## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

Міністерство охорони здоров’я україни

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л.ШУПИКА

## ОРДА Олександр Миколайович

УДК 614.2.001:618.3/.7:312.2(477.61/.62)

**НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ УПРАВЛІННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ ПРОФІЛАКТИКОЮ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ В УМОВАХ ДОНЕЦЬКОГО РЕГІОНУ**

14.02.03 – Соціальна медицина

**Автореферат**
дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

#### Київ-2007

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті
ім. М. Горького МОЗ України

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор **Гойда Ніна Григорівна,**
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, проректор, кафедра управління охороною здоров’я, професор.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Шкіряк-Нижник Зореслава Антонівна**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології

доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій Олексійович**, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України, заступник директора

Захист відбудеться “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008 р. о \_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров'я, аудиторія №46.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика за адресою: 04112, м.Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2007 року

**Вчений секретар**

**спеціалізованої вченої ради**

**к.мед.н., доцент Бугро В.І.**

 **ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Демографічна ситуація України характеризується негативним природним приростом населення (Гойда Н.Г., 1998, 2004, Богатирьова Р.В., 1999, Моісеєнко Р.О., 2003), найбільш вираженим у високоіндустріальних регіонах. Так, у 1996 р. природний приріст населення в Донецькій області мав від’ємну величину і становив -9,8 на 1000. Починаючи з 1992 року, смертність у регіоні перевищує народжуваність (Чайка В.К., 1996). Протягом останніх п'яти років показник сумарної народжуваності коливається в межах 1,03-1,08. На фоні складної екологічної ситуації в регіоні відзначається зниження рівня загального здоров'я і підвищення захворюваності населення, зростає кількість ускладнень вагітності і пологів (до 70%), погіршуються показники материнської і перинатальної захворюваності і смертності. Економічна, екологічна і демографічна ситуація, яка склалась в Україні, зумовила необхідність перегляду раніше існуючих поглядів на надання перинатальної допомоги (Уманський В.Я. і ін., 1997, Моісеєнко Р.О. і ін., 2007).

Перинатальна смертність (ПС) є одним з інтегральних показників, які характеризують якість надання допомоги населенню. Незважаючи на розробку системи поетапного надання допомоги матерям і дітям, показник ПС залишається стабільно високим і в кілька разів перевищує подібний показник у країнах Європи, навіть за умов, коли критерії реєстрації досліджуваних показників в Україні істотно відрізняються від прийнятих світових стандартів (Майданник В.Г. і ін., 2007).

Існуюча класифікація випадків ПС враховує термін настання смерті (до, під час або після пологів) і в рамках вікових параметрів тільки одну причину смертності, що, як правило, характеризується її наявністю чи відсутністю. При цьому губиться інформація про багатокомпонентні причини і не враховуються фактори, які могли б мати відношення до даного випадку. Створення комп'ютерної бази даних про ПС дозволяє зібрати численну інформацію і проаналізувати її з різних точок зору (Васильева Т.П. и др., 1998, Могилевкина И.А. и др., 1999). Разом з тим переваги комп'ютерного аналізу даних можуть бути зведені до нуля, якщо не буде обрано правильної системи, яка дозволить їх порівнювати і не матиме впливу на дані інших видів аналізу. Оскільки і мати і немовля залучені до досліджуваних явищ, то попередні класифікації мали акушерську або неонатальну (НН) спрямованість.

Відсутність єдиних підходів до оцінки причин перинатальних втрат не давала змоги сформувати загальні підходи до удосконалення антенатальної (АН), інтранатальної (ІН) допомоги, допомоги в ранньому неонатальному періоді (РНП) і напрямки медико-соціальної профілактики перинатальної смертності.

Незважаючи на наявність в Україні чисельних досліджень щодо причин плодово-малюкових втрат (Козаченко О.В. та ін., 2005, Моісеєнко Р.О. та ін., 2006, Жилка Н.Я. 2007), вони торкаються в основному вивчення окремих причин втрат відповідно до прийнятих в Україні критеріїв перинатального періоду (з 28 тижнів вагітності), а проблеми комплексного вивчення чинників перинатальної смертності, відповідно до критеріїв ВООЗ, не знайшли належного висвітлення.

Відсутність наукового обгрунтування сучасних підходів до управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності обумовила актуальність даного дослідження, визначили його мету і завдання.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**. Дисертаційна робота виконувалась в рамках науково-дослідної роботи Донецького державного медичного університету ім. М.Горького: “Безпечне материнство – від зачаття до народження”. № держ. реєстрації 0197V002121. МК 97.06.17. УДК 618:312.24]-084+614.2(477.61/162) протягом 1997-1999 рр.

Дослідження було спрямоване також на виконання національних програм “Планування сім’ї”, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 13.09.1995р. №736, та “Репродуктивне здоров'я 2001-2005”, затвердженої Указом Президента України від 26.03.2001р. №203/2001.

**Мета дослідження:** науково обґрунтувати сучасні підходи до управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності в умовах Донецького регіону.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати рівень і структуру перинатальної смертності у Донецькому регіоні за даними офіційної статистики.

2. Здійснити аналіз та оцінку причин перинатальних втрат з використанням перинатального аудиту за Балтійською класифікацією та провести порівняльну характеристику причин перинатальної смертності за даними офіційної статистики і перинатального аудиту.

3. Провести аналіз та оцінку кадрового і матеріально-технічного потенціалу та якості надання перинатальної допомоги в родопомічних закладах різних рівнів.

4. Адаптувати до умов регіону та впровадити систему АВС-реанімації новонароджених з організацією міжрегіонального учбово-методичного центру з підготовки персоналу.

5. Обґрунтувати, розробити та впровадити оптимізовану систему управління трирівневою системою профілактики перинатальної смертності.

6. Вивчити ефективність розроблених і впроваджених заходів щодо профілактики перинатальної смертності.

**Базами наукового дослідження**стали родопомічні заклади м. Донецька та Донецької області.

**Об’єкт дослідження:**система організації перинатальної допомоги.

**Предмет дослідження:** заклади та підрозділи охорони здоров’я з надання перинатальної медичної допомоги, їх кадровий і матеріально-технічний потенціал, жінки, що обслуговуються ними.

**Методи дослідження: с**истемного підходу та аналізу, аналітико-статистичний, епідеміологічний, історичний, експертних оцінок, кластерного аналізу, логіко-концептуального моделювання.

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що вперше в Україні на основі комплексного медико-соціального дослідження здійснено:

* ретроспективний аналіз багатофакторних причин перинатальної смертності відповідно до рекомендованих ВООЗ критеріїв та перинатальний аудит із застосуванням Балтійської класифікації;
* наукове обґрунтування можливості впровадження в Україні рекомендованих ВООЗ критеріїв перинатального періоду та перинатальних втрат;
* розробку та впровадження трирівневої системи перинатальної допомоги та АВС-реанімації новонароджених;
* наукове обґрунтування, розробку та впровадження нових підходів до управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності.

**Теоретичне значення** дослідження полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині оптимізації надання перинатальної допомоги та управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності.

**Практичне значення** дослідження полягає в тому, що його результати стали підставою для:

* впровадження якісно нової системи управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності в умовах трирівневої системи;
* розробки заходів:
* Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації”: Розділ ІІІ “Здоров’я жінок”;
* Державної програми „Репродуктивне здоров’я нації” на період до 2015 року;
* наказів Міністерства охорони здоров’я України:

- від 06.05.2003 р. №194 “Про затвердження галузевої програми ”Первинна реанімація новонароджених на 2003-2006 роки”;

- від 29.12.2003 р. №620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги”;

 - від 29.03.2006 р. №179 “Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених”.

* Розроблено і впроваджено перинатальний аудит з урахуванням рекомендованих ВООЗ критеріїв перинатального періоду і перинатальних втрат та використанням “Балтійської класифікації”.

**Особистий внесок здобувача**. Автором самостійно визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методи дослідження, здійснено збір та викопіювання первинної документації, розроблено реєстраційну карту “Оцінка якості надання допомоги в лікувально-профілактичних установах Донецької області” та проведено комплексну оцінку обсягів і ефективності надання перинатальної допомоги на сучасному етапі з урахуванням трирівневої системи, проведено підготовку експертів, розроблено систему перинатального аудиту з урахуванням рекомендованих ВООЗ критеріїв перинатального періоду і перинатальних втрат та використанням “Балтійської класифікації”, удосконалено систему інформаційного забезпечення аналізу шляхом розробки нових форм обліково-звітної документації усіх випадків ПС і комп'ютеризованої програми перинатального аудиту, статистично опрацьовано зібраний матеріал, здійснено розробку удосконаленої системи перинатальної допомоги.

Особисто автором сформульовано основні положення, висновки та рекомендації.

**Апробація роботи.** Основні положення дисертаційної роботи доповідались та обговорені: на засіданні Донбаської асоціації “Сім’я і здоров'я” (м. Донецьк, 1998), 16 конгресі Всесвітньої асоціації гінекологів і акушерів (м. Вашингтон, 2000), XI з'їзді акушерів-гінекологів України „Репродуктивне здоров’я населення України: проблеми та шляхи їх розв’язання” (м. Київ, 2001), IV з'їзді педіатрів України „Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі” (м. Київ, 2004), науково-практичній конференції та Пленумі Асоціації акушерів-гінекологів України з міжнародною участю „Сучасні діагностичні та лікувальні технології в акушерській, перинатальній та гінекологічній практиці. Перинатальні інфекції” (м. Одеса,2007), засіданняхвченої ради Донецького державного медичного університету (м. Донецьк, 1998, 1999, 2002 рр.).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 24 наукові роботи, 18 з них у виданнях, рекомендованих ВАК України.

**Обсяг та структура** дисертації. Робота викладена на 142 сторінках друкованого тексту, складається із вступу, огляду наукової літератури, програми, методів і обсягів досліджень, чотирьох розділів власних досліджень, висновків, ілюстрована 9 таблицями та 14 рисунками в основному тексті. Список використаної літератури містить 193 наукових джерел, у тому числі 29 зарубіжних авторів.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Програма, обсяг та методи дослідження.** Досягнення мети дослідження вимагало розробки спеціальної програми (рис. 1), складеної з використанням системного підходу. Характерною її особливістю стало проведення дослідження за чотирма етапами, кожен з яких включав конкретні завдання з їх переходом до наступного етапу, що забезпечувало системність дослідження, оскільки дані, отримані на попередніх етапах, ставали логічною основою не тільки для наступних, а й для узагальнення кінцевих результатів та наукового обґрунтування управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності з використанням нових організаційних технологій та створенням нових структурних підрозділів для надання перинатальної допомоги.

|  |
| --- |
| **I етап:Аналіз вітчизняних та світових науково-інформаційних джерел, що віддзерка-люють тенденції перинатальної смертності і принципи її медико-соціальної профілактики**Всього 193 джерела (164 вітчизняних авторів та країн СНД, 29 зарубіжних) |
| **II етап**: **Вивчення стану і динаміки перинатальної смертності у Донецькому регіоні** |
| **Вивчення рівня і структури перинатальної смертності у Донецькому регіоні за даними державної статистики**Аналіз науково-інформаційних джерел: статистичної звітності МОЗУ, обласного управління статистики (ОУС), інформаційно-аналітичного відділу (ІАВ) за 1997-1998рр., 2000р, 2002-2006рр.: фф. А1 (7од.), 21,54, (14од.), облікової медичної документації: фф. 111/о,106-2/о-95 (1023од.) | **Порівняльна характеристика причин перинатальної смертності за даними офіційної статистики та перинатального аудиту**Аналіз звітної та облікової документації родопомічних закладів Донецького регіону: форм перинатальної смертності у Донецькому регіоні: фф. 21,54 (14од.), 096/о, 097/о, (3872од.) |
| **III етап: Аналіз і оцінка медико-організаційних технологій надання трирівневої системи перинатальної допомоги у Донецькому регіоні** |
| **Вивчення кадрового і матеріально-технічного потенціалу родопомічних закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги**Аналіз звітних форм: фф. 17,20,47 (216од) | **Експертиза якості надання перинатальної допомоги в родопомічних закладах різних рівнів**Облікові форми медичної документації родопомічних закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги: фф. 096/о, 097/о, 008/о (962од.); реєстраційна карта “Оцінка якості надання перинатальної допомоги в лікувально-профілактичних установах Донецької області” (463 од.), ( 16 експертів) |
| **IVетап: Наукове обґрунтування оптимізованої системи управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності** |
| **Обґрунтування, розробка та впровадження системи АВС -реанімації новонароджених шляхом вивчення захворюваності, перинатальної смертності, летальності від синдрому респіраторного розладу новонароджених, технології їх первинної реанімації.** Аналіз облікових та звітних форм: фф. 096/о, 097/о, 21, 54, 106-2/095 (536 од.) | **Обґрунтування, розробка та впровадження трирівневої системи профілактики перинатальної смертності**Аналіз облікових та звітних форм: фф. 17,20,47, 096/о, 097/о, 008/о (1178од.). |
| **Розробка та впровадження** |
| Організація регіонального учбово-методичного центру реанімації новонароджених, розробка та впровадження програм підготовки спеціалістів, підготовка спеціалістів з питань АВС-реанімації (341 особа), підготовка проекту наказу МОЗ України „Про затвердження галузевої програми ”Первинна реанімація новонароджених на 2003-2006 роки”, розробка та створення комп’ютерної бази перинатального аудиту, розробка та організація лікувально-консультативного відділу, його основних завдань. | 5 доповідей на науково-практичних конференціях, з’їздах, міжнародному конгресі | 24 наукові праці, з них 18 у журналах, затвер-джених ВАК України, 6 публікацій в інших виданнях |
| **Методичне забезпечення дослідження** |
| **Використані методи** | **Розділи роботи** |
| Системного підходу і аналізу | I-VI |
| Історичний | I |
| Статистичний | III- VI |
| Епідеміологічний | III- VI |
| Експертних оцінок | IV |
| Кластерного аналізу | III-IV |
| Логіко-концептуального моделювання | V-VI |

 Рис. 1. Програма, обсяги та методи досліджень

Перший етап присвячений аналізу причин та тенденцій перинатальної смертності і принципів її медико-соціальної профілактики за даними вітчизняних та світових науково-інформаційних джерел в Україні та порівняння їх з розвиненими країнами. За результатами даного аналізу було визначено основні напрямки дослідження.

Другий етап передбачав комплексну оцінку перинатальної смертності у Донецькому регіоні у 1997-1998 роках за даними офіційної статистики та перинатального аудиту з застосуванням Балтійської класифікації на підставі вивчення існуючих обліково-звітних форм державної та галузевої статистики МОЗ України за 1997-1998  рр., 2000 р. та 2002-2006 рр., оперативних даних МОЗ України щодо виконання заходів національних та комплексних міжгалузевих програм з охорони материнства і дитинства. На даному етапі проводилися вивчення та оцінка основних причин перинатальної смертності з наступним порівнянням даних офіційної статистики з цих питань та перинатального аудиту.

Метою третього етапу дослідження булианаліз і оцінка медико-організаційних технологій надання перинатальної допомоги у Донецькому регіоні з вивченням кадрового і матеріально-технічного потенціалу родопомічних закладів різних рівнів її надання за даними звітних форм державної статистики та експертної оцінки якості надання перинатальної допомоги в цих закладах, яка проводилась з використанням реєстраційної карти “Оцінка якості надання допомоги в лікувально-профілактичних установах Донецької області”.

Результати досліджень, виконаних на першому, другому та третьому етапах, дозволили науково обґрунтувати, розробити та впровадити оптимізовану систему управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності в сучасних умовах**,** якавключає як трирівневу систему профілактики перинатальної смертності, так і систему АВС-реанімації новонароджених з визначенням місця та функцій кожної з них.

Багатогранність досліджуваної проблеми і характер вирішуваних завдань зумовили вибір та застосування при виконанні роботи комплексної методики, яка включала метод системного підходу та аналізу, історичний, статистичний, епідеміологічний, експертних оцінок, кластерного аналізу, логіко-концептуального моделювання. Системний підхід являє собою найбільш високий рівень теоретичного узагальнення. Він використовувався на усіх етапах дослідження і дозволив розглядати явища і процеси, які вивчалися, у їх цілісності і взаємозв’язку з іншими явищами.

Епідеміологічний метод застосовувався при вивченні рівнів і причин перинатальної смертності з використанням звітних форм, індивідуальних карт вагітних, історій пологів, карт розвитку новонароджених, лікарських свідоцтв про перинатальну смерть та створенні на їх базі комп’ютерної програми. З метою глибшого аналізу основних причин перинатальних втрат, виявлення багатокомпонентних факторів та розробки дієвих заходів щодо їх зниження, був проведений перинатальний аудит за Балтійською класифікацією з урахуванням критеріїв ВООЗ щодо визначення перинатального періоду.

Експертна оцінка використовувалася при проведенні аналізу якості перинатальної допомоги у закладах різних рівнів її надання за допомогою спеціально розроблених реєстраційних карт “Оцінка якості надання перинатальної допомоги в лікувально-профілактичних установах Донецької області” спеціально підготовленими експертами із прийняттям узгодженої думки.

Найчастіше використовувався статистичний метод, особливо у випадках отримання кількісних характеристик процесів і явищ, які вивчалися, що в наступному забезпечувало проведення якісного аналізу. Основні етапи статистичної обробки включали статистичне спостереження (збір і реєстрацію даних), групування зібраних даних та їх оцінку. Аналіз результатів дослідження проводився на персональному комп’ютері за допомогою пакетів прикладних програм, в яких реалізовані статистичні методи обробки даних: MS Excel, Statistica, Statgraphics.

У дослідженні був використаний і найрозповсюдженіший метод багатомірного аналізу – кластерний аналіз. Цей метод був використаний при формуванні “віддалених” один від одного або “близьких” між собою показників перинатальних втрат в містах і районах Донецької області. Даний метод також був використаний при групуванні результатів (рівнів і причин перинатальних втрат) при впровадженні удосконаленої системи медико-соціальної профілактики перинатальної смертності.

Використання сучасних методів медико-соціального дослідження та обробка результатів спостережень в обсягах репрезентативної вибірки дозволили отримати достовірні дані, які були покладені в основу наукового обґрунтування сучасних підходів до управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності.

За програмою дослідження, що було її особливістю, передбачалось не лише отримання результатів, їх оцінка та наукове обґрунтування запропонованої системи, а й її одночасне впровадження та оцінка ефективності.

**Результати дослідження.**

Системний аналіз показників перинатальних втрат у Донецькому регіоні за даними офіційної статистики та перинатального аудиту із застосуванням Балтійської класифікації засвідчив високий рівень перинатальної смертності (11,5 на 1 тис. народжених живими і мертвими у 1997р. і 10,3 у 1998 р.) та неспівмірність цього показника з даними перинатального аудиту (28,5 і 26,3 відповідно) в основному за рахунок мертвонароджуваності та смертності новонароджених із масою тіла від 500,0 до 999,0 гр., які згідно з існуючими в Україні критеріями визначення перинатального періоду не підлягали реєстрації. У структурі ранньої неонатальної смертності провідне місце займав респіраторний дистрес-синдром, становлячи 50,2% - 47,5% від усіх хвороб перинатального періоду, а у структурі мертвонароджуваності більш ніж у 80% випадків причиною загибелі плода була внутрішньоутробна гіпоксія.

Аналіз показників перинатальної смертності у Донецькому регіоні, згідно із рекомендаціями ВООЗ щодо критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, виявив збільшення перинатальної смертності у порівнянні з даними офіційної статистики у 2,5 разу. При цьому показник антенатальної смертності збільшувався у 4,6-4,1 разу, інтранатальної – у 1,6-1,4 разу, ранньої неонатальної – у 1,7-1,6 разу.

Багатокомпонентним аналізом із застосуванням програми “Перинатальний аудит” за Балтійською класифікацією встановлено, що із 13 категорій причин перинатальної смертності 26,5%-26,1% припадало на антенатальну смертність до 28 тижнів гестації, яка нині відноситься до некерованих категорій і до 2007 року не враховувалася в державній статистиці, 13,4% – на смертність від вроджених вад розвитку. Велика питома вага вроджених вад у структурі перинатальної смертності свідчить про їх запізнілу діагностику і потребує універсального підходу до проведення ультразвукового скринінгу вагітних на 16-18 тижні гестації, що дозволить своєчасно перервати вагітність при неможливості постнатальної корекції цієї патології.

Застосування програми “Перинатальний аудит” за Балтійською класифікацією дозволило виділити основні керовані категорії, при яких удосконалення управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності може суттєво вплинути на її зниження. До них відносяться: вроджені вади розвитку, антенатальна смертність після 28 тижнів гестації при одноплідній вагітності, що ускладнилася затримкою внутрішньоутробного розвитку плоду, інтранатальна смертність плоду після 28 тижнів гестації, рання неонатальна смертність при вагітності 28-34 тижні та > 34 тижнів вагітності при оцінці стану новонародженого за шкалою Апгар < 7 балів (через 5 хвилин після народження) та наявності респіраторного дистрес-синдрому.

Результати аналізу дали можливість дійти висновку, що для зниження рівня перинатальної смертності необхідно удосконалення перинатальної допомоги глибоко недоношеним новонародженим, дітям, що народились з респіраторним дистрес-синдромом, а також поліпшення якості допологової діагностики внутрішньоутробної гіпоксії плоду.

Виявлені регіональні розходження за рівнем і тенденціями ПНС і ранньої НС, характером і її причинною структурою в міській і сільській місцевостях потребували розробки та застосування відповідної методології вивчення й аналізу медико-організаційних заходів профілактики перинатальної смертності.

Можливості і якість надання медичної допомоги в родопомічних установах були піддані системному аналізу на підставі спеціально розробленої реєстраційної карти “Оцінка якості надання перинатальної допомоги в лікувально-профілактичних установах Донецької області”, в основу якої покладено комплекс експрес-методів аналізу медико-організаційних заходів на всіх етапах перинатальної допомоги. Чотири розділи реєстраційної карти регламентують основні характеристики ПН допомоги, систематизують процес моніторингу досліджуваних явищ (табл.1).

На підставі проведеного аналізу та оцінки фактичного стану медико-організаційних, діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з урахуванням даних щодо укомплектованості медичним персоналом, кваліфікації лікарів, забезпеченості лікувально-діагностичною апаратурою всі родопомічні установи умовно були розділені на три рівні.

До закладів першого рівня були віднесені пологові будинки та акушерські відділення невеликої потужності для проведення фізіологічних пологів, що входять до структури міських (МЛ), центральних районних лікарень (ЦРЛ) та районних лікарень (РЛ): Красногорівка, Світлодарськ – МЛ №2, Амвросіївка – ЦРЛ, Дзержинськ, Миколаївка, Дружківка, Красний Лиман, Ясинувата, Велика Новосілка, Першотравневий, Сніжне, Тельманове, Новоазовськ, Сіверськ, Старобешеве, Волноваха – ЦРЛ, Володарське – ЦРЛ, Красноармійськ – ЦРЛ, Олександрівка – ЦРЛ.

До родопомічних закладів надання ПН допомоги II рівня віднесені пологові будинки загального профілю міст і районів області, що мають у своєму складі відділення новонароджених і палати інтенсивного спостереження: м. Донецьк – пологові будинки № 9, 14, 17, 24, Артемівськ – ЦРЛ, ПВ №2, Авдіївка, Горлівка – ТМО, Димитров – ЦРЛ, Добропілля – ЦРЛ, Єнакієве – ЦРЛ, МЛ №2, Шахтарськ – ЦРЛ, Харцизьк, Слов'янськ, Краматорськ, Костянтинівка, Соледар, Докучаївськ, Селідове – ЦРЛ, Кіровське, Макіївка – МЛ №6, Маріуполь – МЛ №2.

Медичні заклади III рівня представлені спеціалізованими стаціонарами:
м. Донецьк – МЛ №3, №6, ДОКТМО, м. Торез, м. Маріуполь – МЛ №1, 3,
м. Макіївка – МЛ № 2, 3.

Проведений аналіз якості АН допомоги засвідчив, що в 89,5% родопомічних закладів першого рівня пацієнтки можуть одержати кваліфіковану лікарську медичну допомогу, в той же час у 10,5% закладів основним надавачем АН допомоги є акушерка.

Встановлено, що в антенатальному періоді ультразвукове (УЗ) дослідження вагітних можливо лише у 47,4% закладів першого рівня, 73,3% – другого рівня і 87,5% - третього рівня. При цьому ехографія і доплерографія у закладах першого рівня не проводиться взагалі внаслідок відсутності відповідної апаратури, а біопсія хоріону, діагностичний амніоцентез не проводяться в жодному закладі вказаних рівнів (табл.1).

Вивчення можливостей забезпечення медико-організаційних технологій ведення вагітних в антенатальному періоді засвідчило, що у закладах першого рівня вони можуть бути надані лише у випадках нормального перебігу вагітності. При наявності ускладнень вагітні повинні направлятися на консультацію залежно від патології в заклади другого – третього рівнів.

Таблиця 1

**Характеристика надання перинатальної допомоги у родопомічних закладах різних рівнів**

|  |  |
| --- | --- |
| **Перинатальна допомога** | **Рівні (%)** |
|  | **I** | **II** | **III** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Антенатальна допомога.

1.Основний надавач АН допомоги:  |  |  |  |
| * акушерка
 | 10,5 | – | – |
| * акушер-гінеколог
 | 89,5 | 100 | 100 |
| * терапевт
 | – | – | – |
| 2.Можливості перинатальної діагностики:3.УЗ-скринінг:  |  |  |  |
| * 16–18 тижнів
 | 31,6 | 47,8 | 62,5 |
| * 18–20 тижнів
 | 5,3 | 30,4 | 50,0 |
| * більше 20 тижнів
 | 10,5 | 39,1 | 50,0 |
| * скринінг можливий у будь-якому терміні
 | 47,4 | 78,3 | 87,5 |
| * скринінг неможливий
 | 52,6 | 21,7 | 12,5 |
| * КТГ
 | – | 26,1 | 62,5 |
| * розширене УЗ дослідження (УЗД): доплер-УЗД, біопсія хоріона, діагностичний амніоцентез
 | – | – | – |
| II. Інтранатальна допомога1. Можливості устаткування:  |  |  |  |
| * Кардіотокографія
 | – | 26,1 | 75,0 |
| 2. Забезпеченість персоналом:  |  |  |  |
| * акушерка
 | 100 | 100 | 100 |
| * акушер-гінеколог
 | 89,5 | 100 | 100 |
| * неонатолог
 | 31,6 | 78,3 | 100 |
| * анестезіолог
 | 57,9 | 100 | 100 |
| 3. Час, необхідний для початку термінового оперативного втручання:  |  |  |  |
|  а) кесарів розтин: |  |  |  |
| * менше 30 хвилин
 | 63,2 | 86,9 | 100 |
| * 30–60 хвилин
 | 31,6 | – | – |
| * більше 60 хвилин
 | 5,2 | – | – |
|  б) акушерські щипці:  |  |  |  |
| * менше 10 хвилин
 | 57,9 | 86,9 | 100 |
| * 10–20 хвилин
 | 26,3 | 13,1 | 100 |
| * більш 20 хвилин
 | 15,8 | – | – |
| III. Неонатальна допомога:1. Можливості НН допомоги:  |  |  |  |
| * відділення немовлят
 | 78,9 | 100 | 100 |
| * відділення реанімації й інтенсивної терапії немовлят
 | – | 13,1 | 25,0 |
| 2. Час, необхідний для транспортування немовляти в найближче відділення реанімації:  |  |  |  |
| * менше 3 годин
 | 84,2 | 95,7 | 100 |
| * 3–4 години
 | 15,8 | 4,3 | – |
| * більше 4 годин
 | – | – | – |

Продовження табл.1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Можливості проведення допоміжної вентиляції легень у немовлят: |  |  |  |
| Апаратура:  |  |  |  |
| * спонтанний вдих з позитивним тиском на видиху (СРАР)
 | – | 43,5 | 50,0 |
| * примусова вентиляція за допомогою апарата
 | 5,3 | 56,3 | 62,5 |
| * маска-мішок Амбу
 | 94,7 | 100 | 100 |
| Контроль оксигенації:  |  |  |  |
| * пульсоксиметр
 | – | 21,7 | 50,0 |
| * насичення газів крові
 | – | – | 12,5 |
| 4. Можливості контролю низької температури тіла (до 28°С): |  |  |  |
| * доступно
 | – | 17,4 | 37,5 |
| * недоступно
 | 100 | 82,6 | 62,5 |
| Наявність джерела променистого тепла для реанімації: |  |  |  |
| * доступно
 | 89,5 | 100 | 100 |
| * недоступно
 | 10,5 | – | – |
| 5. Можливості реанімації:  |  |  |  |
| * маска
 | 100 | 100 | 100 |
| * мішок Амбу (без клапана скидання тиску)
 | 21,1 | 26,1 | 50,0 |
| * мішок Амбу (з клапаном скидання тиску)
 | 84,2 | 95,7 | 100 |
| * відсмоктування
 | 100 | 100 | 100 |
| * годинник (фіксація часу реанімації)
 | 47,4 | 65,2 | 87,5 |
| * ларингоскоп
 | 84,2 | 95,7 | 100 |
| * інтубаційні трубки
 | 78,9 | 95,7 | 100 |
| * внутрішньовенний катетер
 | 89,5 | 95,7 | 100 |
| * протокол первинної реанімації (постійний нагляд)
 | 21,1 | 82,6 | 87,5 |
| 6. Наявність медикаментів:  |  |  |  |
| * адреналін
 | 100 | 100 | 100 |
| * 4% розчин соди
 | 100 | 100 | 100 |
| * альбумін
 | 42,1 | 73,9 | 87,5 |
| 7. Доступність використання сурфактанта:  |  |  |  |
| * доступно
 | – | 4,0 | 12,5 |
| * недоступно
 | 100 | 96,0 | 87,5 |
| IV. Персональна оцінка можливостей виходжування недоношених: - менше 22 тижнів гестації (ГЦ) | – | – | – |
| * менше 28 тижнів ГЦ
 | – | – | – |
| * 28–30 тижнів
 | – | 26,1 | 50,0 |
| * 30–32 тижні
 | 5,3 | 37,7 | 50,0 |
| * 32–34 тижні
 | 31,6 | 39,1 | 100 |
| * більше 34 тижнів ГЦ
 | 63,2 | 100 | 100 |
| Доступність надання медичної допомоги пацієнтам групи високого ризику:  |  |  |  |
| * доступно
 | 15,8 | 47,8 | 75,0 |
| * недоступно
 | 84,2 | 52,2 | 25,0 |

Проведений аналіз надання медичної допомоги в інтранатальному періоді показав, що цілодобовий пост акушерки є в усіх закладах, проте медична допомога роділлям за участю акушера-гінеколога в повному обсязі надається у закладах II-III рівнів і у 89,5% закладів I рівня. Можливості для забезпечення своєчасного розродження шляхом кесаревого розтину за екстреними показаннями наявні лише у 63,2% стаціонарів I рівня, при цьому у 36,1% цих стаціонарів термін початку операції затримується до 60 хвилин, а у 5,2% – більше години. Відповідно у цих закладах затримуються терміни накладання акушерських щипців за екстреними показаннями від 10 до 20 хвилин у 26,3%, а понад 20 хвилин – у 15,8%. Можливості участі неонатолога при всіх пологах наявні лише у закладах III рівня. У 78,3% акушерських стаціонарів відсутнє цілодобове чергування неонатолога, при цьому первинна допомога новонародженим надається черговим педіатром або акушером-гінекологом.

Дані проведеного аналізу організації медичної допомоги в анте- та інтранатальному періодах у закладах I-III рівнів надання перинатальної допомоги засвідчують, що заклади I рівня доцільно використовувати лише для ведення фізіологічних пологів. Наявні можливості родопомічних закладів першого рівня по відношенню до новонароджених дозволяють проводити лише посиндромну терапію до моменту транспортування його на вищий рівень протягом декількох годин і виходжування доношених немовлят зі стабільними функціями дихання і кровообігу.

Встановлено, що відділення реанімації новонароджених організовані в 25% закладів III рівня й у 13,1% – II рівня. Про низьку якість невідкладної допомоги немовлятам свідчить як відсутність нових перинатальних технологій на рівні надання реанімаційної допомоги в пологовій залі, палаті інтенсивного спостереження, так і спеціально підготовленого медичного персоналу,
зокрема – неонатологів.

Результати дослідження (1997-1998рр.) засвідчили потенційне збільшення числа дітей з низькою і екстремально низькою масою тіла при народженні у більшості родопомічних закладів регіону та високий рівень ПС від синдрому дихальних розладів (СДР), лікування якого включає тривалу респіраторну підтримку і замісну терапію екзогенними сурфактантами. При цьому застосування сурфактанта для закладів I рівня абсолютно недоступне і лише у 4% установ II рівня і в 12,5% установ III рівня існують реальні можливості використання сурфактанта в комплексному лікуванні СДР недоношених дітей. В цілому виходжування недоношених дітей з терміном гестації 30–32 тижні можливе у 5,3% родопомічних закладів I рівня, з 32–34 тижнів – 31,6% закладів, а в терміні більш 34 тижнів гестації (ГЦ) в 63,2% закладів.

Порівняльний аналіз закладів II і III рівнів показав можливість виходжування недоношених дітей з малим гестаційним терміном. Так, у 26,1% закладів II рівня й у 50% закладів III рівня реєструється виживання недоношених з гестаційним віком 28–30 тижнів, з 30–32 тижнів – у 37,7% і 50% закладів II і III рівнів відповідно, і більше 32 тижнів ГЦ – у 39,1% закладів II рівня. В цілому доступність кваліфікованої перинатальної допомоги у групах високого ризику розподілилася таким чином: у 15,8% – в закладах I рівня, у 47,8% – II й у 75,0% – III рівня.

Експертна оцінка стану медико-організаційних заходів у родопомічних закладах існуючої трирівневої системи перинатальної допомоги свідчить про недостатність спостереження за плодом в АНП та ІНП і неякісну допомогу немовлятам. Це обумовлено низкою вищевказаних факторів, пов'язаних з відсутністю умов для виконання стандарту перинатальної (ПН) допомоги, а також недостатньою спадкоємністю між акушерською і НН службами. Доведено, що якість надання спеціалізованої перинатальної допомоги найбільше відповідає затвердженим в Україні стандартам лише у закладах III рівня.

Серед всього переліку несприятливих факторів найбільше значення має якість допомоги, що надається жінкам репродуктивного віку в антенатальному періоді, яка знаходиться на низькому рівні. Обмежені можливості УЗ скринінга у всі критичні терміни гестаційного віку в установах I рівня, особливо в популяції вагітних групи високого ПН ризику, нерідко приводять до несвоєчасної діагностики аномалій і затримки розвитку плода, патології плаценти і пуповини, фетоплацентарної недостатності.

Оцінка стану медико-організаційних заходів неонатальної служби виявила ряд істотних недоліків надання допомоги немовлятам. Оцінка стану дитини в пологовому залі, дотримання “теплового ланцюжка” і надання первинної реанімаційної допомоги при загрозливих станах реально можливі лише в установах III рівня і частково – II.

У зв'язку зі зростанням чисельності груп високого ризику в популяції вагітних, у тому числі – із загрозою переривання вагітності в критичний термін, виникає необхідність розродження в спеціалізованих установах III рівня, де є відділення реанімації немовлят, та в перинатальних центрах. Виходжування недоношених і дітей з різноманітною патологією раннього неонатального періоду в закладах I і II рівнів супроводжується значними труднощами і більш високими показниками перинатальних втрат.

Дані проведеного дослідження були покладені в основу розробки і впровадження нових підходів до управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності з переорієнтацією перинатальної допомоги на трирівневу систему її організації, обгрунтуванням можливості впровадження в Україні рекомендованих ВООЗ критеріїв перинатального періоду та перинатальних втрат.

В якості найприйнятнішої моделі управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності при Донецькому регіональному центрі охорони материнства і дитинства став створений лікувально-координаційний відділ (ЛКВ). Види його діяльності включають методично-організаційне забезпечення трирівневої системи перинатальної допомоги, проведення перинатального аудиту за Балтійською класифікацією, підготовку кадрів та впровадження системи АВС-реанімації.

Отримані на попередніх етапах нашого дослідження результати засвідчили і необхідність нових підходів до надання первинної реанімації новонародженим. За нашою участю був створений регіональний навчально-методичний центр реанімації новонароджених, основним завданням якого була підготовка “команди” спеціалістів, що працюють в родопомічних закладах, включаючи і середній медперсонал. Лише за період 1999-2000 років в цьому центрі пройшли підготовку і отримали сертифікат 137 неонатологів, 185 акушерів-гінекологів і 19 педіатрів. Крім того, нами була розроблена і впроваджена система ABC-реанімації, що грунтується на послідовності дій, які залежать від стану немовляти та його реакції на проведені заходи з перших секунд життя. Велике значення в цій системі, поряд з наявністю сучасного устаткування, надається медичному персоналу, його вмінню і здатності працювати як єдина “команда”.

Впровадження нової системи реанімації супроводжувалося веденням спеціально розробленого протоколу первинної реанімації новонародженого, який передбачає оцінку стану немовляти і початок реанімаційних заходів відразу після народження з наступним щохвилинним моніторингом протягом перших 20 хвилин життя.

Впровадження запропонованої методології управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності призвело до поліпшення якості медичної допомоги, поступового зменшення рівня перинатальної смертності з урахуванням новонароджених із масою тіла 500 г. і більше (із 28,5 на 1тис. народженими живими і мертвими у 1997 р. до 20,6 у 2002 р., 18,45 у 2003 р., 18,5 у 2004 р., 15,8 у 2005 р. і 14,3 у 2006 р.).

**ВИСНОВКИ**

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлена недосконалість організації перинатальної допомоги на регіональному рівні, невідповідність існуючих в Україні критеріїв перинатального періоду тим, які рекомендовані ВООЗ, що потребувало наукового обгрунтування нових підходів до управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності, впровадження яких в практику довело їх медичну та соціальну ефективність.

1. Встановлено високі рівні перинатальної смертності у Донецькому регіоні (28,5 на 1 тис. народжених живими і мертвими у 1997 р. і 26,3 у 1998 р.), в основному за рахунок смертності від респіраторного дистрес-синдрому (50,2% у 1997 р. і 47,5 % у 1998 р. у структурі перинатальної смертності), вроджених вад розвитку – 16,7% і 13,9% відповідно. Виявлено, що дані офіційної статистики перинатальної смертності не включають перинатальні втрати з гестаційним віком менше 28 тижнів.

2. Виявлено невідповідність структури причин перинатальної смертності за даними офіційної статистики та перинатального аудиту на підставі застосування Балтійської класифікації. Технологія оцінки перинатальних втрат з використанням Балтійської класифікації дозволила виділити категорії дітей з найбільшим ризиком ПС: народжені в асфіксії, недоношені і глибоко недоношені. Рівень перинатальної смертності за нашими дослідженнями, відповідно до критеріїв ВООЗ, у 2,5 разу перевищує дані офіційної статистики.

3. Здійснено оцінку існуючої трирівневої системи організації перинатальної допомоги, кадрового і матеріально-технічного потенціалу та запропоновано її оптимізацію з диференційованим для кожного рівня обсягом діагностичних і лікувальних заходів для здійснення перинатального догляду за вагітними залежно від наявності і ступеня ризику перинатальної патології. Виявлено неспроможність надання перинатальної допомоги вагітним групи ризику у закладах I рівня.

4. Адаптовано і впроваджено систему АВС-реанімації новонароджених. Обгрунтовано необхідність нового підходу до навчання медичного персоналу новим технологіям надання невідкладної допомоги новонародженим за системою АВС-реанімації; за період 1999-2000 рр. створено регіональний навчально-методичний центр АВС-реанімації новонароджених та підготовлено міждисциплінарну “команду” загальною кількістю 341 спеціаліст (лікар-акушер-гінеколог, лікар-анестезіолог, лікар-неонатолог, середні медичні працівники) .

5. Аргументовано і впроваджено систематичний моніторинг перинатальних втрат з використанням адаптованої до умов Донецької області комп’ютерної програми “Перинатального аудиту” щодо своєчасного виявлення серед вагітних груп високого ризику перинатальної смертності та організації надання їм своєчасної і адекватної поетапної медичної допомоги з використанням розроблених карт обліку перинатальних втрат.

6. Науково обгрунтовано і апробовано нові підходи до управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності. Вирішено проблему оцінки перинатальної смертності за критеріями Балтійської класифікації, що відкрило нові можливості для розробки і впровадження організаційних і лікувально-профілактичних технологій щодо зниження перинатальної захворюваності і смертності в Донецькому регіоні. Все це в комлексі дозволило знизити перинатальну смертність з 13,2о/оо в 1997 р. до 10,0о/оо в 2006 році, а ранню неонатальну смертність з 7,9о/оо до 5,5о/оо.

7. Ефективність науково-обгрунтованої і запропонованої методології управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності підтверджується зниженням її рівня, з урахуванням плодів і новонароджених із масою тіла 500 г і більше, з 1997р. до 2006 р. у 1,9 разу, що свідчить про доцільність впровадження цієї методології та перинатального аудиту на державному рівні та можливість переходу України на рекомендовані ВООЗ критерії перинатального періоду та перинатальної смертності.

**СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Перинатальный аудит в Донецком регионе (1997-1998гг.) /
И.А Могилевкина, А.Н.Орда, В.К.Чайка, Й.Лангофф-Рус, С.Арсен, Г.Линдман // Мед.-соц. проблемы семьи. – 1999. – Т.4, №1. – С. 8-13. (Особисто проаналізував результати перинатального аудиту в родопомічних закладах Донецької області).

2. Орда А.Н., Липчанська Л.Ф., Жильцова Т.Г. Состояние акушерско-гинекологической помощи в Донецкой области по итогам работы за 1999 год // Мед.-соц. проблемы семьи. – 2000. – Т.5, №1. – С. 3-11. (Особисто проаналізував роль державних і регіональних програм в поліпшенні показників акушерсько-гінекологічної служби).

3. Опыт работы ЛКО в решении медико-социальных проблем родовспомогательных учреждений Донецкой области / А.Н.Орда, В.К.Чайка, Т.М.Дьоміна, В.П.Квашенко, Т.Г.Жильцова // Мед.-соц. проблемы семьи. – 2000. – Т.5, №2-3. – С.95-102. (Самостійно узагальнив досвід роботи ЛКВ на підставі протоколів планових і ургентних виїздів в міста і райони області).

4. Основы репродуктивной медицины: понятие, классификация / А.Н.Орда, В.К.Чайка, И.Д.Гюльмамедова, О.М.Рогова // Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / Под ред. профессора В.К. Чайки. – Донецк: ООО “Альматео”, 2001. – С. 12-17. (За даними літературних джерел сформував глосарій термінів, які вживаються в репродуктивній медицині).

5. Орда А.Н. Анализ структуры оказания помощи в анте- и интранатальном периодах в Донецком регионе // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс. – 2001. – С. 473-474. (Особисто проаналізував стан надання перинатальної допомоги за даними Реєстраційної карти, розробленої ним в співавторстві).

6. Эффективность внедрения американской методики АВС-реанимации новорожденных в условиях перинатального центра / А.Н.Орда, В.К.Чайка, Ю.А.Батман, И.А.Могилевкина // Соціальна педіатрія. – Вип..I. – С. 207-210. (Самостійно оцінив ефективність навчання принципам АВС-реанімації ”команди” фахівців).

7. Орда А.Н., Батман Ю.А. Эффективность внедрения американской методики АВС-реанимации новорожденных в условиях перинатального центра // Мед.-соц. проблемы семьи. – 2001. – Т.6, № 2. – С. 78. (Особисто провів порівняльний аналіз показників летальності немовлят з застосуванням системи АВС-реанімації і без такої)

8. Орда А.Н., Чайка В.К., Айкашев С.А. Системный подход к охране здоровья населения по семейному принципу // Мед.-соц. проблемы семьи. – 2001. – Т.6, № 2. – С. 27. (Особисто обґрунтував доцільність медичного обслуговування жінок репродуктивного віку і дітей сімейним лікарем).

9. Орда А.Н., Чайка В.К., Матыцина Л.О. Репродуктивное здоровье детей и подростков Донецкого региона // Мед.-соц. проблемы семьи. – 2001. – Т. 6, № 2. – С. 15-20. (Самостійно проаналізував стан репродуктивного здоров’я підлітків за даними офіційної статистики).

10. Региональная программа выхода из демографического кризиса “Репродуктивное здоровье населения Донбасса: проблемы и пути решения” / А.Н.Орда, В.Ф.Янукович, В.М.Казаков, В.К.Чайка, О.М.Рогова // Мед.-соц. проблемы семьи. – 2001.– Т.6, № 2. – С. 3-14. (Самостійно обґрунтував причини демографічної кризи в Донецькій області).

11. Орда А.Н. Трехуровневая система оказания помощи в перинатальном периоде в Донецком регионе // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2001. – Т. 10, № 1. – С. 81-86.

12. Орда А.Н., Линчевский Г.Л., Батман Ю.А. Внедрение системы АВС-реанимации и ее эффективность в совершенствовании перинатальной помощи в условиях Донецкого региона // Буковинський медичний вісник. – 2001. – Т.5, № 2-3. – С. 139-140. (Особисто проаналізував діяльність регіонального навчально-методичного центру АВС-реанімації новонароджених, результати аналізу стали фрагментом статті).

13. Орда О.М., Моісеєнко Р.О. Охорона здоров’я дітей – пріоритетний напрямок діяльності системи охорони здоров’я // Современная педиатрия. - К.,-2003. - №1. - С. 7-11. (Самостійно обгрунтував пріоритетність охорони дитин-
ства на державному рівні).

14. Орда О.М., Моісеєнко Р.О. Окремі питання впровадження сучасних стратегій, рекомендованих ВООЗ, в охороні материнства і дитинства // Современная педиатрия. - К.,2004. - №3(4).- С. 8-10. (Особисто опрацював першоджерела ВООЗ щодо стратегії охорони дитинства, підготував відповідну частину до статті)

15. Ефективність впровадження нових системних організаційних технологій у діяльності акушерсько-гінекологічної та педіатричної служб України / О.М.Орда, Н.Г.Гойда, В.Ф.Москаленко, Р.О.Моісеєнко, О.Г.Сулима // Охорона здоров’я України. - 2004. - №2(13). - С.5-13. (Самостійно вивчив ефективність нових організаційних технологій на прикладі Донецького регіону).

16. Орда О.М., Моісеєнко Р.О. Охорона здоров’я дітей в Україні на етапі реформування галузі // Матеріали XI з’їзду педіатрів України (7-10 грудня 2004 року): Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі. - К., 2004. - С. 20-22. (Особисто проаналізував існуючий стан охорони здоров’я дітей за даними офіційної статистики).

17. Орда О., Долот В., Радиш Я. Державне управління системою забезпечення населення України стаціонарною медичною допомогою // Вісн. Нац. акад. держ. управління при Президентові України. - 2004 - №4. -
С.135-144. (Самостійно підготував фрагмент щодо забезпечення стаціонарною акушерсько-гінекологічною допомогою).

18. Орда О.М. Розвиток інституту сімейного лікаря в Україні – ключове завдання програми діяльності Уряду в галузі охорони здоров’я // Гл. врач.- №2004. - №6. - С.35-39.

19. Могилевкина И.А., Орда А.Н., Карасева Е.В. Исследование факторов, определяющих перинатальную смертность в Украине // Перинатология и педиатрия. - 2006. - №2. - С. 13-17. (Самостійно зібрав і узагальнив матеріал, підготовив до друку).

20. Охорона здоров’я населення України станом на 2006 рік і проблеми, що чекають на своє розв’язання / О.М.Орда, Р.О.Моісеєнко, Ю.В.Вороненко, Н.Г.Гойда // Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. - Вип.16. Книга 1.- К., 2007.- С.8-21. (Самостійно підготовлений матеріал щодо охорони здоров‘я жінок репродуктивного віку та дітей).

21. Окремі напрямки подальшого розвитку галузі охорони здоров’я України / О.М.Орда, Ю.В.Вороненко, Н.Г.Гойда, Р.О.Моісеєнко // Ліки України. - 2007. - №111. - С. 63-65. (Самостійно підготовлені матеріали щодо розвитку перинатальної допомоги в Україні).

22. Perinatal deaths in the Donetsk region, Ukraine and in Denmark / O.Orda, B.Boedker, I.Mogilevkina, J.Langhoff-Roos, S.Larsen, G.Lindmark // XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics: Book of Abstracts. – Washington, 2000. – FC1.28.01.

23. Potentially avoidable perinatal deaths in the Donetsk region, Ukraine / O.Orda, I.Mogilevkina, B.Boedker, J.Langhoff-Roos, S.Larsen, G.Lindmark // XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics: Book of Abstracts. – Washington, 2000. – P.4-14.

24. Lessons to be learn from the Perinatal Audit in the Donetsk region, Ukraine / O.Orda, I.Mogilevkina, V.Chaika, O.Yeremenko, B.Boedker, J.Langhoff-Roos, G.Lindmark // Abstract book: The 16th European Congress of Obstetrics and Gynaecology (EAGO/EBCOG). – Malmo / Sweden, 2001. – P.43.

**АНОТАЦІЯ**

**Орда О.М. Наукове обгрунтування управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності в умовах Донецького регіону. –** Рукопис**.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, м.Київ, 2007.

Дисертація присвячена науковому обгрунтуванню управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності в умовах Донецького регіону на основі глибокого аналізу її рівня та структури. Проведена оцінка перинатальних втрат із застосуванням Балтійської класифікації.

Розроблений та апробований комплекс заходів, спрямований на зниження рівня перинатальної смертності, який оцінений за допомогою програми “Перинатальний аудит”.

Доведена висока ефективність етапності в організації перинатальної допомоги.

**Ключові слова:** перинатальна смертність, перинатальна допомога, Балтійська класифікація, перинатальний центр, медико-соціальна профілактика.

**АННОТАЦИЯ**

**Орда А.Н. Научное обоснование управления медико-социальной профилактикой перинатальной смертностью в условиях Донецкого региона. – Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика МЗ Украины, г.Киев, 2007.

Диссертация посвящена научному обоснованию управления медико-социальной профилактикой в условиях Донецкого региона. Осуществлен анализ уровня и структуры перинатальной смертности по данным официальной статистики. Установлено, что при учете случаев перинатальной смертности со срока гестации 22 недели и массы тела плода и новорожденного 500,0 г и более, уровень ее увеличивается почти в 2,5 раза; показатель интранатальной смертности возрастает в 1,5-2 раза, а показатель ранней неонатальной смертности более чем в 4 раза. В структуре ранней неонатальной смертности ведущее место занимал респираторный дистресс-синдром (50,2 – 47,5%), в структуре мертворождаемости более чем в 80% случаев причиной гибели плода была внутриутробная гипоксия плода.

С целью поиска предотвратимых факторов, формирующих перинатальную смертность, в научном исследовании была применена программа “Перинатальный аудит”, в основу которой положена Балтийская классификация, адаптированная к условиям Украины. Результаты оценки дали возможность установить организационные недостатки, устранение которых не требует дорогостоящих перинатальных технологий: правильная организация пренатального ультразвукового скрининга, ведение родов по партограмме и аускультограмме, четкое соблюдение клинического протокола ведения родов, соблюдение этапности в оказании перинатальной помощи, соблюдение теплового режима, совместное пребывание матери и ребенка.

Адаптировано к условиям региона и внедрено систему АВС-реанимации новорожденных. Обосновано необходимость нового подхода к обучению медицинского персонала новым технологиям оказания неотложной помощи новорожденным. Создан региональный учебно-методический центр АВС-реанимации новорожденных и подготовлено междисциплинарную “команду” общей численностью 341 специалист (врач-акушер-гинеколог, врач-анестезиолог, врач-неонатолог, средние медицинские работники).

Аргументировано и внедрено систематический мониторинг перинатальных потерь с использованием компьютерной программы “Перинатальный аудит” с целью своевременного выявления среди беременных групп высокого риска перинатальной смертности и организация им своевременной и адекватной медицинской помощи.

Предложена оптимизация трехуровневой системы организации перинатальной помощи.

Доказано, что в полном объеме перинатальная помощь беременных групп высокого риска может быть оказана только в учреждениях третьего уровня, к которым относятся и перинатальные центры.

Научно обоснованные новые подходы к управлению медико-социальной профилактикой перинатальной смертности позволили добиться снижения перинатальной смертности, что позволяет судить об их эффективности.

**Ключевые слова:** перинатальная смертность, перинатальная помощь, Балтийская классификация, перинатальный аудит, перинатальный центр, медико-социальная профилактика.

**Abstract**

**Orda O.N.** **Scientific substantiation of managing medical and social prevention of perinatal mortality in the conditions of Donetsk region.-**

**Manuscript.**

Dissertation for the Candidate of Medical Degree in Social Medicine.- 14.02.03.- National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L. Shupik.- Kyiv, 2007.

The dissertation focuses on the scientific substantiation of managing medical and social prevention of perinatal mortality in the conditions of Donetsk region on the basis of the deep analysis of its rate and structure. The evaluation of the perinatal losses has been performed by means of Baltic classification.

A complex of measurements aimed at decreasing the rate of perinatal mortality has been developed and aprobated; it was evaluated by means of “Perinatal audit” programme.

A high efficiency of staged organization of perinatal care has been proved.

**Key words:** perinatal mortality, perinatal care, Baltic classification, perinatal centre, medical and social prevention.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>