 20-25 % от общего числа акушерских коек, отделение для новорожденных – 105-107 % коек послеродового отделения.

В последние годы рост экстрагенитальной патологии, осложнений беременности наряду с уменьшением числа родов диктует увеличение числа коек ОПБ до 40-50 % от числа акушерских коек. Тенденция к изменениям в эпидемиологической ситуации (педикулез, чесотка, туберкулез, ВИЧ), рост числа носителей болезней, передающихся половым путем, и другие факторы делают целесообразным увеличение числа коек наблюдательного отделения за счет сокращения коек физиологического отделения.

На практике в небольших ЦРБ функционируют объединенные акушерско-гинекологические отделения. Однако и в таких отделениях строго соблюдается вышеизложенный структурный принцип. Роль ОПБ могут выполнять палаты патологии беременных, роль наблюдательного отделения – отдельные палаты предельно изолированные от других помещений. Наличие второго раздела является обязательным условием функционирования такого отделения. Принцип изоляции здоровых беременных, рожениц, родильниц от больных должен непременно учитываться при структурном размещении всех помещений родильного дома.

Высокое качество работы акушерско-гинекологического стационара может быть достигнуто лишь при условии тщательно продуманной организации и хорошо отлаженной работы всех его составных звеньев. Поскольку любой, даже незначительный организационный просчет, как правило, оборачивается тяжелыми либо необратимыми последствиями для матери и плода.

Показаниями для госпитализации в наблюдательное акушерское отделение являются:

- острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.), проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний (пневмония и др.) в случае отсутствия в населенном пункте специализированного акушерского стационара;
- лихорадочные состояния (температура тела выше 37,6 градусов) при отсутствии клинически выраженных других симптомов;
- длительный безводный период (излитие околоплодных вод за 12 и более часов до поступления в стационар);
- внутриутробная гибель плода;
- грибковые заболевания волос и кожи, кожные заболевания другой этиологии (дерматит, экзема, псориаз и др.);
- гнойно-воспалительные поражения кожи, подкожно-жировой клетчатки;
- острый и подострый тромбоз;
- острый пиелонефрит, другие инфекционные заболевания мочевыделительной системы в стадии обострения;
- проявления инфекции родовых путей (кольпит, бартолинит, остроконечные кондиломы, хориоамнионит и др.);
- клиническое или лабораторное подтверждение инфекции с высоким риском внутриутробного заражения плода (токсоплазмоз, листериоз, цитомегалия, краснуха, герпес, сифилис, гонорея, ВИЧ-инфекция и др.);
- туберкулез любой локализации;
- диарея;
- ранний послеродовой период (24 часа) в случае родов вне акушерского стационара;
- остеомиелит;
- свищи;
- отсутствие медицинской документации (обменная карта) или неполное обследование беременной в условиях ЖК.

Переводу в наблюдательное отделение из других отделений подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

- повышение температуры тела в родах до 38° градусов и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
- лихорадку неясного генеза (температура тела до 37,5° градусов), продолжающуюся более одних суток;
- установленный диагноз послеродового воспалительного заболевания (эндометрит, мастит, раневая инфекция и др.);
- проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (ОРВИ, ангина, герпес и др.).

В наблюдательное отделение поступают и находятся новорожденные:

- родившиеся в этом отделении;
- матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в наблюдательное;
- родившиеся вне акушерского стационара;
- переведенные из родильного блока с клиникой врожденной инфекции;
- "отказные" дети, подлежащие усыновлению или переводу в лечебные стационары и дома ребенка.

В случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение вместе с ним переводят и его мать.

Психопрофилактическую подготовку к родам и медикаментозное обезболивание проводят врач анестезиолог-реаниматолог, опытная анестезистка или специально обученная акушерка. Допустимо применение анальгетиков, транквилизаторов, анестетиков, их сочетаний, а также наркотических веществ. В то же время необходимо помнить о принципе разумной достаточности, индивидуально подходить к психике и ощущению болевого порога каждой роженицы.

В наши дни приветствуется присутствие в течение первого периода родов мужа, либо доверенного лица. Присутствие доверенного лица на втором периоде родов требует его специальной дородовой подготовки.

Палата интенсивного наблюдения предназначена для беременных и рожениц с наиболее тяжелыми формами осложнений беременности (преэклампсия, эклампсия) или экстрагенитальных заболеваний. В родзале должна быть подводка кислорода, иметься в наличии набор для дыхательной реанимации новорожденного, укладки неотложной помощи при экстренных состояниях в акушерстве, необходимый инструментальный и приспособления. Особо следует отметить важность поддержания оптимального температурного режима в родзале.

В наблюдательном отделении оказывают медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с заболеваниями, которые могут являться источниками инфекции и представлять опасность для окружающих.

Древняя поговорка "предупрежден – значит вооружен" справедлива и для акушерства. К сожалению, нередко клиническая ситуация складывается непредсказуемо, а ее развитие может носить молниеносный характер. Это диктует необходимость иметь четкую систему оказания экстренной помощи пациентам родильного дома. В Гродненской области она представлена в виде схемы организации экстренной консультативной помощи (рис. 6.3).

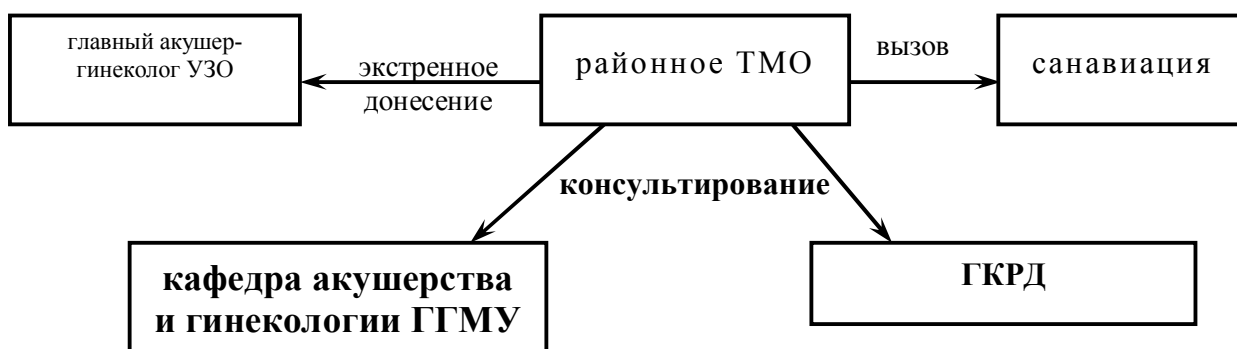


Рис. 6.3. Алгоритм организации экстренной консультативной помощи беременным и роженицам.

Опыт показывает, что отработанная система организации неотложной помощи должна быть регламентирована нормативными документами, и периодически прорабатываться с персоналом родовспомогательного стационара в виде ситуационных задач.

В оснащение родового блока в обязательном порядке должно входить централизованная (или местная) подводка кислорода и закиси азота, анестезиологическое оборудование (наркозно-дыхательная аппаратура, ларингоскопы, набор интубационных трубок, воздухопроводы и др.), электроотсос хирургический, наборы для венепункции, венесекции, катетеризации вен и артерий, набор для трахеотомии, системы одноразовые, стерильные для переливания крови и кровезаменителей, шприцы разовые, стерильные, наборы стерильного шовного, перевязочного материала, белья, инструментария для немедленного приема родов, оперативного родоразрешения и хирургического лечения, мониторы для полноценного обеспечения контроля состояния жизненно важных функций организма пациентов.

Выделяют следующие виды мониторинга состояния беременной и плода:

1. Визуально-аускультативный.
2. Приборный.
3. Компьютерный.

Согласно вида мониторинга, следует проводить регистрацию следующей группы показателей:

- ЭКГ и ЧСС;
- АД и ЦВД;
- сердечный выброс;
- ЧДД;
- маточные сокращения;
- периферическая реограмма, фотоклетизмограмма, пульсоксиметрия;
- кардиотокограмма;
- почасовой (минутный) диурез.

Для новорожденных необходимо иметь пеленальный стол с подогревом, источник лучистого тепла, электроотсос с набором катетеров, аппарат для проведения ИВЛ, реанимационный набор (детский ларингоскоп, набор интубационных трубок), инфузионные насосы, открытую реанимационную систему, кювез для недоношенных новорожденных, автоматические весы, наборы стерильного материала и инструментария для вторичной обработки пуповины.

Тактика действий медицинского персонала в родильном доме (отделении) представлена на рис. 6.4.

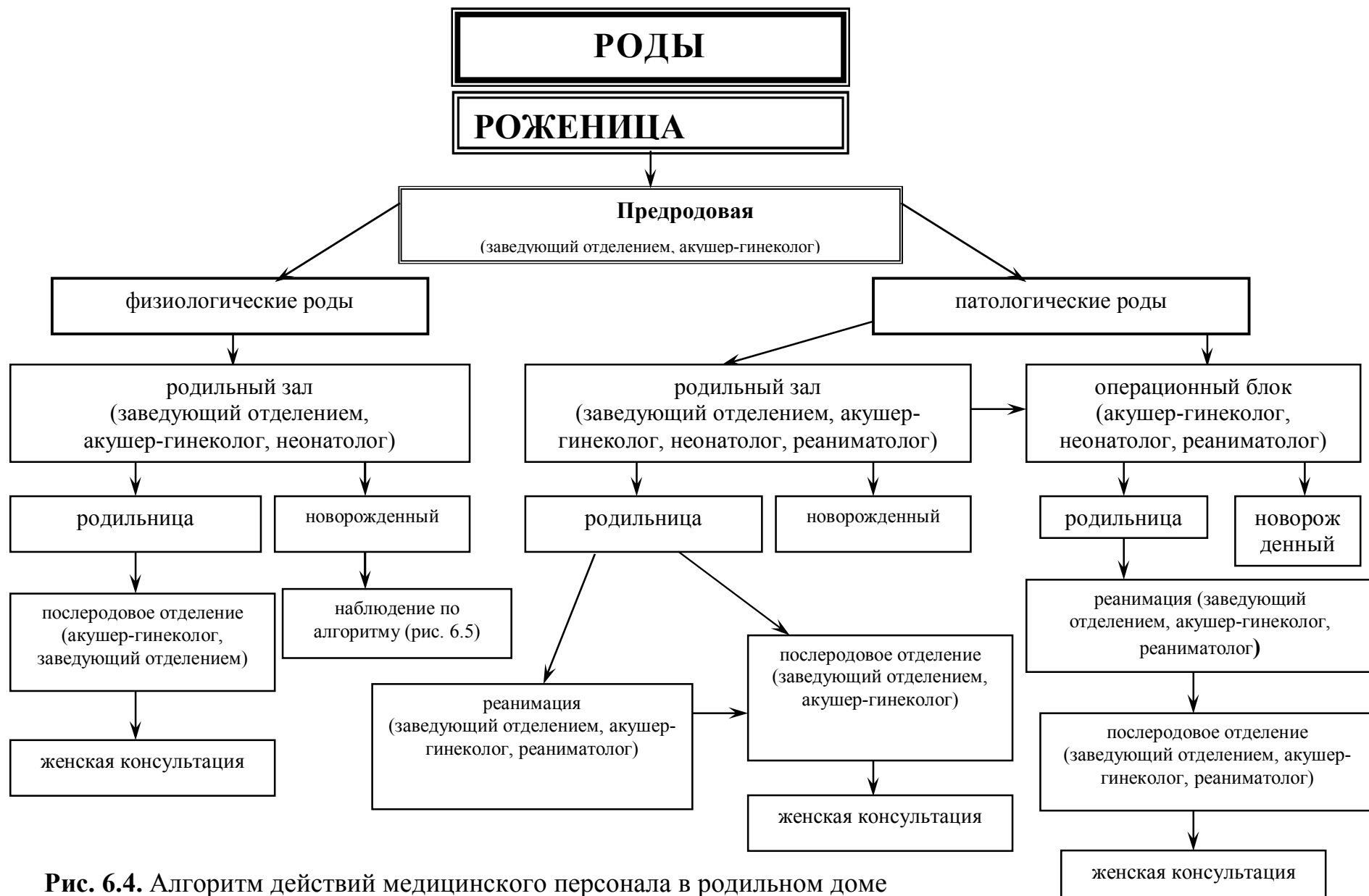


Рис. 6.4. Алгоритм действий медицинского персонала в родильном доме

В функциональных обязанностях медперсонала родовспомогательного учреждения должны быть учтены следующие положения:

1. Заведующий отделением, ответственный дежурный врач:

- возглавляет осмотр (больной) беременной;
- определяет объем лабораторных и инструментальных методов исследования для установления диагноза и оценки состояния функции жизненно важных органов матери и плода;
- принимает решение по тактике ведения больной и определяет этапность госпитализации (родово-операционный блок, палата интенсивной терапии, реанимационное отделение и др.);
- определяет необходимость вызова на себя консультантов-специалистов;
- совместно с врачом-анестезиологом определяет объем, последовательность медикаментозной терапии на этапе подготовки к родоразрешению, в родах, в послеродовом периоде;
- определяет и контролирует выполнение функциональных обязанностей персонала;
- назначает врача-трансфузиолога;
- усиливает отделение вызовом на себя (в дежурное время – заведующего отделением), заместителя главного врача по акушерско-гинекологической помощи и детству и родовспоможению, старшей акушерки и др.;
- обучает медперсонал методам неотложной терапии.

2. Врач-анестезиолог-реаниматолог:

- обеспечивает интенсивное наблюдение – мониторинг за функцией органов и систем жизнеобеспечения;
- проводит пункцию и катетеризацию артерий и вен, ИВЛ, корректирующую инфузионно-трансфузионную лекарственную терапию для обеспечения нормального функционирования организма матери и плода;
- осуществляет подготовку больной к анестезии и выбор оптимального метода обезболивания;
- оценивает в динамике состояние больной и эффективность проводимого лечения по клиническим и лабораторным данным (лист интенсивного наблюдения и лечения);
- вызывает на себя заведующего анестезиологическим или реанимационным отделением;
- обучает персонал методам неотложной помощи.

3. Врач, ответственный за службу крови в отделении:

- осуществляет отбор и постоянный контроль за группой резервных доноров из числа сотрудников;
- осуществляет текущий контроль за наличием и правильностью хранения необходимого запаса консервированной крови, кровезаменителей, препаратов крови, сывороток для определения групп крови, резус-фактора и т.д.;
- поддерживает контакт с отделением переливания крови больницы и городской (областной) станции переливания крови;
- проводит обучение кадров навыкам гемотрансфузионной терапии.

4. Старшая акушерка отделения:

- осуществляет контроль за исправностью аппаратуры и оборудования;
- обеспечивает необходимый запас лекарственных средств, стерильного инструментария и перевязочного материала, белья;
- проводит обучение младшего и среднего медицинского персонала соответствующим навыкам по оказанию неотложной помощи женщине и ребенку;
- по указанию заведующего отделением выполняет функции операционной сестры, акушерки родовой и др.

5. Акушерка приемного покоя:

- осуществляет вызов на себя заведующего отделением (ответственного дежурного врача);
- до прихода врача:
 - проводит осмотр женщины и оценку тяжести ее состояния;
 - оказывает доврачебную помощь (рациональное положение больной, освобождение дыхательных путей, масочная ингаляция кислорода, пособие в родах);
- обеспечивает транспортировку больной внутри отделения;
- по указанию заведующего отделением (ответственного дежурного врача):
 - обеспечивает вызов консультантов-специалистов;
- осуществляет преемственность с лабораторной службой по обратной связи.

Все родовспомогательные учреждения должны быть укомплектованы аптечками посиндромной терапии для купирования экстренно возникших осложнений в течение беременности, родов и послеродового периода (анафилактический шок, эклампсия, преэклампсия, эмболия околоплодными водами, акушерское кровотечение).

Необходимо иметь конкретных исполнителей на каждом рабочем месте, что способствует четкой и своевременной организации экстренной медицинской помощи беременным и родильницам и предотвращению материнских и младенческих потерь.

Мероприятия по оказанию медицинской помощи новорожденному должны начинаться непосредственно в родильном зале.

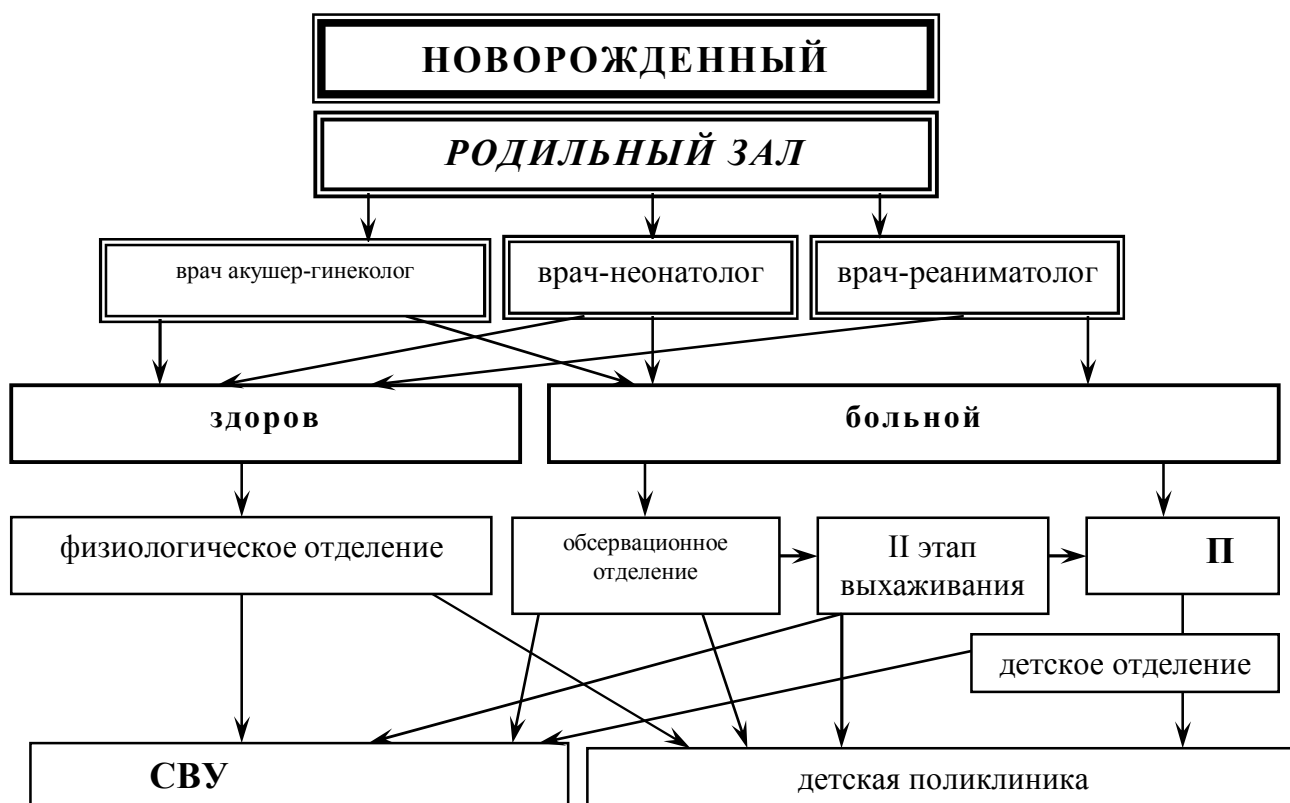


Рис. 6.5. Алгоритм оказания медицинской помощи новорожденному.

После рождения врач акушер-гинеколог и врач-неонатолог осуществляют следующие мероприятия:

- оценивают состояние новорожденного;
- проводят освобождение верхних дыхательных путей;
- осуществляют оценку по шкале Апгар на 1 и 5 минутах;
- налаживают поддержание температуры тела;
- проводят клемирование и пересечение пуповины;
- осуществляют скрининговое обследование на ФКУ и гипотиреоз.

Важно при первичной реанимации новорожденных после кесарева сечения учесть оценки плацентарной трансфузии и наркозной депрессии плода.

Всем новорожденным проводится мониторинг основных жизненно важных функций. При этом используются частота сердцебиения, частота дыхания, артериальное давление, температура тела, исследование крови, УЗ-скрининг.

После оценки состояния здоровья новорожденного важно определить прогноз на последующий период и тактику лечения. Для этого новорожденные разделяются по группам риска:

1. Группа "риска" по развитию ДВС. К ней относятся:

- дети с интранатальной гипоксией, после отслойки плаценты, родов в тазовом предлежании;
- новорожденные с СДР;
- недоношенные.

Имеется прямая связь частоты возникновения ДВС с тяжестью гипоксии плода и новорожденного. Нарушение гемостаза у новорожденных сохраняется дольше их

клинических проявлений. При неблагоприятном течении ДВС у недоношенных детей чаще возникают внутричерепные кровоизлияния, у доношенных – паренхиматозные кровотечения.

2. Группа "риска" по развитию неврологических нарушений.

- новорожденный, родившийся на фоне острой и хронической внутриматочной гипоксии;

- недоношенные дети.

3. Группа "риска" по инфицированию – определяется согласно наличия следующих факторов:

- острое или обострение хронических заболеваний матери, особенно в последние 3 месяца беременности;

- длительный безводный период, затяжные роды;

- инфекция у матери во время и после родов (эндометрит, кольпит и др.).

4. Группа "риска" по возникновению трофических нарушений:

- недоношенные;

- незрелые дети.

5. Группа "риска" по возникновению анемии:

- кесарево сечение;

- преждевременная отслойка плаценты;

- ГБН;

- дети от многоплодной беременности;

- ВПС, анемия у матери;

- поздние токсикозы беременности и др.

6. Группа "риска" по возникновению ВПР:

- отягощенный генеалогический анамнез.

7. Группа социального "риска":

- неполные семьи;

- семьи с неблагоприятными жилищно-бытовыми и материальными условиями;

- новорожденные из многодетных семей;

- семьи, злоупотребляющие алкоголем.

Наблюдение за детьми из группы "риска" осуществляется по индивидуальной схеме, учитывая общие рекомендации по наблюдению за детьми данной группы риска и индивидуальных особенностей ребенка, сочетания факторов окружающей ребенка среды.

Основными критериями, свидетельствующими о жизнеспособности новорожденного ребенка, являются масса тела, длина тела, окружность головы, груди, нормальное функционирование жизненно-важных органов и систем, способность к адаптации в условиях внешней среды.

Выделяют здоровых детей, детей, имеющих незначительные отклонения в состоянии здоровья – группа риска, больных детей.

Рождение больных детей в ЛПУ I уровня, не имеющих новейшего медицинского оборудования, является "катастрофой" для новорожденных.

В современных условиях строго обязательным является ведение родов врачом акушером-гинекологом. Участие врача анестезиолога-реаниматолога на каждом родах

– важное условие их успеха. На II периоде патологических родов должен присутствовать врач-неонатолог. Данное требование должно строго соблюдаться и на I уровне оказания перинатальной помощи при условии наличия данных специалистов. В роддомах II и III перинатального уровня обязательным является присутствие неонатолога и реабилитолога на каждом родах.

Присутствие на родах неонатолога и врача-реаниматолога позволяет:

- дать полную оценку тяжести состояния новорожденного;
- в максимально ранние сроки начать проведение реанимационных мероприятий матери и ребенка;
- проводить адекватные реанимационные мероприятия;
- при необходимости в максимально ранние сроки созвать консилиум для решения вопроса по дальнейшей тактике ведения новорожденного;
- оказать адекватное анестезиологическое пособие родильнице.

Учитывая отсутствие детской реанимации в районных ЦРБ, врачам-реаниматологам необходимо пройти обучение по реанимации новорожденных.

Важным фактором, позволяющим снизить смертность новорожденных, является транспортировка, которая в идеальном варианте осуществляется в самом лучшем кювезе, "в утробе матери", в специализированное учреждение, где сконцентрированы высококвалифицированные кадры и специальная медицинская аппаратура. Транспортировка новорожденного может быть неотложной или плановой. При установлении показаний к перевозке, производится вызов по телефону выездной неонатальной реанимационной бригады. Алгоритм организации экстренной консультативной помощи новорожденным представлен на рис. 6.6.

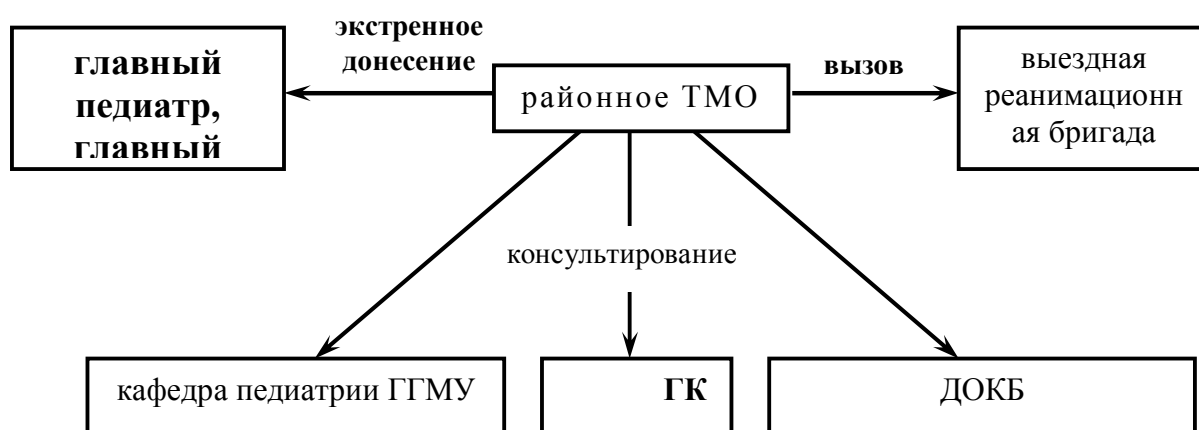


Рис. 6.6. Алгоритм организации экстренной консультативной помощи новорожденным.

До прихода транспорта оказывается весь возможный на данном уровне оказания перинатальной помощи комплекс неотложных мероприятий, согласованный по телефону с дежурным неонатологом санавиации, обследование и лечение.

Здоровый новорожденный поступает в физиологическое отделение. Больные новорожденные в зависимости от тяжести состояния поступают в наблюдательное отделение или в палату интенсивной терапии.

Состояние здоровья новорожденных определяет дальнейший перевод их в отделения родильного дома:

- II этап выхаживания в ДОКБ;
- специализированное отделение ДОКБ;
- детское отделение ДОКБ.

Возможность перевода новорожденного из одного стационара в другой определяют состоянием ребенка, возможностью проведения реанимационных мероприятий и поддержанием жизнедеятельности при перевозке.

Наличие современного оснащения выездной неонатальной реанимационной бригады, ее четкая организация работы, высокая квалификация специалистов позволили в 2000 году в Гродненской области уменьшить число умерших при транспортировке до 0, досуточную летальность детей первого года жизни, поступивших в ДОКБ до 5,4.

ГЛАВА 7. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Сложившаяся в последние годы социально-экономическая ситуация требует от всех медицинских работников не только напряженного труда по внедрению новых отраслевых технологий, но и использования экономических методов управления, совершенствования контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений и состоянием исполнительской дисциплины.

Полная ответственность руководителя и умелое сочетание демократичности управления с высокой исполнительской дисциплиной – вот критерии, по которым УОЗ Гродненского облисполкома оценивает каждого, кто возглавляет медицинский коллектив. Именно так ставится вопрос на коллегии УОЗ, где дается оценка уровня ответственности каждого за порученный участок работы и определяются меры по улучшению положения дел.

Построение системы контроля в службе родовспоможения было начато УОЗ с 1997 года с оценки состояния дел в гор(рай)ТМО. Это позволило пересмотреть роль главных специалистов УОЗ - акушера-гинеколога и педиатра - в сфере управления службой на местах, оказании организационно-методической и консультативной помощи.

Начиная с 1997 года, УОЗ ежегодно обновляет и предоставляет в адрес главных врачей ЛПУ перечень контрольных инструктивно-методических документов по АГС с указанием формы контроля и кратности предоставления необходимой информации, который непосредственно утверждается начальником управления.

ПЕРЕЧЕНЬ
контрольных инструктивно-методических документов
по акушерско-гинекологической службе

№ п / п	Инструктивно-методические документы	Кратность исполнения
1	2	3
1.	Приказ МЗ СССР № 430 "Об организации диспансерного наблюдения за беременными и гинекологическими больными".	ежеквартально до 10 числа
1	2	3
2.	Приказ МЗ РБ № 66 от 02.04.93 г. "О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в РБ".	контроль
3.	Приказ МЗ РБ № 138 от 20.07.93 г. "О совершенствовании работы кожно-венерологической службы в РБ".	контроль
4.	Приказ МЗ РБ № 71 от 05.04.94 г. "О порядке проведения операций искусственного прерывания беременности".	контроль
5.	Приказ МЗ РБ № 178 от 21.12.95 г. "О профилактике внутриутробных заболеваний у новорожденных и родильниц".	контроль
6.	Приказ УОЗ № 93 от 16.04.96 г. "Об активизации работы по сдерживанию роста заболеваемости населения венерическими заболеваниями".	контроль
7.	Приказ УОЗ № 249 от 01.09.97 г. "О проведении оперативного контроля за уровнем перинатальной и младенческой, материнской смертности".	ежемесячно
8.	Приказы МЗ РБ № 201 от 04.08.97 г. и УОЗ № 314 от 29.10.97 г. "Об изменении и дополнении в организации работы по профилактике ВИЧ-инфекции в ЛПУ области".	контроль
9.	Приказ МЗ РБ № 24 от 25.02.98 г. "Об улучшении выявления венерических заболеваний урологами и акушерами-гинекологами".	ежеквартально до 10 числа
10.	Приказ УОЗ № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению".	ежеквартально до 10 числа
11.	Приказ УОЗ № 197 от 03.06.98 г. "О выполнении приказа МЗ РБ № 24 от 25.02.88 г. акушерами-гинекологами Волковысского и Ивьевского районов".	контроль
12.	Приказ МЗ РБ № 202 от 14.07.98 г. "О мерах по предупреждению осложнений при переливании крови, ее компонентов, препаратов и кровозаменителей".	контроль
13.	Приказ УОЗ № 283 от 04.08.98г. "О мерах по укреплению репродуктивного здоровья в области".	контроль
14.	Приказ УОЗ № 89 от 16.08.98 г. "О совершенствовании ранней диагностики и лечения предопухолевых заболеваний и рака молочной железы в Гродненской области".	контроль
15.	Приказ УОЗ № 383 от 11.11.98 г. "Об организации паразитологического обследования населения".	контроль
16.	Сборник нормативных документов по проблеме ВИЧ, СПИД № 351 от 16.12.98 г.	контроль
17.	Приказ УОЗ № 460 от 30.12.98 г. "О ходе выполнения приказа УОЗ № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению".	контроль
18.	Приказ УОЗ № 59 от 15.02.99 г. "О совершенствовании интеграции терапевтической, акушерско-гинекологической и педиатрической	ежеквартально до 10 числа

	служб на уровне первичной медико-санитарной помощи в Гродненской области".	
19.	Решение коллегии УОЗ "О ходе выполнения приказа УОЗ № 59 от 15.02.99 г. "О совершенствовании интеграции терапевтической, акушерско-гинекологической и педиатрической служб на уровне первичной медико-санитарной помощи в Гродненской области" в Дятловском и Зельвенском районах".	контроль
20.	Приказ УОЗ № 84 от 03.03.99 г. "О деятельности коммерческих медицинских структур".	контроль
21.	План мероприятий УОЗ по реализации решения заседания ЛКС МЗ РБ "О состоянии младенческой и материнской смертности и мерах по ее снижению" от 23.03.99 г.	контроль
1	2	3
22.	Приказ УОЗ № 193 от 27.05.99 г. "О порядке госпитализации больных в стационарах города".	контроль
23.	Приказ УОЗ № 230 от 17.06.99 г. "О совершенствовании учета врожденных пороков развития в ЛПУ Гродненской области".	контроль
24.	Приказ УОЗ и ГГМУ № 263/98-Л-1 от 12.07.99 г. "Об усилении контроля за проведением мероприятий по снижению и профилактике младенческой и перинатальной смертности в области".	контроль
25.	План мероприятий УОЗ по реализации решений коллегии МЗ РБ № 10 от 25.08.99 г. "О мерах по улучшению оздоровления женского населения РБ".	контроль
26.	Приказ УОЗ № 373 от 08.10.99 г. "О порядке хранения, учета и отпуска ядовитых, нарколологических лекарственных средств".	контроль
27.	Приказ УОЗ и ГГМУ № 30/16 от 27.01.2000 г. "О совершенствовании порядка разбора, анализа и контроля за уровнем перинатальной и младенческой смертности в ЛПУ области".	постоянно
28.	Приказ УОЗ № 33 от 01.02.2000 г. "Об организации оказания медицинской помощи больной К. в ГОКБ".	контроль
29.	Приказ УОЗ № 55 от 14.02.2000 г. "О мерах по улучшению работы акушерско-гинекологической службы области по исполнению приказа МЗ РБ № 27-А от 25.01.2000 г. "О недостатках в оказании медицинской помощи родильнице в г. Молодечно".	контроль
30.	Приказ УОЗ № 103 от 07.03.2000 г. "О порядке направления беременных с сердечно-сосудистой патологией в Республиканский Центр для беременных с сердечно-сосудистой патологией".	контроль
31.	Приказ УОЗ и ГГМУ № 118/48 от 17.03.2000 г. "О совершенствовании курации акушерско-гинекологической службы кафедрами акушерства и гинекологии ГГМУ".	
32.	Приказ УОЗ и ГГМУ № 117/49 от 17.03.2000 г. "О некоторых изменениях в представлении ежеквартальной отчетности по акушерско-гинекологической и перинатальной службам".	контроль
33.	План мероприятий УОЗ по реализации решения ЛКС МЗ РБ № 5 от 27.04.2000 г. "О состоянии материнской смертности в РБ за 1-ый квартал 2000 г.".	контроль
34.	Информационное письмо УОЗ № 06-07/871 от 28.04.2000 г. и приказ МЗ РБ № 187-А от 18.04.2000 г. "О создании при МЗ РБ постоянно действующей комиссии по служебному расследованию случаев материнской смертности".	контроль
35.	Приказ УОЗ № 216 от 17.05.2000 г. "О внесении изменений в приказ УОЗ № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи".	контроль
36.	Приказ УОЗ и ГГМУ № 137/61 от 29.08.2000 г. "О	контроль

	совершенствовании порядка проведения операций искусственного прерывания беременности в Гродненской области".	
37.	Решение ЛКС УОЗ от 18.10.2000 г. "О выполнении приказа МЗ РБ № 212 от 22.06.98 г. "Об укреплении репродуктивного здоровья населения" в Кореличском и Новогрудском районах".	контроль
38.	План мероприятий УОЗ от 08.02.2001 г. "О реализации решения ЛКС МЗ РБ № 12 от 13.12.2000 г. "О состоянии неонатальной службы".	контроль
39.	Приказ № 223 от 31.05.2001 г. "О внесении изменений в приказ МЗ ОБ № 351 от 16.12.98 г. "О пересмотре ведомственных нормативных актов, регламентирующих вопросы по проблеме ВИЧ/СПИД".	контроль
40.	Приказ УОЗ № 233 от 06.06.2001 г. "О совершенствовании профилактических и параллельных осмотров и улучшения диагностики и лечения предопухолевых заболеваний в Гродненской области".	контроль
41.	Решение коллегии УОЗ № 9/3 от 13.07.2001 г. "О ходе выполнения приказа УОЗ № 283 от 04.08.98 г. "О мерах по улучшению репродуктивного здоровья в области в Ивьевском и Вороновском районах".	контроль
42.	План мероприятий УОЗ от 01.08.2001 г. по выполнению протокола поручений заседания расширенного состава постоянно действующей комиссии по служебному расследованию случаев материнской смертности.	контроль
43.	Решение коллегии УОЗ № 10/6 от 14.08.2001 г. "О ходе выполнения комплексной областной программы по снижению перинатальной и младенческой смертности в районах с повышенным ее уровнем".	контроль
44.	План мероприятий УОЗ Гродненского облисполкома от 30.08.2001 г. по реализации решения облисполкома № 361 от 18.07.2001 г. "О мерах по реализации Национального плана действий по обеспечению гендерного равенства на 2001-2005 г.г.".	ежегодно до 15 декабря
45.	Информационное письмо УОЗ № 06-03/2707 от 17.12.2001 г. по реализации решения ЛКС МЗ РБ № 10 от 23.11.2001 г. "О состоянии младенческой смертности в РБ за 9 месяцев 2001 г.".	контроль
46.	Решение ЛКС УОЗ № 4 от 21.02.2002 г. "О ходе выполнения приказа УОЗ № 177 от 26.05.2000 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению".	
47.	Информационной письмо УОЗ № 06-03/2510 от 23.11.2002 г. по реализации решения ЛКС МЗ РБ № 9 "О состоянии динамического наблюдения женщин группы резерва родов в РБ".	контроль
48.	Протоколы (стандарты) обследования и лечения гинекологических больных с амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.	контроль

Для организации своевременного и четкого контроля за исполнением требований нормативных документов УОЗ разработан контрольный лист, что позволило достичь соблюдения сроков и кратности представления в управление необходимой информации по исполнению всех видов контролируемых решений и приказов.

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ

по контролю за _____

№ п/п	Дата	Наименование документа	Ответственный исполнитель	Срок исполнения	Отметка об исполнении	Снято с контроля

Периодический контроль за деятельностью АГС в области обеспечивался:

- оказанием плановой консультативной и инструктивно-методической помощи;
- подготовкой вопросов для рассмотрения на коллегии, ЛКС, Совете по перинатологии управления;
- согласованием годовых планов работы АГС ТМО в УОЗ;
- подготовкой вопросов о состоянии здравоохранения в районах на совместных заседаниях УОЗ и райисполкомов;
- разбором и рецензированием в УОЗ и на кафедрах акушерства и гинекологии и педиатрии ГГМУ всех случаев МлС и ПС;
- проведением ежеквартального системно-структурного анализа причин ПС и МлС;
- ежеквартальным приемом отчетов и анализом деятельности АГС ЛПУ с последующей компьютерной обработкой данных;
- изданием областных статистических сборников, аналитических таблиц по АГС.

Разработка универсальной программы-памятки по проверке состояния организации медицинского обслуживания населения в районах области и алгоритма действий акушеров сельских врачебных участков и фельдшеров ФАПов по оказанию помощи женщинам, гинекологическим больным, проведению профилактических мероприятий позволили унифицировать подходы к оценке состояния службы и организации контроля за ее деятельностью.

ПРОГРАММА-ПАМЯТКА **по проверке состояния организации** **медицинского обслуживания населения**

I. Цели и задачи проверки.

Углубленное изучение состояния организации медицинского обслуживания населения с последующей выработкой мер по совершенствованию качества оказания медицинской помощи и достижению ее доступности.

Решение вопросов наиболее рационального обеспечения и использования ресурсов и финансирования.

Принятие своевременных управленческих решений.

Координация деятельности всех служб взаимодействия с местными органами управления.

Проведение кадровой и инвестиционной политики.

Определение перспективы развития.

II. Процесс проверки должен включать следующий объем работы по разделам деятельности.

Наличие основного директивного документа, регламентирующего выполнение проверяемого вопроса.

Должно быть рассмотрено принятое руководителем управленческое решение по исполнению поступившего документа, в том числе обеспечение надлежащего контроля исполнения. На местах должен быть издан документ с учетом местных условий и возможностей. В случае, если вопрос заслушивался ранее, должна быть представлена информация когда, на каком уровне был заслушан вопрос, какое принято решение, как оно выполнено за данный период времени, указать причину его невыполнения.

В ходе проверки дается оценка состояния здравоохранения на текущий период включая: кадровое, финансовое, материально-техническое обеспечение, принятые меры по укреплению и развитию материально-технической базы, финансовой и трудовой дисциплины, проверить выполнение Декрета Президента Республики Беларусь от 26 июля 1999 года № 29 "О дополнительных мерах по совершенствованию трудовых отношений, укреплению трудовой и исполнительской дисциплины".

Анализ показателей здоровья населения с пояснением отклонений за последние 5 лет в сравнении со среднеобластными и среднереспубликанскими показателями.

В этот раздел включаются показатели деятельности служб (службы) или учреждения, исходя из того, что проверяется.

В обязательном порядке анализируется выполнение модели конечных результатов вообще учреждением и по службам (службе) с отражением и социально значимых показателей, контролируемых МЗ РБ.

Принятие и ход реализации комплексных и целевых программ, принятых планов мероприятий по их выполнению, контроль исполнения.

Внедрение новых форм медицинского обслуживания населения дневные стационары в поликлинических и амбулаторных учреждениях, палаты дневного пребывания в стационарах, стационары на дому, развитие платных услуг, финансирование по законченному случаю и др.

Изучение организации системы управления здравоохранением включает вопросы:

- подбор, расстановка руководящих кадров, их рациональное использование, формирование резерва;
- порядок аттестации;
- распределение функциональных обязанностей;
- наличие должностных инструкций;
- планирование работы;
- организация контроля исполнения организационно-распорядительных документов;
- принцип доведения плановых заданий и материальное стимулирование по результатам деятельности;
- организация приема посетителей и отчеты перед населением, анализ обращений населения.

Режим работы учреждений, начиная от ФАПов до графиков работы администрации, в том числе в выходные и праздничные дни, обратить внимание на административные дежурства.

Наличие информационного обеспечения населения о режиме работы учреждения и специалистов, особенно на ФАПах, СБУ.

Принцип этапности и преемственности оказания медицинской помощи на различных уровнях здравоохранения.

Работа районных специалистов по оказанию организационно-методической и консультативной помощи.

Использование областных, республиканских центров в плановом и экстренном порядке.

III. Стационарная помощь населению.

Обеспечение койками, рациональное использование коечного фонда, необходимость реструктуризации или перепрофилизации его с учетом медико-демографических показателей.

Выполнение функции врачебной должности в стационаре.

Порядок плановой и экстренной госпитализации, догоспитальное обследование.

Работа специализированных районных и межрайонных отделений.

Преемственность на всех этапах оказания медицинской помощи.

Организация наблюдения за тяжело больными дежурной службой в обычные, выходные и праздничные дни.

Прием и сдача дежурств.

Анализ проводимой экспертной оценки истории болезни на всех уровнях.

Организация консультаций, консилиумов, конференций.

Пользование протоколами обследования и лечения, согласно приказа МЗ РБ № 15 от 14.01.99 г.

При проверке в обязательном порядке сделать экспертную оценку не менее 50 историй болезни и анализ историй болезни умерших в стационаре (можно выборочно).

Экспертная оценка историй болезни предусматривает анализ в плане ведение медицинской документации, анамнез, обоснование диагноза и плана лечения, установление клинического диагноза в первые 3 суток, его правильная трактовка, осмотр заведующим отделением в 1-е сутки, обязательный и по показаниям объем обследования, обоснованность госпитализации и сроки лечения, консультации по показаниям, наблюдение лечащим врачом и дежурным службой (по необходимости), выполнение индивидуальной программы реабилитации, рекомендации лечащего врача после выписки из стационара.

Проведение устного и анкетного опроса пациентов и сотрудников.

Работа комиссии по этике.

Дать оценку лекарственного обеспечения, которая включает вопросы учета, хранения, обоснованности назначения и отпуска медикаментов по льготным рецептам, организованный предметно-количественный учет медицинских препаратов.

При этом особое внимание обратить на наличие жизненно-необходимых препаратов, учета хранения наркотических средств в соотношении с приказом МЗ РБ № 215 от 05.07.99 г. и УОЗ № 373 от 08.10.99 г. и использование медикаментов, поступивших по гуманитарной помощи.

Вопросы организации больничного питания включают:

- выполнение натуральных норм питания;
- наличие меню-раскладок, карточек замены блюд, соблюдение каллоража пищи, проведение бракеража блюд;
- санитарно-гигиенические условия хранения продуктов, приготовления блюд и состояния пищеблоков;
- вопросы организации работы раздаточных в отделениях;
- питание сотрудников;
- организация работы буфетов.

IV. Состояние амбулаторно-поликлинической помощи.

Режим работы амбулаторно-поликлинических учреждений (ФАП и другие).

Организация работы регистратуры, структурных подразделений, в том числе в выходные и праздничные дни.

Обратить внимания на вопросы численности населения на участке и укомплектованности врачами территориальных участков и проверить выполнение Декрета Президента Республики Беларусь от 26 июля 1999 года № 29 "О дополнительных мерах по усовершенствованию трудовых отношений, укреплению трудовой и исполнительной дисциплины".

Преимственность в работе между ЛПУ в ТМО и областными учреждениями.

Работа заведующих отделениями (консультации, консилиумы на дому, экспертная оценка работы врачей, конференции).

Сделать экспертную оценку 50 амбулаторных карт и выборочно амбулаторных карт умерших на дому, которая включает:

- уточненные диагнозы;
- обязательный осмотр на онкозаболевания, педикулез, микроспорию, чесотку;
- дата и анамнез взятия на диспансерный учет;

- диспансерное наблюдение (кратность, обследование по показаниям);
- экспертиза ВН и ее учет;
- учет выписанных льготных рецептов;
- трактовка и обоснование диагноза;
- у умерших проанализировать процесс наблюдения от начала заболевания до смерти и правильность оформления врачебного свидетельства о смерти и наличие посмертного эпикриза.

Контроль правильности выписывания врачебных свидетельств о смерти.

Выполнение функции врачебной должности.

Доведение плановых заданий, материальное стимулирование.

Выполнение модели конечных результатов.

Доведение плановых заданий, материальное стимулирование.

Выполнение модели конечных результатов.

Вопросы реабилитации больных и инвалидов.

Медикаментозное обеспечение амбулаторных больных.

Контроль за выпиской льготных рецептов.

Контроль со стороны заведующих отделениями за качеством ведения приема.

Одномоментное ВКК.

Вопросы диспансеризации.

V. Организация вопросов экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях.

VI. Анализ смертности населения на дому и летальность в стационаре по службам (по службе), ее структура.

VII. Организация службы реабилитации.

Реабилитация больных и инвалидов (полная, частичная).

VIII. Использование медицинского оборудования.

Процент неработающего медоборудования.

Причины неустановки приобретенного оборудования.

Нагрузка.

Соблюдение графиков поверки.

IX. Административно-хозяйственная деятельность.

Раздел включает вопросы:

- организации обходов в отделениях стационаров и поликлиник;
- условия пребывания больных в стационаре, дневном стационаре;
- соблюдение санитарно-технического и санитарно-эпидемиологического режима в ЛПУ;
- вопросы отпуска больных на выходные дни со снятием с довольствия;
- встреча родственников с лечащими врачами и другие вопросы условий пребывания в стационаре.

X. Сельское здравоохранение.

В ходе проверки определить политику администрации в отношении сохранения или сокращения сети сельских учреждений здравоохранения в сложившихся социально-экономических условиях.

Обратить внимание на вопросы, обеспечения стационарной, амбулаторно-поликлинической помощи жителей села, ее доступность, а также информационным обеспечением по директивно-исполнительской деятельности.

Отразить оказание организационно-методической и консультативной помощи районными специалистами медикам села.

Объем медицинских услуг на ФАПе, СВА, СУБ, их готовность к оказанию экстренной и плановой помощи жителям села, ведение медицинской документации выездной бригадой.

Организация медикаментозного обеспечения сельского населения и больничное питание в участковых больницах.

Провести экспертную оценку историй болезни, находящихся на лечении и умерших на дому и в стационаре.

Изучить преемственность в работе всех ЛПУ района.

Порядок направления больных в ЦРБ, областную больницу и консультативные центры и обратная связь (информация).

Выяснить главное – доступность в любое время суток.

Составить основные показатели здоровья сельского и городского населения, указать резервы в их снижении и стабилизации.

XI. При проверках необходимо обращать внимание на следующие вопросы.

Развитие первичной медико-санитарной помощи в плане использования врача общей практики.

Оказание стоматологической помощи.

Организация работы скорой медицинской помощи сельским и городским жителям.

При этом изучить, кто выезжает, через сколько времени после вызова, анализ качества и объема оказания медицинской помощи на дому, повторные вызова и их причина, анализ без результативных вызовов. Преемственность в работе ССП, стационаров, а также амбулаторно-поликлинических учреждений.

Изучить вопросы наступления смерти до приезда бригады, и в присутствии бригады.

Оснащение бригад и квалификацию врачебного и среднего медперсонала.

Анамнез и структуру выездов по территориальным терапевтическим участкам.

XII. Специалисты по организации здравоохранения должны дать общую оценку и предложения по совершенствованию управления системой здравоохранения, указать какие из используемых методов организации работы следовательно рассмотреть на область.

Сравнить представленные показатели со среднеобластными и среднереспубликанскими.

XIII. Проверку проводить с обязательным присутствием представителя администрации, со справкой должен быть ознакомлен главный врач ЛПУ или в его отсутствие один из его заместителей.

По окончании проверки должен быть проведен разбор ее результатов в каждом учреждении.

Материалы проверки (справку, решения или приказа) представить в управление за 10 дней до заслушивания вопроса в адрес секретаря коллегии Прокопович Г.А.

секретаря лечебно-контрольного Совета Солодовникова А.В., секретаря оперативных совещаний Лукашевича В.Э.

Функционирование системы контроля службы родовспоможения невозможно без оценки участия и роли кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ в этом процессе. Поэтому во исполнение приказов МЗ РБ № 27-А от 21.01.2000 г., № 81-А от 24.02.2000 г. " О совершенствовании курации акушерско-гинекологической службы кафедрами акушерства и гинекологии" в целях максимального использования научного потенциала ВУЗов и совершенствования методической работы и курации акушерско-гинекологической службы сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ совместным приказом УОЗ и ГГМУ № 118/48 от 17.03.2000 г. " О совершенствовании курации акушерско-гинекологической службы кафедрой акушерства и гинекологии ГГМУ" были

УТВЕРЖДЕНЫ:

1. Схема оказания плановой консультативной и инструктивно-методической помощи районным ТМО (приложение № 1).

2. Состав кураторов районов области: сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ (приложение № 2).

3. График плановых выездов сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ в районах ТМО на 1-ое полугодие 2000 г. (приложение № 3).

ПРИКАЗАНО:

1. Главным врачам районных ТМО:

1.1. Обеспечить подготовку к плановому приезду кураторов наиболее сложных больных для консультации и оказания им квалифицированной медицинской помощи на месте; беременных женщин высокой группы риска по развитию перинатальной патологии для определения срока дородовой госпитализации и места родоразрешения.

1.2. Обеспечить консультацию кураторами всех беременных женщин с определением общего состояния в истории родов, как средней тяжести (вначале по телефону, при необходимости с приглашением в район).

1.3. С данным приказом ознакомить под роспись заведующих акушерско-гинекологических отделений, зав женских консультаций и районных акушеров-гинекологов.

2. Заведующему кафедрой акушерства и гинекологии ГГМУ профессору Ракутю В.С.:

2.1. Организовать плановые выезды сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ в курируемые районы в соответствии с утвержденным графиком.

2.2. Обязать кураторов районов результаты выезда оформлять в виде справки в соответствии со схемой оказания плановой консультативной помощи и ознакомливать со справкой главных врачей районных ТМО под роспись.

2.3. Обеспечить в семидневный срок представление кураторами районов в УОЗ главному акушеру-гинекологу и в отделение плановой и экстренной консультативной помощи ГОКБ справок-отчетов по результатам выездов с предложением по улучшению деятельности службы в курируемом районе и сроками устранения выявленных недостатков.

2.4. Представлять 2 раза в год (к 10.07 и 10.01) в управление охраны здоровья обобщенную информацию о состоянии курации акушерско-гинекологической службы, предложения по ее улучшению и развитию.

3. Главному акушеру-гинекологу управления охраны здоровья Лисковичу В.А.:

3.1. Детально изучить представленные кураторами районов отчеты.

3.2. Систематически анализировать обобщенную информацию заведующего кафедрой акушерства и гинекологии ГГМУ проф. Ракутя В.С. о состоянии курации акушерско-гинекологической службы и предложения по ее совершенствованию и результаты докладывать руководству управления охраны здоровья для своевременного принятия адекватных управленческих мер.

4. Главному акушеру-гинекологу УОЗ Лисковичу В.А. и заведующему кафедрой акушерства и гинекологии Ракутю В.С.:

4.1. Обязать представлять информацию 2 раза в год (к 20.07 и 20.01) в НИИ ОМД обобщенную информацию о состоянии курации акушерско-гинекологической службы и предложения по ее улучшению.

1. Возложить персональную ответственность за состояние организации перинатальной помощи в курируемом районе на закрепленного куратора-сотрудника клиники акушерства и гинекологии медицинского университета.

2. Кураторам районов проявлять активность и заинтересованность в состоянии акушерско-гинекологической службы курируемого района, своевременно вносить предложения по ее совершенствованию в адрес главврача ТМО и управления охраны здоровья.

3. Обязать кураторов районов проводить анализ случаев перинатальной и младенческой смертности по представленным анкетам и протоколам ЛКС из курируемых районов.

4. В случае материнской смертности в районе кураторы несут персональную ответственность за оказание медицинской помощи матери.

5. Оплату командировочных расходов командируемым кураторам производить по основному месту работы (п.2.1.4 приказа МЗ РБ № 81-А от 24.02.2000 г.).

6. Заместителю главного врача ОМК ГКРД Ославскому И.А.:

6.1. Обеспечить предоставление кураторам районов необходимых инструктивно-методических документов и статистических показателей по организации деятельности акушерско-гинекологической службы.

7. Приказ УОЗ № 443 от 18.12.98 г. "О закреплении кураторов за акушерско-гинекологической службой рай ТМО" считать утратившим силу.

8. Приказ довести до сведения рай ТМО области, каждого куратора района под роспись.

9. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н. и проректора по лечебной работе ГГМУ доц. Ковальчука В.И.

Начальник управления
Ректор ГГМУ

Р.А. Часнойть
П.В. Гарелик

Приложение № 1
к приказу УОЗ и ГГМУ № 118/48 от 17.03.2000 г.

СХЕМА

изучения состояния акушерско-гинекологической службы кураторами районов

1. Обязательный системно-структурный анализ деятельности службы в сравнении с аналогичным предыдущим периодом.
2. Характеристика демографических показателей района.
3. Общая характеристика материально-технической базы службы и ее изменение за последние годы.
4. Кадровый состав:
 - 4.1. Обеспеченность акушерами-гинекологами, процент аттестованных.
 - 4.2. Обеспеченность акушерками, процент аттестованных.
 - 4.3. Укомплектованность ФАПов, СВА.
 - 4.4. Повышение квалификации и аттестация.
5. Знание и исполнение регламентирующих документов по службе (программы, решения коллегий МЗ и УОЗ, приказы МЗ и УОЗ).
6. Оказание амбулаторно-поликлинической помощи:
 - 6.1. Диспансерное наблюдение за беременными:
 - а) раннее взятие на "Д" учет;
 - б) выявление экстрагенитальной патологии;
 - в) выявление поздних токсикозов беременности;
 - г) уровень перинатальной смерти, преждевременных родов;
 - д) организация медико-генетического консультирования (подлежащий контингент, знание приказов, проведение УЗ скрининга, биохимического скрининга на АФП и ХГ, выделение группы женщин повышенного генетического риска, выявление ВПР).
 - 6.2. Организация работы комиссии по прерыванию беременности в поздние сроки.
 - 6.3. Эффективность диспансеризации гинекологических больных.
 - 6.4. Работа по профилактике не планируемой беременности, ее анализа и качество.
 - 6.5. Работа выездной женской консультации.
 - 6.6. Участие акушеров-гинекологов в выявлении венерических заболеваний.
 - 6.7. Профилактика и выявление рака гениталий и молочной железы.
 - 6.8. Работа кабинетов по специальным приемам.
 - 6.9. Уровень госпитализации беременных в межрайонные перинатальные центры (плановость, показания, количество, своевременность).
 - 6.10. Профосмотры и профилактика заболеваний среди девочек и подростков (количество, выявляемость заболеваний и оздоровление девочек, их характеристика).
 - 6.11. Профилактические осмотры женского населения с цитологическим исследованием материала.

7. Организация стационарной помощи беременным женщинам и гинекологическим больным:

7.1. Организация работы заведующими структурными подразделениями и старших акушерок:

- а) планы работы (годовой, ежеквартальный), их выполнение, наличие районных программ и планов по их реализации у каждого специалиста;
- б) анализ работы отделения (ежеквартальный, годовой) и службы;
- в) проведение с медперсоналом теоретических занятий и конференций;
- г) выполнение требований по соблюдению санэпидрежима (приказа МЗ РБ № 178);
- д) профилактика внутрибольничных инфекций, ВИЧ-инфицирования (обследование подлежащих контингентов, знание медперсонала, обоснование парентеральных препаратов, обеспеченность одноразовыми шприцами и системами;
- е) прохождение медосмотров.

7.2. Характеристика основных показателей родовспоможения в стационарах, объем оказываемой помощи.

7.3. Работа районного Совета по перинеонатологии (протоколы заседаний, выносимые вопросы, их актуальность).

7.4. Вопросы заболеваемости с ВН по акушерско-гинекологической службе (уровень заболеваемости, его анализ).

7.5. Регистрация мертворожденных (сроки, порядок).

7.6. Оперативная активность в акушерских и гинекологических стационарах, показания, объем, своевременность, ведение операционных журналов.

7.7. Организация совместного пребывания в родильных отделениях.

7.8. Анализ работы коечного фонда отделения.

7.9. Организация обследования новорожденных на ФКУ и ГТ.

7.10. Выявление врожденных аномалий развития (регистрация, заполнение и отправка извещений в областной МГЦ).

7.11. Уровень и причины заболеваемости новорожденных.

8. Заслушивание вопросов по службе на районных медико-санитарных Советах, доведение решений до конкретных исполнителей.

9. Разбор случаев перинатальной смертности на лечебно-контрольных Советах (заполнение анкет, протоколы, качество, своевременность, предложения в адрес главного врача).

10. Выполнение предыдущих решений коллегии, ЛКС, предложений выезжающих специалистов.

11. Санитарно-просветительная работа по охране здоровья женщин и детей.

12. Консультирование гинекологических больных и беременных женщин с наличием перинатальных факторов риска и определение места и срока родоразрешения.

13. Выводы.

14. Предложения, срок исполнения.

Справка составляется в районе, с ней ознакамливаются под роспись главный врач района и районные специалисты.

Необходимую отчетную информацию можно получить в оргметодкабинете Гродненского клинического роддома и в ежеквартальном областном статистическом сборнике.

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Приложение № 2
к приказу УОЗ и ГГМУ № 118/48 от 17.03.2000 г.

СОСТАВ

кураторов районов области:

сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ

1. Проф. В.С. Ракуть	- Дятловский район
2. Доц. С.П. Терешкова	- Волковысский, Берестовицкий районы
3. Доц. А.А. Завирович	- Ошмянский, Островецкий районы
4. Доц. М.В. Кажина	- Кореличский, Новогрудский районы
5. Доц. Е.Т. Малахова	- Гродненский, Щучинский районы
6. Асс. В.В. Белуга	- Слонимский, Зельвенский районы
7. Асс. И.Н. Яговдик	- Сморгонский район
8. Асс. В.Л. Зверко	- Вороновский район
9. Асс. Н.И. Мискевич	- Мостовский район
10. Асс. А.Ф. Русина	- Свислочский район
11. Доц. Т.Ю. Егорова	- Лидский, Ивьевский районы

Заведующий клиникой
акушерства и гинекологии ГГМУ,
профессор

В.С. Ракуть

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Приложение № 3
к приказу УОЗ и ГГМУ № 118/48 от 17.03.2000 г.

ГРАФИК
выездов в районы сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ
на 1-е полугодие 2000 г.

№ п / п	Ф.И.О.	Район	Дата
1.	Проф. Ракуть В.С.	Дятловский	29-31.03; 21-23.06
2.	Доц. Егорова Т.Ю.	Лидский, Ивьевский	22-24.03; 26-28.06
3.	Доц. Терешкова С.П.	Волковысский	21-23.03; 10-12.05
4.	Доц. Завирович А.А.	Ошмянский, Островецкий	18-21.04; 27-30.06
5.	Доц. Малахова Е.Т.	Щучинский, Гродненский	22-24.03; 10-12.05
6.	Кажина М.В.	Новогрудский, Кореличский	04-06.05
7.	Белуга В.Б.	Слонимский, Зельвенский	22-24.03; 24-26.05
8.	Мискевич Н.И.	Мостовский	22-24.03; 21-23.06
9.	Русина Н.Ф.	Свислочский	22-24.03; 01-02.06
10.	Яговдик И.Н.	Сморгонский	29-31.03; 21-23.06
11.	Зверко В.Л.	Вороновский	18-20.04

Заведующий клиникой
акушерства и гинекологии,
профессор

В.С. Ракуть

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Совершенствовать управление здравоохранением следует, ориентируясь преимущественно на конечный результат, при этом проводя систематизацию и анализ всех компонентов и элементов, составляющих процесс и определяющих его конечные результаты.

Одно из главных направлений в решении проблемы охраны материнства и детства связано со снижением репродуктивных потерь, которые рассматриваются как конечный результат влияния социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье беременной, плода и новорожденного.

Целесообразно анализировать наряду с плодовыми и материнские потери, что позволяет оценивать не только репродуктивные потери в целом, но и их структуру, что важно для управления системой материнства и детства, выделение приоритетов и распределение ресурсов.

В целях проведения оперативного анализа и разработки мер по стабилизации МлС, ПС и МС во исполнении приказа МЗ РБ № 194 от 30.07.97 г. "О проведении оперативного контроля за уровнем перинатальной, младенческой смертности и смерти детей в возрасте до 5-ти лет, материнской смертности" издан приказ УОЗ № 249 от 01.09.97 г. "О проведении оперативного контроля за уровнем перинатальной, младенческой смертности и смерти детей в возрасте до 5-ти лет, материнской смертности в Гродненской области".

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Главным врачам рай(гор) ТМО, главным врачам больниц: областной детской клинической, областной инфекционной клинической, 3-ей городской больницы г. Гродно:

1.1. Ежемесячно не позднее 10 числа последующего за отчетным месяца, представлять в оргметодкабинет областной клинической больницы списки умерших на первом году жизни (приложение № 2) и умерших в возрасте от 1 до 4 лет включительно (приложение № 3); оргметодкабинет 3-ей городской больницы списки мертворожденных (приложение № 1). Особое внимание уделять полноте, точности представленных данных.

1.2. На каждый случай материнской смертности представлять не позднее чем через 3 дня после ее наступления в оргметодкабинет 3-ей городской больницы г. Гродно и в управление (главному акушеру-гинекологу) оперативное донесение (приложение № 4).

1.3. Ответственность за полноту, точность и своевременность представления оперативной информации (списки) по случаю мертворождения, смерти детей в возрасте 0-4 лет включительно и материнской смертности возложить на главных врачей ТМО.

1.4. Проводить, постоянно, анализ причин мертворождаемости, младенческой и детской смертности до 5 лет с оценкой предотвратимости на всех уровнях оказания медицинской помощи и с разработкой мероприятий по снижению (стабилизации).

2. Заместителям главных врачей по оргметодработе Гродненской областной детской клинической больницы, 3-ей городской больницы г. Гродно: Ровба И.Р., Ославскому И.А.:

2.1. Ежемесячно не позднее 20 числа последующего за отчетным месяца представлять в БелНИИ охраны материнства и детства и в управление (главному акушеру-гинекологу, главному педиатру) списки мертворожденных и умерших детей от 0 до 5 лет по форме (приложения № 1, № 2, № 3) списки материнской смертности (приложение № 4).

2.2. Ежемесячно информировать управление (главному акушеру-гинекологу, главному педиатру) о фактах несвоевременного или некачественного предоставления списков мертворожденных и умерших детей от 0 до 5 лет.

2.3. Ежеквартально готовить для управления аналитическую справку по системно-структурному анализу материнской, перинатальной, младенческой и детской (0-4) смертности.

3. Контроль за выполнением приказа возложить на главного акушера-гинеколога управления Лисковича В.А. и главного педиатра управления Григорьеву В.Л.

4. Приказ управления здравоохранения № 22 от 10 февраля 1994 г. "О проведении контроля за уровнем перинатальной, младенческой смертности детей в возрасте до 5 лет" считать утратившим силу.

Начальник управления

Р.А. Часнойть

Приложение №1
к приказу управления № 249 от 01.09.97 г.

СПИСОК

мертворожденных за _____ месяц 199 ____ г.
ТМО (больница)

№ п/п	Ф.И.О.	Дата мертворождения	Гибельные, интраутеринные	Пол	Срок гестации	Масса тела	Номер		Возраст матери	Диагноз матери	Диагноз плода	Адрес матери	Место мертворождения
							беременность	роды					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Районный акушер-гинеколог
Главный врач

(подпись)
(подпись)

Примечание: к списку прилагается объяснительная записка, где указываются: дата разбора на ЛКК, выводы по разбору, оценка предотвратимости на каждом этапе медицинской помощи, выявленные недостатки, принятые меры.

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович
Приложение № 2
к приказу управления № 249 от 01.09.97 г.

СПИСОК

детей, умерших в возрасте 0-1 год за _____ месяц 199 ____ г.
ТМО (больница)

№ п/п	Ф.И.О. ребенка	Пол	Гестационный возраст	Масса тела при рождении	Диагноз клинический	Диагноз патологоанатомический	Место смерти	Адрес места жительства	Время, дата рождения	Время, дата смерти
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Районный педиатр
Главный врач

(подпись)
(подпись)

Примечание: к списку прилагается объяснительная записка, где указывается дата разбора на ЛКС, КАК, выводы по разбору, оценка предотвратимости на каждом этапе медицинской помощи, выявленные недостатки, принятые меры.

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Приложение № 3
к приказу управления № 249 от 01.09.97 г.

СПИСОК
детей, умерших в возрасте от 1 до 5 лет за _____ месяц 1999 _____ г.
ТМО (больница)

№ п/п	Ф.И.О. ребенка	Пол	Диагноз клинический	Диагноз патологоанатомический	Место смерти	Адрес места жительства	Время, дата рождения	Время, дата смерти
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Районный педиатр
Главный врач

(подпись)
(подпись)

Примечание: к списку прилагается объяснительная записка по разбору случаев смерти.

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

ОПЕРАТИВНОЕ ДОНЕСЕНИЕ
на случаи материнской смерти (аборт, внематочная беременность,
смерть беременной, роженицы и родильницы)
(регистрируются все случаи смерти женщины
в течение 42 дней после прекращения беременности)

1. Ф.И.О. умершей _____
2. Номер истории родов (истории болезни) _____
3. Адрес женщины _____
4. Место смерти _____
5. Лечебное учреждение, где произошли роды, аборт или операция по поводу внематочной беременности: ФАП (1), ЦРБ (2), МСЧ (3), городская больница (4), городской роддом (5), областная больница (6), областной роддом (7), республиканская больница (8), НИИ (9), прочее лечебное учреждение (10), вне лечебного учреждения (11) _____
6. Лечебное учреждение, где произошла смерть женщины: (см. кодировку п. 4) _____
7. Возраст _____ лет; возрастная группа: до 19 лет (1), 20-24 (2), 25-29 (3), 30-34 (4), 35-39 (5), 40-44 (6), больше 45 (7) _____
8. Жительница: города (1), села (2) _____
9. Порядковый номер данной беременности _____
10. Порядковый номер данных родов _____
11. Наблюдение беременной: нет (0), врачом (1), акушеркой (2) _____
12. Дата и время смерти женщины _____ (число), _____ (месяц), _____ (год), _____ (час), _____ (мин.), _____ (день недели)
13. Смерть наступила: во время беременности (1), родов (2) на _____ неделе беременности, после родов (3), после аборта медицинского (4), самопроизвольного аборта (5), внебольничного аборта (6), криминального аборта (7), после внематочной беременности (8) _____
14. Клинический (заключительный) диагноз: _____

 срок и осложнения беременности, родов, аборта _____

 метод родоразрешения, осложнения послеродового (послеоперационного) периода _____

 сопутствующие заболевания _____

15. Патологоанатомический диагноз: _____

 срок и осложнения беременности, родов, аборта _____

осложнения послеродового (послеоперационного) периода _____

сопутствующие заболевания _____

16. Патологоанатомическое вскрытие: не проводилось (0), да, патологоанатомический диагноз совпал с клиническим диагнозом (1), не совпал (2) _____

17. Основная причина смерти: поздний токсикоз (1), в том числе пре- или эклампсия (1.1), разрыв матки (2), кровотечение (3), сепсис (4), перитонит (5), в том числе после кесарева сечения (5.1), другая акушерская причина (6), экстрагенитальная патология (7), в том числе сердечно-сосудистая патология (7.1), заболевания почек (7.2), гепатит (7.3), другая причина смерти (8), в том числе осложнения наркоза (8.1), тромбоэмболия (8.2), эмболия околоплодными водами (8.3), анафилактический шок (8.4), убийство, самоубийство, несчастные случаи (8.5)

Дата заполнения донесения " _____ " _____ " 199 ____ год

Подпись _____ Ф.И.О., должность _____

Оформляется в 4-х экземплярах. Первый отсылается в МЗ РБ. Второй – в БелНИИ ИМД (И.Б. Дзикович). Третий – в оргметодкабинет 3-ей городской больницы. Четвертый – главному акушеру-гинекологу УОЗ.

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Младенческая смертность по Гродненской области
за

№ п/п	Города и районы	12 месяцев 2000 г.						12 месяцев 1999 г.						Динамика МС в %	
		Родилось живыми		МС с учетом младен цев до 1 кг		МС без учета младен цев до 1 кг		Родилось живыми		МС с учетом младен цев до 1 кг		МС с учетом младен цев до 1 кг		с учетом младенцев до 1 кг	без учета младенцев до 1 кг
		умер ло	%	умер ло	%	умер ло	%	умер ло	%	умер ло	%				
1.	г. Гродно														
2.	Берестовицкий														
3.	Волковысский														
4.	Вороновский														
5.	Гродненский														
6.	Дятловский														
7.	Зельвенский														
8.	Ивьевский														
9.	Кореличский														
10.	Лидский														
11.	Мостовский														
12.	Новогрудский														
13.	Островецкий														
14.	Ошмянский														
15.	Свислочский														
16.	Слонимский														
17.	Сморгонский														
18.	Щучинский														
	ИТОГО:														

Среднее количество родившихся
с учетом младенцев до 1 кг _____
без учета младенцев до 1 кг _____

Перинатальная смертность по Гродненской области

за

№ п/п	Города и районы	С учетом до 1 кг			Перинатальная смертность	Без учета до 1 кг		Перинатальная смертность	С учетом до 1 кг			Перинатальная смертность	Мертворожденные	Без учета до 1 кг	
		родившиеся живые + мертвые	мертворожденные	умерли 0-7 дней		мертворожденные	до 7 дней		родившиеся живые + мертвые	мертворожденные	умерли 0-7 дней			умерло 0-7 дней	перинатальная смертность
1.	г. Гродно														
2.	Берестовицкий														
3.	Волковысский														
4.	Вороновский														
5.	Гродненский														
6.	Дятловский														
7.	Зельвенский														
8.	Ивьевский														
9.	Кореличский														
10.	Лидский														
11.	Мостовский														
12.	Новогрудский														
13.	Островецкий														
14.	Ошмянский														
15.	Свислочский														
16.	Слонимский														
17.	Сморгонский														
18.	Щучинский														
ИТОГО:															

В соответствии с требованиями приказа УОЗ № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению" в ЛПУ области с 1998 года проводится заполнение анкет на все случаи МлС и ПС, что способствовало полному сбору информации по всем случаям мертворождения и

умерших детей в возрасте до 1 года, ее обобщению и анализу с целью своевременного детального изучения причин, приведших к смертности, и разработке комплексных мер по стабилизации и снижению показателей младенческих и перинатальных потерь в области. Во исполнение пункта 4 Плана мероприятий УОЗ по выполнению плана МЗ РБ и реализации директивы о стиле и методах работы Совета Министров Республики Беларусь по решению вопросов социально-экономического развития страны, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь № 18 от 14.01.2000 г., оргметодкабинеты ДОКБ и ГКРД перешли на компьютерную обработку анкет на каждый случай ПС и МлС. Целью этого мероприятия явилось более полное изучение состояния уровней МлС и ПС для принятия организационно-управленческих мер в плане дальнейшей разработки перинатальных технологий, направленных на снижение МС, МлС, ПС, стабилизацию факторов здравоохранения, влияющих на демографическую ситуацию, выработку научно-обоснованных мер по управлению службой охраны материнства и детства.

Приказом УОЗ № 216 от 17.05.2000 г. "О внесении изменений а приказ УОЗ № 177 от 26.05.1998 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению Гродненской области"

УТВЕРЖДЕНЫ:

1. Адаптированная анкета для компьютерной обработки на случай перинатальной и младенческой смертности (приложение № 1).

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Главным врачам гор(рай) ТМО:

1.1. Перейти на заполнение анкет нового образца на все случаи перинатальной и младенческой смертности и лично визировать анкету.

1.2. Обязать заместителей главных врачей по родовспоможению и детству, районных акушеров-гинекологов и педиатров заполнить новые образцы анкет на каждый случай перинатальной и младенческой смертности, начиная с 01.01.95 г. по настоящее время, продолжив их заполнение в дальнейшем.

1.3. Сохранить порядок предоставления заполненных анкет в ОМК ГКРД и ДОКБ в соответствии с приказом УОЗ № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи".

1.4. Все истории родов, индивидуальные карты беременных, истории болезни на умерших детей (каждый случай стационарного лечения до смерти), истории развития ребенка поднять из архива за период с 01.01.95 г. по настоящее время и представить вместе с заполненной анкетой в УОЗ главному акушеру-гинекологу и главному педиатру по акту в срок до 01.07.2000 г.

2. Главным врачам ГКРД Высоцкому А.А. и ДОКБ Гутикову Д.С.

2.1. Обеспечить в установленном порядке по запросам гор(рай) ТМО предоставление из архивов необходимой информации (истории болезни и родов).

2.2. Организовать проведение оргметодкабинетами ежеквартального системно-структурного анализа младенческой и перинатальной смертности в соответствии с требованиями нормативных документов на основе компьютерной обработки анкет, полученных от гор(рай) ТМО на каждый случай мертворождения и младенческих

потерь с последующим его предоставлением в УОЗ в установленные ранее указанные сроки (п. 2.4 приказа УОЗ № 30/16 от 27.01.2000 г. "О совершенствовании порядка разбора, анализа и контроля за уровнем перинатальной и младенческой смертности в ЛПУ области").

3. Главному акушеру-гинекологу управления Лисковичу В.А. и главному педиатру управления Антонович Н.Е.:

3.1. Организовать проведение проверки достоверности заполнения анкет на все случаи перинатальной и младенческой смертности, начиная с 01.01.95 г.

3.2. Обеспечить организацию проведения ретроспективного анализа перинатальной и младенческой смертности на основании материалов оргметодкабинетов ГКРД и ДОКБ и до 01.12.2000 г. подготовить предложения для стабилизации и снижения перинатальной и младенческой смертности в области.

4. Считать утратившим силу приложение № 12 к приказу № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению".

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н.

Начальник управления

Р.А. Часнойть

АНКЕТА
на умершего ребенка 1-го года жизни (мертворожденного)

№ п / п	Наименование показателей	Да	Нет	Код Exc el
1.	Ф.И.О. умершего (мертворожденного)			
2.	Район (для г. Гродно - № ж/к)			
3.	Женская консультация №			
4.	Возраст (в днях)			
5.	Сведения о матери:			
	- возраст			
	- замужем			
	- образование			
	- социальное положение (рабочая, служащая, студентка и др.)			
	- профессиональные вредности			
6.	Анамнез:			
	- наличие бесплодия			
	- порядковый номер настоящей беременности			
7.	Количество срочных родов в анамнезе			
	- было ли осложненное течение беременности по срочным родам			
	- угроза прерывания			
	- гестоз			
	- прочие (какие)			
8.	Наличие осложненного течения срочных родов:			
	- аномалии сократительной деятельности			
	- гестоз			
	- кровотечения			
9.	Родоразрешение через естественные родовые пути (количество)			
10.	Родоразрешение с применением щипцов (количество)			
11.	Количество операций "кесарево сечение"			
12.	Исходы срочных родов:			
	- умерло антенатально (количество)			
	- умерло интранатально (количество)			
	- умерло из родившихся живыми (0-6 суток)			
	- умерло из родившихся живыми (позже 7 суток)			
13.	Количество преждевременных родов в анамнезе:			
	- было ли осложненное течение беременности по преждевременным родам			
	- угроза прерывания			
	- гестоз			
	- прочие (какие)			
14.	Наличие осложненного течения преждевременных родов:			
	- аномалии сократительной деятельности			
	- гестоз			
	- кровотечения			
15.	Родоразрешение через естественные родовые пути (количество)			
16.	Родоразрешение с применением щипцов (количество)			
17.	Количество операций "кесарево сечение"			
18.	Исходы преждевременных родов:			
	- умерло антенатально (количество)			
	- умерло интранатально (количество)			

	- умерло из родившихся живыми (0-6 суток)			
	- умерло из родившихся живыми (позже 7 суток)			
19.	Количество выкидышей до 12 недель			
20.	Количество выкидышей в течение 12-21 недель			
21.	Количество аборт			
22.	Наблюдение во внебеременном состоянии:			
	- контрацепция			
	- вид контрацепции			
	- социально-неблагополучная семья			
	- наличие абсолютных противопоказаний к беременности			
	- наблюдение в группе резерва родов			
	- объем наблюдения в группе резерва родов полный			
	- показания к консультации в МГЦ до беременности			
	- была ли консультирована женщина в МГЦ до беременности			
23.	Наблюдение во время настоящей беременности:			
	- наблюдалась акушеркой ФАПа			
	- наблюдалась на СВУ			
	- наблюдалась врачом женской консультации			
	- количество посещений за время беременности			
	- срок взятия на учет по беременности			
24.	Наличие осложненного течения данной беременности:			
	угроза прерывания			
	- в каком сроке была угроза прерывания			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			

	гестоз			
	- в каком сроке был гестоз			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	прочие осложнения			
	какие			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
25.	Наличие экстрагенитальных заболеваний			
	заболевания щитовидной железы			
	пиелонефрит			
	- были ли обострения			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			
	анемия			
	- были ли обострения			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	-лечение полное			
	артериальная гипертензия			
	пороки сердца			
	- были ли обострения			
	- лечение проводилось амбулаторно			
	- лечение проводилось стационарно			
	- лечение полное			

	сахарный диабет			
	- лечение полное			
	прочие экстрагенитальные заболевания			
	какие			
26.	Передавалась ли информация от терапевта к акушеру-гинекологу			
27.	Назначались лекарственные препараты амбулаторно:			
	- антибиотики			
	- гипотензивные			
	- сахароснижающие			
	- противоанемические			
	- жаропонижающие			
	- мочегонные			
28.	Преконцептивная подготовка проводилась до беременности			
29.	Исследования на АПФ и ГТ проводились			
30.	УЗ-исследования:			
	- 1 исследование (срок)			
	- 2-е исследование (срок)			
	- 3-е исследование (срок)			
31.	Показания к консультации в МГЦ при беременности			
32.	Женщина консультирована в МГЦ в сроке			
33.	Показания к родоразрешению в перинатальном центре:			
	- была ли госпитализация в перинатальный центр			
	- госпитализация плановая или экстренная			
34.	Лабораторное обследование в женской консультации полное			
35.	Сведения о родах:			
	нормальные			
	- объем помощи полный, своевременный			
	роды патологические			
	- гестоз			
	- диагностика полная, своевременная			
	- аномалии сократительной деятельности			
	- диагностика полная, своевременная			
	- преждевременная отслойка плаценты			
	- диагностика полная, своевременная			
	- длительность безводного периода (в часах)			
	- клинически узкий таз			
	- диагностика своевременная			
	- тазовое предлежание			
	- диагностика своевременная			
	- обвитие или патология пуповины			
	- диагностика своевременная			
	- внутриутробная гипоксия плода			
	- диагностика своевременная			
36.	Объем помощи в предродовом блоке: полный, своевременный			
37.	Объем помощи в родах: полный, своевременный			
38.	Способ родоразрешения:			
	- через естественные родовые пути			
	- наложение щипцов:			
	были показания			
	проводилось планово или экстренно			
	своевременно или нет			
	- выполнена операция "кесарево сечение"			
	были показания			
	проводилась планово или экстренно			
	своевременно или нет			

39.	Необходимость вызова санавиации			
	- вызывалась своевременно			
40.	Сведения о ребенке:			
	- масса тела при рождении			
	- длина ребенка			
	- ребенок доношенный			
	- степень недоношенности			
41.	Потеря массы тела (в %)			
	- физиологическая или патологическая			
42.	Реанимационные мероприятия в родзале проводились реаниматологом			
	- полные			
	- своевременные			
43.	Осмотр ребенка неонатологом в родзале проводился			
44.	Обследование в роддоме полное			
45.	Лечение в роддоме проводилось в полном объеме			
46.	Дефекты лечения:			
	- не вводились сердечные гликозиды			
	- завышена доза антикоагулянтов			
	- несвоевременно вводились кортикостероиды			
	- полипрагмазия			
	- другие дефекты (какие)			
47.	Необходимость вызова выездной реанимационной неонатальной бригады была			
	- бригада вызвана своевременно			
48.	Необходимость перевода в специализированное отделение была			
	- ребенок переведен			
	- перевод на которые сутки жизни			
	- перевод на которые сутки заболевания			
49.	Клинический диагноз роддома: основной			
	- код основного диагноза по МКБ			
50.	Клинический диагноз роддома: сопутствующий			
	- код сопутствующего диагноза по МКБ			
51.	Осложнения			
52.	Ребенок наблюдался в детской поликлинике, ФАПе, СБУ (указать)			
53.	Группа здоровья ребенка при выписке из роддома			
54.	На какие сутки ребенок выписан из роддома на участок			
55.	Сведения о новорожденном переданы в д/п своевременно			
	- полные			
56.	На какие сутки посещен после выписки из роддома			
57.	Заболевания ребенка в периоде новорожденности:			
	-			
	код по МКБ			
	-			
	код по МКБ			
58.	Их лечение проводилось:			
	- амбулаторно			
	- стационарно			
	- в стационаре на дому			
59.	Грудное вскармливание (сколько месяцев)			
60.	Осмотры ребенка специалистами проводились:			
	- в полном объеме			
	- своевременно			
61.	Лабораторные исследования ребенку выполнялись:			
	- в полном объеме			
	- своевременно			

62.	Причины неполного лабораторного обследования (отказ, неявка)			
63.	Ребенок привит по возрасту			
64.	На какие сутки с момента заболевания обратились за медпомощью			
65.	Обращался за медпомощью:			
	- к участковому врачу			
	- в "скорую помощь"			
	- участковую больницу			
	- на ФАП			
66.	Ребенок наблюдался по болезни регулярно			
67.	На какие сутки с момента заболевания госпитализирован			
68.	Неотложная помощь ребенку оказывалась амбулаторно			
	- достаточная			
69.	Ребенок транспортировался бригадой "скорой помощи"			
	- неотложная помощи "скорой помощью" оказывалась			
70.	Диагноз при поступлении			
	- код диагноза по МКБ			
71.	Проведение интенсивной терапии:			
	- в приемном покое больницы			
	- в отделении реанимации			
	- в полном объеме			
72.	Оказание посиндромной терапии:			
	- при нейротоксикозе			
	- гипертермическом синдроме			
	- дыхательной недостаточности			
	- сердечной недостаточности			
73.	Привлечение консультантов по санавиации			
74.	Лечение в стационаре полное			
75.	Обследование в стационаре полное			
76.	Дефекты в оказании медпомощи матери и ребенку			
	- на уровне женской консультации			
	- родильного зала			
	- неонатологической службы			
	- детской консультации			
	- СВУ			
	- ФАПа			
- стационара				
77.	Клинический диагноз: основной			
	- код основного диагноза по МКБ			
78.	Клинический диагноз: сопутствующий			
	- код сопутствующего диагноза по МКБ			
79.	Осложнения			
80.	Патологоанатомический диагноз: основной			
	- код основного диагноза по МКБ			
81.	Патологоанатомический диагноз: сопутствующий			
	- код сопутствующего диагноза по МКБ			
82.	Осложнения			
83.	Клинический и патологоанатомический диагнозы: совпадают, не совпадают, совпадают частично			
84.	Предотвратимость смерти (мертворождения) ребенка			
	- на уровне женской консультации			
	- родильного зала			
	- неонатологической службы			
	- детской консультации			
	- СВУ			
	- ФАПа			

	- стационара			
85.	Случай смерти разобран: ЛКК (1), клинико-анатомической конференции (2), районном комитете по разбору детской (перинатальной) смертности (3), врачебной конференции в поликлинике (4)			
86.	Меры дисциплинарного взыскания за допущенные нарушения в оказании медпомощи применялись			

Главный врач ТМО (подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением (подпись) (Ф.И.О.)

Дата _____

Главный акушер-гинеколог УОЗ

В.А. Лискович

Следующим этапом совершенствования порядка разбора ПС и МЛС явилась разработка и издание совместного приказа УОЗ и ГГМУ № 30/16 от 27.01.2000 г. "О совершенствовании порядка разбора, анализа и контроля за уровнем перинатальной и младенческой смертности в ЛПУ области".

УТВЕРЖДАЕМ:

1. Порядок проведения разбора, анализа и контроля за уровнем перинатальной и младенческой смертности (приложение № 1).
2. Схема проекта решения клинико-анатомической конференции (приложение № 2).
3. Алгоритм разбора случая младенческой смертности (приложение № 3).

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Заведующему горздравотделом, главным врачам ТМО:
 - 1.1. Обеспечить патологоанатомическое исследование всех случаев перинатальной и младенческой смертности.
 - 1.2. Организовать проведение разбора перинатальной и младенческой смертности в соответствии с действующей нормативной базой.
 - 1.3. Представлять в установленные сроки медицинские документы в организационно-методические кабинеты Гродненского клинического родильного дома и детской областной клинической больницы на все случаи мертворождения и младенческой смертности в соответствии с приложением № 1.
 - 1.4. Обеспечить в соответствии с уведомлением администраций Гродненского клинического родильного дома и детской областной клинической больницы участие в областных клинико-анатомических конференциях (КАК) заместителей главных врачей, курирующих службы родовспоможения и детства, и заинтересованных лиц.
 - 1.5. Детально анализировать полученные рецензии сотрудников кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии с принятием в 7-дневный срок с момента ее

получения управленческого решения, которое высылать в организационно-методические кабинеты детской областной клинической больницы и Гродненского клинического родильного дома.

2. Главному врачу Гродненского клинического родильного дома Высоцкому А.А., главному врачу детской областной клинической больницы Гутикову Д.С.:

2.1. Обеспечить своевременную передачу полученной из лечебно-профилактических учреждений области медицинской документации для рецензирования из организационно-методического кабинета на кафедры педиатрии (доц. Вильчук К.У.) и акушерства и гинекологии (проф. Ракуть В.С.).

2.2. Приглашать письменным уведомлением для разбора клинко-анатомической конференции случаев перинатальной и младенческой смертности из районов области: заместителей главных врачей, курирующих службу родовспоможения и детства, и заинтересованных лиц.

2.3. Организовать отправление первичной медицинской документации и результатов разбора (рецензия, решение клинко-анатомической конференции) в адрес главных врачей районных ТМО в 7-дневный срок.

2.4. Организовать проведение организационно-методическими кабинетами совместно с кафедрами педиатрии, акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского института ежеквартально детального системно-структурного анализа перинатальной и младенческой смертности с формулировкой выводов и предложений и представление его в управление охраны здоровья не позднее 25 числа следующего за отчетным кварталом месяца.

3. Заведующему кафедрой акушерства и гинекологии (проф. Ракуть В.С.) и зав. кафедрой педиатрии (доц. Вильчук К.У.):

3.1. Организовать рецензирование каждого случая перинатальной и младенческой смертности из лечебно-профилактических учреждений области в соответствии с алгоритмами разбора случаев перинатальной смертности (приложение № 1 решения коллегии управления охраны здоровья № 5 от 03.05.99 г. и приложение № 3 данного приказа).

3.2. Представлять в организационно-методический кабинет результаты разбора (рецензии) в 10-ти дневный срок с момента получения медицинской документации.

3.3. Обеспечить участие рецензентов в проведении клинко-анатомических конференциях.

3.4. Принять непосредственное участие в проведении совместно с организационно-методическим кабинетом ежеквартального детального системно-структурного анализа перинатальной и младенческой смертности с формулированием выводов и предложений и представления его в управление охраны здоровья не позднее 25 числа следующего за отчетным кварталом месяца.

3.5. Рецензирование одного случая перинатальной и младенческой смертности сотрудниками кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии включать в их лечебную работу из расчета 1 случай - 5 академических часов.

4. Главному внештатному генетику управления, заведующему областным медико-генетическим центром Кроткову О.В.:

4.1. Принимать непосредственное участие совместно с организационно-методическими кабинетами детской областной клинической больницы и Гродненского

клинического родильного дома в разборе и анализе всех случаев перинатальных и младенческих потерь от врожденных пороков развития.

5. Начальнику областного патологоанатомического бюро Лазаревичу Н.А.:

5.1. Обеспечить в течение 10 дней с момента вскрытия представление в лечебно-профилактические учреждения результатов патологоанатомического исследования.

6. Главному акушеру-гинекологу Лисковичу В.А., главному педиатру Антонович Н.Е.:

6.1. Ежеквартально обобщать материалы анализов перинатальной и младенческой смертности, деятельности ТМО, Гродненского клинического родильного дома, детской областной клинической больницы, медико-генетического центра с внесением предложений по совершенствованию акушерско-гинекологической и педиатрической служб для принятия управленческих решений руководством управления охраны здоровья.

7. Считать утратившими силу:

7.1. П. 1.24 приказа управления охраны здоровья № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению".

7.2. П. 1.6, п. 3, п. 4 приказа управления охраны здоровья и Гродненского государственного медицинского института № 263/98-Л-1 от 12.07.99 г. "Об усилении контроля за проведением мероприятий по снижению и профилактике младенческой и перинатальной смертности в области".

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н. и проректора по лечебной работе Ковальчука В.И.

*Начальник управления
Ректор ГГМУ*

*Р.А. Часнойть
П.В. Гарелик*

*Приложение № 1
к приказу УОЗ и ГГМУ № 30/16 от 27.01.2000 г.*

ПОРЯДОК проведения разбора, анализа и контроля за уровнем перинатальной и младенческой смертности

1. Все случаи перинатальной и младенческой смертности подлежат патологоанатомическому исследованию.

2. В течение 10 дней патологоанатомической службой выдается в лечебно-профилактические учреждения оформленная документация.

3. Не позднее 20-ти дневного срока со дня случая мертворождения вся медицинская документация:

- амбулаторная карта больной;
- индивидуальная карта беременной;
- история родов;

- история развития новорожденного;

а при случае младенческой смертности дополнительно:

- история развития ребенка ф. 112у;
- история болезни стационарного больного;

а также:

- анкета на умершего (мертворожденного) - приложение № 12 к приказу управления охраны здоровья № 177 от 26.05.98 г.;
- протокол разбора случая в лечебно-профилактических учреждениях района (отпечатанный вариант);
- рецензия (отпечатанный вариант);
- копия приказа главного врача ТМО (при его наличии).

Все документы направляются в организационно-методический кабинет Гродненского клинического родильного дома по случаю мертворождения, в организационно-методический кабинет детской областной клинической больницы по случаю младенческой смертности.

4. Полученную документацию организационно-методические кабинеты передают по описи для рецензирования и анализа на кафедры педиатрии (доц. Вильчук К.У.) и акушерства и гинекологии (проф. Ракуть В.С.).

5. Организационно-методический кабинет детской областной клинической больницы организует передачу в организационно-методический кабинет Гродненского клинического родильного дома для рецензии медицинскую документацию на случаи ранней неонатальной смертности.

6. Ответственные сотрудники кафедры организуют рецензирование и анализ каждого случая.

7. Рецензии в 3-х экземплярах в отпечатанном виде в 10-ти дневный срок с момента получения документации представляются в организационно-методические кабинеты. Рецензия должна включать:

- анализ медицинской документации;
- объем и качество лечения;
- недостатки в наблюдении и лечении;
- оценка качества разбора случая в лечебно-профилактическом учреждении (ЛКК, клинико-анатомическая конференция, анкета и т.д.);
- выводы и предложения.

8. Организационно-методические кабинеты при получении данной документации и результатов разбора незамедлительно высылают их в адрес главного врача ТМО, а на все случаи ранней неонатальной смертности организационно-методический кабинет Гродненского клинического родильного дома дополнительно представляет в организационно-методический кабинет детской областной клинической больницы рецензию на историю родов и индивидуальную карту беременной.

9. Администрацией Гродненского клинического родильного дома и детской областной клинической больницы для разбора отдельных случаев, согласованных с главными специалистами управления охраны здоровья, младенческой и перинатальной смертности из районов области приглашаются письменным уведомлением:

- заместитель главного врача, курирующий службу;

- заинтересованные лица.

10. Клинико-анатомические конференции по разбору перинатальной и младенческой смерти проводятся под руководством главных специалистов управления.

11. Решение клинико-анатомической конференции по разбору случаев перинатальной и младенческой смертности Гродненского клинического родильного дома и детской областной клинической больницы в 7-дневный срок организационно-методический кабинет высылает в адрес главного врача лечебно-профилактического учреждения для сведения и принятия управленческого решения.

12. Организационно-методические кабинеты Гродненского клинического родильного дома и детской областной клинической больницы совместно с кафедрами акушерства и гинекологии и педиатрии ежеквартально в срок не позднее 25 числа следующего за отчетным кварталом месяца проводят детальный системно-структурный анализ и формулирование выводов и предложений для принятия адекватных мер, направленных на снижение перинатальных и младенческих потерь.

13. Главный акушер-гинеколог и главный педиатр управления охраны здоровья ежеквартально обобщают материалы анализа перинатальной и младенческой смертности, деятельности ТМО, Гродненского клинического родильного дома, детской областной клинической больницы, медико-генетического центра с внесением конкретных предложений по совершенствованию и принятию управленческих решений руководством управления охраны здоровья.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

*Приложение № 2
к приказу УОЗ и ГГМУ № 30/16 от 27.01.2000 г.*

СХЕМА

проекта решения клинико-анатомической конференции

По результатам разбора случая на клинико-анатомической конференции оформляется решение (заключение), формулировку которого предлагает председатель конференции, его заместитель или один из сопредседателей. Решение клинико-анатомической конференции подписывается председателем конференции, патологоанатомом и секретарем.

В решении клинико-анатомической конференции должны быть отражены следующие пункты:

1. Краткий клинико-анатомический эпикриз.

2. Место (до обращения за медицинской помощью на амбулаторном (консультации, поликлиники) этапе лечения в предшествующем стационаре, в стационаре), где наступила смерть больного, и причина наступления тяжелого состояния (естественное течение заболевания, позднее обращение за медицинской помощью, запоздалое оказание медицинской помощи, запоздалая диагностика, неправильный диагноз, неадекватное (неправильное) лечение, отказ в госпитализации, объективные трудности диагностики и др.).

3. Результаты сличения клинического и патологоанатомического диагнозов. В случаях расхождения указать его категорию (I, II или III) и причину (недообследование, трудность диагностики, неправильное оформление, редкость патологии, кратковременность пребывания в стационаре, тяжесть состояния больного и др.). В случаях совпадения диагнозов, своевременность установления клинического диагноза.

4. Основные недостатки наблюдения, обследования и лечения ребенка (матери), а также дефекты ведения медицинской документации.

5. Рекомендации и выводы по разбираемому случаю.

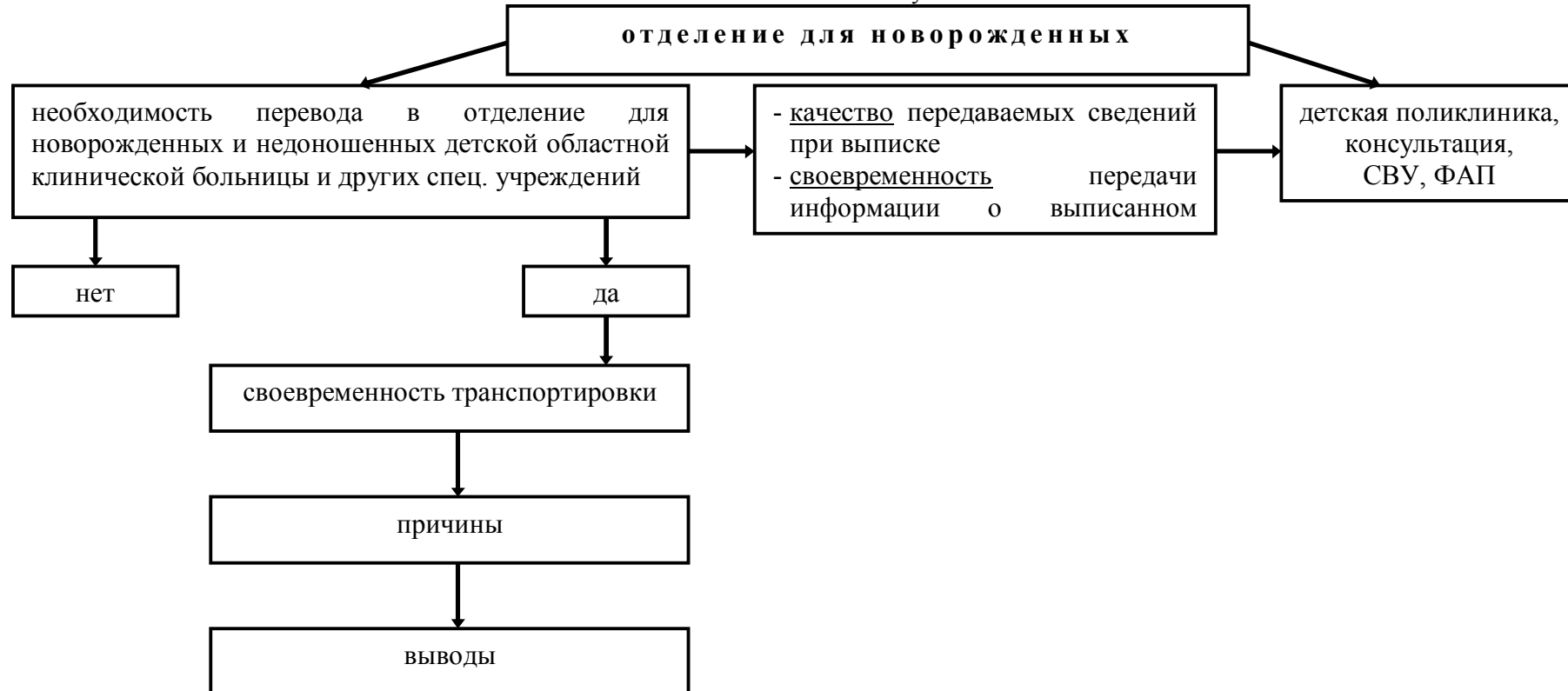
Один экземпляр решения конференции должен быть передан в патологоанатомическое бюро (отделение) и хранится в протоколе патологоанатомического вскрытия.

Главный акушер-гинеколог управления

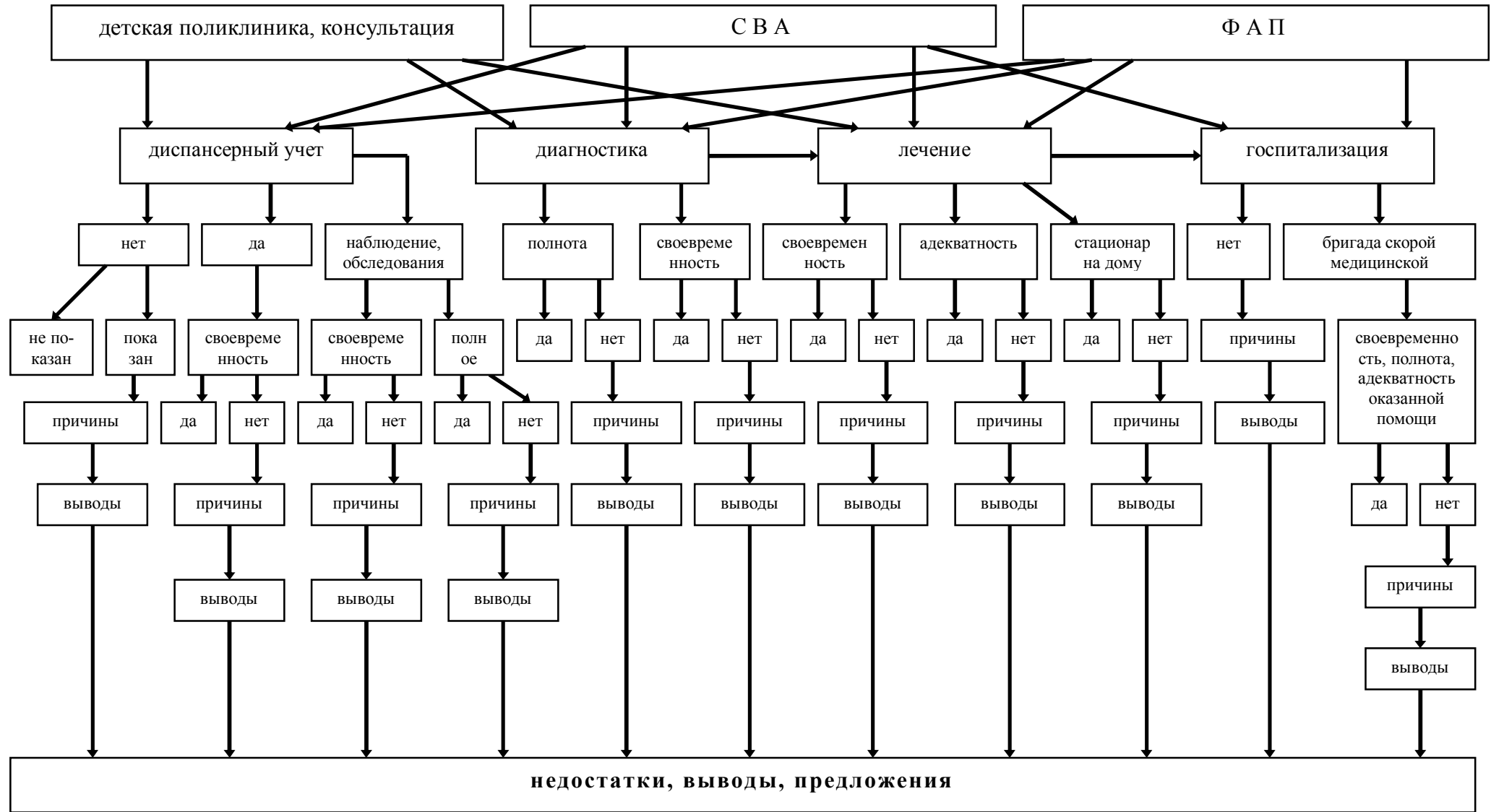
В.А.

Лискович

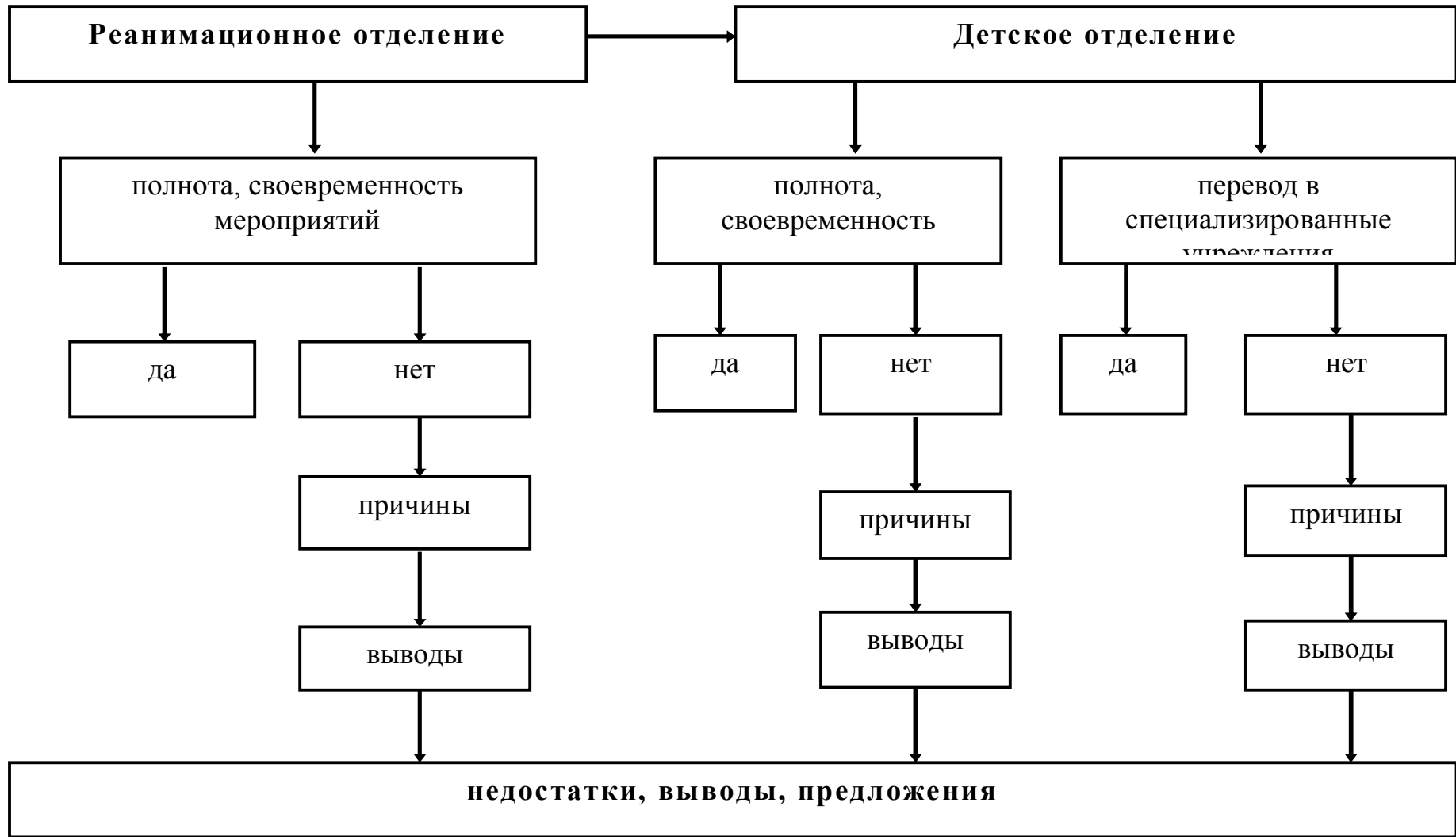
АЛГОРИТМ
разбора случая младенческой смертности
см. алгоритм разбора перинатальной смертности (до 7 сут.)
с 7 сут.



Амбулаторно-поликлинический этап



Стационарный этап



Разбор и анализ ПС и МЛС в области проводится по алгоритму, представленному на рис. 7.1 и включает в себя следующие этапы:

1. Городские (районные) ТМО.
2. Организационно-методический кабинет ГКРД и ДОКБ.
3. УОЗ Гродненской области.

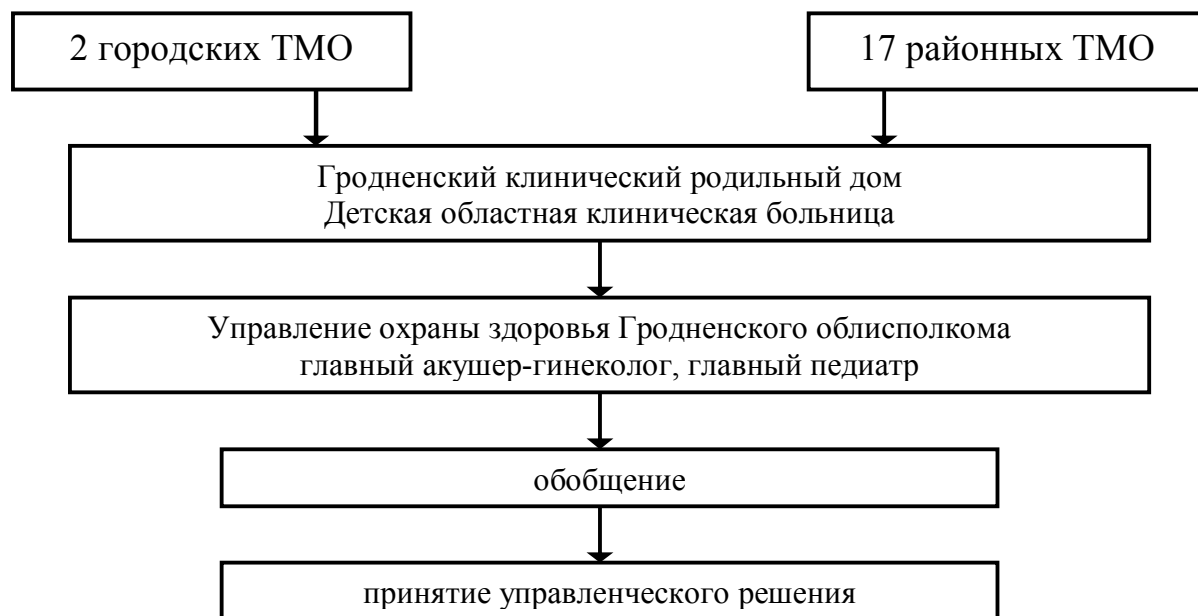


Рис. 7.1. Алгоритмы разбора и анализа перинатальной и младенческой смертности

В целях оперативного контроля за уровнем показателей деятельности АГС, а также возможностью влияния на отрицательные отклонения в показателях деятельности издан совместный приказ УОЗ и ГГМУ № 117/49 от 17.03.2000 г. "О некоторых изменениях в представлении ежеквартальной периодической отчетности по акушерско-гинекологической и педиатрической службам".

УТВЕРЖДАЕМ:

1. Порядок представления ежеквартальной периодической отчетности по акушерско-гинекологической службе (приложение № 1).
2. Порядок представления ежеквартальной периодической отчетности по педиатрической службе (приложение № 2).
3. График ежеквартальной сдачи отчетов по акушерско-гинекологической и педиатрической службам (приложение № 3).

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Ввести в 2000 г. ежеквартальное представление отчетности по акушерско-гинекологической службе по форме № 32 и № 13, по педиатрической службе по форме № 31.
2. Дополнительные сведения по результатам деятельности служб представлять в виде таблиц, утвержденных письмом УОЗ № 06-3/276 от 18.02.1998 г. (по акушерско-гинекологической службе), № 05-2/314 от 14.03.1997 г. (по педиатрической службе),

приказами УОЗ: № 177 от 26.05.1998 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению", № 59 от 15.02.1999 г. "О совершенствовании интеграции акушерско-гинекологической, педиатрической и терапевтической служб", № 249 от 01.09.1997 г. "О проведении оперативного контроля за уровнем перинатальной и младенческой смертности".

3. Главным врачам гор(рай) ТМО:

3.1. Организовать проведение ежеквартального системно-структурного анализа деятельности акушерско-гинекологической и педиатрической служб с формулированием выводов и предложений и представлять их в УОЗ главному акушеру-гинекологу и главному педиатру в срок до 15 числа следующего за отчетным периодом месяца.

3.2. Обеспечить своевременное представление в ОМК ГКРД районными акушерами-гинекологами и неонатологами, в ОМК ДОКБ - районными педиатрами статистических данных в соответствии с установленными требованиями и графиком сдачи.

4. Главному врачу ГКРД Высоцкому А.А., главному врачу ДОКБ Гутикову Д.С.:

4.1. Силами ОМК ГКРД и ДОКБ организовать прием статистической отчетности из гор(рай) ТМО и ее обобщение в срок до 20 числа следующего за отчетным периодом месяца.

4.2. Обеспечить совместно с кафедрами акушерства и гинекологии, педиатрии ГГМУ (проф. Ракуть В.С., доц. Пальцева А.И., Вильчук К.У.) проведение ежеквартального системно-структурного анализа полученной информации и ее представление в УОЗ в срок до 30 числа следующего за отчетным периодом месяца.

5. Заведующим кафедрами педиатрии ГГМУ Вильчуку К.У., акушерства и гинекологии Ракутю В.С., доценту кафедры педиатрии, главному внештатному неонатологу области Пальцевой А.И.:

5.1. Принимать непосредственное участие в проведении совместно с ОМК ГКРД и ДОКБ ежеквартального системно-структурного анализа показателей деятельности акушерско-гинекологической, педиатрической служб.

6. Главному акушеру-гинекологу УОЗ Лисковичу В.А., главному педиатру УОЗ Антонович Н.Е.:

6.1. Изучать полученную ежеквартальную информацию и на ее основе разрабатывать и вносить конкретные предложения руководству УОЗ по улучшению организации деятельности акушерско-гинекологической, педиатрической и неонатальной служб для принятия адекватных управленческих решений.

7. Просить директора НИИ ОМД МЗ РБ проф. Шишко Г.А. организовать на базе ГКРД обучающий семинар для акушеров-гинекологов, педиатров, неонатологов по вопросам компьютерной системы представления ежеквартальных отчетов. Оплату командировочных расходов сотрудникам НИИ ОМД произвести за счет средств УОЗ.

8. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н. и проректора по лечебной работе Ковальчука В.И.

*Начальник управления
Ректор ГГМУ*

*Р.А. Часнойть
П.В. Гарелик*

*Приложение № 1
к приказу УОЗ и ГГМУ № 117/49 от 17.03.2000 г.*

ПОРЯДОК

представления ежеквартальной периодической отчетности
по акушерско-гинекологической службе

1. Ежеквартальную статистическую отчетность по ф. № 32 и № 13 представляют в ОМК ГКРД районные акушеры-гинекологи и неонатологи.
2. Районные (городские) ТМО представляют статистические данные в соответствии с установленным графиком.
3. ОМК ГКРД организует прием информации из райТМО и ее обобщение в срок до 20 числа следующего за отчетным периодом месяца.
4. Главный врач ГКРД, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, доц. кафедры педиатрии ГГМУ, главный внештатный неонатолог области организуют проведение ежеквартального системно-структурного анализа полученной информации и его представляют в УОЗ в срок до 30 числа следующего за отчетным периодом месяца.
5. Главный акушер-гинеколог, главный педиатр УОЗ изучают полученную информацию и на ее основе разрабатывают и вносят конкретные предложения руководству УОЗ по улучшению организации деятельности акушерско-гинекологической и неонатальной служб и принятию адекватных управленческих мер.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

*Приложение № 2
к приказу УОЗ и ГГМУ № 117/49 от 17.03.2000 г.*

ПОРЯДОК

представления ежеквартальной периодической отчетности
по педиатрической службе

1. Ежеквартально представлять статистическую отчетность по форме 31 в ОМК ДОКБ (графы - 11, 12, 13).
Таблица № 5 "Профилактические осмотры детей и их результаты" высылать в ОМК ДОКБ после завершения профилактических осмотров.
2. Гор(рай) ТМО представляют статистические отчеты в соответствии с установленным графиком.
3. ОМК ДОКБ - организует прием информации из ТМО области, ее обобщение в срок до 20 числа следующего за отчетным периодом.
4. Главный врач ДОКБ, заведующий кафедрой педиатрии ГГМУ организуют проведение ежеквартального системно-структурного анализа полученной информации и его представление в УОЗ в срок до 30 числа следующего за отчетным периодом месяца.
5. Главный педиатр УОЗ изучает полученную информацию и на ее основе вносит конкретные предложения руководству УОЗ по улучшению организации деятельности педиатрической службы с принятием адекватных управленческих мер.

Главный педиатр управления

Н.Е. Антонович

Приложение № 3
к приказу УОЗ и ГГМУ № 117/40 от 17.03.2000 г.

ГРАФИК
ежеквартальной сдачи отчетов по акушерско-гинекологической
и педиатрической службам районными ТМО

Районы	Дата сдачи		
	Берестовицкий	3.04	4.07
Волковысский	3.04	4.07	2.10
Вороновский	3.04	4.07	2.10
Гродненский	3.04	4.07	2.10
Дятловский	4.04	5.07	3.10
Ивьевский	4.04	5.07	3.10
Зельвенский	4.04	5.07	3.10
Кореличский	4.04	5.07	3.10
Лидский	5.04	6.07	4.10
Мостовский	5.04	6.07	4.10
Новогрудский	5.04	6.07	4.10
Островецкий	6.04	7.07	5.10
Ошмянский	6.04	7.07	5.10
Слонимский	6.04	7.07	5.10
Сморгонский	7.04	10.07	6.10
Щучинский	7.04	10.07	6.10
Свислочский	7.04	10.07	6.10
г. Гродно	7.04	10.07	6.10

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Главный педиатр управления

Н.Е. Антонович

Важную роль в формировании конечных показателей деятельности службы родовспоможения играет уровень заболеваемости с временной нетрудоспособностью.

В связи с введением новой Государственной статистической формы по анализу заболеваемости с ВН УОЗ Гродненского облисполкома разработано новую форму проведения ежеквартального структурного анализа заболеваемости с ВН по АГС.

Информационным письмом УЗО главным врачам ЛПУ предписано:

1. Обеспечить представление сравнительного анализа заболеваемости с ВН в ОМК ГКРД до 15 числа следующего за отчетным периодом месяца.

2. Анализ заболеваемости сопровождать письменным объяснением причин роста количества случаев, дней, средней длительности лечения по отдельным нозологическим формам.

3. Ежеквартальный анализ визировать непосредственно исполнителю и руководителю ЛПУ.

Ежеквартальный структурный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности по акушерско-гинекологической службе

№ строк и	Шифр по МКБ-10	Шифр по МКБ-9	Наименование патологии	Количество случаев		Количество дней		Средняя продолжительность случая	
				отчетный период	предыдущий период	отчетный период	предыдущий период	отчетный период	предыдущий период
3	A51	91	Сифилис						
3	A54	98	Гонорея						
4	C51-C52	184	Злокачественные новообразования матки вульвы и влагалища						
4	C53	180	Злокачественные новообразования шейки матки						
4	C54	182	Злокачественные новообразования тела матки						
4	C55	179	Злокачественные новообразования неуточненной этиологии						
4	C56	183	Злокачественные новообразования яичника						
4	C57-C58	184	Злокачественные новообразования других и неуточненных женских половых органов						
5	D25	218	Лейомиома матки						
5	D26	219	Другие доброкачественные новообразования матки						
5	D27	220	Доброкачественные новообразования яичника						
5	D28	221	Доброкачественные новообразования других						

			женских половых органов						
7	E28	256	Дисфункция яичников						
48	N70	614	Воспалительные болезни яичников и маточных труб						
48	N71	615	Воспалительные болезни матки, кроме шейки матки						
48	N72	616	Воспалительная болезнь шейки матки						
48	N73	614	Другие воспалительные болезни женских тазовых органов						
48	N75-N76	616	Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы						
49	N80	617	Эндометриоз						
49	N81	518	Выпадение половых органов						
49	N82	619	Свищи с вовлечением женских половых органов						
49	N83	620	Невоспалительные болезни яичников, маточных труб и широкой связки						
49	N85	621	Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки						
49	N86-N88	622	Невоспалительные болезни шейки матки						
49	N89	623	Другие невоспалительные болезни влагалища						
49	N90	624	Другие невоспалительные вульвы и промежности						
49	N91-N94	626	Расстройства менструаций и другие аномальные кровотечения						
49	N95	627	Нарушения в менопаузе и после менопаузы						
49	N97	628	Женское бесплодие						
49	N99		Другие нарушения мочеполовой системы						
Всего по строке 5-49									
50	O00	633	Внематочная беременность						
50	O01	630	Пузырный занос						
50	O02	632	Другие аномальные продукты зачатия						
50	O03	634	Самопроизвольный аборт						
50	O08	639	Осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью						
50	O10-O16	643	Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства во время беременности						
50	O20	640	Кровотечение в ранние сроки беременности (угрожающий аборт)						
50	O21	642	Токсикозы 1 половины беременности						

50	O23	646	Инфекции мочеполовых путей						
50	O47	644	Угрожающие преждевременные роды						
51	O70-O75	667	Осложнения родов						
51	O85-O92	670	Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом						
Всего по строке 50-51									
64	O04	635	Медицинский аборт						
64	O05	636	Другие виды аборта						
64	O06	637	Аборт неуточненный						
64	O07	638	Неудачная попытка аборта						
Всего по строке 64									
66 Уход за ребенком в связи с болезнью матери									
Другие случаи ВН									
ИТОГО:									

Представленные данные из гор(рай) ТМО обобщаются в ОМК Гродненского роддома и в виде итоговых таблиц с углубленным их анализом доводятся руководителям ЛПУ для принятия управленческих решений.

Важным моментом в профилактике МС является организация контроля за проведением операций искусственного прерывания беременности.

В целях упорядочения производства искусственного прерывания беременности по медицинским, медико-генетическим и немедицинским показаниям в соответствии с приказом МЗ РБ № 71 от 05.04.94 г. издан совместный приказ УОЗ и ГГМУ № 137/61 от 29.03.2000 г. "О совершенствовании порядка проведения операций искусственного прерывания беременности в Гродненской области".

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Для определения показаний к прерыванию беременности по медицинским, медико-генетическим и в конфликтных случаях по немедицинским показаниям создать областную комиссию на базе ГКРД в составе:

ЛИСКОВИЧА В.А. - главного акушера-гинеколога управления, председателя

МИНЮК Л.Л. - заместителя главного врача ГКРД, заместителя председателя

ОСЛАВСКОГО И.А. - заместителя главного врача, секретаря

ЯГОВДИК И.Н. - ассистента кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ

КРОТКОВА О.В. - заведующего областным МГЦ

НЕДВЕЦКОЙ Н.И. - врача-терапевта ГКРД

НАУМОВА И.А. - заведующего женской консультацией № 2 г. Гродно, главного внештатного акушера-

гинеколога горздравотдела

2. Утвердить график работы областной комиссии: каждая пятница с 11.00 до 13.00 в кабинете зам. главного врача по лечебным вопросам ГКРД.

3. Комиссии в случае необходимости разрешить привлекать к работе других специалистов.

4. Заключение комиссии о разрешении на прерывание беременности оформлять на бланке установленного образца (приложение № 1).

5. Областной комиссии определять медицинский стационар для выполнения прерывания беременности по медицинским показаниям.

6. Все прерывания беременности по медико-генетическим показаниям выполнять в ГКРД.

7. Заведующему горздравотделом, главным врачам ТМО № 1 и ТМО № 2, Гродненского ТМО:

- женщин для решения вопроса о прерывании беременности по немедицинским показаниям направлять в областную комиссию.

8. Главным врачам рай ТМО, главному врачу ГКРД:

- для верификации внутриутробного диагноза весь абортативный материал, полученный после искусственного прерывания беременности направлять в патологоанатомическое отделение (бюро) для патологоанатомического исследования.

9. Начальнику патологоанатомического бюро Лазаревичу Н.А.:

9.1. Обеспечить патологоанатомическое исследование поступившего абортативного материала из ЛПУ области и в связи с научно-практическим интересом патологоанатомическое вскрытие абортусов, прерванных по медико-генетическим показаниям с оформлением проколов вскрытия и регистрацией смертности в установленном порядке.

9.2. Ежеквартально в срок до 15 числа следующего за отчетным периодом месяца совместно с кафедрой патанатомии ГГМУ представлять в управление охраны здоровья главному акушеру-гинекологу обобщенную информацию в разрезе районов о патологоанатомическом исследовании при искусственном прерывании беременности в поздние сроки (после 12 недель).

10. Заведующему горздравотделом, главным врачам гор(рай) ТМО:

10.1. Продолжить проведение работы по организации прерывания беременности по медицинским, медико-генетическим и немедицинским показаниям в соответствии с приказом МЗ РБ № 71 от 05.04.94 г.

10.2. Своим приказом определить ответственных лиц и порядок выполнения прерываний беременности в ЛПУ.

10.3. Обязать главных врачей ТМО ежеквартально анализировать работу районных комиссий по определению показаний к прерыванию беременности по медицинским, медико-генетическим и немедицинским показаниям.

10.4. Для решения вопроса о прерывании беременности по медицинским, медико-генетическим и в конфликтных случаях по немедицинским показаниям всех женщин направлять в областную комиссию на базе ГКРД со следующей медицинской документацией:

а) направление на комиссию с обоснованием показаний к прерыванию беременности, подписанное участковым акушером-гинекологом, зав. женской консультацией и зам. гл. врача, курирующим службу родовспоможения;

б) в случае первичного выявления ВПР в МГЦ направление на комиссию заполняет акушер-гинеколог областного МГЦ и заведующий областным МГЦ;

в) общеклинические анализы для выполнения оперативного вмешательства и УЗИ исследование плода;

г) заключение ВКК, подтверждающее наличие медицинских показаний у женщин для выполнения прерывания беременности;

д) заключение областного МГЦ при наличии ВПР у плода, несовместимого с жизнью, визированное заведующим областным МГЦ;

е) документы (справки, ксерокопии и др.), подтверждающие наличие у женщины немедицинских показаний для прерывания беременности;

ж) документ, подтверждающий личность (паспорт).

10.5. Операцию искусственного прерывания беременности по желанию женщины в сроке до 12 недель и менее проводить в строгом соответствии с приложениями № 1, № 5 к приказу МЗ РБ № 71 от 05.04.94 г.

11. Заведующему горздравотделом Микалуте Б.С.:

11.1. В г. Гродно прерывания беременности в сроке более 12 недель производить в ГКРД.

11.2. Повысить требовательность к медицинскому персоналу, выполняющему прерывание беременности и обеспечить доступность населения к данному виду медицинской помощи.

11.3. Проверить деятельность ЛПУ по организации проведения операции прерывания беременности в г. Гродно, рассмотреть данный вопрос на МСС и результаты представить в УОЗ до 15.05.2000 г.

12. Заведующему кафедрой патологоанатомической анатомии ГГМУ Силяевой Н.Ф. совместно с областным патологоанатомическим бюро проводить обобщение и анализ результатов патологоанатомических исследований и патологических вскрытий абортусов после искусственных прерываний беременностей в поздние сроки, обратив особое внимание на прерывания по медико-генетическим показаниям и информировать УОЗ до 15 числа следующего за отчетным кварталом месяца.

13. Приказ довести до сведения зам. главных врачей, курирующих акушерско-гинекологическую службу и всех акушеров-гинекологов под роспись.

14. Приказ УОЗ № 357 от 08.09.97 г. "О порядке проведения операций искусственного прерывания беременности" считать утратившим силу.

15. Контроль за выполнением данного приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н. и проректора ГГМУ Ковальчука В.Н.

Начальник управления

Р.А. Часнойть

Ректору ГГМУ

П.В. Гарелик

ГРОДНЕНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ**ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ**

по прерыванию беременности № _____

Гр. _____

Возраст _____ Адрес _____

Диагноз: _____

Заключение комиссии:

прервать беременность - по медицинским
- медико-генетическим
- немедицинским

Основание: _____

Госпитализация _____

" ____ " _____ г.

Председатель комиссии:

Члены комиссии:

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Исполнение требований данного приказа позволило сконцентрировать прерывание всех беременностей по медико-генетическим показаниям в ГКРД. В соответствии с положениями приказа налажено обязательное 100 % патологоанатомическое исследование плодов, участие во вскрытии педиатра-генетика, а также разбор всех случаев позднего выявления ВПР на патологоанатомических конференциях в родильном доме.

Анализ статистических показателей включает в себя объяснение, сравнение полученных данных, оформление результатов, формулирование выводов и разработку предложений для внедрения в практику. Одним из важнейших условий качественного анализа является полнота и достоверность собранных сведений. В целях избежания неправильной оценки статистических величин, ошибок методического и логического характера, анализ следует проводить весьма тщательно.

Ежеквартально итоги деятельности АГС, в т.ч. системно-структурный анализ ПС и МлС, обобщаются и докладываются на проводимых Днях главного врача

руководителям ЛПУ с целью акцентирования их внимания на отрицательных показателях деятельности акушерско-гинекологической службы для последующего принятия своевременных управленческих решений. Сравнительные показатели деятельности службы родовспоможения регулярно публикуются в ежеквартально издаваемом областном статистическом сборнике в виде таблиц, диаграмм, графиков.

С целью своевременной и полной оценки деятельности АГС, педиатрической и терапевтической служб, улучшения их взаимодействия на уровне ПМСП при диспансеризации женщин ГРР УОЗ Гродненского облисполкома совместно с НИИ ОМД были разработаны и внедрены "Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в родовспомогательных учреждениях".

1. Прегравидарная подготовка

Алгоритм анализа эффективности прегравидарной подготовки женщин группы "Резерв родов" (ГРР) представлен на схеме № 1.

В ГРР включаются женщины в возрасте от 18 до 40 лет, не имеющие детей или имеющие одного ребенка.

1.1. Формирование ГРР: главные врачи (заместители главных врачей) территориальных поликлиник по результатам переписи населения передают заведующим женскими консультациями, расположенными в районе обслуживания поликлиник, списки всех женщин в возрасте 18-40 лет, не имеющих детей или имеющих одного ребенка. Списки обновляются 2 раза в год. Главные врачи (зам. главных врачей) и заведующие женских консультаций по территориальному принципу с учетом общей численности населения в количестве 6000 человек формируют "акушерско-гинекологические и терапевтические комплексы" таким образом, чтобы на 3-4 врача-терапевта приходился 1 врач акушер-гинеколог. Взаимодействие между акушером-гинекологом и терапевтом осуществляется в рамках ранее созданных акушерско-педиатрических-терапевтических комплексов (АПТК).

После формирования "акушерско-гинекологического и терапевтического комплекса" участковые врачи-терапевты поликлиник передают врачам акушерам-гинекологам женских консультаций списки женщин из социально-неблагополучных семей и имеющих экстрагенитальную патологию (по приказу №71 от 5.04.94 г. "О порядке проведения операций искусственного прерывания беременности"), которая является абсолютным противопоказанием к беременности, с целью охвата этих женщин контрацепцией и исключения из ГРР.

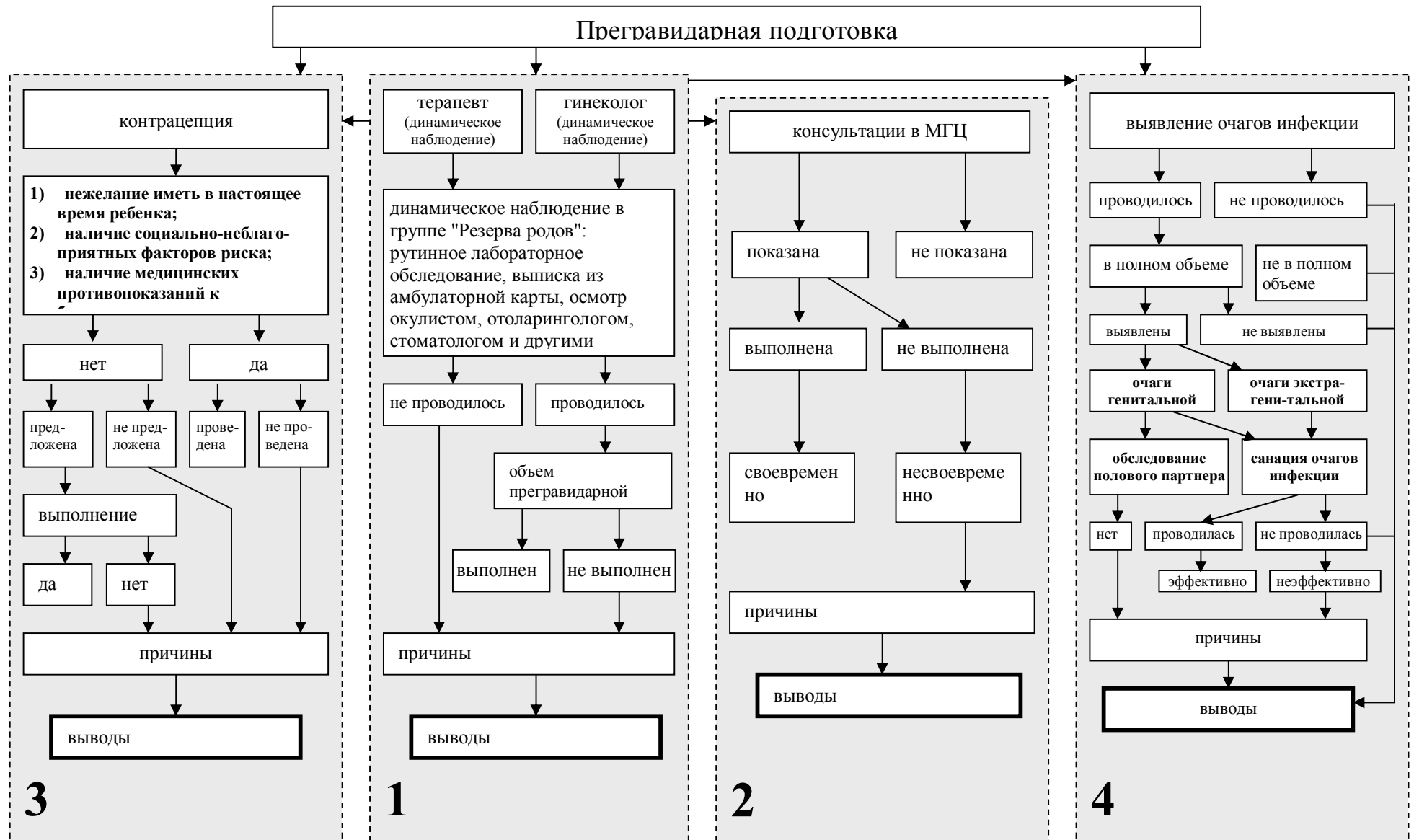


Схема 1: Алгоритм анализа эффективности прегаивидарной подготовки женщин группы "Резерва родов"

2 раза в год врач акушер-гинеколог передает списки родивших женщин участковым врачам-терапевтам с целью исключения из ГРР женщин, имеющих двух детей.

1.2. Группы диспансерного наблюдения:

- 1 – здоровые;
- 2 – практически здоровые;
- 3 – гинекологические больные;
- 4 – имеющие экстрагенитальную патологию;
- 5 – имеющие гинекологическую и экстрагенитальную патологию.

1.3. Формирование групп динамического наблюдения: женщины ГРР, обратившиеся в поликлинику к любому специалисту, подлежат обязательному осмотру участковым терапевтом с минимальным обследованием: осмотр молочных желез и щитовидной железы, общие анализы крови и мочи, измерение АД. При необходимости осуществляется осмотр узких специалистов.

Женщины ГРР, обратившиеся в женскую консультацию, подлежат такому же обязательному обследованию.

По результатам терапевтических и гинекологических осмотров каждая женщина ГРР должна быть отнесена к одной из групп динамического наблюдения, причем в группы 3, 4, 5 включаются женщины, имеющие гинекологическую и экстрагенитальную патологию, в том числе не состоящие на диспансерном гинекологическом и терапевтическом учете.

Участковые врачи-терапевты и врач акушер-гинеколог "акушерско-гинекологического и терапевтического комплекса" 2 раза в год проводят сверку списков женщин, состоящих в группах здоровья.

Амбулаторные карты маркируются в правом верхнем углу титульного листа индексом РР1, РР2, РР3, РР4, РР5 в соответствии с установленной группой здоровья.

1.4. Наблюдение.

Участковые врачи-терапевты активно, либо при обращении к ним женщин из ГРР выясняют, планирует ли пациентка беременность в течение ближайших двух лет, о чем делают соответствующую запись в амбулаторной карте и заверяют её подписью женщины.

Врач акушер-гинеколог при обращении к нему женщин из ГРР также проводит выяснение у пациентки вопроса о планировании беременности.

По результатам данной работы участковые врачи-терапевты и врач акушер-гинеколог относят женщин ГРР в группы наблюдения: "активного" – планирующие беременность в течение двух лет и "пассивного" – не планирующие беременность.

В группе женщин "пассивного" наблюдения врач акушер-гинеколог проводит работу по максимально полному охвату данного контингента всеми видами контрацепции с целью предупреждения незапланируемой беременности.

Динамическое наблюдение при наличии гинекологической и экстрагенитальной патологии проводится в соответствии с требованиями действующих нормативных документов.

Всем женщинам группы "активного" наблюдения, имеющим гинекологическую и экстрагенитальную патологию, проводится прегравидарная подготовка в зависимости от характера патологии с привлечением смежных специалистов.

Обоим супругам за 3 месяца до планируемого зачатия и женщинам в I триместре беременности врачам акушерам-гинекологам проводится профилактика ВПР плода путем назначения фолиевой кислоты по 0,4 мг в день и диеты, богатой фолатами (бобы, шпинат, печень и др.). При наличии в анамнезе детей с ВПР доза фолиевой кислоты должна быть увеличена в 3-4 раза.

Врач акушер-гинеколог в группе "активного" наблюдения выделяет группу медико-генетического риска, в прегравидарную подготовку которой должно быть включено обязательное обследование МГЦ.

Показаниями для медико-генетического консультирования являются:

1. Возраст беременной 35 лет и более.
2. Наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития.
3. Наличие в анамнезе детей с:
 - наследственными болезнями обмена и сцепленными с полом;
 - врожденной гиперплазии коры надпочечников;
 - врожденными пороками развития – изолированными или множественными;
 - хромосомными заболеваниями;
 - умственной отсталостью.
4. Наличие вышеперечисленной патологии среди родственников.
5. Кровнородственный брак.
6. Привычное невынашивание беременности неясного генеза.
7. Первичная аменорея, нарушение менструального цикла неясного генеза.

Учитывая рост в республике заболеваний, передающихся половым путем, и увеличение роли инфекции в неблагоприятном исходе беременности, особым разделом прегравидарной подготовки следует обозначить выявление и санацию очагов инфекции. При выявлении очагов генитальной инфекции необходимо обязательное обследование и лечение обоих половых партнеров.

2. Медицинская помощь беременным женщинам

Алгоритм анализа эффективности динамического наблюдения за беременными женщинами и оказания им медицинской помощи представлен на схеме № 2.

В основе благоприятного исхода родов для матери и плода, профилактики заболеваний новорожденных лежит правильная организация медицинской помощи беременной. Главным принципом динамического наблюдения за беременными является комплексное их обследование, включающее медицинский контроль за состоянием здоровья женщины, течением беременности, развитием плода и оказание профилактической и лечебной помощи как матери, так и “внутриутробному пациенту”.

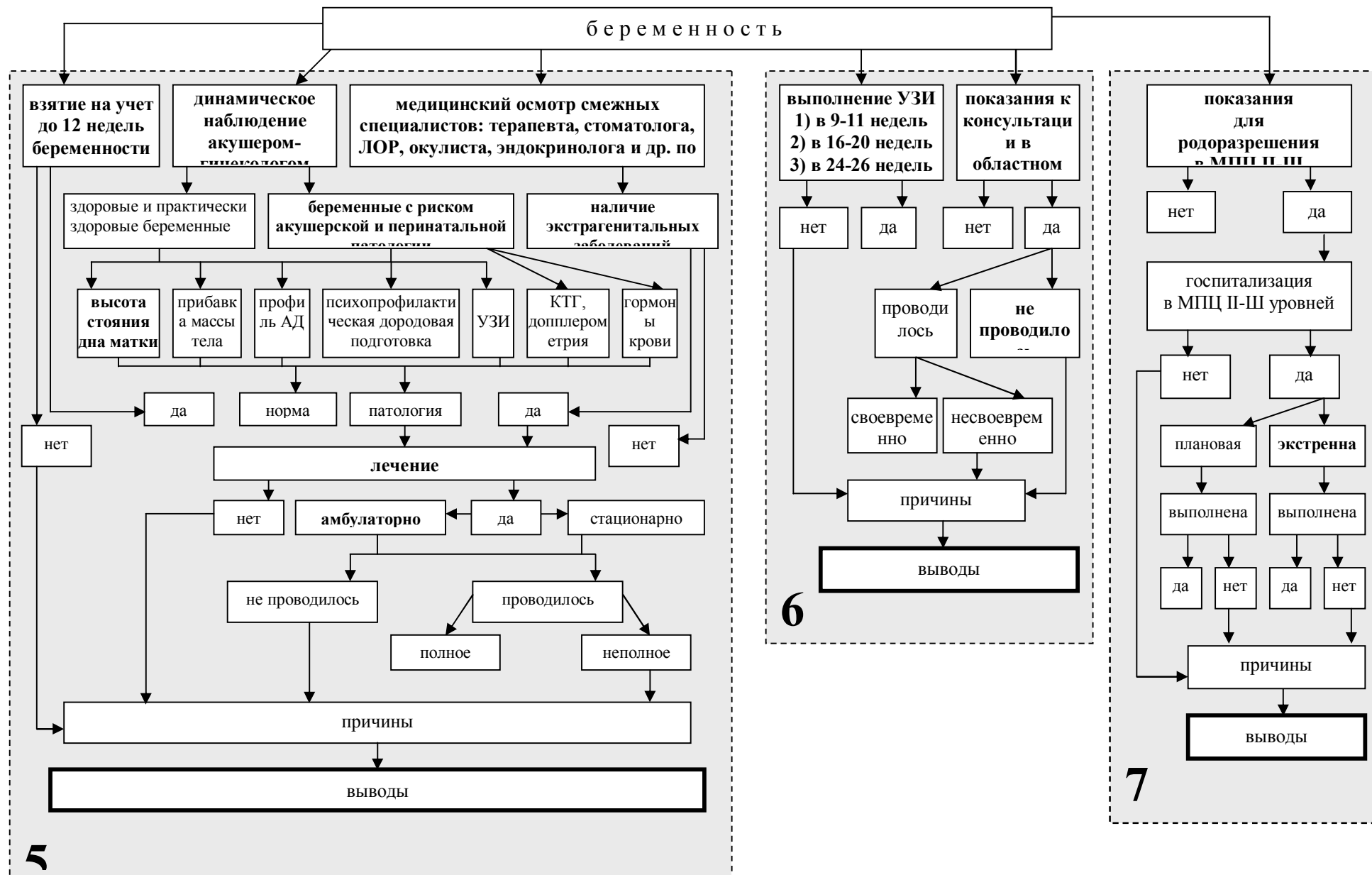


Схема 2: Алгоритм анализа эффективности обследования и оказания медицинской помощи беременным женщинам

ГЛАВА 8. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ.

Управление здравоохранением, в том числе и службой охраны здоровья матери и ребенка, должно обеспечивать эффективность его деятельности. При этом большое значение имеет законотворческая деятельность, построенная на единых принципах, заданных Конституцией Республики Беларусь. Задачей законотворческой деятельности является обеспечение гарантированных Конституцией прав граждан на медицинскую помощь и охрану здоровья, решение актуальных проблем медицинской помощи и профилактики заболеваний.

Государство является гарантом прав граждан на охрану здоровья, определенных Конституцией, в связи с чем ряд проблем должен решаться на общегосударственном уровне:

- создание правовой и нормативной базы охраны здоровья;
- гарантированное обеспечение установленного объема медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения в рамках государственных программ;
- использование экономических мер, стимулирующих охрану здоровья и развитие системы здравоохранения, включая налоговую политику;
- координация деятельности министерств, ведомств, общественных организаций в области охраны здоровья и международное сотрудничество;
- мероприятия в области охраны окружающей среды и ликвидация последствий Чернобыльской катастрофы;
- обеспечение доступности информации о здоровье и факторах на него влияющих;
- создание стимулов для сохранения и укрепления здоровья каждого гражданина республики;
- финансирование мероприятий по охране здоровья в рамках национальных и региональных программ;
- регулирование цен на медикаменты, медицинские услуги и изделия медицинского назначения;
- обеспечение финансирования и координации фундаментальных и прикладных исследований по проблемам охраны здоровья и сопряженным отраслям научных знаний;
- обеспечение паритета прав и обязанностей медицинских работников и пациентов, их равной юридической защищенности.

Необходимо оптимальное соотношение централизации и децентрализации управленческих функций в сфере здравоохранения. По мере развития рыночных отношений, возникновения негосударственных форм собственности осуществляется передача части функций негосударственным структурам, ассоциациям, фондам и другим общественным организациям. С целью привлечения общественности к

вопросам охраны здоровья, государство поощряет создание ассоциации пациентов, ассоциации медицинских работников, благотворительных обществ и фондов, обществ охраны природы, физкультурных обществ и т.д., при этом на центральном уровне на первый план должны выступать задачи стратегии и развития, разработки единой законодательной и нормативной базы, координации международной деятельности в области здравоохранения, формирования и организации исполнения целевых государственных программ.

На региональном уровне органы управления здравоохранения определяют тактику развития отрасли на основе анализа состояния здоровья населения с учетом региональных особенностей, разрабатывают и реализуют региональные программы развития здравоохранения.

Важным направлением совершенствования системы управления отрасли является обеспечение ее целостности за счет единых для здравоохранения Беларуси систем планирования, нормирования, стандартизации, рецензирования, сертификации, единой технологической, технической и кадровой политики.

Основой общегосударственной системы планирования отрасли должен стать государственный план развития здравоохранения, устанавливающий основные цели и задачи развития отрасли на определенный период.

Разрабатываются программы государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи, устанавливающие виды, объем и условия ее оказания (за счет различных источников финансирования), государственные целевые программы в области здравоохранения.

Государственный план и программа здравоохранения должны иметь гарантированное финансовое обеспечение.

Для повышения эффективности планирования в области здравоохранения необходимо, чтобы планы и программы принимались с учетом целей социально-экономического развития, в контрольных цифрах государственных программ, анализа состояния здоровья населения, имеющихся ресурсов здравоохранения и оценки эффективности их использования. В связи с этим должны быть определены:

- показатели состояния здоровья населения, в достижение которых должна внести вклад система здравоохранения, как часть системы охраны здоровья;
- принципы, объемы финансирования;
- показатели эффективности деятельности отрасли;
- принципы совершенствования управления здравоохранения;
- основные направления профилактической деятельности.

На основе планов, программ развития здравоохранения осуществляется процесс текущего, оперативного планирования, доведения плановых заданий учреждениям и моделей конечных результатов.

Необходимо создать единую государственную систему планирования капитальных вложений в здравоохранение, приобретение медицинской техники на основе целевых программ здравоохранения (со специальным порядком приобретения особо дорогостоящего оборудования), установить единый порядок приобретения иных ресурсов, необходимых отрасли.

Повышению эффективности управления будет способствовать расширение системы контрактных отношений в системе здравоохранения.

Приоритетным направлением международного сотрудничества в системе здравоохранения является сотрудничество со странами Содружества Независимых Государств, прежде всего, в части оказания взаимной медицинской помощи в рамках межправительственных соглашений.

В области международных отношений перед здравоохранением стоит также задача углубления сотрудничества и интеграции с международными организациями здравоохранения. Для этого необходимо, в частности, расширение участия в международных здравоохраненческих проектах и защита национальных интересов при их разработке и принятии.

Основываясь на "Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь", утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25 сентября 1998 г. №1499, с учетом достигнутых результатов деятельности службы охраны материнства и детства республики, в тесном сотрудничестве практического здравоохранения и научно-исследовательского потенциала НИИ ОМД, соответствующих кафедр медицинских институтов и университетов, Бел МАПО и международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ и др.), а также с учетом задач ВОЗ по достижению здоровья в 21-ом столетии УЗО Гродненского облисполкома решает следующие основные задачи:

- задача 3 - "Здоровое начало жизни",
- задача 4 - "Здоровье молодежи",
- задача 7 - "Сокращение распространенности инфекционных заболеваний",
- задача 8 - "Сокращение распространенности неинфекционных заболеваний",
- задача 11 - "Более здоровый образ жизни".

Перед всеми структурами охраны материнства и детства стоят основные задачи по охране репродуктивного здоровья, укреплению здоровья женщин и детей, снижению материнской, младенческой и детской заболеваемости и смертности. Эти задачи имеют следующее основное содержание:

Задача 3.

ЗДОРОВОЕ НАЧАЛО ЖИЗНИ.

3.1. Обеспечить доступ населения к службам репродуктивного здоровья, службам дородовой и перинатальной помощи.

3.2. Добиться снижения показателя младенческой смертности до 10 или ниже на 1000 живорожденных.

3.3. В регионах с коэффициентом младенческой смертности, составляющим сегодня менее 10 на 1000 живорожденных, добиться увеличения доли новорожденных без врожденных заболеваний и инвалидности.

3.4. Добиться сокращения не менее, чем на 50 % смертности и инвалидности, связанных с несчастными случаями и актами насилия в возрастной группе до 5 лет.

3.5. Добиться сокращения числа детей, рождающихся с массой тела менее 2500 г на 20 %.

Задача 4.

ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ.

4.1. Дети и подростки должны обладать лучшими жизненными навыками и возможность сделать здоровый выбор.

4.2. Добиться снижения частоты беременности у девочек-подростков на 30 %.

4.3. Добиться снижения смертности и инвалидности, связанных с актами насилия и несчастными случаями, в которые оказываются вовлеченными молодые люди.

4.4. Добиться значительного снижения доли молодых людей, употребляющих наркотики, табак, алкоголь.

Задача 7.*СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.*

7.1. Добиться к 2000 г. (или раньше) прекращения передачи полиомиелита в Европейском регионе, осуществить к 2003 г. (или раньше) сертификацию ликвидации полиомиелита в стране.

7.2. Добиться к 2005 г. (или раньше) ликвидации столбняка новорожденных в Европейском регионе.

7.3. Добиться к 2007 г. (или раньше) ликвидации кори, и к 2010 г. (или раньше) это должно быть сертифицировано.

7.4. Добиться к 2010 г. (или раньше):

- уровня распространенности дифтерии до 0,1 и менее на 100 000 населения;
- сокращения числа новых случаев передачи вируса гепатита В на 80 % за счет иммунизации против гепатита В;
- уровня распространенности эпидемического паротита, коклюша и инвазивных инфекций до 1 и менее на 100 000 населения;
- уровня распространенности врожденного сифилиса менее 0,01 на 1000 новорожденных;
- уровня распространенности врожденной краснухи менее 0,01 на 1000 живорожденных.

Задача 8.*СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.*

8.5. Добиться отсутствия кариеса у 80 % детей в возрасте 6 лет, в то время как среднее число кариозных, отсутствующих или пломбированных зубов у детей 12-летнего возраста должно быть в среднем не более 1,5.

Задача 11.*БОЛЕЕ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.*

11.1. Укрепление форм здорового поведения в таких областях, как питание, физическая активность и сексуальное поведение.

Комплекс мероприятий по развитию и совершенствованию службы охраны материнства и детства должен включать следующие основные разделы:

1. Реализация республиканских программ

- женщины Республики Беларусь
- Национальный план действий по улучшению положения женщины на 1996-2000 г.г.

- Президентская программа "Дети Беларуси", включая подпрограммы:

- Дети Чернобыля
- Дети-инвалиды
- Дети-сироты
- Развитие социального обслуживания семьи и детей

- "Основные направления реализации демографической политики с учетом устойчивого развития экономики в переходный период"

- "Здоровье народа".

2. Охрана прегравидарного здоровья

Улучшение качества здоровья подростков и молодых людей:

- создание для подростков и молодежи услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья;

- организация в каждой поликлиники (или женской консультации, или подростковом отделении) приема акушером-гинекологом детей и подростков;

- нравственно-половое воспитание подростков, содействие безопасному и ответственному сексуальному поведению;

- профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем;

- снижение числа незапланируемых беременностей у подростков, обеспечение подходящей возрасту и состоянию контрацепцией;

- санация хронических очагов инфекции;

- проведение лечебно-оздоровительных мероприятий с подростками и молодыми женщинами, имеющими хронические заболевания для подготовки к планируемой беременности (группа "резервов родов");

- подготовка к планируемой беременности: витаминизация, прием фолиевой кислоты, профилактика йодной недостаточности и железодефицита;

- проведение обучения подростковых врачей, медицинских работников средних и высших учебных заведений, терапевтов по вопросам охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи;

- развитие и углубление междисциплинарного и межведомственного сотрудничества;

- подготовка и тиражирование информационных, методических и учебных материалов по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

3. Планирование семьи

- организация во всех женских консультациях кабинетов планирования семьи;

- подготовка персонала кабинетов планирования семьи по вопросам консультирования и методам контрацепции;

- вовлечение мужчин в решение проблем планирования семьи;

- снижение числа незапланированных беременностей и аборт, особенно у женщин активного репродуктивного возраста;

- подготовка методических и учебных материалов по планированию семьи;

- подготовка информационных материалов по планированию семьи для разных возрастных категорий населения.

4. Антенатальная охрана плода

- раннее взятие беременных на учет в женской консультации;
- витаминизация беременных, прием фолиевой кислоты (особенно в I-ом триместре), профилактика йодной недостаточности и железодефицита;
- выявление риска перинатальной патологии;
- дифференцированное ведение беременных групп "высокого" и "низкого" риска в соответствии с разноуровневой системой перинатального ухода;
- внедрение методов пренатальной диагностики ВПР в I-ом триместре беременности во всех регионах республики;
- внедрение программы "Партнерство в родах":
 - подготовка супружеских пар к рождению ребенка
 - пропаганда грудного вскармливания
 - пропаганда профилактики ИППП и снижения числа нежелательных беременностей

- вовлечение мужчин в решение проблем охраны репродуктивного здоровья

- внедрение программы "Беременность и сахарный диабет".

5. Обеспечение оптимального акушерского и неонатального ухода

- независимо от уровня перинатальной помощи:
 - демедикализация родов
 - ведение родов с использованием партограмм
 - профилактика гипотермии новорожденных
 - максимальное обеспечение совместного пребывания матери и ребенка в родильных стационарах
 - внедрение во всех родильных отделениях принципов успешного грудного вскармливания
 - создание соответствующих условий для партнерских родов и посещения женщины и ее ребенка желанными для нее посетителями в течение всего периода пребывания в роддоме
 - регионализация акушерской и неонатальной помощи:
 - оснащение перинатальных центров III и II уровней оборудованием для оказания неотложной и реанимационной помощи как новорожденным, так и женщинам
 - обеспечение всех родильных стационаров, в первую очередь II и III уровней, медикаментами, расходными материалами для оказания необходимого объема специализированной помощи женщинам и детям
 - бесперебойное обеспечение родильных стационаров медикаментами для профилактики и лечения гипоксических состояний плода и новорожденного
 - бесперебойное обеспечение родильных стационаров простогландами
 - внедрение оказания респираторной помощи новорожденным посредством СИРАР-системы
 - междисциплинарное сотрудничество, взаимодействие со всеми структурами разноуровневой системы перинатального ухода

- постоянное повышение квалификации всего медицинского персонала
- совершенствование системы курации практического здравоохранения сотрудниками соответствующих кафедр медицинских институтов и университетов, Бел МАПО, НИИ охраны материнства и детства.

6. Профилактика и ранняя диагностика рака репродуктивной системы женщин:

- организовать во всех ЛПУ на базе кабинетов патологии шейки матки кабинеты профилактики и ранней диагностики рака органов репродуктивной системы женщин;
- провести обучение медицинских работников различных специальностей по обследованию молочной железы и раннему выявлению рака.

7. Охрана здоровья детей:

- поддержка грудного вскармливания;
- иммунопрофилактика;
- интегрированное ведение болезней детского возраста;
- профилактика детского травматизма;
- профилактика заболеваемости, снижение числа хронических болезней;
- междисциплинарное и межведомственное сотрудничество;
- развитие системы медико-социального патронажа.

С учетом многоплановости задач по укреплению репродуктивного здоровья в период с 1996 по 2000 год управлением охраны здоровья Гродненского облисполкома был осуществлен комплекс мероприятий по выполнению ряда Президентских и Государственных программ:

1. Президентской программы "Дети Беларуси", включающей подпрограммы:

- Дети Чернобыля;
- Дети-инвалиды;
- Дети-сироты;
- Развитие социального обслуживания семьи и детей.

2. Постановления кабинета Министров РБ №373 от 06.06.96 г. "О национальном плане действий по улучшению положения женщин на 1996-2000 г.г."

3. Республиканских программ:

- Женщины в Республике Беларусь;
- Здоровье нации.

4. Основных направлений реализации демографической политики с учетом устойчивого развития экономики в переходный период.

В течение 1995-2001 г.г. в области был налажен и активно используется программно-целевой подход по координации деятельности структур и ведомств, направленный на проведение общегосударственных и региональных мероприятий по совершенствованию оказания помощи беременным, роженицам и детям. В связи с этим функционирует взаимосвязанный с Государственной программой "Здоровье нации" ряд комплексных ведомственных программ:

1. План первоочередных мероприятий УОЗ по профилактике и снижению материнской смертности в области на 1998-2000 г.г., утвержденный в МЗ РБ 17.11.97 г.

2. Комплексная областная программа УОЗ по охране здоровья матери и ребенка от 10.11.97 г.

3. Комплексная областная программа УОЗ по реализации Президентской программы "Дети Беларуси" от 22.07.98 г.

4. Областная программа УОЗ по снижению младенческой смертности на 1996-2000 г.г. от 10.08.95 г.

5. Комплексная областная программа УОЗ по невынашиванию и профилактике непланируемой беременности на 1998-2000 г.г.

6. Областная программа УОЗ по поддержке и поощрению грудного вскармливания от 17.05.95 г.

7. Областная программа УОЗ по профилактике гинекологических заболеваний у девочек подростков от 1995 г.

8. План мероприятий УОЗ по реализации демографической политики с учетом устойчивого развития в переходный период 1998-2000 г.г.

9. Областная программа УОЗ по профилактике детского травматизма в Гродненской области, 1995-2000 г.г.

В последние годы в Министерстве здравоохранения РБ оперативно рассмотрены и приняты конкретные решения в отношении деятельности акушерско-гинекологической службы, в т.ч. по профилактике материнской и младенческой смертности:

10. Решение ЛКС МЗ РБ "О состоянии материнской и младенческой смертности и мерах по ее снижению" от 23.03.99 г.

11. Решение коллегии МЗ РБ № 10 от 25.08.99 г. "О мерах по улучшению оздоровления женского населения Республики Беларусь".

12. Приказ МЗ РБ № 27-А от 25.01.2000 г. "О недостатках в оказании медицинской помощи родильнице С. в роддоме г. Молодечно и мерах по улучшению работы акушерско-гинекологической службы республики".

13. Решение ЛКС МЗ РБ № 5 от 27.04.2000 г. "О состоянии материнской смертности в РБ за 1 кв. 2000 г. и неотложных мерах по ее снижению".

Для их успешной реализации в каждом конкретном случае управлением охраны здоровья разработаны мероприятия по выполнению вышеуказанных нормативных актов.

П Л А Н
мероприятий управления охраны здоровья от 25.05.1999 г. по реализации
решения
заседания ЛКС МЗ РБ по вопросу "О состоянии младенческой
и материнской смертности и мерах по ее снижению" от 23.03.1999 г.

№ п/п	Наименование мероприятий	Исполнитель	Сроки исполнения
1	2	3	4
1.	Обеспечить безусловное выполнение Плана мероприятий управления охраны здоровья по снижению материнской смертности в области на 1998-2000 г.г. с контролем 2 раза в год на заседании районных МСС.	гл. врачи гор(рай)ТМО	постоянно
2.	Обеспечение постоянного контроля за состоянием младенческой и материнской смертности с рассмотрением на заседаниях ЛКС, ЛКК, Советов по перинатологии.	гл. акушер-гинеколог, гл. педиатр УОЗ, гл. врачи ТМО, зав. кафедрами акушерства и гинекологии, педиатрии ГТМИ, гл. врачи ГКРД, ГДОКБ	2 раза в год (1 и 3 кв.)
3.	Проведение ежеквартального сравнительного системно-структурного анализа перинатальной и младенческой смертности с разборкой мероприятий по их стабилизации и снижению в соответствии с приказом УОЗ № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению"	гл. акушер-гинеколог, гл. педиатр УОЗ, зав. кафедрами акушерства и гинекологии, педиатрии ГТМИ, гл. врачи ТМО, гл. врачи ГКРД, ГОДКБ	Ежеквартально до 20 числа следующего за отчетным периодом месяца
4.	Проведение разбора всех случаев перинатальной и младенческой смертности в соответствии с разработанными УОЗ алгоритмами разбора и утвержденными решением коллегии УСЗ от 03.05.99 г. "О состоянии младенческой смертности в Новогрудском, Слонимском, Волковысском районах"	гл. врачи ГКРД, ГДОКБ, РТМО	постоянно
5.	Усилить контроль администрации ТМО за диспансерным наблюдением за беременными с высоким фактором перинатального риска и их своевременным направлением на более высокий уровень родоразрешения в соответствии с приказом УОЗ № 338 от 17.10.97 г. "Об организации перинатальной помощи в Гродненской области"	гл. врачи гор(рай)ТМО	постоянно

1	2	3	4
6.	Обеспечить выполнение решения коллегии УОЗ от 03.05.99 г. "О состоянии младенческой смертности в Слонимском, Волковысском, Новогрудском районах"	гл. врачи гор(рай) ТМО, гл. врачи ГКРД, ГДОКБ	постоянно
7.	Активизировать работу по профилактике непланируемой беременности, проведению бесплатной контрацепции женщинам из социально-неблагополучных семей, имеющих абсолютные противопоказания к беременности, обеспечив выполнение плана мероприятий УОЗ по реализации программы "Дети Беларуси" и Постановления Совета Министров РБ № 996 от 24.06.98 г. "О концепции государственной демографической политики"	гл. врачи гор(рай)ТМО	до 01.07.99 г.
8.	Обеспечить контроль за выполнением областной комплексной программы по невынашиванию беременности, разработанные районные программы утвердить в райисполкомах. Проводить детальный анализ каждого случая преждевременных родов на заседаниях районных советов по перинатологии.	гл. врачи гор(рай)ТМО	контроль 2 раза в год до 15.07.99 г. и 15.12.99г.
9.	Усилить контроль за работой родовспомогательных и детских учреждений в праздничные и выходные дни, обратив особое внимание на обеспечение круглосуточной работы анестезиологической и лабораторной служб.	гл. врачи райТМО, гл. врач ГКРД	постоянно
10.	Подготовить заявку в ПО "Фармация" для организации закупки препаратов для профилактики СДР плода и новорожденного (мукосолван, лазолван) и простогландинов для МПЦ 2-го и 3-го уровней.	гл. акушер- гинеколог УОЗ	до 01.06.99 г.
11.	Разработать программы витаминизации беременных женщин с внесением для утверждения в райисполкомы в соответствии с областными программами по охране здоровья матери и ребенка "Дети Беларуси", планом мероприятий по снижению материнской смертности в области.	гл. врачи гор(рай)ТМО	II-III кв. 1999 г.
12.	Обеспечить сроки и кратность проведения УЗ скрининга беременным женщинам и своевременное консультирование в МГЦ при наличии показаний, а также детей и семей в соответствии с требованиями приказа УОЗ № 177 от 26.05.98 г. "О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению".	гл. врачи гор(рай) ТМО, гл. врач ГКРД	постоянно
13.	Организовать выполнение приказа УОЗ № 59 от 15.02.99 г. "О совершенствовании интеграции акушерско-гинекологической, педиатрической, терапевтической служб", обратив особое внимание на своевременное оздоровление женщин из группы резерва родов и девочек-подростков, своим приказом определить ответственных лиц за каждый раздел работы.	гл. врачи гор(рай)ТМО	до 01.07.99 г.

14.	Обеспечить выполнение технологий по уходу за новорожденными (микроклимат в родзале и палатах новорожденных, санэпидрежим, состояние и качество медоборудования и т.д.).	гл. врачи ТМО, ОДКБ, ГКРД	постоянно
15.	Организовать постоянно действующий семинар с зачетом для акушерок и медсестер палат новорожденных и реанимационных по вопросам ухода за новорожденными.	гл. врачи ТМО, ОДКБ, ГКРД	с 01.06.99г.
16.	Обеспечить контроль за диспансеризацией детей раннего возраста, обратив особое внимание на детей II, III-V групп здоровья	гл. врачи ТМО, зам. гл. врача по детству и родовспомож ению	постоянно
17.	Проводить работу с социально-неблагополучными семьями в контакте с исполкомами и органами опеки	зам. гл. врача по детству и родовспомож ению	постоянно
18.	Обеспечить внедрение методических рекомендаций: - по оказанию неотложной и реанимационной помощи детям - о комплексной оценке состояния здоровья детей	зам. гл. врача по детству	постоянно
19.	Планировать обеспечение автотранспортом перинатального центра 2-го уровня Лидского ТМО	УОЗ	2000 г.

П Л А Н

Мероприятий управления охраны здоровья Гродненского облисполкома от
03.11.99 г.

по реализации решения коллегии МЗ РБ № 10 от 25.08.99г. «О мерах по
улучшению оздоровления женского населения Республики Беларусь»

№	Мероприятия	Срок выполнения	Исполнитель
1	Обеспечить исполнение на местах директивных документов, направленных на обеспечение безопасного материнства, снижение материнской и младенческой смертности	постоянно	гл. врачи ЛПУ
2	Обратить особое внимание на реализацию мероприятий по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики болезней, передаваемых половым путем, СПИДа, предупреждения абортов	постоянно	гл. врачи ЛПУ
3	Обеспечить выполнение санитарно-противоэпидемического режима в родовспомогательных и детских учреждениях в соответствии с приказом МЗ РБ № 178 от 21.12.95 г., обратив особое внимание на соблюдение оптимального температурного режима в родильных залах (не менее 25° С)	постоянно	гл. врачи ЛПУ
4	Обеспечить наличие в акушерских стационарах I-III уровня – простогландинов, II и III уровней – мукосолвана и лазолвана, III уровня – альвеофакта	постоянно	гл. врачи ЛПУ
5	Организовать проведение областного обучающего	IV кв.	гл.

.	семинара для терапевтов подростковых кабинетов по проблемам репродуктивного здоровья	2000 г.	терапевт УОЗ
6	Внести на рассмотрение на заседаниях рай(гор) исполкомов в порядке контроля вопрос "О состоянии репродуктивного здоровья женщин и детей" с разработкой конкретных мер социального характера, направленных на его улучшение с включением финансовых затрат для проведения витаминизации беременных, кормящих матерей и детей, снижение числа женщин, занятых на рабочих местах с вредными и опасными производственными факторами	I кв. 2000 г.	гл. врачи ЛПУ
7	Обеспечить проведение качественного профилактического осмотра населения с обязательным цитологическим исследованием мазков, особо обратив внимание на работу ФАПов и смотровых кабинетов	постоянно	гл. врачи ЛПУ
8	Активизировать работу по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза у женщин в пожилом возрасте	постоянно	гл. врачи ЛПУ

На лечебно-контрольном Совете МЗ РБ 14.12.99 г. по результатам проведенной проверки рассмотрен случай смерти роженицы С. в родильном доме г. Молодечно. Выявлен ряд существенных недостатков в организации лечебно-диагностического процесса в стационаре, отмечено снижение требовательности по вопросам организации и качества родовспомогательной помощи беременным и роженицам: не отработана система организации консилиумов, неадекватно оценено состояние беременной, что привело к выбору необоснованной тактики консервативного ведения родов, не проводилось динамическое наблюдение за состоянием плода, своевременно не пересмотрен план ведения родов, использовался несовременный шовный материал (кетгут) в акушерской практике, недооценено состояние больной в послеоперационном периоде, отсроченная во времени с целью остановки кровотечения релопаротомия, экстерпация матки с трубами проведена на фоне геморрагического шока и развития ДВС-синдрома; неточно проводился учет кровопотери во время операции, не назначены срочные лабораторные исследования (коагулограмма, КЩС, биохимический анализ крови), анестезиологическое пособие проведено без медикаментозной антигипоксической защиты мозга, при проведении реанимационных мероприятий в течение 35 минут в истории болезни не отмечается их эффективность.

Во исполнение приказа МЗ РБ № 27-А от 25.01.2000г. "О недостатках в оказании медицинской помощи роженице С. в родильном доме г. Молодечно и мерах по улучшению работы акушерско-гинекологической службы области" и устранения возможных аналогичных недостатков в службе родовспоможения области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Главным врачам гор(рай) ТМО, ГКРД:

1.1. Взять под личный контроль организацию лечебно-диагностического процесса в акушерско-гинекологических стационарах подведомственных учреждений.

1.2. Приказ МЗ РБ № 27-А от 25.01.2000 г. довести до сведения всех медицинских работников области под роспись.

1.3. Принять исчерпывающие конкретные меры к предупреждению возможных аналогичных недостатков в подведомственных учреждениях.

1.4. Добиться полного выполнения плана мероприятий УОЗ по снижению и профилактике материнской смертности на 1999-2000 г.г.

1.5. Обеспечить выполнение требований действующих приказов МЗ РБ и УОЗ и инструктивно-нормативных документов, регламентирующих деятельность акушерско-гинекологической службы.

1.6. Обеспечить использование во время операции кесарева сечения современного шовного материала (викрил, дексан) с целью уменьшения возможных гнойно-септических осложнений.

1.7. Взять под строгий контроль организацию и своевременность проведения консилиумов, качество ведения медицинской документации в акушерских стационарах, оформление протоколов.

1.8. Организовать и провести комплексную проверку организации и качества оказания акушерской и гинекологической помощи в подведомственных ЛПУ, дать им принципиальную оценку на заседаниях гор(рай) медсансоветов и информацию (справка проверки, решение МСС) предоставить в УОЗ главному акушеру-гинекологу управления до 10.04.2000 г.

1.9. Пересмотреть подбор и расстановку кадров в акушерско-гинекологической службе и обеспечить своевременное направление их на курсы повышения квалификации.

1.10. Усилить контроль и повысить качество за работой собственных квалификационных комиссий.

1.11. Пересмотреть деятельность подразделений переливания крови и обеспечить наличие запаса компонентов всех групп крови.

1.12. Организовать и провести до 1.04.2000г обучающие семинары по urgentным состояниям в акушерстве и гинекологии для медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам.

2. Главному врачу областной станции переливания крови Нагацкому В.И. организовать строгий контроль за деятельностью районных подразделений переливания крови и наличием запаса компонентов всех групп крови.

3. Главным врачам гор(рай) ЦГиЭ обеспечить систематический контроль за стерильностью шовного материала, применяемого в хирургических стационарах области.

4. Главному акушеру-гинекологу управления Лисковичу В.А.:

4.1. Усилить контроль за организацией и качеством оказания лечебно-диагностической помощи и выполнения действующей нормативной базы по соблюдению современных перинатальных технологий в родовспомогательных учреждениях области.

4.2. Организовать и провести до 01.05.2000 г. региональные обучающие семинары по urgentным состояниям в акушерстве и гинекологии с привлечением сотрудников кафедры акушерства и гинекологии, реанимации и анестезиологии ГГМИ.

5. Просить ректора ГГМИ Гарелика П.В. о привлечении сотрудников кафедр ГГМИ для проведения региональных обучающих семинаров по urgentным состояниям в акушерстве и гинекологии.

6. Председателю областной аттестационной комиссии Гореловой Т.Н.:

6.1. Пересмотреть совместно с учеными ГГМИ программу аттестации врачей акушеров-гинекологов с акцентом на вопросы организации экстренной помощи, гемотрансфузиологии.

6.2. Повысить требовательность к деятельности комиссии, обеспечив безусловное выполнение приказа МЗ РБ № 232 от 19.08.98 г.

7. Настоящий приказ довести до сведения всех работников под роспись.

8. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя начальника управления Горелову Т.Н.

Начальник управления

Р.А. Часнойть

П Л А Н

мероприятий управления охраны здоровья Гродненского облисполкома от
18.06.2000 г.

по реализации решения ЛКС МЗ РБ № 5 от 27.04.2000 г. "О состоянии материнской смертности в РБ за 1 квартал 2000 г. и неотложных мерах по ее снижению"

№ п/п	Мероприятия	Срок исполнения	Исполнитель	Примечание
1	2	3	4	5
1.	Изучить решение ЛКС со всеми заинтересованными лицами, участвующими в оказании помощи беременным и родильницам	20.07.2000г.	гл. врачи ТМО	
2.	Провести анализ кадрового состава акушерско-гинекологической службы, в том числе сравнительный анализ обеспеченности врачебными и средним медицинским персоналом, данный вопрос рассмотреть на МСС и решение с планом закрепления кадров представить в УСЗ главному акушеру-гинекологу управления	01.10.2000г.	гл. врачи ТМО	По результатам анализа составить план по закреплению на местах молодых специалистов, обновлению и подготовке резерва руководящих кадров, повышения их квалификации
3.	Обеспечить выполнение ранее принятых нормативных документов, регламентирующих деятельность акушерско-гинекологической службы	постоянно	гл. врачи ТМО	
4.	Обеспечить своевременную родовую госпитализацию беременных с наличием перинатальных факторов риска для родоразрешения в МПЦ 2-го и 3-го уровней	постоянно	гл. врачи ТМО	
5.	Принять меры к дооснащению акушерских стационаров необходимым медицинским оборудованием и лекарственными препаратами	II полугодие 2000 г.	гл. врачи ТМО	
6.	С целью профилактики ВБИ и гнойно-септических осложнений перейти на использование в акушерских стационарах одноразовых пакетов для приема родов и выполнения операций "кесарево сечение"	с августа 2000г.	гл. врачи ТМО	
7.	Обязать акушерско-гинекологическую службу применять во время операции "кесарево сечение" только современный шовный материал (п.1.6 приказа УОЗ № 55 от 14.02.2000 г.)	постоянно	гл. врачи ТМО	
8.	Обеспечить участие врачей-реаниматологов во 2-ом периоде всех	постоянно	гл. врачи	

	родов в соответствии с п.4.3 решения коллегии УОЗ № 5 от 03.05.99 г.		ТМО	
9.	Обеспечить обязательное участие врача акушера-гинеколога при наблюдении и родоразрешении всех рожениц	постоянно	гл. врачи ТМО	
10.	Проведение качественной принципиальной экспертной оценки случаев материнской смертности	постоянно	зам. начальника УОЗ, гл. акушер-гинеколога УОЗ, кафедра акушерства и гинекологии ГГМУ, гл. врачи ТМО	
11.	Проводить аттестацию на соответствие занимаемой должности специалистов, допустивших организационные и лечебные ошибки, повлекшие за собой случаи материнских потерь или направлять на них материалы в Республиканскую квалификационную комиссию	постоянно	зам. начальника УСЗ, гл. врачи ТМО	
12.	Провести сертификацию акушерско-гинекологических стационаров гор(рай) ТМО совместно с НИИ ОМД МЗ РБ		гл. врачи ТМО	
13.	Пересмотреть деятельность подразделений переливания крови и обеспечить наличие запаса компонентов всех групп крови	постоянно	гл. врачи ТМО	
14.	Обеспечить своевременное обращение за помощью специалистов-консультантов областной санавиации	постоянно	гл. врачи ТМО	
15.	Держать на постоянном контроле ход выполнения приказа УОЗ и ГГМУ № 118/48 от 17.03.2000 г. "О совершенствовании курации акушерско-гинекологической службы кафедрой акушерства и гинекологии ГГМУ"	постоянно	гл. акушер-гинеколога, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, гл. врачи ТМО	

Управлением охраны здоровья разработана и доведена до конкретных исполнителей нормативная база деятельности акушерско-гинекологической и педиатрической служб. Это позволило определить цели и задачи конкретным исполнителям на определенных участках работы, систематизировать приказы МЗ РБ,

УОЗ и другие нормативные документы по службам, наладить четкий контроль их исполнения.

Разработанный и внедренный комплекс разноуровневых организационных и лечебных мероприятий позволил удерживать в Гродненской области на стабильном уровне основные показатели, характеризующие оказание помощи беременным, роженицам и новорожденным.

Показатели	1997	1998	1999	2000	2001
Материнская смертность	27,5	26,9	-	18,2	-
Перинатальная смертность	11,7	7,7	6,7	6,3	6,1
Младенческая смертность	11,9	9,9	9,9	8,3	7,4
Преждевременные роды	3,6	3,4	3,3	3,1	3,0
Раннее взятие беременных на диспансерный учет	92,4	93,8	94,1	94,3	95,0
Уровень прерывания беременности на 100 родившихся	133	109,1	106,8	93,8	77,2
Процент консультированных в МГЦ	18	24,0	29,8	29,6	29,8
Выявляемость ВПР	56	81	93	91	82
Кесарево сечение	13,3	13,9	15,2	14,7	16,8
Осмотр женского населения	92,5	94,2	99,3	95,4	94,7
Уровень ВМС – контрацепции	329,7	355,2	320,3	377,7	398,9
Гормональная контрацепция	192,2	131,4	127,8	168,1	186,8
Досуточная летальность детей 1-го года	10	9,9	7,0	5,3	3,4

Таким образом, в Гродненской области на протяжении 1996-2000 г.г. создана стройная система оказания акушерско-гинекологической помощи, учитывающая особенности репродуктивной системы на разных возрастных этапах ее функционирования, что позволило добиться оптимизации основных конечных показателей деятельности службы родовспоможения и детства.

В развитие осуществляемого в Гродненской области программно-целевого подхода по координации деятельности структур и ведомств, направленных на проведение общегосударственных, региональных и медицинских мероприятий по совершенствованию оказания помощи беременным, роженицам и детям, а также с учетом окончания в 2000 г. срока действия основных областных программ по охране здоровья матери и ребенка и выполнением их основных положений, в области 14.02.2002 г. на заседании областного Совета депутатов утверждена Комплексная областная программа по сохранению репродуктивного здоровья женщин и детей на 2002-2005 г.г., реализация которой, на наш взгляд, позволит стабилизировать основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы.

КОМПЛЕКСНАЯ ОБЛАСТНАЯ ПРОГРАММА
по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин и детей
на 2002-2005 годы

Комплексная областная программа по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин и детей на 2002-2005 годы (далее – Программа) разработана в соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь, одобренной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25 сентября 1998 г. № 1490 "О Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь" (Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь, 1998 г. № 27, стр. 707), президентской программой "Дети Беларуси" на 2001-2005 годы (подпрограммами "Дети Чернобыля", "Дети-инвалиды", "Дети-сироты", "Детское питание", "Совершенствование социальной защиты семьи и детей"), утвержденными Указом Президента Республики Беларусь от 24 мая 2001 г. № 281 "О президентской программе "Дети Беларуси" на 2001-2005 годы" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2001 г., № 51, 1/2686), постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 марта 1999 г. № 393 "О Государственной программе "Здоровье народа" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 1999 г., № 26, 5/469), постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 26 октября 2001 г. № 1553 "О Государственной программе по формированию здорового образа жизни населения Республики Беларусь на 2002-2006 годы" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2001 г., № 103, 5/9273), постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8 мая 2001 г. № 670 "О Национальным планом действий по обеспечению гендерного равенства на 2001-2005 годы" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2001 г., № 46, 5/5888).

Программа учитывает достигнутые результаты деятельности службы охраны материнства и детства, основана на принципе сотрудничества практического здравоохранения и потенциала клиник Гродненского государственного медицинского университета, задачах Всемирной организации здравоохранения по достижению здоровья в двадцать первом столетии: здоровье – начало жизни, здоровье молодежи, сокращение распространенности инфекционных заболеваний, интегрированный сектор здравоохранения. Программа ставит перед всеми структурами органов государственной власти всех уровней основные задачи по охране репродуктивного здоровья, укреплению здоровья женщин и детей, снижению материнской, младенческой и детской заболеваемости и смертности. Решение вопроса сохранения и укрепления здоровья в рамках Программы предполагает тесное взаимодействие ряда управлений, комитетов и отделов областного исполнительного комитета, общественных организаций, граждан.

Программа направлена на искоренение основных факторов, отрицательно влияющими на здоровье женщин и детей: неправильный образ жизни; состояние окружающей среды; неудовлетворительные условия труда и быта.

ГЛАВА 1.
ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

1. Основными задачами Программы являются:
 - 1.1. охрана прегравидарного здоровья;
 - 1.2. планирование семьи;
 - 1.3. антенатальная охрана плода;
 - 1.4. обеспечение оптимального акушерского и неонатального ухода;
 - 1.5. охрана здоровья детей;
 - 1.6. профилактика и ранняя диагностика рака репродуктивной системы женщин;
 - 1.7. профилактика нарушений здоровья женщин в пери- и постменопаузальный периоды;
 - 1.8. научно-методическое обеспечение всех направлений деятельности службы охраны материнства и детства.

ГЛАВА 2. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ

2. В процессе реализации Программы ожидаются:
 - 2.1. улучшение демографической ситуации в области;
 - 2.2. стабилизация и дальнейшее снижение материнской смертности (15 случаев и ниже на 100000 живорожденных детей), младенческой смертности (10 случаев и ниже на 1000 живорожденных детей);
 - 2.3. достижение увеличения доли новорожденных без врожденных и других инвалидизирующих заболеваний;
 - 2.4. сокращение смертности и инвалидности, связанных с несчастными случаями и актами насилия, в возрастной группе до 5 лет;
 - 2.5. обеспечение условий сокращения числа детей, рождающихся с массой тела менее 2500 грамм;
 - 2.6. снижение частоты беременности у девочек-подростков;
 - 2.7. достижение снижения доли молодых людей, употребляющих наркотики, табак, алкоголь;
 - 2.8. достижение сокращения кариеса у детей в возрасте 6 лет до 20 %;
 - 2.9. укрепление форм здорового поведения в таких областях, как физическая активность и сексуальность;
 - 2.10. сокращение распространенности инфекционных заболеваний, профилактика гнойно-септических осложнений и внутрибольничных инфекций в родах, в послеродовом периоде в акушерских стационарах;
 - 2.11. обеспечение своевременной диагностики и лечения внутриутробных гипоксических состояний плода;
 - 2.12. совершенствование оказания реанимационной помощи новорожденным;
 - 2.13. дифференцированное введение беременных групп "высокого" и "низкого" риска в соответствии с разноуровневой системой перинатального ухода.

ГЛАВА 3. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ

РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ НА 2002-2005 ГОДЫ, МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ЗА ХОДОМ ИХ ИСПОЛНЕНИЯ

3. С целью достижения задач Программы необходимо осуществить ряд мероприятий (согласно приложению), привлекая для этого заинтересованные государственные органы и организации области.

4. Исполнители мероприятий Программы несут ответственность за своевременное и полное их выполнение, рациональное использование выделенных средств. Органы государственного управления, указанные в графе "исполнители" приложения к настоящей Программе первыми, являются ответственными за организацию выполнения соответствующих мероприятий.

5. Контроль за исполнением мероприятий Программы осуществляет управление здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета.

6. Расходы по реализации мероприятий Программы рассматриваются финансовым управлением Гродненского областного исполнительного комитета совместно с заинтересованными органами при формировании бюджета области на соответствующий год.

Приложение к Комплексной областной программе по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин и детей на 2002-2005 годы

Мероприятия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин и детей на 2002-2005 годы

Наименование мероприятий	Срок исполнения	Исполнитель	Источник финансирования
1. Охрана прегравидарного здоровья: 1.1. профилактика материнской и младенческой смертности, дальнейшее совершенствование интеграции акушерской, педиатрической, терапевтической служб на уровне первичной медико-санитарной помощи;	2002-2005 годы	городские (районные) исполнительные комитеты, управление здравоохранения областного исполнительного комитета, комитет по труду и социальной защите областного исполнительного комитета	средства бюджетов городов (районов), областного бюджета

<p>1.2. обеспечение безопасного материнства: 1.2.1. обеспечение своевременного консультирования семей с бесплодием в областном отделении "Брак и семья"; 1.2.2. выделение и качественное динамическое наблюдение за группой риска беременных, с угрозой невынашивания; 1.2.3. обеспечение беременных женщин антианемическими препаратами, поливитаминами;</p>	2002-2005 годы	управление здравоохранения областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты, Гродненское торгово-производ-ственное республиканское унитарное предприятие "Фармация"	средства бюджетов городов (районов)
<p>1.3. профилактика рождения детей с врожденными пороками развития (далее – ВПР): 1.3.1. профилактика врожденных пороков развития центральной нервной системы фолиевой кислотой в сроке до двенадцати недель беременности; 1.3.2. своевременное консультирование при наличии соответствующих показаний женщин и детей в областном медико-генетическом центре (далее – МГЦ).</p>	2002-2005 годы	управление здравоохранения областного исполнительного комитета	средства бюджетов городов (районов)
<p>2. Планирование семьи: 2.1. обеспечение использования средств контрацепции населения области: 2.1.1. широкая пропаганда различных видов контрацепции; 2.1.2. обеспечение бесплатной контрацепции женщин и подростков из социально неблагополучных семей и имеющих абсолютные медицинские противопоказания к беременности;</p>	2002-2005 годы	городские (районные) исполнительные комитеты, управление здравоохранения областного исполнительного комитета, управление образования областного исполнительного комитета	средства бюджетов городов (районов), областного бюджета
<p>2.2. профилактика непланируемой беременности у девочек-подростков: 2.2.1. пропаганда здорового образа жизни подростков; 2.2.2. целенаправленная работа по детской и подростковой контрацепции; 2.2.3. продление функционирования региональных кабинетов по репродуктивному здоровью и планированию семьи;</p>	2002-2005 годы	городские (районные) исполнительные комитеты, управление образования областного исполнительного комитета, управление здравоохранения областного исполнительного комитета	средства бюджетов городов (районов), областного бюджета

<p>2.3. организация бесплатной гормональной терапии девочкам и подросткам с нарушениями репродуктивной функции.</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>городские (районные) исполнительные комитеты, управление здравоохранения областного исполнительного комитета</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>3. Антенатальная охрана плода:</p> <p>3.1. улучшение качества наблюдения за беременными:</p> <p>3.1.1. выделение автотранспорта беременным, проживающим в сельской местности, для их своевременного амбулаторного обследования в районных женских консультациях;</p> <p>3.1.2. осуществление своевременной дородовой госпитализации беременных с наличием патологии для определения срока, места и метода родоразрешения;</p> <p>3.1.3. дальнейшее совершенствование разноразмерной системы перинатального ухода;</p> <p>3.1.4. своевременная диагностика симптомов невынашивания;</p> <p>3.2. профилактика рождения детей с ВПР:</p> <p>3.2.1. соблюдение сроков и кратности ультразвукового обследования беременных в областном МГЦ;</p> <p>3.2.2. открытие самостоятельно функционирующего областного МГЦ;</p> <p>3.2.3. обучение врачей ультразвуковой диагностики выявлению пороков плода в I триместре беременности;</p> <p>3.3. профилактика гнойно-септических осложнений путем своевременной санации хронических очагов инфекции, экстрагенитальных заболеваний у беременных;</p> <p>3.4. выявление патологии и профилактика осложнений у женщин фертильного возраста:</p> <p>3.4.1. качественные профилактические осмотры женщин фертильного возраста и девочек-подростков;</p> <p>3.4.2. обеспечение консультаций по показаниям женщин с наличием патологии сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского университета (далее - ГГМУ) в областном консультативном центре.</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>городские (районные) исполнительные комитеты, управление здравоохранения областного исполнительного комитета</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>3.2. профилактика рождения детей с ВПР:</p> <p>3.2.1. соблюдение сроков и кратности ультразвукового обследования беременных в областном МГЦ;</p> <p>3.2.2. открытие самостоятельно функционирующего областного МГЦ;</p> <p>3.2.3. обучение врачей ультразвуковой диагностики выявлению пороков плода в I триместре беременности;</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>3.3. профилактика гнойно-септических осложнений путем своевременной санации хронических очагов инфекции, экстрагенитальных заболеваний у беременных;</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>3.4. выявление патологии и профилактика осложнений у женщин фертильного возраста:</p> <p>3.4.1. качественные профилактические осмотры женщин фертильного возраста и девочек-подростков;</p> <p>3.4.2. обеспечение консультаций по показаниям женщин с наличием патологии сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского университета (далее - ГГМУ) в областном консультативном центре.</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, Гродненский государственный медицинский институт (с согласия)</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>4. Обеспечение оптимального акушерского и неонатального ухода:</p>			

<p>4.1. профилактика гнойно-септических осложнений и внутрибольничных инфекций в стационарах, строгое соблюдение противоэпидемических мероприятий;</p> <p>4.1.1. обеспечение соблюдения санитарно-противоэпидемиологического режима в родовспомогательных и детских учреждениях;</p> <p>4.1.2. обеспечение акушерских стационаров одноразовыми пакетами для приема родов и выполнения операций "кесарево сечение";</p> <p>4.1.3. применение в родовспомогательных учреждениях современного шовного материала (дексон, викрил и другие);</p> <p>4.1.4. поддержание областного возобновляемого резерва антибиотиков последних поколений на базе Гродненского клинического родильного дома (далее - ГКРД) для акушерско-гинекологических стационаров области;</p> <p>4.1.5. использование современных дезинфицирующих средств и их своевременная замена;</p>	2002-2005 годы	управление здравоохранения областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты, областной (районные) центры гигиены и эпидемиологии	средства бюджетов городов (районов), областного бюджета
<p>4.2. совершенствование оказания реанимационной помощи новорожденным:</p> <p>4.2.1. участие врачей реаниматологов во втором периоде всех родов;</p> <p>4.2.2. обеспечение межрайонных перинатальных центров второго и третьего уровней современной дыхательной аппаратурой для новорожденных, следящими мониторами, аппаратурой для определения кислотно-основного состояния;</p> <p>4.2.3. оснащение достаточным количеством инкубаторов, кроваток-грелок, пеленальных столов с подогревом для оказания помощи новорожденным;</p> <p>4.2.4. обеспечение бесперебойной работы областной выездной реанимационной неонатальной бригады;</p> <p>4.2.5. открытие в Лидском территориально-медицинском объединении второго областного дежурного поста выездной реанимационной неонатальной бригады;</p> <p>4.2.6. обеспечение необходимого температурного режима работы родильных залов и операционных блоков;</p> <p>4.2.7. капитальный ремонт Гродненского клинического родильного дома;</p> <p>4.2.8. организация родильного отделения на базе Гродненского клинического объединения "Скорая медицинская помощь";</p>	2002-2005 годы	управление здравоохранения областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты	средства бюджетов городов (районов), областного бюджета
<p>4.3. дифференцированное ведение групп беременных "высокого" и "низкого" риска:</p> <p>4.3.1. обязательное участие врача акушера-гинеколога в наблюдении и родоразрешении всех рожениц;</p>	2002- 2005 годы	управление здравоохранения областного исполнительного комитета	средства бюджетов городов (районов)

<p>4.3.2. адекватная оценка акушерской ситуации, своевременное оперативное родоразрешение, проведение коррекции возникших осложнений в родах;</p> <p>4.4. совершенствование оказания медицинской помощи беременным и новорожденным:</p> <p>4.4.1. обеспечение наличия запаса компонентов всех групп крови;</p> <p>4.4.2. обеспечение своевременного обращения и использования помощи специалистов-консультантов областной санитарной авиации и кураторов районов из числа сотрудников кафедр педиатрии и акушерства и гинекологии ГГМУ;</p> <p>4.4.3. строительство акушерско-гинекологического корпуса на 90 коек в городе Лида;</p> <p>4.4.4. улучшение материально-технической базы амбулаторно-поликлинического звена акушерско-гинекологической службы Лидского территориального медицинского объединения;</p> <p>4.4.5. благоустройство подъездных путей к родовспомогательным и детским учреждениям;</p> <p>4.4.6. соблюдение преемственности между всеми уровнями оказания медицинской помощи беременным, новорожденным и гинекологическим больным от фельдшерско-акушерского пункта до областного родильного дома;</p> <p>4.4.7. оснащение лечебно-профилактических учреждений области современными фетальными мониторами;</p> <p>4.4.8. обеспечение бесперебойного наличия в межрайонных перинатальных центрах второго и третьего уровня простогландинов для проведения безопасных атравматичных родов;</p> <p>4.4.9. обеспечение межрайонных перинатальных центров второго и третьего уровня медицинскими препаратами для оказания помощи недоношенным детям;</p> <p>4.4.10. обеспечение постоянной готовности акушерских стационаров к оказанию экстренной медицинской помощи (готовность операционных блоков, реанимационных залов, укомплектованность наборами синдромной терапии, работа акушеров-гинекологов, неонатологов по графику в вечернее ночное время и в выходные дни);</p> <p>4.4.11. создание оптимального неонатального ухода за новорожденными;</p> <p>4.4.12. проведение скрининга на фенилкетонурию и гипотиреоз в полном объеме.</p> <p>5. Поддержка грудного вскармливания детей в Гродненской области:</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты, областное унитарное предприятие "Управление капитального строительства", управление жилищно-коммунального хозяйства областного исполнительного комитета, ГГМУ</p>	<p>средства бюджетов городов (районов), областного бюджета</p>
--	---------------------------	--	--

<p>5.1. поддержка грудного вскармливания детей: 5.1.1. максимальное обеспечение совместного пребывания матери и ребенка в родильных стационарах;</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>5.1.2. создание областного консультативного центра поддержки грудного вскармливания на базе областного центра "Здоровье"; 5.1.3. создание на базе родовспомогательных стационаров, детских поликлиник (консультаций) кабинетов поддержки грудного вскармливания; 5.2. распространение знаний среди населения: 5.2.1. повышение уровня специальных знаний среди населения; 5.2.2. подготовка санитарно-просветительной литературы по вопросам рационального вскармливания детей первого года жизни; 5.2.3. использование средств массовой информации для пропаганды преимуществ грудного вскармливания для здоровья женщин и детей; 5.2.4. проведение социологического исследования по вопросам планирования семьи и отношения населения к грудному вскармливанию; 5.2.5. взаимодействие с общественными организациями, занимающимися вопросами поддержки грудного вскармливания.</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, управление информации областного исполнительного комитета, областное телерадиообъединен ие, городские (районные) исполнительные комитеты</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>6. Охрана здоровья детей: 6.1. ранняя диагностика отклонений в состоянии здоровья у детей раннего возраста: 6.1.1. внедрение ранней диагностики неврологической патологии у новорожденных; 6.1.2. внедрение методики сенсорной стимуляции у новорожденных; 6.1.3. организация консультативного центра для детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья в периоде новорожденности (гипоксические поражения головного мозга, нарушения со стороны периферической нервной системы и другие);</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>

<p>6.2. дальнейшее развитие и поддержка центров и отделений реабилитации лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ):</p> <p>6.2.1. внедрение новых методик по реабилитации детей с инвалидизирующей патологией и детей-инвалидов;</p> <p>6.2.2. обеспечение осуществления реабилитационных мероприятий детям после 3 месяцев жизни;</p> <p>6.2.3. методическая помощь специалистам реабилитационных центров и отделений реабилитации;</p> <p>6.2.4. дальнейшее развитие материально-технической базы центра реабилитации и отделений реабилитации стационаров;</p> <p>6.3. поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов, а также детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья:</p> <p>6.3.1. внедрение в работу ЛПУ следующих форм обучения населения: "школа для родителей, воспитывающих детей-инвалидов", "гастро-школы", "школа здорового позвоночника";</p> <p>6.3.2. дальнейшее развитие "астма—школ";</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, ГГМУ, городские (районные) исполнительные комитеты</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>6.4. развитие взаимосвязи реабилитационных структур в области в виде интеграции центров коррекционно-развивающего обучения и республиканского центра "Тонус";</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, управление образования областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>6.5. дальнейшее совершенствование организации и качества проведения профилактических осмотров детей:</p> <p>6.5.1. обеспечение проведения дополнительного комплексного медицинского осмотра детей четырех летнего возраста с целью своевременного оздоровления до поступления в школу;</p> <p>6.5.2. обеспечение проведения доврачебного скринингового обследования детей средним медицинским персоналом;</p> <p>6.5.3. внедрение в практику работы городских (районных) исполнительных комитетов рассмотрение вопросов о результатах оздоровительной работы, результатах профосмотров, о мероприятиях по оздоровлению выявленной патологии с привлечением районных специалистов, непосредственно принимающих участие в проведении профосмотров детского населения района;</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление образования областного исполнительного комитета, управление здравоохранения областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>

<p>6.5.4. ежегодное информирование органов власти на местах о состоянии здоровья детей и намеченных мероприятиях по устранению отклонений;</p> <p>6.6. своевременное выявление и санация гинекологической патологии у девочек и подростков:</p> <p>6.6.1. коренное улучшение качества проведения профосмотров девочек и подростков в целях ранней реабилитации органов репродуктивной системы;</p> <p>6.6.2. эффективная диспансеризация детей у специалистов всех профилей с четкой преемственностью в работе различных специальностей;</p> <p>6.7. пропаганда здорового образа жизни среди детей и подростков:</p> <p>6.7.1. пропаганда гигиены полости рта, здорового питания;</p> <p>6.7.2. блок бесед и телепередач по темам: "Вред наркомании и табакокурения", "Профилактика СПИДа и заболеваний, передающихся половым путем";</p> <p>6.7.3. проведение крупномасштабных встреч, ярмарок здоровья;</p> <p>6.8. совершенствование консультативной помощи детскому населению области:</p> <p>6.8.1. строительство детской поликлиники № 6 в городе Гродно;</p> <p>6.8.2. организация областного консультативно-диагностического центра;</p> <p>6.8.3. организационно-консультативная помощь домам ребенка;</p>	<p>2002-2005 годы</p> <p>2002-2005 годы</p> <p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета</p> <p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты, областной центр "Здоровье", областное телерадиообъединение</p> <p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, областное унитарное предприятие "Управление капитального строительства", ГГМУ</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p> <p>средства бюджетов городов (районов)</p> <p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>6.9. укрепление здоровья дошкольников:</p> <p>6.9.1. проведение ежегодной поливитаминизации детей в детских дошкольных учреждениях;</p> <p>6.9.2. расширение сети специализированных детских дошкольных учреждений;</p> <p>6.10. профилактика гельминтозов с помощью профилактической дегельминтизации детям в дошкольных учреждениях;</p>	<p>2002-2005 годы</p> <p>2002-2005 годы</p>	<p>городские (районные) исполнительные комитеты, управление образования областного исполнительного комитета, управление здравоохранения областного исполнительного комитета</p> <p>городские (районные) исполнительные комитеты, управление образования областного исполнительного комитета, управление здравоохранения областного исполнительного комитета, областной центр гигиены и эпидемиологии</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p> <p>средства бюджетов городов (районов)</p>

<p>6.11. ранняя диагностика отклонений в состоянии здоровья детей:</p> <p>6.1.11. проведение углубленных медицинских осмотров дошкольников в 3, 4, 5 и 6 лет;</p> <p>6.11.2. проведение анализа результатов углубленных осмотров, эффективности оздоровления и внесение предложений по изменению сети специализированных учреждений (групп) в своих регионах;</p> <p>6.12. укрепление физкультурно-оздоровительных баз детских дошкольных учреждений для физического оздоровления детей.</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, управление образования областного исполнительного комитета</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>7. Профилактика и ранняя диагностика рака репродуктивной системы женщин:</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление образования областного исполнительного комитета, городские (районные) исполнительные комитеты</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>7.1. выявление гинекологических заболеваний у женщин при проведении качественных ежегодных профосмотров женского населения;</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета,</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>7.2. активизирование санитарно-просветительной работы с женским населением по профилактике гинекологических заболеваний и рака органов репродуктивной системы;</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>7.3. профилактика онкологических заболеваний у женщин:</p> <p>7.3.1. функционирование кабинетов (приема) по профилактике рака органов репродуктивной системы;</p> <p>7.3.2. организация обучения женщин самообследованию молочных желез;</p> <p>7.3.3. организация обучения медицинских работников различных специальностей по раннему выявлению рака молочной железы;</p> <p>7.3.4. обязательное цитологическое обследование женщин при их обследовании на инфекции, передающиеся половым путем.</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>8. Профилактика нарушений здоровья женщин в пери- и постменопаузальный период:</p>			

<p>8.1. профилактика заболеваний у женщин: 8.1.1. профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза у женщин; 8.1.2. использование гормональной терапии для профилактики заболеваний женщин в постменопаузальном периоде; 8.1.3. обеспечение аптечной сети препаратами для обеспечения необходимого качества жизни женщин в постменопаузальном периоде; 8.1.4. подготовка медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по проблемам климакса, остеопороза и постменопаузальных урогенитальных нарушений.</p> <p>9. Психологическая помощь женщинам и детям:</p> <p>9.1. психологическая помощь женщинам и детям: 9.1.1. создание в районных центрах службы психологической помощи женщинам и детям, попавшим в экстремальные и критические ситуации; 9.1.2. оказание содействия в деятельности учреждений, оказывающих поддержку женщинам и детям, находящимся в экстремальных и критических ситуациях.</p> <p>10. Научно-методическое обеспечение всех направлений деятельности службы охраны материнства и детства:</p> <p>10.1. профилактика материнской и младенческой смертности: 10.1.1. проведение качественной принципиальной экспертной оценки всех случаев материнской, перинатальной и младенческой смертности; 10.1.2. своевременная организация и проведение консилиумов и контроль за качеством ведения медицинской документации; 10.1.3. пересмотр, подбор и расстановка кадров в акушерско-гинекологической, неонатологической и педиатрической службах, своевременное их направление на курсы повышения квалификации;</p> <p>10.2. повышение квалификации медицинского персонала: 10.2.1. проведение аттестации специалистов на соответствие занимаемых должностей специалистов, допустивших организационные и лечебные ошибки, повлекшие за собой материнскую и младенческую смертность для решения вопроса о соответствии специалиста квалификационной категории;</p>	2002-2005 годы	управление здравоохранения областного исполнительного комитета	средства бюджетов городов (районов)
<p>9.1. психологическая помощь женщинам и детям: 9.1.1. создание в районных центрах службы психологической помощи женщинам и детям, попавшим в экстремальные и критические ситуации; 9.1.2. оказание содействия в деятельности учреждений, оказывающих поддержку женщинам и детям, находящимся в экстремальных и критических ситуациях.</p>	2002-2005 годы	городские (районные) исполнительные комитеты	средства бюджетов городов (районов)
<p>10.1. профилактика материнской и младенческой смертности: 10.1.1. проведение качественной принципиальной экспертной оценки всех случаев материнской, перинатальной и младенческой смертности; 10.1.2. своевременная организация и проведение консилиумов и контроль за качеством ведения медицинской документации; 10.1.3. пересмотр, подбор и расстановка кадров в акушерско-гинекологической, неонатологической и педиатрической службах, своевременное их направление на курсы повышения квалификации;</p>	2002-2005 годы	управление здравоохранения областного исполнительного комитета	средства бюджетов городов (районов)
<p>10.2. повышение квалификации медицинского персонала: 10.2.1. проведение аттестации специалистов на соответствие занимаемых должностей специалистов, допустивших организационные и лечебные ошибки, повлекшие за собой материнскую и младенческую смертность для решения вопроса о соответствии специалиста квалификационной категории;</p>	2002-2005 годы	управление здравоохранения областного исполнительного комитета	средства бюджетов городов (районов)

<p>10.2.2. повышение квалификации акушеров-гинекологов районов на рабочих местах, в ГКРД и в Белорусской медицинской академии постдипломного образования до уровня возможности оказания оперативной помощи;</p> <p>10.2.3. усиление контроля и повышение качества работы квалификационных аттестационных комиссий учреждений здравоохранения области;</p> <p>10.3. анализ профессиональной деятельности специалистов акушерско-гинекологической и педиатрической служб учреждений здравоохранения:</p> <p>10.3.1. системно-структурный анализ деятельности акушерско-гинекологической и педиатрической служб с выявлением отрицательных отклонений в результатах деятельности в разрезе структурных подразделений;</p> <p>10.3.2. системный анализ причин преждевременных родов и разработка мероприятий по их профилактике и снижению;</p> <p>10.3.3. регулярное проведение занятий по правилам проведения переливания компонентов крови и тактике оказания неотложной помощи женщинам и детям;</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, ГГМУ</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>
<p>10.4. организационно-методический контроль за деятельностью акушерско-гинекологической и педиатрической служб:</p> <p>10.4.1. организация четкого контроля за исполнением действующей нормативной базы по деятельности служб родовспоможения и детства;</p> <p>10.4.2. контроль за уровнем младенческой и перинатальной смертности;</p> <p>10.4.3. системно-структурный анализ младенческой и перинатальной смертности;</p> <p>10.4.4. анализ деятельности акушерско-гинекологической и педиатрической служб области;</p> <p>10.4.5. курирование районных территориальных медицинских объединений сотрудниками кафедр акушерства и гинекологии, педиатрии ГГМУ;</p> <p>10.4.6. анализ заболеваемости, вызвавшей временную нетрудоспособность по акушерско-гинекологической службе и внесение предложений по стабилизации и снижению заболеваемости;</p> <p>10.4.7. ежеквартальная сдача и прием отчетов о деятельности акушерско-гинекологической и педиатрической служб;</p> <p>10.4.8. подготовка аналитических таблиц в областной статистический сборник по деятельности родовспомогательной и педиатрических служб.</p>	<p>2002-2005 годы</p>	<p>управление здравоохранения областного исполнительного комитета, ГГМУ</p>	<p>средства бюджетов городов (районов)</p>

Объем обследования беременных при первичном взятии на диспансерный учет выполняется в соответствии с “Временными протоколами обследования и лечения” (1999). В объем обследования беременных при первичном обращении рекомендуется включать исследование крови на гепатиты В и С, исследование TORCH – инфекции (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, герпес), биохимические анализы крови (глюкоза, общий белок, железо, мочевины, креатинин, холестерин), гемостазиограмму.

Всем беременным, особенно для уточнения срока беременности, проводится УЗИ матки (9-11 недель). Ошибка в определении срока гестации при физиологической беременности в I триместре составляет в среднем 2,1 дня.

Все беременные должны быть обследованы терапевтом в течение беременности не менее двух раз: после первого осмотра акушера-гинеколога и после 30 недель беременности. При первом посещении терапевт женской консультации оценивает состояние жизненно-важных органов женщины, запрашивает выписку из амбулаторной карты пациентки (если таковая не запрашивалась при взятии на учет в группу “Резерва родов”) и решает вопрос о совместном наблюдении с акушером-гинекологом и возможности сохранения беременности.

В объем первоначального клинического обследования беременной, помимо осмотра терапевтом и стоматологом, включается обязательный осмотр окулиста, отоларинголога, эндокринолога. Около 40 % больных беременных нуждаются в дополнительных консультативных осмотрах высококвалифицированными специалистами. При повторном осмотре терапевт выявляет заболевания внутренних органов, обусловленные беременностью или возникшие самостоятельно, определяет необходимость госпитализации беременных по поводу этих заболеваний, совместно с акушером-гинекологом решает вопрос о тактике родоразрешения.

В гормональном мониторинге нуждаются пациентки с гипертензией во время беременности, гестозом, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, обусловленным преждевременными родами, самопроизвольными выкидышами, дисфункцией гонад, бесплодием, перенесшие выраженный ранний токсикоз, хроническую угрозу прерывания беременности, с отслойкой и аномалией расположения плаценты, опухолями матки, пороками её развития или другими факторами риска. При интерпретации данных гормональных исследований и назначении их коррекции необходимо учитывать суточные биоритмы продукции гормонов.

Принадлежность беременной к той или иной группе динамического наблюдения определяют после клинического и лабораторно-диагностического обследования. При первой явке выявляют беременных высокого риска и направляют их на консультации к узким специалистам. После обследования решают вопрос о возможности сохранения беременности. Медицинские показания для прерывания беременности изложены в приказе МЗ РБ № 71 от 05.04.94 г.

Анализ данных литературы и собственные исследования авторов показали, что трехкратный ультразвуковой скрининг, введенный в объем обследования популяционной группы беременных, позволяет диагностировать различные нарушения в системе “мать-плацента-плод” более чем у 53 % женщин в процессе

гестации, в том числе у 44 % относящихся первоначально к группе практически здоровых.

В алгоритм пренатального мониторинга необходимо включать трехкратный ультразвуковой скрининг беременных в сроке 9-11, 16-20 и 24-26 недель, а по показаниям и чаще.

УЗИ в I триместре беременности позволяет точно установить срок гестации, многоплодие, состояние хориона, неразвивающуюся беременность, сопутствующие гинекологические заболевания, угрозу прерывания беременности и некоторые пороки развития плода.

УЗИ во II триместре беременности в основном направлено на диагностику врожденных пороков развития плода. Кроме того, возможно выявление патологии плаценты, оболочек, истмико-цервикальной недостаточности, мало- и многоводия.

УЗИ в III триместре позволяет дополнительно обнаружить не выявляемые ранее пороки, задержку внутриутробного развития плода, патологию пуповины.

Обязательному консультированию в МГЦ подлежат беременные при наличии следующих показаний:

1. Возраст беременной 35 лет и более.
2. Наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития.
3. Наличие в анамнезе детей с:
 - наследственными болезнями обмена и сцепленными с полом;
 - врожденной гиперплазией коры надпочечников;
 - врожденными пороками развития – изолированными или множественными;
 - хромосомными заболеваниями;
 - умственной отсталостью.
4. Наличие вышеперечисленной патологии среди родственников.
5. Кровнородственный брак.
6. Привычное невынашивание беременности неясного генеза.
7. Неблагоприятные воздействия в ранние сроки беременности (заболевания, диагностические или лечебные процедуры, прием медикаментозных средств).
8. Осложненное течение беременности (угроза прерывания с ранних сроков, не поддающаяся терапия, многоводие).
9. Патология плода, выявленная при ультразвуковом исследовании.
10. Изменение показателей скринирующих факторов: альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина, эстриола, 17-оксипрогестерона.
11. Наличие у супругов вредностей, связанных с профессией.
12. Первичная аменорея, нарушения менструального цикла неясного генеза.

Направлять на медико-генетическую консультацию предпочтительно до беременности или в ее ранние сроки (6-8 недель), с подробными выписками о течение предыдущих беременностей, родов, состоянии новорожденного, результатов его обследования, с указанием данных предыдущих патологоанатомических исследований.

План родоразрешения составляется во время беременности с учетом прогнозирования всех факторов риска. Каждый акушер-гинеколог должен знать, что в

родовспомогательных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) I уровня возможно ведение только нормальных срочных родов у женщин без наличия перинатальных и других факторов риска.

При наличии патологии беременных и экстрагенитальных заболеваний у матери осуществляется дородовая госпитализация в межрайонные перинатальные центры (МПЦ) II-III уровня в плановом порядке. Госпитализация для досрочного родоразрешения в сроке беременности более 32 недель должна осуществляться в МПЦ II-III уровня, а при необходимости более раннего родоразрешения только в МПЦ III уровня.

3. Медицинская помощь во время родов

Алгоритм анализа эффективности ведения родов представлен на схеме № 3. Все роды должны вестись только врачом акушером-гинекологом совместно с анестезиологом-реаниматологом и неонатологом, а по показаниям - с участием терапевта и врачей других специальностей.

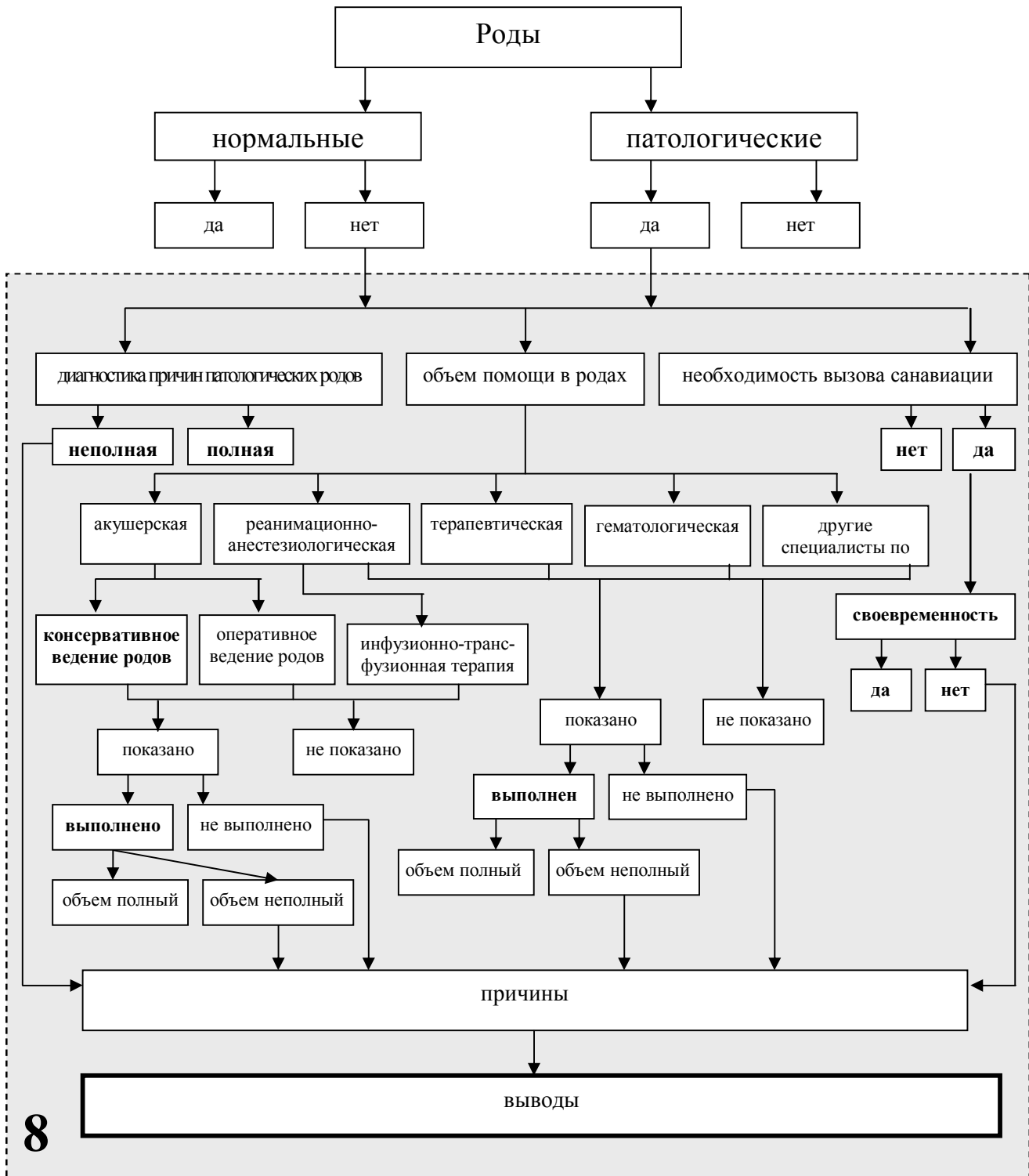
В родильных отделениях ЛПУ I уровня возможно родоразрешение повторно беременных (до 3 родов включительно) и первобеременные без акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии. Остальные женщины должны быть родоразрешены в ЛПУ II-III уровней. Показаниями для родоразрешения в акушерском стационаре II уровня являются:

- гестозы I-II степени тяжести;
- гестоз III степени, преэклампсия в анамнезе;
- маточное кровотечение во время предыдущих родов;
- многоплодие, неправильное положение плода, крупный плод, анатомически узкий таз при планировании родов через естественные родовые пути;
- предлежание плаценты без признаков кровотечения;
- анте-, интра-, или неонатальная гибель плода в анамнезе;
- хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- перенашивание беременности;
- юные и возрастные первородящие;
- многоводие, маловодие;
- антенатальная гибель плода;
- повторные операции кесарева сечения.

Показания для родоразрешения в акушерских стационарах III уровня:

- заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тиреотоксикоз;
- сахарный диабет;
- сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения (или при угрозе развития декомпенсации в родах);
- легочно-сердечная недостаточность;

Схема 3: Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи в родах



- 8
- синдром внутриутробной задержки развития плода II-III степени;
 - досрочное родоразрешение по поводу угрожающего состояния плода;
 - планируемые роды через естественные родовые пути после перенесенной операции кесарева сечения;
 - тяжелые формы гестоза;
 - паритет родов более 4;

- заболевания крови почек, печени и других органов с выраженным нарушением их функции;
- редкие токсикозы беременных, острая жировая дистрофия печени;
- иммуноконфликтная беременность (изосенсибилизация по Rh-фактору, АВО-системе, HLA-системе и др.);
- травмы мягких родовых путей матери в детстве или накануне беременности;
- длительный безводный период.

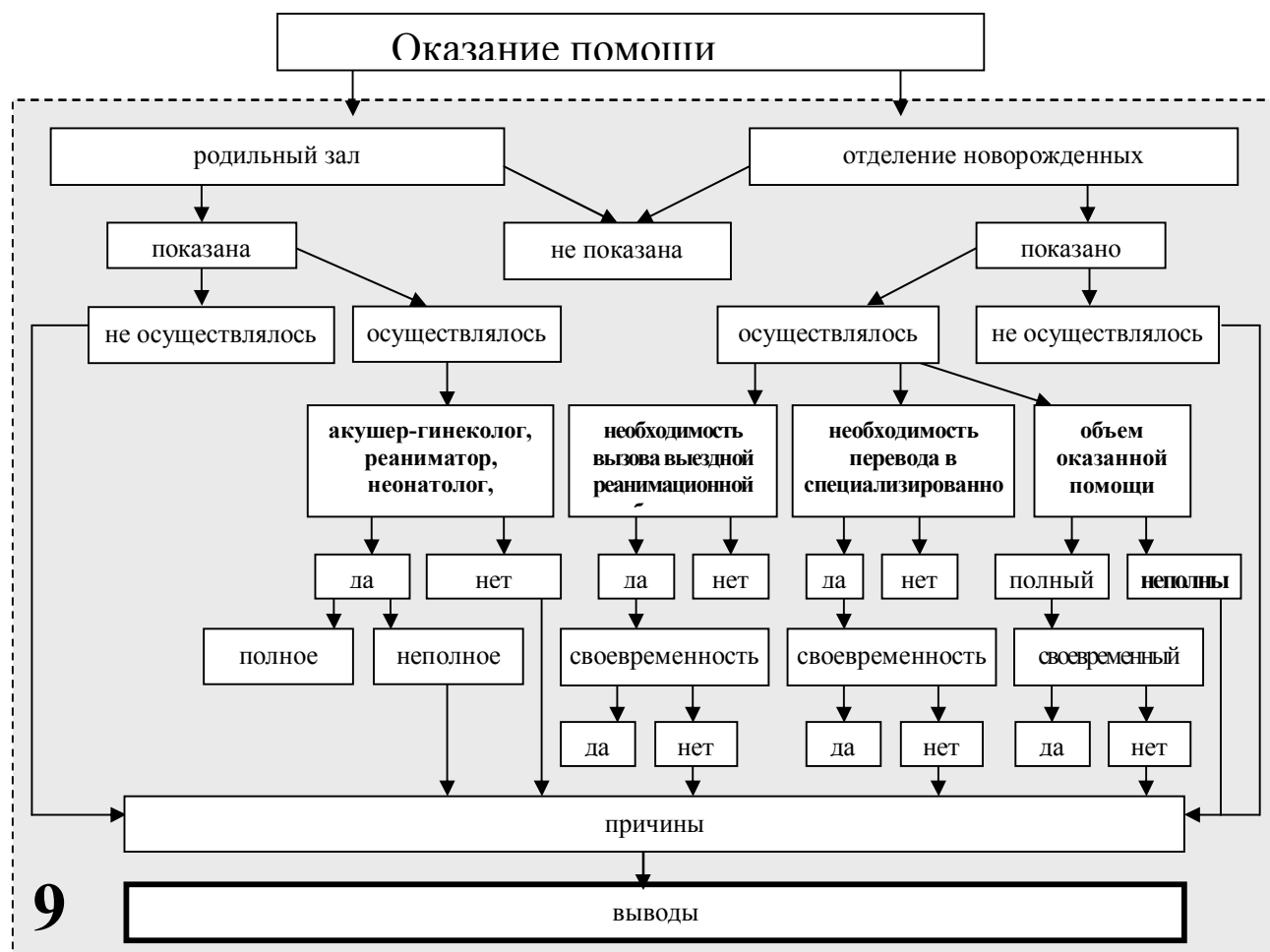
Анализ помощи в родах предусматривает оценку оказания акушерской, анестезиологической, терапевтической, гематологической помощи и медицинской помощи других узких специалистов. Поэтому для анализа должны привлекаться специалисты других смежных специальностей.

При возникновении экстренных акушерских ситуаций, требующих консультативной помощи, проводится оценка необходимости, своевременности и качества организации консилиумов и вызова специалистов по санавиации (областной и республиканской).

4. Медицинская помощь новорожденным

Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи новорожденным представлен на схеме № 4.

Схема 4: Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи новорожденным



Оказание экстренной медицинской помощи новорожденным в родовспомогательных учреждениях осуществляется согласно методическим рекомендациям "Реанимация и интенсивная терапия детей, родившихся в асфиксии", которые разработаны НИИ ОМД и утверждены Министерством здравоохранения в 1998 г.

Состояние новорожденных, родившихся в МПЦ I-II уровней, при которых консультация или вызов выездной реанимационно-консультативной педиатрической (неонатальной) бригады обязательны:

- оценка по шкале Апгар 5 баллов и менее через 5 мин.;
- аспирационный синдром;
- РДС;
- недоношенность с массой менее 2 000 г;
- геморрагические состояния;
- судороги;
- врожденные пороки развития с нарушением состояния;
- острый анемический синдром;
- сердечная недостаточность;
- гемолитическая болезнь новорожденных.

Показания к переводу новорожденных в ЛПУ II и III уровней:

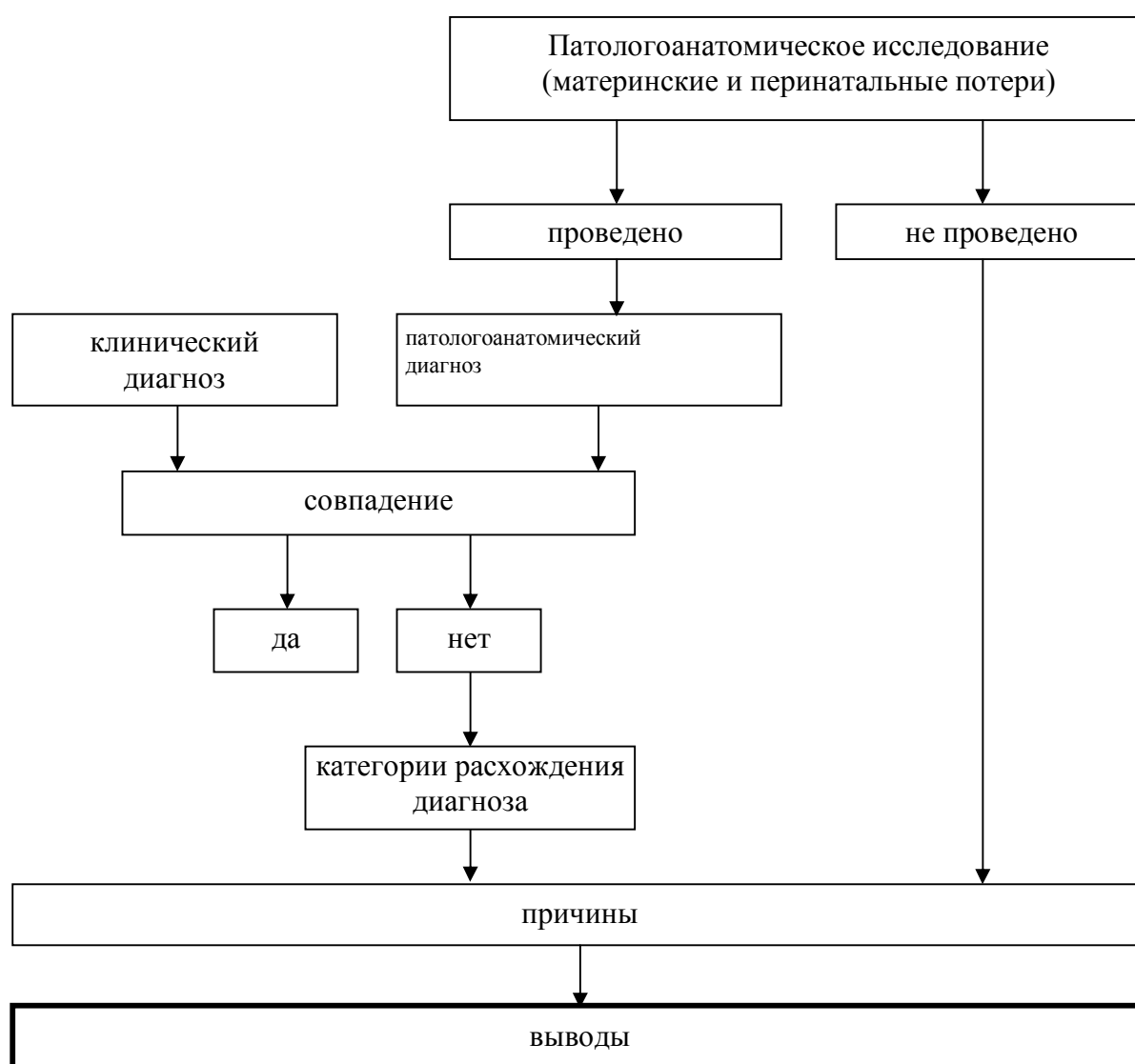
- недоношенный ребенок до 2 000 г;
- РДС;
- геморрагический синдром;
- судорожный синдром;
- сердечная недостаточность;
- заболевания, требующие хирургического вмешательства;
- внутриутробная гипотрофия и задержка внутриутробного развития плода II-III степени;
- тяжелое состояние при инфекционной патологии;
- все состояния, требующие применения ИВЛ;
- неврологические нарушения, требующие длительного лечения в специализированном отделении;
- врожденные эндокринные и наследственные заболевания (гипотиреоз, фенилкетонурия);
- диабетическая фетопатия.

Дети с патологией, не указанной в перечне, подлежат лечению в палатах новорожденных детского отделения ЛПУ I уровня при условии компенсированного состояния.

5. Алгоритм оценки совпадения диагнозов

Алгоритм оценки совпадения диагнозов представлен на схеме № 5.

Схема 5: Алгоритм оценки совпадения диагнозов



В случае материнских и перинатальных потерь определяющее значение имеют результаты патологоанатомического исследования. Совпадение или несовпадение клинического и патологоанатомического диагнозов является основным критерием адекватности оказания медицинской помощи женщине и ребенку.

б. Алгоритм определения уровня возможной предотвратимости неблагоприятных исходов беременности

На основании суммирования выводов, сделанных в процессе анализа, выносится решение о возможной предотвратимости неблагоприятного исхода беременности для матери и/или плода на каждом этапе оказания медицинской помощи (схема № 6).

Схема 6: Алгоритм определения уровня возможной предотвратимости перинатальных и материнских потерь



Анализу эффективности оказания перинатальной помощи подлежат все случаи материнских, перинатальных и младенческих потерь, а также случаи инвалидизации женщин и детей в результате родоразрешения. Кроме этого, в каждом ЛПУ, оказывающем медицинскую помощь беременным, роженицам и новорожденным, необходимо проводить внутренний анализ всех случаев сложных акушерских и перинатальных ситуаций с благоприятным исходом для матери и плода.

Для улучшения оценки качества ведения медицинской документации и дальнейшего совершенствования организации перинатальной помощи в Гродненской области был издан приказ УОЗ № 89 от 11.03.2002 г. "О дальнейшем совершенствовании организации оказания перинатальной помощи в области во исполнение приказа МЗ РБ № 81-А от 18.12.2001 г. "О случаях материнской смертности в IV квартале 2001 г. и мерах по улучшению работы акушерско-гинекологической службы республики".

УТВЕРЖДАЮ:

1. Перечень экстремальных акушерско-гинекологических ситуаций, требующих заполнения оперативного донесения (приложение № 1).

2. Оперативное донесение на случай экстремальных акушерских ситуаций (приложение № 2).

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Принять к сведению приказы главных врачей: Волковысского ТМО № 66 от 21.02.02 г. "О недостатках в оказании медицинской помощи родильнице В"; "Щучинского ТМО № 3-П от 21.01.02 г. "О недостатках в ведении беременной

Слабьяк"; ГКРД № 7-к от 21.01.02 г. "О случае антенатальной гибели плода в стационаре".

2. За обеспечение своевременной, высококвалифицированной медицинской помощи беременным и родильницам работникам отделения анестезиологии и реанимации (зав. отделением И.А. Шапель) объявить благодарность.

3. Заведующему горздравотделом, главным врачам гор(рай)ТМО, ГКРД, МСЧ "Азот", ГКО "СМП":

3.1. Указать на ненадлежащий контроль за выполнением ранее принятых в регионах решений по профилактике и снижению материнской смертности (решение ЛКС МЗ РБ № 9 от 26.10.01 г., № 10 от 23.11.01 г., Протоколов поручений постоянно действующей комиссии при МЗ РБ по служебному расследованию случаев материнской смертности от 21.04.01 г. и 27.09.01 г.).

3.2. Взять под строгий контроль качество и оперативность проведения: комиссионных выездов на СВУ; ЛКК; ПАК по разбору всех случаев материнской, перинатальной, младенческой смертности и других летальных исходов, повлекших обоснованные жалобы граждан.

3.3. Принять меры по недопущению снижения объемов и качества плановой и экстренной хирургической акушерско-гинекологической помощи на уровне ТМО 1 уровня, либо решить вопрос о закрытии родильных отделений в районах с наиболее низким числом родов при условии сохранения доступности этого вида помощи.

3.4. Проанализировать и привести в соответствие с требованиями нормативных документов порядок организации перинатальной помощи женскому населению.

3.5. Обратить самое пристальное внимание на недопущение аналогичных ошибок и необходимость четкой организации медицинской помощи на всех этапах и уровнях амбулаторного и стационарного лечения беременных женщин, направленных на предупреждение материнских и перинатальных потерь.

3.6. Обеспечить представление оперативного донесения (приложение № 2) в УЗО главному акушеру-гинекологу по факсу в течение 24 часов на возникшие экстремальные акушерские ситуации (приложение № 1).

3.7. Все случаи экстремальных акушерских ситуаций детально разбирать на заседаниях ЛКК с принятием адекватных управленческих мер.

3.8. Ответственность за полноту, точность и своевременность представления оперативной информации возложить на главных врачей ЛПУ.

4. Главному акушеру-гинекологу управления Лисковичу В.А.:

4.1. Ежеквартально готовить для заместителя начальника управления Гореловой Т.Н. справку по обобщению и анализу возникших экстремальных акушерских ситуаций в области.

4.2. Своевременно вносить руководству управления предложения по разбору конкретных случаев экстремальных акушерских ситуаций на заседаниях коллегии, лечебно-контрольного Совета, Совета по перинатологии.

5. С приказом ознакомить всех медицинских работников области под роспись.

6. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя начальника управления Т.Н. Горелову.

Начальник управления

А.С. Караник

*Приложение № 1
к приказу УЗО № 89 от 11.03.2002 г.*

ПЕРЕЧЕНЬ

экстремальных акушерско-гинекологических ситуаций,
требующих заполнения оперативного донесения

1. Удаление матки:
 - в родах;
 - в послеродовом периоде.
2. Тяжелый гестоз, эклампсия.
3. Кровотечения при беременности, в родах и послеродовом периоде с кровопотерей более 1000 мл.
4. ДВС синдром.
5. Разрыв промежности III ст.
6. Разрыв матки.
7. Травмы мочеточников, мочевого пузыря.
8. Травмы кишечника.
9. Релапаротомии в послеродовом периоде.

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

ОПЕРАТИВНОЕ ДОНЕСЕНИЕ на случай экстремальных акушерских ситуаций

1. Ф.И.О. роженицы _____
№ истории родов (истории болезни): _____
2. Адрес женщины _____
3. Место родов, операции _____
4. Лечебное учреждение, где произошли роды: (ФАП, ЦРБ, МСЧ, гор. больница, гор. роддом, областная больница, областной роддом, другие лечебные учреждения, вне лечебного учреждения) – подчеркнуть.
5. Возраст _____ лет, возрастная группа: до 19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, больше 45 – подчеркнуть.
6. Жительница: города, села _____
7. Порядковый номер данной беременности _____
8. Порядковый номер данных родов _____
9. Наблюдение беременной: нет, врачом, акушеркой – подчеркнуть.
10. Дата и время родов женщины _____ число _____ месяц _____ год _____ час. _____ мин. _____
день недели.
11. Дата и время операции _____
12. Объем кровопотери (мл) _____
13. Клинический (заключительный) диагноз _____

срок и осложнения беременности, родов, аборта _____

метод родоразрешения, осложнения послеродового (послеоперационного) периода _____

сопутствующие заболевания _____

Дата заполнения донесения _____

Подпись (главный врач ЛПУ (Ф.И.О.))

Главный акушер-гинеколог управления

В.А. Лискович

Результаты разбора выше указанных случаев с учетом разработанных алгоритмов подлежат комиссионному обсуждению на заседаниях: ЛКС, советов по перинатологии, клинико-анатомических и патологоанатомических конференций с принятием соответствующих решений, направленных на выявление резервов деятельности перинатальной службы ЛПУ.

В случае выявления грубых дефектов решением советов руководителям ЛПУ предлагается принять меры управленческого характера по устранению недостатков.

Своевременно принятое руководителем управленческое решение и обеспечение контроля за его исполнением безусловно позволяют определить оптимальные пути взаимодействия различных служб здравоохранения по охране здоровья матери и ребенка.

Таким образом, на протяжении 1996-2002 г.г. в Гродненской области разработаны и внедрены базовые универсальные нормативные документы по оперативному, своевременному и полному контролю за оказанием акушерско-гинекологической и перинатальной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б. и др. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармако-экономический анализ). – М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.
2. Адамян Л.В. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 1992. - № 7. – С. 54-59.
3. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 1995. - № 4. – С. 10-15.
4. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. – М., 1999. – 414 с.
5. Айламазян Э.К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды // Журнал акушерства и женских болезней. – 1997. – Вып. 1. – С. 6-11.
6. Акоюн А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г. Состояние здоровья детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России. – М., 1999. – 162 с.
7. Актуальные вопросы клинической педиатрии нового тысячелетия: Матер. науч.-практ. конф., посв. 40-летию Гродн. обл. дет. клин. б-цы. / Под общ. ред. К.У. Вильчука. – Гродно, 2002. - 205 с.
8. Актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщин: Матер. Респ. науч.-практ. конф. акуш.-гин. и неонат. / Под ред. И.В. Дуды, В.Л. Силявы. – Мн., 2001. – 21 с.
9. Актуальные проблемы реаниматологии и инфекционной патологии в акушерстве, гинекологии и педиатрии: Сб. трудов, посв. 70-летию науч.-иссл. ин. охр. матер. и детства / Под общ. ред. Г.А. Шишко. – Мн., 2001. – 244 с.
10. Акушерско-гинекологическая помощь / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Медпресс, 2000. – 512 с.
11. Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в лечебно-профилактических учреждениях республики: Метод. рекомендации / Харкевич О.Н., Лискович В.А., Шишко Г.А. и др.; МЗ РБ, НИИ ОМД. – Мн., 2000. – 22 с.
12. Альбом А., Норелл С. Введение в современную эпидемиологию: Пер. с англ. / Под ред. Мати Раху. – Таллин: АО RHE, 1996. – 122 с.
13. Бакрадзе М.Д., Ефимова А.А., Таточенко В.К. Хронические неинфекционные заболевания у детей и факторы, определяющие их развитие // Рос. педиатр. журн. – 1998. - № 2. – С. 46-49.
14. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Рос. педиатр. журн. – 1998. - № 1. – С. 5-8.
15. Биркос А.А., Алехнович М.В., Барханова И.Г. и др. Временная нетрудоспособность при заболеваниях мочеполовых органов // Здравоохранение Беларуси – 1992. - № 4 - С. 38-41.
16. Блументаль П.Д., Макинтош Н. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции: Пер. с английского – М.: Медицина, 1995. – 322 с.

- 17.Боровиков В.П., Боровиков Н.П. STATISTIKA® – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows®. – 2-е изд. – М.: Инф.-изд. дом "Филинь", 1998. – 608 с.
- 18.Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М.: Триада-Х, 1997. – 188 с.
- 19.Бурумкулова Ф.Ф., Герасимов Г.А. Заболевания щитовидной железы и беременность // Проблемы эндокринологии. – 1998. – Т. 44., № 2. – С. 27-32.
- 20.Вальчук Э.А. Актуальные проблемы развития здравоохранения на селе / Тезисы докладов первого съезда врачей Республики Беларусь. – Мн., 1998. – С. 160.
- 21.Ванилович И.А. Структура перинатальной смертности в Республике Беларусь // Актуальные проблемы медико-биологической науки: Материалы Науч. сессии Бел. ин-та усовершенствования врачей. – Мн., 1977. – Кн. 3. – С. 151-157.
- 22.Ванилович И.А. Эпидемиология перинатальной и младенческой смертности в Республике Беларусь: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / БелНИИ охраны материнства и детства МЗ РБ. – Мн., 2001. – 20 с.
- 23.Васильева Т.П., Посисеева Л.В. Охрана здоровья беременных на территориальном уровне (медико-социальные аспекты). – Иваново, 2000. – 154 с.
- 24.Вихляева Е.М., Фролова О.Г., Токова З.З. О региональной концепции снижения материнской смертности // Экология человека. – 1995. - № 1. – С. 94-102.
- 25.Вишневская Е.Е. Справочник по онкогинекологии – 2-е изд., перераб. и доп. - Мн.: Беларусь, 1994. – 432 с.
- 26.Высоцкий А.А., Лискович В.А. Дембовская С.В., Кеда Л.Н. Опыт применения препарата "Бетадин" в акушерско-гинекологической практике // Рецепт. - 2002. - № 2. - С. 89-90.
- 27.Вялков А.И. О формировании системы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью // Экономика Здравоохранения. – 1998. - № 6. – С. 5-10.
- 28.Гаврилова Л.В., Фролова О.Г., Токова З.З. и др. Критерии оценки качества акушерской помощи // Вестник Рос. Ассоц. акушеров-гинекологов. – 1997. - № 2. – С. 111-114.
- 29.Галкин Р.А., Гусарова Г.И., Линева О.И., Михайлова Г.А. Реализация программы планирования семьи в условиях реформ здравоохранения. - Самара, 1998. – 184 с.
- 30.Герасимович Г.И. Плацентарная недостаточность // Здравоохранение. – 1999. - № 9. – С. 12-17.
- 31.Глушанко В.С. Организационно-методические основы оптимизации медицинских технологий / Тезисы докладов первого съезда врачей Республики Беларусь. – Мн., 1998. – С. 194.
- 32.Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1997 году // Здравоохранение Российской Федерации. – М., 1999. - № 1. – С. 3-18.
- 33.Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. – СПб., 1998. – 552 с.

34. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М., 1996. – 141 с.
35. Демидов В.И., Бахарев В.А., Фанченко И.Д. Антенатальная диагностика состояния плода // Ак. и гин. – 1994. - № 4. – С. 31-33.
36. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. – М., 1990. – 222 с.
37. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем: Метод. реком. / Под редакцией Борисенко К.К. – М., 1998. – 78 с.
38. Диагностика, профилактика и лечение гестозов: Метод. рекомендации / Харкевич О.Н., Канус И.И., Булкова А.Н., Малевич Ю.К.; МЗ РБ, НИИ ОМД.- Мн., 2001. – 32 с.
39. Дмитриева Т.Б. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 12. – С. 5-14.
40. Доклад комиссии ВОЗ по здоровью и окружающей среде / ВОЗ. - Женева, 1992. – 41 с.
41. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. – Мн.: Высшая школа, 1997. – 604 с.
42. Дуда И.В., Силява В.Л. Анализ демографической ситуации и роль в ней родовспомогательной службы в РБ / Пути улучшения репродуктивного здоровья женщин: Материалы науч.-практ. конференции. – Мн., 2000. – С. 5-12.
43. Занько С.Н., Косинец А.Н., Супрун Л.Я. Хронические воспалительные заболевания придатков матки. – Витебск, 1998. – 168 с.
44. Зарубина Е.Н. Прогнозирование перинатальных исходов и выбор метода родоразрешения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01 / Всесоюзн. н.-и. центр по охране здоровья матери и ребенка. – М., 1995. – 42 с.
45. Здоровье детей Беларуси: Сборник материалов VII съезда педиатров Республики Беларусь (8-9 сентября 1999 г.) / Под общ. ред. Матуш Л.И., Мн., 1999. – 256 с.
46. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник. – Мн., БелЦНМТ МЗ РБ, 1999. – 363 с.
47. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник. – Мн., БелЦНМТ МЗ РБ, 2000. – 386 с.
48. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник. – Мн., БелЦНМТ МЗ РБ, 2001. – 276 с.
49. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник за 2001 г. – Мн., ГУ РНМБ, 2002. – 361 с.
50. Зеленкевич И.Б. Состояние здоровья населения Республики Беларусь и пути развития здравоохранения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1998. - № 2. – С. 4-10.
51. Зудина Л.А. Организация управленческого труда. – М.: Информ., 1997. – 256 с.
52. Ивашкевич М.З. Научно-практическая интеграция функций управления в системе здравоохранения. - Мн.: Победа, 1999. – 351 с.
53. Интеграция службы медико-санитарной помощи / Доклад исследовательской группы ВОЗ. – Женева., 1996. – 106 с.
54. Кагирова Г.В. Организационные технологии перинатального акушерства и их эффективность. – М., 1997. – 193 с.

55. Кажина М.В., Лискович В.А., Матеша Е.И., Биркос В.А. Обзор по инфекциям, передаваемым половым путем // Сборн. докл. обл. обуч. семина. для врачей акуш.-гинеколог., уролог. и дерматовенер. "Инфекции, передаваемые половым путем: возможности диагностики и лечения на современном этапе" (21-22.06.2000 г.). - Гродно, 2000. - С. 67-75.
56. Караник А.С., Лискович В.А., Наумов И.А. Влияние врожденных пороков развития на уровень перинатальных потерь в Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и организ. здравоохран.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 163-164.
57. Караник А.С., Лискович В.А., Наумов И.А. Совершенствование оказания стационарной гинекологической помощи в Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и организ. здравоохран.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 164-165.
58. Караник Н.Е., Лискович В.А. Динамическое наблюдение за женщинами группы резерва родов в Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и орган. здравоохран.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 238-240.
59. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – 379 с.
60. Колгушкина Т.Н. Гестоз (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение): Метод. рекомендации. – Мн., 2000. – 36 с.
61. Комаров Ю.М. О некоторых перспективах развития здравоохранения в России // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 2. – С. 5-11.
62. Комаров Ю.М. Прогноз здоровья населения России на 2040 год. // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 12. – С. 18-21.
63. Королев В.С., Горбунов В.Я., Слюсарь Н.Н. Особенности заболеваемости и смертности женщин трудоспособного возраста от рака шейки матки // Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. - № 1. – С. 29-33.
64. Коста Фонт Х., Ровира Фош Ж., Маргунова В.И., Громыко Р.И. Система здравоохранения: Экономический аспект. – Мн.: БГЭУ, 2002. – 106 с.
65. Кравцова Н.Г., Дегтярев А.Н. Состояние здоровья и медицинская помощь населению в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь // Вопр. орг. и информ. здравоохранения: Анал.-инф. бюл. – 1995. - № 2. – С. 25-41.
66. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Анестезиология и реанимация в акушерстве и гинекологии. – Мн.: Триада-Х, 2000. – 384 с.
67. Кулавский В.А., Беглов В.И., Даутова Л.А. Внедрение государственного мониторинга здоровья женщин // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Матер. 10 междунар. симп. – М.: РУДН, 2001. – С. 277-278.

68. Кунц Г., О'Доннел С. Управление: системный и ситуационный анализ управленческих функций / Пер. с англ. – М.: Прогресс., 1981. – Т. 1-2.
69. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. – М.: Медицина, 1977. – 456 с.
70. Лискович В.А. Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в родовспомогательных учреждениях республики // Актуальные проблемы реаниматологии и инфекционной патологии в акушерстве, гинекологии и педиатрии: Сборник трудов, посвященных 70-летию НИИ ОМД. - Мн., 2001 г. - С. 193-195.
71. Лискович В.А. Анализ деятельности межрайонных перинатальных центров в Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и организ. здравоохр.). Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 246-248.
72. Лискович В.А. О совершенствовании порядка разбора, анализа и контроля за уровнем перинатальной и младенческой смертности в ЛПУ Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке – Матер. IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохр. РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 262-263.
73. Лискович В.А. Об организации перинатальной помощи в Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке – Матер. IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохр. РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 261-262.
74. Лискович В.А. Оценка медицинских технологий в службе охраны здоровья матери и ребенка // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и орган. здравоохр.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 109-111.
75. Лискович В.А., Антонович Н.Е., Гутиков Д.С., Ровба И.Р. Анализ младенческой смертности, пути ее снижения (стабилизации) в Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Материалы IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохр. РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 175-176.
76. Лискович В.А., Кажина М.В., Познухо Н.П. и др. Опыт применения препарата "Бетадин" для лечения кольпитов разной этиологии // Медицинские новости. - 2002. - № 5. - С. 52-54.
77. Лискович В.А., Часнойть Р.А. Об укреплении репродуктивного здоровья женщин в Гродненской области // Сбор. докл. обл. обуч. семин. для врачей акуш.-гинеколог., урол. и дерматовенер. "Инфекции, передаваемые половым путем: возможности диагностики и лечения на современном этапе" (21-22.06.2000 г.). Гродно, 2000. - С. 9-17.
78. Лискович В.А., Часнойть Р.А. Совершенствование порядка разбора перинатальной смертности // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке:

- Матер. IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохран. РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 176-178.
79. Литовский С.М. Статистические методы в экспериментальных исследованиях: Руководство по использованию "Statistica for Windows". – Витебск: ВГТУ, 1996. – 63 с.
80. Максимова Т.Н., Кокорина Е.П. Состояние здоровья и условия жизни женщин в современной России // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. - № 3. – С. 10-16.
81. Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях: Справ. пособие. – Мн.: Высшая школа, 1994. – 368 с.
82. Малышева Э.В. Особенности специфических функций организма женщин, проживающих в различных экологических условиях / Сб. научных статей: Экология и здоровье ребенка. - М., 1995. - С. 231-236.
83. Манулик А.В. Административные и социально-психологические методы руководства в здравоохранении / Учебно-методическое пособие. – Мн., 1992. – 70 с.
84. Марченко Б.И. Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования: Руководство для врачей / Под ред. Т.А. Кондратенко, И.П. Егоровой. – Таганрог: Соринке, 1997. – 432 с.
85. Материалы 4-го российского научного форума "Охрана здоровья матери и ребенка 2002" (Москва ЦДХ, 21-24 мая 2002 г.). - М.: "Авиаиздат", 2002.- 528 с.
86. Материнская смертность в Российской Федерации за 1995 г. / Инф. письмо. – М., 1997. – 238 с.
87. Медико-социальные проблемы здоровья детей и подростков Беларуси / З.А. Севковская, Л.Н. Ломать, И.Б. Дикович, Л.И. Матуш // Здоровье детей Беларуси: Сб. материалов VII съезда педиатров Республики Беларусь. – Мн., 1999. – С. 178-180.
88. Методика разработки и анализа причин смертности беременных, рожениц и родильниц. – М., 1979. – 142 с.
89. Методические указания для студентов и аспирантов по применению основных статистических методов обработки научных исследований / Ленинградский мед. институт им. акад. И.П. Павлова; сост. А.П. Ковалев и др. – Л., 1989. – 59 с.
90. Национальные интегрированные программы по здравоохранению и окружающей среде в странах Центральной и Восточной Европы: (Семинары по эпидемиологии окружающей среды / ВОЗ Европ. регион. отделение). – М., 1994. – 230 с.
91. Национальные программы борьбы против рака / ВОЗ. – Женева, 1996. – 152 с.
92. Наша планета – наше здоровье / Доклад комиссии ВОЗ по здравоохранению и окружающей среде. – Женева., 1995. – 410 с.
93. Невынашивание беременности: Пособие для врачей / Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Берлев И.В. / Под ред. проф. Е.Ф. Кира. – СПб., 1999. – 60 с.
94. Недоношенность: Пер. с англ. / Под ред. В.Х.Ю. Виктора, Э.К. Вуда. – М.: Медицина, 1991. – 368 с.

95. Николаева Е.И., Тахиян А.А. Оценка современных перинатальных технологий у беременных и рожениц высокого риска // Вестн. акушер.-гинекол. – 1998. - № 1. – С. 26-28.
96. Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Материалы научного форума. - М.: Морагэкспо, 1999. – 336 с.
97. Новые технологии в современной медицине: Сборник научных трудов / БелЦНМИ МЗ РБ, Совет научного медицинского общества Белорусской академии медицинских наук. – Мн., 1999. – 425 с.
98. Организация экстренной медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике: Учебно-методическое пособие / под ред. О.И. Леновой. – Самара: "Дом печати", 1997. – 254 с.
99. Орлова В.С. Материнская смертность в регионе с высокой рождаемостью и пути ее снижения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.01 / Всесоюзн. н.-и. центр по охране здоровья матери и ребенка. – М., 1997. – 44 с.
100. Основные показатели заболеваемости и смертности детей Беларуси / Л.Н. Ломать, В.А. Севковская, П.Л. Монастырская // Первый съезд врачей Республики Беларусь: Тез. докл. (25-26 июня 1998 г.) / Бел. центр мед. техн., инф., упр. и экон. здравоохранения МЗ РБ. – Мн., 1998. – С. 129-130.
101. Особенности репродуктивной функции в современных условиях / Низова Н.Н., Соляник-Шилейко В.А., Амбросийчук Я.Я., Москаленко Т.Я. // Хроноструктура и хроноэкология репродуктивной функции: Матер. междунаrod. конф. – М., 2000. – С. 151-152.
102. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии / Под общ. ред. Кулакова В.И. - М.: Триада-Х, 1999. – 246 с.
103. Отчет о состоянии здравоохранения в мире, 1997 год: победа над страданиями, обогащение человечества / ВОЗ – Женева, 1997. – 206 с.
104. Охрана здоровья женщин и детей в Республике Беларусь: Информ.-аналит. матер. / МЗ РБ, НИИ ОМД; Под. рук. Г.А. Шишко, Н.И. Пилипцевич. – Мн., 2000. – 167 с.
105. Первый съезд врачей Республики Беларусь (25-26.06.98 г.): Тезисы докладов / Под общ. ред. Зеленкевича И.Б. - Мн., 1998 – 384 с.
106. Пилипцевич Н.Н., Сафронова Л.А. Проблемы профилактики заболеваний сельского населения / Тезисы IX съезда работников профилактической медицины Республики Беларусь. – Мн., 1996. – С. 139.
107. Плахотя Л.П., Калинина Т.В., Зелезинская Г.А. Состояние и тенденции здоровья детского населения Республики Беларусь // Организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи: Матер. науч.-практ. конф. – Мн., 1999. – С. 140-142.
108. Попова О.Б. Моделирование и пространственный анализ данных по гинекологической заболеваемости в Воронежской области в среде ARCVIEW // Компьютеризация в медицине - Воронеж, 1996. – С. 184-188.
109. Приказ № 323 МЗ РФ от 05.11.98 г. "Об отраслевых стандартах объемов акушерско-гинекологической помощи" // Акуш. и гинекол. – 2000. - № 4. – С. 63-64.

110. Рагимов Д.М., Стародубов В.И. Медико-экономическое обоснование стоимости программы обязательного медицинского страхования и страхового взноса (платежа) // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1994. - № 3. – С. 26-32.
111. Радзинский В.Е. Проблемы материнской смертности в мировой перспективе // Вестн. акуш.-гинеколог. – 1997. - № 2. – С. 5-9.
112. Ременник Л.В., Новикова Е.Г. Злокачественные новообразования женских половых органов в России // Российский онкологический журнал. – 1997. - № 6. – С. 4-8.
113. Репродуктивная функция женщин Беларуси в современных экологических условиях: Сб. научных работ VI съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Беларуси (27-29.05.97 г., г. Гомель). - Мн., 1997. - 2 т. – 822 с.
114. Репродуктивное здоровье женщины и потомство в регионах с радиоактивным загрязнением: (Последствие аварии на ЧАЭС) / Под ред. М.В. Федоровой и др. – М.: Медицина, 1997. – 393 с.
115. Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Матер. IV съезда социаль-гигиенистов и организ. здравоохран. Республики Беларусь // Под общ. ред. И.Б. Веленкова (Мн., 30.11-01.12.2000). – Мн., 2000. – 416 с.
116. Решение Всемирной ассамблеи здравоохранения. // Хроника ВОЗ, 1981. - Т. 34. - № 11-12. - С. 521-527.
117. Роль программированных родов в профилактике перинатальной патологии / Кузьмина (Харкевич) О.Н., Бресский А.Г., Платонова О.Г. и др. // Современные проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии: Матер. респ. конф. – Мн., 1994. – С. 152-154.
118. Ростовцев В.Н. Управление развитием здравоохранения // Здравоохранение. – 1996. - № 2. – С. 42-45.
119. Ростовцев В.Н., Ивашкевич М.З. Экспертная оценка актуальности реформирования здравоохранения // Медицина. – 1998. - № 3. – С. 24-25.
120. Руководство по безопасному материнству. - М., 2000, "Триада-Х". – 531 с.
121. Руководство по планированию семьи / Под ред. В.Н. Серова. – М., 1997. – 297 с.
122. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина. - М.: Медицина, 1987. - Т. 1. – 432 с., Т. 2. – 463 с.
123. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М., 1998. – 764 с.
124. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия / Под ред. Э.К. Айламазяна. – Н. Новгород, 1998. – 180 с.
125. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1991 г. – Гродно: ГОКБ, 1992. - ... с.
126. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1992 г. – Гродно: ГОКБ, 1993. - ... с.
127. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1993 г. – Гродно: ГОКБ, 1994. - ... с.
128. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1994 г. – Гродно: ГОКБ, 1995. - ... с.

129. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1995 г. – Гродно: ГОКБ, 1996. - ... с.
130. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1996 г. – Гродно: ГОКБ, 1997. - ... с.
131. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1997 г. – Гродно: ГОКБ, 1998. - ... с.
132. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1998 г. – Гродно: ГОКБ, 1999. - ... с.
133. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1999 г. – Гродно: ГОКБ, 2000. - ... с.
134. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2000 г. – Гродно: ГОКБ, 2001. - ... с.
135. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2001 г. – Гродно: ГОКБ, 2002. - ... с.
136. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА, 1997. – 436 с.
137. Силява В.Л., Воскресенский С.Л., Пересада О.А. и др. Протоколы (стандарты) обследования и лечения гинекологических больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях: Приказ МЗ РБ № 126 от 29.05.2001 г. – Мн., 2001. – 56 с.
138. Случанко И.С., Церновный Г.Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. – М.: Медицина, 1993. – 192 с.
139. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей, 2-е изд. перераб. - СПб: СОТИС, 1995. - Кн. 1. – 223 с., Кн. 2. – 201 с.
140. Соболев В.Б. Смертность беременность, рожениц и родильниц в Московской области и пути ее снижения. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.01. / Всесоз. н.-и. центр по охране матери и ребенка. – М., 1991. – 44 с.
141. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза: Метод. рекомендации / Под ред. Г.М. Савельевой, В.И. Кулакова, В.И. Серова и др. – М., 1999. – 27 с.
142. Современный подход к оптимизации демографической политики путем применения высоких технологий в учреждениях родовспоможения / Калининко А.В., Борцов В.А., Жеглер А.А., Жоголь О.Н. // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Матер. 10 междунар. симп. – М.: РУДН, 2001. – С. 211-212.
143. Стародубов В.И. О ходе реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации и мерах по обеспечению стабильной работы медицинских учреждений // Экономика Здравоохранения. – М., 1998. - № 12. – С. 5-8.
144. Старостина Т.А., Фролова О.Г. Роль женской консультации в снижении материнской смертности // Акуш. и гинек. – 1990. - № 10. – С. 9-11.
145. Супрун Л.Я., Мацуганова Т.Н. Оценка степени риска и профилактике гнойно-септических осложнений при абдоминальном родоразрешении // VI съезд ак.-гин. и неонат. БССР: Тез. докл. – Брест, 1991. – С. 212-213.

146. Токова З.З. Клинико-эпидемиологическое и медико-социальное обоснование снижения смертности беременных, рожениц и родильниц в различных регионах страны: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01, 14.00.33 / Всесоюзн. н.-и. центр по охране здоровья матери и ребенка. – М., 1990. – 44 с.
147. Управление людскими ресурсами здравоохранения / Докл. комитета экспертов ВОЗ. – Женева., 1991. – 187 с.
148. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Глиняная С.В. и др. Новые методы анализа и оценки репродуктивных потерь // Вестник акушера-гинеколога. – 1994. - № 4. - С. 7-11.
149. Харкевич О.Н. Совершенствование медицинской помощи беременным женщинам. – М.: БГУ, 2001. – 178 с.
150. Харкевич О.Н., Воскресенский С.Л., Лискович В.А. и др. Профилактика респираторного дистресс-синдрома в пренатальном периоде: Методические рекомендации. – Мн., 2001 г. - 24 с.
151. Харкевич О.Н., Часнойть Р.А., Лискович В.А. Системный подход по оценке эффективности деятельности родовспомогательных учреждений // Охрана материнства и детства. – 2001. - № 3. – С. 15-17.
152. Хачурузов С.Г. УЗИ в гинекологии / Под ред. С.И. Рiskeвич. – СПб., 1999. – 661 с.
153. Хетчер Р.А., Ковал Д., Гест Ф. и др. Руководство по контрацепции / Русское международное издание. - Briging the Gap Communications, Georgia. USA, 1994. - 504 с.
154. Цыбин А.К. К вопросу о менеджменте и маркетинге в здравоохранении / Тезисы докладов первого съезда социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения и историков медицины Республики Беларусь. – Мн., 1993. – С. 250.
155. Часнойть Р.А., Горелова Т.Н., Лискович В.А. О роли органов государственной власти в укреплении здоровья женщин и детей в Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Материалы IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения РБ (30.11-01.12.2000 г.) - Мн., 2000. - С. 132-133.
156. Часнойть Р.А., Лискович В.А. Итоги внедрения современных перинатальных технологий в Гродненской области и пути повышения деятельности акушерско-гинекологической службы // Актуальные вопросы клинической педиатрии нового тысячелетия: Матер. науч.-практ. конф., посв. 40-летию Гродн. обл. дет. клин. б-цы. – Гродно, 2001 г. - С. 65-70.
157. Часнойть Р.А., Лискович В.А. О совершенствовании системы контроля выполнения нормативной базы, регламентирующей деятельность акушерско-гинекологической службы Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посв. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и орган. здравоохран.) / Под ред. Л.А. Постоялко – Мн., 2002. – С. 143-144.

158. Часнойть Р.А., Лискович В.А. Опыт Гродненской области по профилактике непланируемой беременности // Рецепт. - № 6. – 2000 г. – С. 91-93.
159. Часнойть Р.А., Лискович В.А. Совершенствование системы управления службой родовспоможения в Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Матер. IV съезда социал-гигиенистов и организ. здравоохранения РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 133-135.
160. Часнойть Р.А., Лискович В.А., Кротков О.В. Организация работы медико-генетической службы Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Матер. IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохранения РБ (30.11-01.12.2000 г.) - Мн., 2000. - С. 314-315.
161. Чернуха Е.А. Родовой блок. – М.: Медицина, 1991. – 288 с.
162. Шарапова О.В. Состояние и перспективы развития акушерского дела в России // Сестринское дело. – 2001. - № 2. – С. 9-11.
163. Шейбак А.Н., Яговдик И.Н., Белуга В.Б. и др. Анализ особенностей течения беременности и состояния здоровья новорожденных в Гродно в 1990-2000 г.г. // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и орган. здравоохр. / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 269-272.
164. Шиган Е.Н. Моделирование и вычислительная техника в оценке и прогнозировании здоровья населения. – Мединица. - 1983. – 60 с.
165. Шишко Г.А., Харкевич О.Н., Мазур В.А. Актуальные вопросы медицины и новые технологии медицинского образования // Основные итоги и перспективы научной и организационно-методической работы по охране здоровья матери и ребенка: Матер. международ. науч.-практ. конф. – Гомель, 2000. – С. 378-380.
166. Юрьев В.К. Здоровье населения и методы его изучения: Учеб. пособие. – СПб.: Петерб. пед. мед. ин-т, 1993. – 192 с.
167. Яговдик И.Н., Белуга В.Б., Галицкий Э.А. и др. Состояние репродуктивной системы женщин в современной радиационно-экологической обстановке Республики Беларусь // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и орган. здравоохр.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 200-203.
168. American Academy of Pediatrics. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and SIDS // Pediatrics. – 1992. - Vol. 89. – P. 1120-1126.
169. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn. Guidelines for prevention of group B streptococcal (GBS) infection by chemoprophylaxis // Pediatrics. – 1992. – Vol. 90. – P. 775-778.
170. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Hemophilus influenza type by conjugate vaccine // Pediatrics. – 1988. – Vol. 81. – P. 908-911.

171. Andrew D. R., Theodore J. J., Wenhui Li et al. Recent Declines in New York City Infant Mortality Rates // *Pediatrics*. – 1998. - Vol. 101, № 4. - P. 682-688.
172. Arumugam K. Endometriosis and social class: an Asian Experience // *Asia Oceania J. Obstet. Gynaec.* – 1993. – Vol. 19, № 3. – P. 231-234.
173. Barbieri R.L. Visual diagnosis of endometriosis – Reliability? // *Fertil. and Steril.* – 1992. – Vol. 58, № 2. – P. 221-222.
174. Bateman D., Hansen C., Haegarty M. The effects of cocaine exposure in newborns // *Public Health*. – 1993. - Vol. 83. – P. 387-392.
175. Becker T.M., Stone K.M., Cates W. Epidemiology of Genital Herpes Infections in the United States: The Current Situation // *J. Reprod. Med.* – 1986. - Vol. 31, № 5. – P. 359-364.
176. Boulanger J.C., Gandry J. Infections virales du vagin // *Gynecologie*. – 1986. – Vol. 37, № 1. – P. 32-39.
177. Carver J.D., McDermott R.J., Jacobson H.N. et al. Infant mortality statistics do not adequately reflect the impact of short gestation // *Pediatrics*. – 1993. – Vol. 92. – P. 229-232.
178. Centers for Disease Control and Prevention. Infant mortality: United States, 1990 // *MMWR Mord. Mortal. Wkly. Rep.* – 1993. – Vol. 42. – P. 161-165.
179. Clegg E.D., Sakai C.S., Voytek P.E. Assessment of reproductive risks // *Biol. Reprod.* – 1986. – Vol. 34, № 1. – P. 5-16.
180. Collins J.W., Shay D.K. Prevalence of low birth weight among Hispanic infants with United States-born and foreign-born mothers: the effect of urban poverty // *Am. J. Epidemiol.* – 1994. – Vol. 139. – P. 184-192.
181. Corbett A., Bucciarelli R., Goldman S. et al. Decreased mortality rate among premature infants treated at birth with a single dose of synthetic surfactant: a multicenter trial // *J. Pediatr.* – 1991. – Vol. 118. – P. 277-284.
182. Daniluk J.C. Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact // *Fertil. and Steril.* – 1988. – Vol. 49, № 5/6. – P. 982-990.
183. Fujiwara T., Konishi M., Chida S. et al. Surfactant replacement therapy with a single postventilatory dose of a reconstituted bovine surfactant in preterm neonates with respiratory distress syndrome // *Pediatrics*. – 1990. – Vol. 86. – P. 753-764.
184. Giese K. – P. Chlamydieninfektionen und pelviskopische Befunde // *Zbl. Gynak.* – 1987. – Vol. 109, № 5 – P. 295-300.
185. Gindorff P.R., Jewelewicz R. Reproductive potential in the older women // *Fertil. and Steril.* – 1986. – Vol. 46, № 5/6. – P. 989-1001.
186. Guyer B., Strobino D.M., Ventura S.J. et al. Annual summary of vital statistics // *Pediatrics*. – 1996. – Vol. 98. – P. 1007-1019.
187. Guzick D.S., Clinical Epidemiology of Endometriosis and Infertility // *Obese Gynec. Clin. N. Amer.* – 1989. – Vol. 16, № 1. – P. 43-59.
188. Haliman M., Merritt T.A., Bry K., Berry C. Association between neonatal care practices and efficacy of exogenous human surfactant: results of a bicenter randomized trial // *Pediatrics*. – 1993. – Vol. 91. – P. 552-560.
189. Hamvas A., Wise P.H., Yang R.K. et al. The influence of the wider use of surfactant therapy on neonatal mortality among blacks and whites // *New. Engl. J. Med.* – 1996. – Vol. 334. – P. 1635-1640.

190. Henry – Suchet J. Aspects cliniques et coloscopiques des vaginoses bactériennes // *Rev. Franc. Gynec. Obstet.* – 1993. – Vol. 88, № 3 (Pt. 2). – P. 199-201.
191. Hillier S.L. Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis // *Am. J. Obstet Gynec.* – 1993. – Vol. 169, № 2 (Pt. 2). – P. 455-459.
192. Hoekstra R.E., Jackson J.C., Myers T.F. et al. Improved neonatal survival following multiple doses of bovine surfactant in very premature neonates at risk for respiratory distress syndrome // *Pediatrics.* – 1991. - Vol. 91. – P. 88.
193. Horbar J.D., Wright E.C., Onstad L. Members of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Decreasing mortality associated with the introduction of surfactant therapy: an observational study of neonates weighing 601 to 1300 grams at birth // *Pediatrics.* – 1993. – Vol. 92. – P. 191-196.
194. Jobe A.H. Pulmonary surfactant therapy // *N. Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 328. – P. 861-868.
195. Jouppila P. Recent Advances in Perinatology: Book of Abstracts. - Dubrovnik, 1989. – P. 107-108.
196. Kamat B., Isaacson P. The Immunocytochemical Distributions of Leukocytic Subpopulations in Human Endometrium // *Amer. J. Path.* – 1987. – Vol. 127. - № 1. – P. 66-73.
197. Kenneth C., John L. Birth Weight and Age-Specific Analysis of the 1990 US Infant Mortality Drop. Was It Surfactant // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 1997. - Vol. 151, № 2. – P. 129-134.
198. Kiely J.L., Kleinman J.C., Kiely M. Triplets and higher-order multiple births: time trends and infant mortality // *AJDC.* – 1992. – Vol. 146. – P. 862-868.
199. Kleinman J.C. Methodologic issues in the analysis of vital statistics. In: Kiely M, ed. Reproductive and Perinatal Epidemiology. Boca Raton, Fla // CRC. Press. Inc. – 1991. – Vol. 4. – P. 447-468.
200. Kleinman J.C. The slowdown in the infant mortality decline // *Pediatr. Perinat. Epidemiol.* – 1990. – Vol. 4. – P. 373-381.
201. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index // *Am. J. Public. Health.* – 1994. – Vol. 84. – P. 414-420.
202. Lansac J., Body G., Quentin R. Aspects actuels des salpingites aigues // *Contracept. Fertil. Sex.* – 1986. – Vol. 14, № 5. – P. 503-510.
203. Liechty E.A., Donovan E., Purohit D. et al. Reduction of neonatal mortality after multiple doses of bovine surfactant in low birth weight neonates with respiratory distress syndrome // *Pediatrics.* – 1991. – Vol. 88. – P. 19-28.
204. MacDorman M.F., Rowley D.L., Iyasu S. et al. Infant Mortality / Wilcox LS, Marks JS, eds. From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children. Atlanta, Ga: Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. – 1994. – P. 231-249.
205. Merqui J.L., Salat – Baroux J. Valeur diagnostique du serodiagnostic de chlamydiae // *Cintracept. Fertil. Sex.* – 1987. – Vol. 15, № 2. – P. 191-197.

206. Mosin V. Practica internationala in organizarea planificarii familiale // Materialele congresului al III-lea al obstetricienilor-ginecologi si pediatriilor din Republica Moldova. – Chisinau, 1999. – P. 36-40.
207. Osser S., Persson K. Chlamidial antibodies and deoxyribonucleic acid in patients with ectopic pregnancy // Fertil. and Steril. – 1992. – Vol. 57, № 3. – P. 578-582.
208. Paavonen J., Teisala K., Hienonen P.K. Microbiological and histopathological findings in acute pelvic inflammatory disease // Brit. J. Obstet. Gynecol. – 1987. – Vol. 94, № 4. – P. 454-460.
209. Palta M., Weinstein J.R., McGuinness G. et al. A population study: mortality and morbidity after availability of surfactant therapy // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 1994. – Vol. 148. – P. 1295-1301.
210. Petterson F. Annual Report on the Results of Treatment in gynecological Cancer. – Stockholm, 1985. – 165 p.
211. Raju T.N.K., Vidyasagar D., Bhat R. et al. Double-blind controlled trial of single-dose treatment with bovine surfactant in hyaline membrane disease // Lancet. – 1987. – Vol. 1. – P. 651-656.
212. Rosenberg K.D., Kalter H., Na Y. et al. The effect of surfactant on birth-weight-specific neonatal mortality rate, NYC // Presented. at Annual. Meetings of American. Public. Health. Association. – 1994. – Vol. 11, № 2. – P. 174-183.
213. Schoendorf K.C., Kiety J.L. Birth weight and age-specific analysis of the 1990 US infant mortality drop // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 1997. – Vol. 151. – P. 129-134.
214. Schwartz R.M., Luby A.M., Scanlon J.W., Kellogg R.J. Effect of surfactant on morbidity, mortality, and resource use in newborn infants weighing 500 to 1500 g // N. Engl. J. Med. – 1994. – Vol. 330. – P. 1476-1480.
215. Semczuk M., Szymanski C.Z. Salpingitis and tubal pregnancy in patients treated at the first Clinic of Surgical Gynecology in Lublin between the years 1978-1988 // Ginecol. Pol. – 1994. – Vol. 65, № 3. – P. 129-135.
216. Speer C.P., Roberson B., Curstedt T. et al. Randomized European multicenter trial of surfactant replacement therapy for severe neonatal respiratory distress syndrome // Pediatrics. – 1992. – Vol. 89. – P. 13-20.
217. Staples R.E. Potential of direct application techniques for detection of teratogens // New. Approch, Evaluat. Abnormal embryonic Develop. – Stuttgart., 1975. – P. 71-81.
218. Starfield B. Postneonatal mortality // Ann. Rev. Public. Health. – 1985. – Vol. 6. – P. 21-40.
219. Struzziero E., Corbo M. Chlamidia trachomatis and sterility // Minerva ginec. – 1994. – Vol. 46, № 11. – P. 607-608.
220. Sunits T., Bennett R., Gould J. Maternal risks for very low birth weight infant mortality // Pediatrics. – 1996. – Vol. 98. – P. 236-241.
221. Sweet R.L. Diagnosis and treatment of acute salpingitis // J. Reprod. Med. – 1988. – Vol. 33, № 1. – P. 19-21.
222. Sweet R.L. Pelvic Inflammatory Disease // Update in Obstet. and Gynecol. – 1994. – Vol. 11-12. – P. 76-83.

223. Taffel S.M. Health and demographic characteristics of twin births: United States, 1988 // Vital. Health. Stat 21. – 1992. – Vol. 50. – P. 1-17.
224. Trevoux R. Les infections a Chlamidia trachomatis chez la femme // Gynecol. – 1985. – Vol. 36, № 2. – P. 106-107.
225. Vercellini P., Grosignani P.G. Epidemiology of endometriosis // Brosens I.A., Donnez J. Current statues of Endometriosis: Research and Management. 1993. – P. 111-130.
226. WHO Chron. – 1986. – Vol. 40, № 1. – P. 31-36.
227. Wilcox AJ. Infant mortality revisited // Pediatr. Perinal. Epidemiol. – 1993. – Vol. 7. – P. 347-348.