

***ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З УСКЛАДНЕННЯМИ
ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ
В УМОВАХ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ***

Слабкий Г.О., Сидоренко Г.Д.

**ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З УСКЛАДЕННЯМИ
ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ
В УМОВАХ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ**

Донецьк -2009

УДК 614.2:616-082:618.2:347.61:001.8

ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З УСКЛАДНЕННЯМИ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ. Г.О.Слабкий, Г.Д.Сидиренко. Монографія. Донецьк. 2009. 198 с.

В монографії комплексно висвітлено стан здоров'я вагітних, роділь та породіль Донецької області за п'ятирічний період (2003-2007 рр.) та проблеми в організації стаціонарної акушерської медичної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду. Авторами обґрунтовано якісно нову функціонально –організаційну модель надання медичної допомоги даній категорії жінок, яка представлена в монографії.

Розраховано на організаторів охорони здоров'я та практичних лікарів акушерів-гінекологів.

Рецензенти:

- 1. Чурілов А.В.** – завідувач кафедри акушерства та гінекології №1 Донецького національного медичного університету ім. М.Горького, д.мед.н., професор
- 2. Дудіна О.О.**- завідувач відділу організації медичної допомоги матерям та дітям Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, національний тренер з доказової медицини, к.мед.н.

Рекомендовано до видання Вченою радою Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України.

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. Репродуктивне здоров'я жінок та організації медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям (аналітичний огляд наукової літератури)

РОЗДІЛ 2. Характеристика рівня ускладнень та несприятливих наслідків вагітності, пологів і післяпологового періоду

2.1. Аналіз ускладнень вагітності

2.2. Характеристика пологів та їх несприятливих наслідків

2.3. Аналіз ускладнень пологів і післяпологового періоду

2.4. Аналіз материнської смертності

РОЗДІЛ 3. Аналіз стаціонарної допомоги вагітним, роділлям і породіллям

РОЗДІЛ 4. Медико-соціологічні дослідження обсягів і якості медичних послуг в умовах пологових стаціонарів різних рівнів надання медичної допомоги

4.1. Результати соціологічного дослідження в районних лікувально-профілактичних закладах

4.2. Аналіз результатів соціологічного дослідження в міських лікувально-профілактичних закладах

4.3. Характеристика результатів соціологічного дослідження на рівні Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання

РОЗДІЛ 5. Обласна автоматизована система забезпечення медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям

5.1. Характеристика автоматизованої системи медичного забезпечення вагітних

5.2. Концептуальні підходи до організації телемедичних консультацій в акушерстві

РОЗДІЛ 6. Якісно нова функціонально-організаційна модель медичної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду

6.1. Характеристика функціонально-організаційної моделі спеціалізованої акушерської медичної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду

6.2. Аналіз діяльності виїзного обласного спеціалізованого центру екстреної та планової акушерської допомоги

6.3. Характеристика роботи Краматорського перинатального центру

6.4. Ефективність запропонованої моделі

УЗАГАЛЬНЕННЯ ДАНИХ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДОДАТКИ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРМ	– автоматизоване робоче місце
АС	– автоматизована система
БА	– бронхіальна астма
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВОСЦЕПАД	– виїзний обласний спеціалізований центр екстреної та планової акушерської допомоги
ГКМП	– гіпертонічна кардіоміопатія
ГПМК	– гостре порушення мозкового кровообігу
ДОКТМО	– Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання
ДС	– денний стаціонар
ЕГП	– екстрагенітальна патологія
ЖК	– жіноча консультація
ЗВУРП	– затримка внутрішньоутробного розвитку плоду
ЗОЗ	– заклади охорони здоров'я
КМУ	– Кабінет Міністрів України
ЛПЗ	– лікувально-профілактичний заклад
МКЛ	– міська клінічна лікарня
МЛ	– міська лікарня
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
НДР	– науково-дослідна робота
НЦА	– нейроциркуляторна астенія
НЦД	– нейроциркуляторна дистонія
ПМСД	– первинна медико-санітарна допомога
ПЦ	– перинатальний центр
РЛ	– районна лікарня
СНД	– Співдружність Незалежних Держав
ТЕЛА	– тромбоемболія легеневої артерії
УЗД	– ультразвукова діагностика
УОЗ	– управління охорони здоров'я
ФАП	– фельдшерсько-акушерський пункт
ФПН	– фетоплацентарна недостатність
ХПН	– хронічний пієлонефрит
ЦМВ	– цитомегаловірус
ЦМЛ	– центральна міська лікарня
ЦРЛ	– центральна районна лікарня
ЧАЕС	– Чорнобильська атомна електростанція

ВСТУП

В умовах прогнозованого подальшого зменшення чисельності населення, посилення негативної динаміки його вікової структури і зростання економічного навантаження на працездатне населення найважливішою проблемою демографічної політики і необхідною умовою забезпечення національної безпеки країни є підвищення генеративного потенціалу і зміцнення репродуктивного здоров'я (Лібанова!!, 2007,2008; Чепелевська Л.А., 2007, 2008).

Репродуктивне здоров'я забезпечує здатність до відтворення [ВООЗ, 1998]. На сьогодні стан соматичного і репродуктивного здоров'я в Україні є вкрай незадовільним [Гойда Н.Г., Єнікеєва В.М., 2006; Голубчиков, 2008].

За роки незалежності в державі прийнято низку нормативно-правових актів і програм стосовно охорони материнства, які відповідають міжнародним підходам до цієї проблеми. Їх виконання сприяло позитивній тенденції основних складових репродуктивного здоров'я, однак в цілому його стан знаходиться поза межами міжнародних стандартів (Орда О.М., 2006).

Показники захворюваності жінок репродуктивного віку та материнської смертності, незважаючи на тенденцію до зниження, в Україні досить високі порівняно з середньоєвропейськими (Моїсеєнко Р.О., 2008, 2009; Дудіна О.О., 2008).

За умови належної організації медичної допомоги багато із цих смертей можна було б попередити (Чайка В.К., 2003).

Проблема створення моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала високоєфективну і таку медичну допомогу жінкам, що не потребує великих матеріальних затрат, стає все більш актуальною як для політиків, так і для медичних працівників (Жилка Н.Я., 2004; Гук А.П., 2005). Це пов'язано з рядом причин. Стрімкий розвиток сучасних організаційних та медичних технологій зумовив підвищення вартості медичних послуг і, своєю чергою, спричинив зниження рівня доступності спеціалізованої медичної допомоги (Вороненко Ю.В., 2000; Москаленко В.Ф., 2008). Значних затрат потребує існуюча розгалужена та малоефективна система стаціонарної акушерської допомоги (Гойда Н.Г., 2004, 2006; Слабкий Г.О., 2005, 2007).

В Україні, як і в більшості країн, є три основні проблеми щодо системи надання спеціалізованої акушерської допомоги: висока вартість послуг охорони здоров'я, низька доступність медичної допомоги, та низька її якість і ефективність підвищення результативності медичної допомоги (Шкіряк-Нижник З.А., 2008; Sackett D., Rosenberg M.G., 2000). Ці проблеми взаємопов'язані і в цілому формують кластер глобальних проблем охорони здоров'я.

При цьому кількість наукових робіт, які комплексно розкривають проблему організації спеціалізованої медичної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду, є обмеженою і дане питання в практичній охороні здоров'я не вирішене. Тому, на тлі незадовільного репродуктивного здоров'я населення та демографічної кризи, при відсутності наукового обґрунтування системи надання спеціалізованої медичної допомоги жінкам з ускладненням пологового та післяпологового періоду ми визначили для себе за можливе вивчити рівень ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду у

жінок Донецької області та стан організації їм спеціалізованої медичної допомоги і запропонувати шляхи її оптимізації.

В ході виконання даної роботи ми поставили перед собою наступні завдання:

1. Провести системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо організації медичної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду.

2. Вивчити стан здоров'я вагітних, перебігу пологів і післяпологового періоду у жінок Донецької області.

3. Оцінити організацію надання медичної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду.

4. Вивчити думку медичних працівників і породіль щодо задоволеності рододопоміжною допомогою на рівні промислового регіону та їх ставлення до напрямків з підвищення ефективності надання акушерської допомоги.

5. Розробку системи інформаційного забезпечення з метою вдосконалення медичної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності пологів і післяпологового періоду в умовах великого промислового регіону.

6. Обґрунтування, розробку, впровадження і оцінку ефективності функціонально-організаційної моделі оптимізації надання акушерської допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду на рівні регіону.

Дослідження проводилося на базі акушерських виїздів і лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), які надають вторинну допомогу, – 4 районні лікарні (РЛ) та 29 міських (МЛ), та на базі Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання (ДОКТМО) у період 2003–2007 рр.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані **методи наукового дослідження**:

- *системного підходу* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблеми акушерської стаціонарної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду;

- *історико-інформаційний* – для вивчення та аналізу досвіду економічно розвинених країн, країн СНД і України стану організації спеціалізованої медичної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду;

- *статистичний* – для оцінки стану здоров'я вагітних, роділь і породіль, рівня материнської смертності та показників діяльності акушерських відділень Донецької області;

- *соціологічний* – для вивчення рівня задоволеності рододопоміжною допомогою породіль та умовами праці лікарів акушерів-гінекологів;

- *інформаційних технологій* – для оцінки рівня інформаційного забезпечення та розробки інформаційної системи акушерської служби області;

- *описового моделювання* - для проведення функціонально-структурного аналізу та оптимізації акушерської стаціонарної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду;

- *натурного експерименту* – для апробації обгрукованої та розробленої моделі оптимізації акушерської стаціонарної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Обробка отриманих даних проводилася за допомогою комп'ютерної програми MS Excel.

Ми будемо вдячні за зауваження та пропозиції, які будуть вказані в адрес авторів даної роботи.

РОЗДІЛ 1

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ТА
ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ВАГІТНИМ, РОДІЛЛЯМ І ПОРОДІЛЛЯМ
(АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

У період демографічної кризи в Україні особливо актуальним стало питання охорони жінок і дітей. До даних проблем привернуто увагу Верховної Ради, Президента та Уряду [65, 80, 381].

Причини високого рівня показників материнської і малюкової смертності багатофакторні. Н. Г. Гойда [34–36] вважає, що слід визнати значну питому вагу суто медичних проблем. Останніми роками у структурі причин материнської смертності перше місце посідає екстрагенітальна патологія (ЕГП), невпинно зростає її питома вага серед вагітних. Вагітні з ЕГП є групою найбільш високого ризику передчасних пологів, перинатальної захворюваності і смерті.

Сучасні умови життя в Україні обумовлюють необхідність запровадження заходів щодо максимального збереження здоров'я нації. Значна кількість патогенних чинників (соціально-економічних, екологічних, психогенних, інфекційних та ін.) призводить до розвитку багатьох захворювань і ускладнень.

На сьогодні спостерігається зростання загальної кількості пологів та одночасного збільшення числа ускладнень (гіпоксія плода, анемія вагітних, передчасне переривання вагітності, кровотечі, інфекційні захворювання після пологів тощо).

За статистичними даними, протягом останніх 10–12 років хвороби системи кровообігу серед вагітних реєструються майже у 2 рази частіше, хвороби нирок – у 5 разів, анемії – майже в 9 разів [39].

Стійке погіршення здоров'я жінок значно посилюється через проблему штучних абортів [66, 68]. Тому важливим є захист і збереження здоров'я жінки як суб'єкта відтворення здорового населення України. Зниження показників відтворення населення спостерігається на тлі погіршення стану здоров'я вагітних.

Аналіз захворюваності засвідчив, що останніми роками зафіксовано стійку тенденцію до порушення здоров'я жінок. Частота ЕГП в цілому становить близько 40 на 100 вагітних [23]. За даними Ю. В. Вороненка та співавторів [27, 30, 84], кількість вагітних з ЕГП перевищувала 41%. Це зумовлено переважно збільшенням частоти хвороб нирок (від 2,6 у 1985 р. до 7,0 у 1992 р.), органів травлення (від 8,8 до 16,4) та дихання (від 3,7 до 12,9), кількість вагітних з анемією з 1985 р. зростає понад у 6 разів. Частота серцево-судинних захворювань – майже вдвічі [98], ендокринних хвороб – у 13 разів [28]. Це призводить до підвищення рівня ускладнених пологів і збільшення кількості оперативних втручань. Удвічі зростає кількість вагітних з кровотечами в послідовий та післяпологовий періоди і післяпологовими септичними ускладненнями [60–63, 99–102].

Формування здоров'я майбутніх поколінь є однією з найбільш значущих і водночас найбільш складних медико-соціальних проблем сьогодення. Визначальним в цьому плані є вивчення закономірностей становлення здоров'я майбутньої матері, вагітної жінки, а також особливостей організації акушерсько-гінекологічної та педіатричної допомоги на різних рівнях її подання. Однією з актуальних проблем сучасного акушерства є вивчення ЕГП, яка ускладнює перебіг вагітності та несприятливо впливає на наслідки пологів. Останнім часом поглиблюється тенденція до зростання рівнів ЕГП серед вагітних жінок. Зростання переважно зумовлене збільшенням частоти хвороб системи кровообігу. Темпи зростання в забрудненому районі значно вищі, ніж в умовно чистому.

За даними О. П. Гульчій [41], у 62,3% обстежених вагітних жінок у містах Києві та Дніпродзержинському мали захворювання, які ускладнювали вагітність, пологи та післяпологовий період. Найчастіше вагітні жінки хворіли на хвороби сечостатевої системи (18,0%), органів дихання (13,2%), ендокринної системи (9,9%), нервової системи (5,1%) тощо. З віком частота ЕГП зростає. Так, до 20 років вона становила 11,1 на 100 вагітних, у 30-річних і старших – 26,9 на 100 вагітних [29]. Значне погіршення здоров'я вагітних жінок підтверджує динаміка зростання частоти ЕГП. Це вказує на пріоритетні напрямки поліпшення медичної допомоги, яка не повинна обмежуватися лише акушерсько-гінекологічним її компонентом. Без

посилення соціально-економічної допомоги важко прогнозувати позитивні зрушення у стані здоров'я вагітних жінок.

Збільшення частоти ускладнень вагітності серед жінок міського району зумовлене певною мірою організацією і становленням перинатального центру, поглибленим спостереженням за вагітними з різними видами патології. Одним із проявів цього було суттєве зростання обсягу лабораторних досліджень. Значний науковий інтерес викликає не просто частота ускладнень під час вагітності, а основні характеристики, зумовлені іншими чинниками: віком жінки, кількістю пологів, наявністю гінекологічної чи ЕГП. Не виявлено суттєвого впливу віку вагітних на частоту ускладнень. Для вагітних у віці, старшому 30 років, приріст частоти патології вагітності в цілому коливається в межах 16–20%, залежно від кількості абортів [27]. Патологічний перебіг вагітності спостерігається незалежно від кількості пологів, проте першороділлі є значно чутливішими до несприятливих чинників довкілля. Свідченням цього є збільшення частоти патології серед першороділь. Це може зумовлюватися настанням у цих жінок генеративного періоду після 1986 р. Повноцінна реалізація комплексного підходу до антенатальної профілактики можлива переважно в умовах спеціальних профілактичних закладів – перинатальних центрах. Актуальним є також підвищення ролі амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги на всіх рівнях її надання.

Дані, отримані А. Ю. Лиманською [97], свідчать про те, що у вагітних з порушеннями серцевого ритму частіше зустрічаються прееклампсія, загроза переривання вагітності, загроза гіпоксії плода та анемії I та II ступенів. Особливостями перебігу пізніх гестозів є ранній початок (з 18–20 тижнів вагітності) та погана ефективність корекції традиційними медикаментами здебільшого у вагітних з природженими і ревматичними вадами серця. Звертає на себе увагу висока частота загрози переривання вагітності, яка у 6 разів перевищує відповідні показники серед жінок контрольної групи. Аналіз перебігу пологів у жінок з порушеннями серцевого ритму показав велику частоту ускладнень (несвоєчасне відтікання навколоплодових вод, слабкість пологової діяльності, загроза утробної гіпоксії плода, підвищена крововтрата у пологах). Значна частота ускладнень

вагітності й пологів, порушення стану вагітної та плода при серцевих аритміях зумовили кількість оперативних втручань при цій патології (перинео- та епізіотомія, акушерські щипці, кесарів розтин, ручне відшарування плаценти, ручна ревізія стінок порожнини матки). Серед акушерських ускладнень у післяпологовому періоді серед таких хворих спостерігалась субінволюція матки, кровотечі, розходження швів і пієлонефрит, флебіт. Майже у половини обстежених жінок фіксувалося посилення серцевої аритмії, поява або посилення серцевої недостатності з різним ступенем вираженості [97, 123].

О. Н. Захарова [79] вивчала особливості перебігу вагітності і пологів у жінок з ревматичними вадами серця, а також оцінювала ефективність лікувально-профілактичних заходів. Серед основних особливостей гестаційного процесу виділяє порушення в системі «мати – плацента – плід», що становить 83,3%. У структурі цієї патології переважала затримка розвитку плода по асиметричному варіанту (53,3%) та хронічна гіпоксія плода (46,7%), часто ці патології поєднувалися. Розвиток фетоплацентарної недостатності (ФПН) в середньому становив $33,1 \pm 2,1$ тижня. Рівень передчасних пологів складав 10,0%, основною його причиною було інтраамніальне інфікування з передчасним розривом плодових оболонок у 33–34 тижні. Частота абдомінального розродження дорівнювала 26,7%, а основними показниками були аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції (13,3%), і прогресуюча гіпоксія плода на фоні ФПН. У жінок з ревматичними вадами серця основною акушерською патологією є ФПН, а найбільш обтяжливий момент – високий рівень інтраамніального TORCH-інфікування з супутнім пієлонефритом. Це зумовлює необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

За останнє десятиліття відмічається зростання соматичної захворюваності серед жінок репродуктивного віку. Звертає на себе увагу безперечний зв'язок між зростанням частоти патології сечовивідної системи та одного з найважчих ускладнень гестаційного періоду – прееклампсії. Основними причинами такої негативної тенденції вважаються: погіршення економічного стану більшості населення; зміна екологічної ситуації в країні; порушення імунологічної

реактивності тощо. Серед патологічних станів під час вагітності одне з провідних місць посідає порушення судинного тонуусу [88, 160, 161, 162, 163, 164, 165]. Тоді як проблемі артеріальної гіпертензії в медицині та в акушерстві приділяється значна увага [6, 212, 214, 230], питання щодо артеріальної гіпотензії у вагітних залишаються недостатньо вивченими. Тим часом частота артеріальної гіпотензії у вагітних, за різними даними, становить 6,2–35,0%.

Дотепер немає єдиної точки зору щодо основних питань тактики ведення вагітності і пологів при артеріальній гіпотензії. Патогенетично не обґрунтовано і не розроблено диференційованої системи лікувально-профілактичних заходів при цій патології. Артеріальна гіпотензія призводить до збільшення частоти і тяжкості ускладнень при вагітності й пологах, що зумовлює значну кількість оперативних втручань, які створюють умови для розвитку післяпологових ускладнень [6, 89, 213, 265]. Вагітність, як правило, погіршує стан жінок з артеріальною гіпотензією, незалежно від провідного клінічного синдрому цієї патології. В акушерській практиці виділяють три форми артеріальної гіпотензії: есенціальну (існувала до вагітності), гестаційну (з'явилася під час вагітності) і вторинну, що є проявом іншого захворювання.

Проведений К. Г. Апресовою [6] аналіз показав, що при артеріальній гіпотензії спостерігається значна частота різних ускладнень і відхилень від фізіологічного перебігу вагітності й пологів. А це свідчить про необхідність віднесення цих хворих до групи підвищеного ризику щодо розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень. Диференційований аналіз з урахуванням характеру гіпотонії показав, що при есенціальній артеріальній гіпотензії частіше відмічаються ранні гестози, несвоєчасне відтікання навколоплодових вод і порушення скоротливої функції матки, тоді як при гестаційній гіпотензії частіше розвивається ФПН і затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУРП). Це вказує на доцільність проведення відповідних превентивних заходів.

В Україні у кожній десятій жінки виявляється підвищений артеріальний тиск. Вагітність і пологи на фоні гіпертонічної хвороби супроводжуються значною кількістю ускладнень, нерідко важких, які призводять до інвалідності і навіть до

смерті вагітних жінок [42, 111, 112, 257, 262].

Можливість виношування вагітності при гіпертонічній хворобі визначається ступенем ризику несприятливого наслідку вагітності для матері і плода. А це значною мірою залежить від тяжкості захворювання. У жінок з артеріальною гіпертонією (180/100 мм.рт.ст.) ризик несприятливого перебігу вагітності високий, виношування вагітності протипоказано. У випадку вагітності – переривання її у першому триместрі. У разі виношування вагітності жінки з тяжким перебігом артеріальної гіпертонії потребують постійного спостереження в спеціалізованій лікувальній установі. Фактором ризику несприятливого перебігу вагітності у хворих з гіпертонічною хворобою є наявність в анамнезі важкої, що розвинулась до 28 тижнів вагітності, преєклампсії, внаслідок якої можлива втрата дитини [42, 219, 231, 236, 242].

Дослідження Л. Б. Гутмана та співавторів [42] показали, що у хворих з гіпертонічною хворобою, починаючи з II триместру вагітності, спостерігаються виражені зміни нейрон-гуморальної регуляції кровообігу, магнієвий дефіцит, порушення центральної гемодинаміки і мікроциркуляцій. Ці зміни призводять до розладу матково-плацентарно-плодового комплексу і обумовлюють частий розвиток пізнього гестозу, гіпоксії та затримки розвитку плода. Для профілактики пізнього гестозу і порушень стану плоду необхідно нормалізувати обмін простаноїдів за допомогою малих доз аспірину (0,1–0,08 – 1 раз на добу) в комбінації з діпірідамолом (курантилом), який призначають 25–75 мг 3 рази на день. Хворим з тяжкою артеріальною гіпертонією II і III стадії захворювання терапію починають з 14 тижнів вагітності, жінкам з м'якою та помірною артеріальною гіпертонією I стадії – з 28 тижнів, продовжуючи до розродження. Автори зазначають, що антигіпертензивні препарати не є абсолютно безпечними для ембріону та плоду. Тому жінкам, які хочуть зберегти вагітність, проводити гіпотензивну терапію у I триместрі вагітності небажано. Виняток – хворі з тяжкою артеріальною гіпертонією. Чим легше протікає гіпертонічна хвороба, тим сприятливіший перебіг вагітності. Якщо раніше почати профілактичні і лікувальні заходи, то буде менше ускладнень у матері і плода.

Проблема невиношування вагітності є не тільки медичною, але й соціальною. Частота невиношування в Україні залишається стабільно високою. ЕГП матері є однією з частих причин передчасного переривання вагітності. Групу підвищеного ризику щодо невиношування становлять насамперед жінки із захворюваннями серцево-судинної системи, особливо з гіпертонічною хворобою, хронічними захворюваннями нирок і печінки [176, 203]. Передчасне переривання вагітності при цих захворюваннях зумовлюють значні зміни в організмі: гіпоксія, порушення обмінних процесів і ускладнення вагітності, які часто супроводжують ЕГП (токсикоз другої половини вагітності, ФПН тощо). Вагітних з ЕГП слід вважати групою найбільш високого ризику щодо недоношування. Проведення заходів первинної і вторинної профілактики дострокового переривання вагітності дасть змогу суттєво знизити рівень перинатальної захворюваності та смертності.

У жінок з гіпертонічною кардіоміопатією (ГКМП) значно частіше зустрічаються ускладнення вагітності та пологів. Так, більш ніж у 75% вагітних були ранні і пізні гестози з тяжким перебігом, особливо у жінок з III функціональним класом. У понад 50% вагітних відмічалась гіпоксія плода. У 80% хворих на ГКМП спостерігалися відхилення від фізіологічного перебігу пологів і післяпологового періоду. На основі спостережень С. К. Кульчицький [95] пропонує таку тактику ведення вагітності і пологів:

1. Враховуючи несприятливий вплив вагітності на перебіг основного захворювання (розвиток і прогресування серцевої недостатності, порушення ритму серця, тромбоемболії) і більшу частоту акушерських ускладнень, ГКМП являється показанням до переривання вагітності у ранні строки.

2. Питання переривання вагітності в пізні строки слід вирішувати індивідуально. Для цього показаннями є наявність вираженої діастолічної функції лівого шлуночка, важке порушення серцевого ритму, що не піддається терапії, прогресуюча серцева недостатність.

3. Найбільш щадним методом розродження у жінок з ГКМП вважається кесарів розтин.

За літературними даними, частота нейроциркуляторної астенії (НЦА) у

вагітних становить у середньому 24–25%. При вагітності на фоні НЦА часто спостерігаються гестози, анемії, передчасні пологи, розлади скоротливої діяльності матки, порушення стану плода і новонародженого, через що збільшуються показники перинатальної захворюваності та смертності [3, 42, 216].

Данні літератури свідчать про те, що одним з найважливіших патогенетичних механізмів виникнення ускладнень вагітності, пологів та загострення захворювання під час вагітності є гіпоксія. Подальші дослідження цих патогенетичних механізмів дозволять розробити метод профілактики та лікування гіпоксичних змін в організмі вагітних з НЦА [23, 43, 56, 107].

За даними вітчизняних та зарубіжних авторів [3, 161, 204, 205, 258], у хворих з НЦА вагітність і пологи перебігають із значною кількістю ускладнень, які призводять до порушень утробного стану плода та новонароджених. Сучасний стан проблеми НЦА вказує на необхідність дослідження перебігу і наслідків вагітності та пологів при цій патології.

Проведені дослідження [162] показали велику частоту відхилень від фізіологічного перебігу вагітності і пологів. Отримані дані свідчать про те, що існує чітка залежність між кількістю ускладнень вагітності і пологів та формою і перебігом НЦА.

За останні п'ять років частота випадків нейроциркуляторної дистонії (НЦД) у вагітних збільшилася більш ніж утричі і становить 19,8% усіх захворювань внутрішніх органів. В акушерстві проблема НЦД є надзвичайно актуальною, оскільки цей патологічний стан викликає серйозні ускладнення вагітності, пологів, післяпологового періоду, призводить до підвищення рівня перинатальної смертності і негативно впливає на подальший нервово-психічний розвиток дітей. Багато дослідників вважають, що за НЦД виникає ФПН. НЦД супроводжується вираженими коливаннями артеріального тиску (гіпертензією і гіпотензією). Перебіг вагітності на фоні артеріальної гіпертензії ускладнюється викиднями і передчасними пологами. У 2% жінок вагітність переривають в 27–28 тижнів у зв'язку з різким погіршенням перебігу хвороби, яка не піддається лікуванню. У 2,6% вагітних настає антенатальна загибель плода в 26–35 тижнів вагітності [88, 124].

Неконтрольований перебіг бронхіальної астми (БА) призводить до серйозних ускладнень з боку плода. За даними М. Шехтмана [213], внаслідок змін в організмі вагітної 50% дітей відстають у фізичному та розумовому розвитку, страждають на алергічні захворювання. Показами для переривання вагітності на ранніх термінах є важкий перебіг захворювання, неефективність терапії, дихальна недостатність. Слід пам'ятати, що F_{2a} , який використовують для стимуляції пологів, має бронхоконстрикторний ефект і може погіршити бронхіальну прохідність. У разі термінового розродження (при необхідності) в 37–38 тижнів проводять передпологову підготовку преднізолоном протягом 3–5 днів для запобігання погіршенню перебігу БА під час пологів і для стимуляції сурфактантної системи легенів плода. Питання характеру пологів у кожному випадку вирішується терапевтом-пульмонологом, акушером, перинеонатологом. Тяжка дихальна недостатність, ознаки недостатності кровообігу потребують розродження шляхом кесаревого розтину. При легкій і контрольованій БА у 83% випадків пологі нормальні, а при тяжкому перебігу БА стає серйозною проблемою, а материнська смертність досягає 28% [149].

Рання діагностика, своєчасна адекватна терапія з устанавленням контролю над БА, планування вагітності з урахуванням особливостей перебігу хвороби дає змогу жінкам виносити вагітність, уникнути ускладнень і народити здорову дитину.

Статистика свідчить, що серед жінок, які страждають на БА, під час вагітності у 30% спостерігалось поліпшення стану здоров'я, у 30% стан здоров'я не змінювався, а в 40% – погіршувався [170, 233, 253, 256, 264].

Результати досліджень J. G. Burdon & G. Goss [222] демонструють дещо інші співвідношення: поліпшення стану жінок з БА під час вагітності спостерігалось у 30%, погіршення – у 20%, стабільний перебіг хвороби відмічався у 50%, а стан здоров'я хворих з тяжкою БА під час вагітності, як правило, погіршувався. Крім того, БА під час вагітності може ускладнюватися ринітом або синуситом, що відбувається у близько 35% жінок. Зазвичай ускладнення БА відмічається у 24–26 тижнів вагітності. Поліпшення стану здоров'я практично у всіх жінок з БА спостерігається протягом останніх 4 тижнів вагітності (у 37–40 тижнів гестації), що

скоріше за все, пов'язано зі зростанням рівня вільного кортизолу.

Близько 10% жінок відмічають симптоми БА під час пологів, вони незначні і легко контролюються. G. Mozoni та співавтори [243] приводять дані, згідно з якими, при проведенні пологів шляхом кесаревого розтину ризик розвитку астматичного приступу підвищується в 18 разів порівняно з пологами, які проходять через природні пологові шляхи.

Вивчення перебігу післяпологового періоду у жінок, які страждали на БА, свідчить, що у більшості з них протягом 3 місяців після пологів астма спостерігалася на рівні, який був у період вагітності. Це трапляється рідко [170, 220].

При сполученні гестозу і залізодефіцитної анемії вірогідно зростає частота передчасних пологів, ускладнень вагітності і пологів, ЗВУРП, абдомінального розродження, асфіксії новонародженого та перинатальної смертності [83, 182, 185]. За даними С.-М. А. Омарова та співавторів [137], особливо відмічається підвищена частота невиношування, несвоєчасного вилиття навколоплідних вод (до 25%), передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (2,9%), аномалій пологової діяльності (8,5%), кровотеч в післяпологовому періоді (7,6%). У всіх вагітних з гестозом і анемією, за даними ультразвукової діагностики (УЗД), кардіотокографії, концентрації естріола, плацентарного лактогена в крові у всіх випадках виявлено II–III ступінь ФПН. Допплерометрія при гестозі з залізодефіцитною анемією дала змогу встановити раннє виникнення і більш виражене порушення гемодинаміки в системі «мати – плацента – плод». Динамічна доплерометрія кровотоку є цінним додатковим методом оцінки ефективності терапії у вагітних з гестозом і анемією та дає змогу встановити строки і методи родорозродження. При сполученні гестозу і залізодефіцитної анемії, як правило, бракує часу для досягнення гематологічної ремісії до родорозродження. Щомиті можуть виникнути дострокові пологи. Методом вибору стає парентеральне введення препаратів заліза. Переливання крові при гестозі, як відомо, для лікування і підготовки до пологів не виконується. С.-М. А. Омаров та співавтори [137] вважають гемотрансфузію можливою, оскільки у таких жінок високий ризик

розвитку кровотечі у ранньому післяпологовому періоді. При тривалому гестозі, який виникає на фоні анемії, пригнічується синтез сурфактанта. Тому вагітним з терміном 37 тижнів призначали терапію, направлену на прискорення продукції легеневих фосфоліпідів і дозрівання функціональних систем плода. Для визначення плану пологів вагітних з гестозом і анемією враховували ефект лікування, стан жінки та плода. Оскільки жінки з гестозом і анемією відносяться до групи високого ризику, найбільш інформативним методом спостереження за станом плода і характером пологової діяльності є постійна кардіотокографія. Рання амніотомія показана особливо при вираженій гіпертензії, маловодді і багатоводді. З метою так званого «активного керування пологами» небажано без показання удаватися до внутрішньовенного крапельного окситоцина, оскільки це може призвести до гіперстимуляції матки, страждання плода і зростання неонатальних ускладнень [137]. У другому періоді пологів слід старанно контролювати стан плода за допомогою постійного запису кардіотокограми.

Таким чином, незважаючи на складний і тяжкий гестоз та анемію, застосування сучасних перинатальних технологій дає змогу оптимізувати розродження і значно поліпшити результати пологів як для матері, так і для плода.

За даними В. Ursell [262], анемія є значною проблемою вагітних жінок, яка несприятливо впливає на матір і новонародженого. Материнська анемія у вагітних жінок збільшує потребу заліза, яке необхідне і для матері, і для плода. Вагітним жінкам з анемією слід систематично поповнювати недостаток заліза [261].

W. Guindi та співавтори (2004) повідомляють, що материнська анемія пов'язана з частим *preterm* народження (29,2% проти 9,2%), підвищенням рівня народження малюків з низькою вагою. Багато дослідників вказують, що вживання препаратів заліза від початку вагітності має хороший ефект для її завершення і є сприятливим для новонародженого [221].

Вагітні з пієлонефритом належать до групи високого ризику з виникненням таких ускладнень вагітності, як гестоз, ФПН, ЗВУРП, внутрішньоутробна інфекція, невиношування, анемія. Ступінь ризику виникнення більшості цих ускладнень прямо залежить від форми пієлонефриту у матері. Таким чином, особливості

перебігу різних форм пієлонефриту у вагітних, ступінь вираженості зміни метаболізму і гемодинаміки у жінок, взаємозв'язок більшості перинатальних ускладнень з формою захворювання дають змогу прогнозувати ускладнення вагітності та проведення адекватних профілактичних і лікувальних заходів [125, 126, 217, 245].

Наявність соматичних захворювань спричиняє розвиток акушерської патології, гнійно-септичних ускладнень. Жінки цієї групи частіше помирають не з акушерських причин, а внаслідок декомпенсації під час вагітності та ускладнень ЕГП [232, 260].

Основні ускладнення перебігу вагітності, що виникали у померлих жінок: у 39 із 140 (27,6%) осіб під час вагітності діагностовано анемію різного ступеня тяжкості. За даними літератури [96, 183], у таких вагітних виникає загроза переривання вагітності, у кожної другої жінки розвивається пізній гестоз, пологи ускладнюються слабкістю пологової діяльності, зростає частота акушерських кровотеч, післяпологових гнійно-септичних ускладнень. За результатами проведеного клініко-статистичного аналізу материнської смертності, серед жінок з патологією нирок переважають хворі на пієлонефрит, але гломерулонефрит значно підвищує ризик материнських втрат, що ще раз підтверджує важливість даної проблеми в сучасній акушерській практиці [90, 92, 154, 155]. Крім того, отримані Ю. П. Вдовиченком та Л. В. Калугіною [193] результати свідчать про необхідність вирішення даної проблеми на сучасному етапі, особливо щодо розробки та впровадження алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Захворювання нирок несприятливо впливають на перебіг вагітності, пологів і стан новонародженого. А це зумовлює значну частоту тяжких ускладнень для матері та плода. ЕГП з подальшим нашаруванням чи поєднанням з акушерською патологією призводила до ще більш небажаних наслідків [85, 94, 121, 218, 248]. Факторами ускладнення пологів у жінок з хронічним пієлонефритом (ХПН), слабкістю пологової діяльності були перші пологи в анамнезі, порушення менструального циклу, алергія та неплідність, ускладнення перебігу вагітності пізнім гестозом, анемією, переношуванням, збільшенням маси тіла вагітної понад 15

кілограмів, передчасне відтікання навколоплодових вод, крупний плід. У жінок, хворих на пієлонефрит, у післяпологовому періоді спостерігається висока частота ускладнень у вигляді міометриту, ендометриту та перитоніту. Тому найбільш рання діагностика пієлонефриту у вагітних шляхом застосування загальноклінічних і спеціальних діагностичних засобів є одним з найголовніших завдань лікарів. За клінічними даними також можна виділити групи підвищеного ризику розвитку акушерських ускладнень для проведення цілеспрямованої профілактики у жінок з ХПН [9, 206, 251, 252].

Для профілактики ускладнень у вагітних з ХПН [207] запропонували комплекс профілактичних заходів, спрямованих на запобігання переносуванню вагітності, а також на поліпшення перебігу вагітності та пологів у жінок. Він включає: крім харчування, збагаченого білками, екстракт листя артишока – 1 таблетка 3 рази на день, есенціале – 1 таблетка 3 рази на день, аспаркам – 1 таблетка 3 рази на день (у 13–16; 24–28; 36–39 тижнів вагітності, тривалість кожного курсу становить 21 день); з 36 тижня додається препарат рослинного походження з естрогенно моделюючою дією «ЕКСО» – 1,0 препарату 3 рази *per os*. Ефективність розробленої авторами профілактики переносування вагітності у жінок з ХПН вивчено у 93 вагітних. Відмічають, що профілактичний комплекс позитивно діє на перебіг вагітності, пологів, стан плода та новонародженого у жінок з ХПН. Зменшилась частота запізнілих пологів, внутрішньоутробної гіпоксії плода. Все стало можливим за рахунок нормалізації співвідношення рівнів гормонів фетоплацентарного комплексу. Л. Є. Тумановою та В. П. Лавриненком [207] виявлено достовірне підвищення вмісту гормонів – естріолу, естрадіолу, підвищення рівнів 11-оксикортикостероїди, 17-кортикостероїди та серотоніну в сироватці крові. Ці гормони мають прогностичне значення щодо вірогідності переносування вагітності у жінок з ХПН. У ранньому неонатальному періоді асфіксія новонароджених зменшилась у 2,3 разу, гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) – в 2 рази, гнійно-септичні ускладнення – в 2,8 разу. Автори рекомендують удосконалений ними профілактичний курс для практичного застосування в акушерстві.

N. Ven Aissia та співавтори [221] повідомляють про випадок вагітності у жінки

з пересадженою ниркою і вважають наявність його одним із високих ризиків вагітності. За даними авторів, показник *creatinine* <180 *micromole/liter* і відсутність високого артеріального кров'яного тиску вважаються важливими для сприятливого перебігу вагітності. У вагітних з нефротичною мовчанкою відмічається ризик для плода. Прогресування цієї хвороби протягом останніх 40 років зменшилось, хоча залишається вищим, ніж у здорових вагітних, особливо з антифосфоліпідними антитілами [243].

Для поліпшення стану плода D. Shemin [254] пропонує проведення діалізу у вагітних з хронічними нирковими захворюваннями. M. Timio [261] підкреслює нову перспективу щодо нефропатії у вагітних, етіології і пріоритетів лікування, направленою на функції, щоб зрозуміти невизначені параметри кров'яного тиску.

За даними ряду авторів [129, 134, 153], захворювання системи травлення є найчастішими хронічними хворобами у вагітних. Серед захворювань гепатобіліарної системи холестериновий холецистолітіаз визнаний одним з найпоширеніших. Під час вагітності рекомендується спеціальне обстеження з виявленням групи ризику за можливим виникненням патологічних морфологічних змін. Обстеження включає вивчення даних анамнезу, виявлення порушень менструального циклу в анамнезі, встановлення кількості перенесених раніше вагітностей і пологів, виявлення патологічного збільшення маси тіла під час гестації, вивчення метаболізму ліпідів з виявленням високих рівнів вмісту загального холестерину і тригліцеридів, особливо на ранніх термінах вагітності, виявлення низької скоротності жовчного міхура, особливо в післяпологовому періоді. Рекомендується динамічна УЗД жовчного міхура, вивчення метаболізму ліпідів і гормональної активності в I, II і III триместрах вагітності, а також у післяпологовому періоді [131].

I. В. Чибісова [210] повідомляє, що вагітність створює додаткове навантаження на печінку, яке може бути першим кроком до формування первинного ураження печінки або сприяє загостренню хронічної гепатобіліарної патології. Відомо, що перебіг вагітності та пологів при захворюваннях гепатобіліарної системи залежить від тяжкості і перебігу запального процесу, функціонального стану печінки та

лікувально-профілактичних заходів [24, 44, 181, 198]. Наявність хронічної патології гепатобіліарної системи у фазі нестійкої ремісії під час вагітності негативно впливає на її перебіг, обумовлюючи високу частоту пізніх гестозів, фетоплацентарної недостатності та гіпоксії плода. А це слід враховувати при веденні вагітності, пологів і післяпологового періоду у таких жінок [5, 12, 14, 45, 76, 93, 115, 197].

Відомо, що цукровий діабет негативно впливає на перебіг вагітності, стан плода та новонародженого. За даними літератури, пізній гестоз є найбільш частим і грізним ускладненням вагітності, на фоні якого нерідко настає антенатальна загибель плода і виникає реальна загроза життю вагітної [1, 127, 138, 223, 247]. М. І. Солонець та співавтори [191, 192, 193] аналізували перебіг пологів у хворих на цукровий діабет. Автори зазначили, що у переважній більшості жінок з пізнім гестозом вагітність закінчилась передчасними пологами (69,9% проти 46,4% у хворих без гестозу). З одного боку, це пояснюється прийнятою тактикою ведення вагітності та дострокового розродження (в 36 тижнів) при тяжких стадіях цукрового діабету, яка веде до зменшення випадків антенатальної загибелі плода, ризик якої значно зростає після вказаного терміну вагітності. З іншого боку, на тактику дострокового розродження впливало різке погіршення стану плода і виникнення реальної загрози його загибелі, а також наявність тяжкого, з тенденцією до погіршення, пізнього гестозу. Слід зазначити, що коли у вагітних, хворих на цукровий діабет типу I тяжкого ступеня, приєднується пізній гестоз, то при цьому переважають його гіпертензивні форми, серед яких значний відсоток припадає на прееклампсію тяжкого ступеня. Пізній гестоз у хворих на цукровий діабет (особливо у випадках поєднання його з багатоводдям) вкрай негативно впливає на подальший перебіг вагітності, пологів, стан плода і новонародженого. При цьому зростає частота гіпоксії та затримки розвитку плода, що іноді закінчується антенатальною його загибеллю. Пізній гестоз у хворих на цукровий діабет нерідко визначає метод оперативного розродження у них [109, 201, 234, 259].

Для надійного захисту матері та плода від патологічної дії цукрового діабету необхідно комплексне, динамічне вивчення анамнестичних і клінічних даних, показників глікемії, гормонального профілю фетоплацентарного комплексу,

ультразвукових методів дослідження, починаючи з ранніх строків гестації. С. І. Галалу та співавтори [119] проводили моніторинг усім вагітним II групи з різними типами цукрового діабету, незалежно від наявності ускладнень основного захворювання, а також від ступеня компенсації вуглеводного обміну. Дані моніторингу дали змогу виявити сукупність критеріїв (гормональних, біохімічних, ультразвукових, гемостазіологічних). Пацієнткам для неспецифічної профілактики ФПН тричі протягом вагітності проводився курс метаболічної і адаптогенної терапії. Враховуючи гіперліпідемію і активацію процесів перекисного окислення ліпідів у 16–20 і 28–32 тижні гестації проводили курс перорального вживання «есенціальних» препаратів. У разі виявлення «початкових» ознак ФПН терапію доповнювали антигіпоксантами і вазоактивними препаратами. Якщо не було ефекту, всі препарати вводилися внутрішньовенно, проводилась інфузія реополіглюкіна, включали гепарин і внутрішньовенне введення «есенціальних» фосфоліпідів протягом не менше трьох тижнів. Моніторинг і профілактична терапія сприяли зниженню рівня перинатальної смертності серед даного контингенту хворих, які мешкають у Донецькій області, з 23,1% до 11,8% і збільшення кількості новонароджених з 17,2% до 38,0%, стан яких у ранньому неонатальному періоді був задовільним або середнього ступеня тяжкості. Проблема цукрового діабету у вагітних розглядається також іншими авторами. З їх погляду хворі на цукровий діабет повинні обов'язково знаходитись під наглядом акушера-ендокринолога, терапевта, окуліста, нефролога, реаніматолога, неонатолога [77, 229].

Профілактика та лікування перинатальних ускладнень у вагітних з цукровим діабетом повинна бути своєчасною, поетапною і патогенетично обґрунтованою, має проводитися з урахуванням даних клінічного обстеження хворої, результатів УЗД, гормональних, гемостазіологічних і біохімічних досліджень. Комплексне використання даних методів дасть змогу своєчасно діагностувати порушення стану плода і визначити тактику ведення хворої жінки під час вагітності і на етапі допологової підготовки. Загальними та обов'язковими умовами профілактики перинатальних ускладнень вагітних з цукровим діабетом являється ефективна терапія основного захворювання матері як на етапі планування вагітності, так і

протягом усієї вагітності [108, 237, 250].

О. О. Трушкевич та співавтори [205] повідомляють, що сьогодні серед основних причин акушерських і перинатальних втрат виділяють ЕГП, у структурі якої останніми роками стали переважати захворювання щитовидної залози. Відомо, що патологія щитовидної залози підвищує ризик різних ускладнень вагітності, пологів, стану новонароджених [72, 200, 228, 249]. Аналізуючи клінічні особливості І половини вагітності, О. О. Трушкевич та співавтори [205] виділяють високий рівень загрози невиношування, ранніх токсикозів, анемії вагітних. Після 20 тижнів вагітності найчастішим ускладненням були загроза невиношування, ФПН, анемія вагітних і пізні токсикози. За даними про гормональний статус обстежених жінок: при оцінці вмісту основних показників функції щитовидної залози (T_3 , T_4 , ТТГ) встановлено так звану „транзиторну гіперплазію”, що вказує, з одного боку, на пристосувальні механізми у деяких вагітних, а з іншого – на зміни функціонального стану щитовидної залози. А це може спричинити реальний дисбаланс на інших рівнях ендокринної системи. Авторами виявлено пряму кореляційну залежність між вмістом естріолу в плазмі крові та масою плода. Це дає змогу припустити, що велика частота ЗВУРП пов’язана з низькою продукцією ест-радіолу. Також встановлено низький рівень плацентарного лактогену протягом усієї вагітності. Стабільно знижені рівні естріолу та плацентарного лактогену у вагітних з тиреотоксикозом мають прогностичне та діагностичне значення як з точки зору оцінки функції плаценти, так і показників розвитку та життєдіяльності плода. При аналізі клінічного перебігу пологів відмічають, що частота абдомінального розродження становила 18%, а серед основних показників виділяють аномалії пологової діяльності (8%); гіпоксію плода, яка не піддається медикаментозній корекції (6%), та міопію високого ступеня (4%). Виділяють високий рівень передчасного розриву плодових оболонок (42%) та аномалій пологової діяльності (22%).

За даними інших авторів [74], медичне і соціальне значення захворювань щитовидної залози у жінок фертильного віку обумовлює необхідність оцінки стану щитовидної залози в периконцепційний період. Стани гіпотиріозу та гіпертиріозу у

жінок слід компенсувати адекватною терапією в період планування вагітності. Неонатальний скринінг з метою виявлення вродженого гіпотиреозу, включаючи його транзисторні форми, має проводитися в пологових установах у масовому порядку.

Лікар не повинен забувати, що наприкінці III триместру зростає фізіологічна гіперкоагуляція і знижується фібриноліз, тобто виникає стан нестійкої рівноваги між згортаючою і фібринолітичною сторонами системи гемостазу. Патологічний перебіг пологів є частою причиною прогресування тромботичного процесу. У цій ситуації важливо старанно знеболити пологи. Варикозна хвороба при вагітності значно збільшує ризик акушерських кровотеч і тромбоемболічних ускладнень, а також прогресування захворювань під час пологів і післяпологового періоду. Адекватна профілактика дає змогу запобігти виникненню тромбозу глибоких вен і тромбоемболії легеневої артерії, а також вести пологи, орієнтуючись переважно на акушерську ситуацію. Ведення післяпологового періоду визначається активністю тромботичного процесу до моменту настання пологів і методом розродження. Породіллям з високим ризиком рецидиву хвороби призначають дезагрегатну, а тим, хто переніс акушерські операції, – антикоагулянтну терапію [136, 169].

Вагітність у жінок з туберкульозом ставить перед лікарем ряд проблем. З одного боку, це вплив вагітності, пологів, післяпологового періоду і лактації на розвиток та перебіг туберкульозного процесу, а з іншого – вплив туберкульозу на перебіг вагітності і пологів, здоров'я новонародженого та породіллі [18, 21, 84, 87, 158, 225].

Проблема сукупності вагітності і туберкульозного процесу сьогодні залишається актуальною [73, 86, 145, 240, 246].

Перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду у хворих на туберкульоз легенів ставить перед акушерами та фізійатрами два основні завдання. По-перше, звести до мінімуму акушерські ускладнення при туберкульозі, по-друге, під час вагітності не допускати загострення туберкульозного процесу, що в деяких випадках може стати фатальним для матері та плода. Перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду значною мірою залежить від: клінічної форми

туберкульозу; локалізації; поширеності та активності туберкульозного процесу; наявності або відсутності розладу легеневої тканини та бациловиділення [164].

Забезпечення виконання цих заходів можна за умови тісної взаємодії та співпраці жіночих консультацій (ЖК), протитуберкульозних диспансерів і спеціалізованого акушерського відділення [226, 227].

Цитомегаловірусна та герпетична інфекції негативно впливають на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та є причиною перинатальної патології: інфекційних захворювань плода, вад розвитку, гіпотрофії. Цитомегаловірус (ЦМВ) виявляється серед вагітних жінок приблизно в 50–85% випадків [202]. Останніми роками намітилась тенденція до збільшення частоти ЦМВ у вагітних та її здатність, за певних умов, до епідемічного поширення [172]. Численні дослідження свідчать, що ЦМВ найчастіше проявляється на фоні вагітності та є загрозою для матері, плода і новонародженого. Перебіг вагітності у жінок з ЦМВ характеризується підвищеною частотою ускладнень. ЦМВ буває причиною загрози самовільного переривання вагітності у 57% жінок, пізнього гестозу – у 22%. При цьому вона є провідним фактором, який визначає аномалії розвитку плода (39,4%), багатоводдя (57,7%) і несприятливі наслідки у вигляді непрогресуючої вагітності або антенатальної загибелі плода (відповідно 33,4% та 44,2%) [171]. У пологах збільшуються випадки передчасного відтікання навколоплодових вод, підвищується ризик передчасного відшарування плаценти, збільшується частота і тяжкість пуерперальних інфекційних ускладнень [173, 224].

Аналіз діяльності акушерсько-гінекологічної служби та основні показники свідчать, що медична допомога жінкам і новонародженим на амбулаторному етапі потребує удосконалення. Сьогодні проблемними питаннями служби залишаються: антенатальна профілактика проводиться формально; вагітні не повною мірою обстежуються на інфекції перинатального періоду, що стає причиною ускладнень під час вагітності та пологів; погіршення стану здоров'я жінок спричиняє формування негативної тенденції – підвищення частоти екстрагенітальних захворювань вагітних; низький рівень соматичного і репродуктивного здоров'я жіночого населення, різноманітність та специфічність акушерсько-гінекологічної

патології вказують на необхідність формування спеціалізованої допомоги; підвищення якості акушерсько-гінекологічної допомоги сільським мешканцям [156, 157].

Суть профілактики виникнення ускладнень вагітності полягає у забезпеченні вагітних лікувально-профілактичною допомогою. Сучасна організація амбулаторної допомоги передбачає проведення заходів з питань профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної та реабілітаційної допомоги. Чітка взаємодія та наступність у роботі амбулаторних і стаціонарних закладів підвищує якість медичної допомоги, яка полягає в організації механізму інформації щодо етапності проведеного амбулаторного або стаціонарного лікування та реабілітації, а також у періодичному контролі органами охорони здоров'я [68, 75, 193].

Акушерсько-гінекологічна служба разом з позитивними тенденціями має ряд негативних моментів, що потребують прийняття як управлінських рішень, так і безпосередньої роботи у ланках як первинного ланцюга медичної допомоги, так і у родопомічних закладах.

Основними принципами діяльності служби є: право кожної людини на охорону здоров'я, планування сім'ї, безпечне материнство; розвиток інфраструктури системи охорони здоров'я населення та безпечного материнства; забезпечення безоплатного медичного обслуговування вагітних жінок, породіль, дітей у державних та комунальних закладах охорони здоров'я; забезпечення здоров'я жінки-матері як соціально-економічного пріоритету держави, соціально-економічна підтримка державою сім'ї, материнства та дитинства; охорона репродуктивного здоров'я населення, починаючи з дитячого віку, та надання необхідної медичної допомоги для його забезпечення; надання умов для безпечного материнства шляхом забезпечення пріоритету життя та здоров'я жінок у виробничій діяльності підприємств, повної відповідальності працедавця за надання безпечних умов праці та виконання вимог законодавства з питань охорони праці вагітних та жінок, які виховують неповнолітніх дітей; удосконалення медико-генетичної служби, впровадження перинатальних і постнатальних технологій для ранньої діагностики

вродженої та спадкової патології, скринінгового обстеження вагітних жінок і новонароджених; виховання майбутніх матерів та батьків за принципами безпечного материнства і відповідального батьківства.

Позитивні та негативні тенденції, які впливають на показники роботи, вказують на потребу подальшого удосконалення діяльності служби, поліпшення роботи амбулаторної ланки, впровадження у роботу сучасних досягнень науки та передових технологій, що дасть змогу насправді відповідати вимогам сьогодення щодо збереження і примноження здоров'я народу [47, 52, 148].

Аналіз випадків материнської смертності від ЕГП, проведений В. І. Медведем та співавторами [108], показав, що всі помилки і недоліки, пов'язані з медичною допомогою, поділяють на дві групи: ті, що усуваються безпосередньо на рівні лікувальних установ – ЖК і акушерських стаціонарів; і ті, (лікарські), які лікарі-клініцисти самостійно усунути не можуть („організаційні”).

Протягом багатьох років у плані ведення вагітних з різноманітною ЕГП була відсутня послідовність надання медичної допомоги. За десять років ситуація суттєво поліпшилася. Наказ МОЗ України від 28.01.2000 р. №503 ”Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” зобов'язує дільничних акушерів-гінекологів при взятті вагітної на облік запитати виписку із амбулаторної картки для отримання додаткової інформації про стан здоров'я жінки. На думку В. І. Медведя та співавторів [108], у випадках ЕГП краще запросити не виписку, а саму амбулаторну карту, яка містить докладну інформацію про анамнез хвороби, яке було обстеження та лікування. Це сприяло б більш адекватній оцінці можливості виношування і прогнозу вагітності.

Недоліком лікарської тактики є також пізня консультація терапевта, яка часто буває вже у II триместрі, коли вирішувати питання продовження вагітності значно складніше. Тому терапевт повинен оглядати жінку при першому візиті до жіночої консультації. Пізні направлення до спеціалізованих установ призводить до пізньої і невірної діагностики і несвоєчасного та неадекватного лікування. Принципово важливо, щоб стаціонар відповідав профілю патології вагітної. Майже $\frac{3}{4}$ випадків смерті жінок обумовлені пізнім надходженням до стаціонару, де їм могли б надати

необхідну допомогу. Аналіз показав, що в 53% випадків самі жінки могли б сприяти зниженню ризику рівня материнської смертності за умови своєчасного звернення по медичну допомогу. Жінки із захворюваннями серця нерідко приховують захворювання від лікаря, побоюючись, що той «заборонить» їй вагітність [22, 151, 159].

Організаційні недоліки – відсутність адекватної системи (шкали) оцінки ризику настання вагітності. Шкала А. Coorland по екстрагенітальній патології не може задовольнити потреби практики через недостатність диференційованості і дуже обмежений перелік поданих захворювань. Лише для серцево-судинної патології адекватна система оцінки ризику вагітності з регламентуванням основних моментів лікарської тактики існує, а для інших надзвичайно важливих видів ЕГП така система поки що не розроблена.

Організаційними недоліками є: відсутність можливості комплексного обстеження хворих; відсутність у більшості жіночих консультаціях терапевтів, підготовлених по ЕГП вагітних; незабезпеченість лікарів сучасними медичними рекомендаціями з багатьох розділів ЕГП; відсутність організаційних основ направлення вагітних з найбільш важкими або складними видами патології до Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України [168, 175, 177].

Сьогодні практично всі вагітні потребують особливо уважного спостереження та медикаментозної підтримки. Одним із складних завдань диспансеризації вагітних є передбачення гестозів і своєчасне проведення лікувально-профілактичних заходів. Реальність розвитку пізнього гестозу при захворюваннях серцево-судинної системи та нирок становить 60–80%, тоді як частота захворювання нирок у вагітних збільшилась за останні 10 років в 4 рази, а серцево-судинних хворою – в 2,2 разу [180, 194]. Залізодефіцитна анемія вагітних спостерігається в 10 разів частіше і сягає в окремих областях України 70–90% [199, 215]. Стрес обґрунтовано вважають чи не найголовнішим чинником, який уражає репродуктивне здоров'я населення [61].

За даними наукової літератури, кількість жінок, які доношують вагітність і знаходилися під наглядом ЖК, зменшується приблизно на 10% щорічно. Більшість вагітних – з високим та середнім ступенем ризику (88,8%). Майже у половини

вагітних (49%) ступінь ризику оцінений як високий, і цей показник зріс за останній рік на 6%. Високими, відносно стабільними і такими, що відповідають середньостатистичним по Україні, лишаються показники супутньої ЕГП: захворювання сечостатевої системи – відповідно 31,4; 34,0; 43,7%; хвороби системи кровообігу – 9,1; 7,1; 7,0%; залізодефіцитна анемія – по 90,0%. Приблизно кожна четверта вагітна (25,0; 29,0; 29,6%) відчула на собі додатковий стресовий тягар загрози переривання вагітності. Пізні гестози – 3,6; 4,6; 4,4%. Враховуючи надзвичайну поширеність хронічної ФПН, яка супроводжує всі ускладнення гестаційного процесу і спричиняє ЗВУРП, практичного значення набули запропоновані доповнення до індивідуальних планів ведення даного контингенту [20, 142, 190, 208, 241].

Диспансерний метод спрощує не тільки завдання дільничному акушеру-гінекологу, але й механізм контролю за повнотою обстеження та виконання лікувально-профілактичних заходів. Кінцевий результат амбулаторної медичної допомоги вагітним полягає не тільки у своєчасній госпіталізації, безускладненому завершенні пологів та післяпологового періоду [46, 235].

У науковій літературі [10, 16, 58, 67, 82, 122, 143] ми знайшли достатню кількість робіт, присвячених удосконаленню організації акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам в Україні. Вони направлені на вирішення окремих питань: стаціонарної допомоги [38, 139, 187, 188], профілактичних аспектів [64, 117, 141, 186], допомоги окремим контингентам [4, 37, 69, 91, 110, 174], впровадження сучасних медичних технологій [48, 54, 55, 78, 178, 179], попередження передачі ВІЛ від матері до дитини [147, 189] тощо [105, 106, 113, 114, 128].

Значна кількість робіт присвячена клінічним аспектам в акушерській практиці [2, 7, 8, 13, 33].

Проведено аналітичний огляд наукової літератури з питань стану репродуктивного здоров'я жінок та організації медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям з тяжким перебігом останніх та їх ускладненнями.

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ ТА НЕСПРИЯТЛИВИХ
НАСЛІДКІВ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ І
ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

На тлі несприятливої демографічної ситуації надзвичайного значення набувають питання збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я, яке є важливим компонентом популяційного здоров'я та основою національного медико-демографічного розвитку [32, 40].

Низький рівень репродуктивного здоров'я жінок ще до настання вагітності проявляється під час вагітності та пологів [27]. Нині у кожній третій вагітній є прояви анемії, у кожній шостій – хвороби сечостатевої системи, у кожній п'ятнадцятій – системи кровообігу [39, 41].

Такий стан соматичного здоров'я вагітних призводить до зростання рівня ускладнень пологів, загрози материнських і плодово-малюкових втрат [70, 120].

З огляду на вищезазначене та відповідно до програми дослідження нами вивчено рівень ускладнень (анемії; хвороби сечостатевої системи; хвороби системи кровообігу; набряки, протеїнурія та гіпертензія, у т.ч. прееклампсія; кровотечі) та несприятливих наслідків (материнська смертність, передчасні та запізнілі пологи) вагітності, пологів і післяпологового періоду:

1. Вивчення та аналіз ускладнень вагітності.
2. Характеристика динаміки кількості пологів і деяка їх характеристика.
3. Вивчення та аналіз ускладнень пологів і післяпологового періоду.
4. Аналіз та оцінка рівня материнської смертності.

Отримані дані можна розділити на два етапи. Перший етап – 2003 р., другий – 2004–2007 рр., коли розпочато оптимізацію системи акушерської допомоги в області.

3.1. Аналіз ускладнень вагітності

У динаміці 2003–2007 рр. вивчено та проаналізовано ускладнення вагітностей з розрахунку на 100 жінок, які закінчили вагітність, як в цілому по Донецькій області, так і в розрізі міст та районів. Аналіз проводився за даними ЖК.

У ході аналізу за п'ять років (2003–2007 рр.) по області вивчався рівень таких ускладнень вагітностей: анемії; хвороби сечостатевої системи; хвороби системи кровообігу; набряки, протеїнурія, гіпертензія, у т.ч. прееклампсія (рис. 3.1).

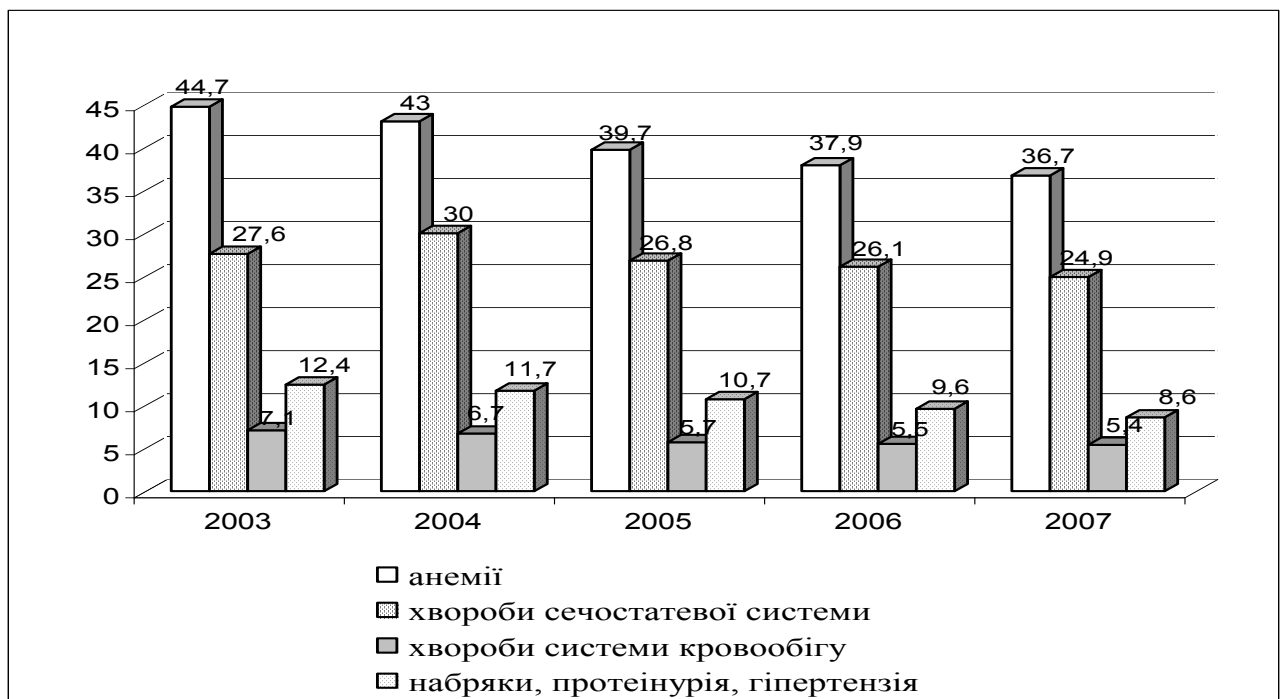


Рис. 3.1. Динаміка ускладнень вагітності в Донецькій області за 2003–2007 рр.
на 100 жінок, які закінчили вагітність

У рисунку поставити з великої літери: Анемії, Хвороби системи кровообігу, Хвороби сечостатевої системи, Набряки, протеїнурія, гіпертензія

Найвищий рівень ускладнень вагітності в Донецькій області зареєстровано в 2004 р.: анемії – 43,0; хвороби сечостатевої системи – 30,0; системи кровообігу – 6,7; набряки, протеїнурія та гіпертензія – 11,7. Протягом наступних трьох років рівень ускладнень вагітності скорочувався і в 2007 р. становив відповідно 36,7; 24,9; 5,4; 8,6.

Рівень анемії за п'ять років скоротився з 44,7 до 36,7; хвороб сечостатевої системи – з 27,6 до 24,9; системи кровообігу – з 7,1 до 5,4; набряків, протеїнурії і гіпертензії – з 12,4 до 8,6 на 100 жінок, які закінчили вагітність.

Виявлені тенденції зниження рівня ускладнень вагітностей – це як результат підвищення ефективності та якості медичної допомоги на фоні впровадження нових організаційних і медичних технологій, так і поліпшення благополуччя сімей вагітних.

Далі названі ускладнення вагітностей аналізувались у розрізі міст і районів області. Отримані в ході дослідження дані вказують на значну різницю зареєстрованих хвороб сечостатевої системи серед вагітних, які проживають у містах і районах області (додаток Б-1).

Серед вагітних, що проживають у містах, найвищий рівень на 100 закінчених вагітностей зареєстровано в 2004 р. (34,0) з подальшим постійним зниженням до 27,0 в 2007 р. У 2003 р. найвищий рівень (63,5) зафіксовано в м. Донецьку, а найнижчий – у м. Торезі (2,3). Перевищення відмічалось у 27,6 разу. В 2007 р. найвищий рівень (48,9) зареєстровано в м. Макіївці, а найнижчий (2,9) – в м. Харцизьку. За п'ять років спостерігалось значне коливання рівня зареєстрованих хвороб сечостатевої системи у вагітних в різних містах області. Так, у м. Торезі зафіксовано збільшення у 14,7 разу; м. Сніжному – у 3,7 разу; м. Новогродівці – у 3,2 разу, а в м. Кіровському – зменшення у 2,7 разу.

Серед вагітних, які проживають у районах області, найвищий рівень зареєстровано в 2005 р. – 15,4. До 2007 р., коли було зафіксовано показник 13,1, рівень реєстрації хвороб сечостатевої системи у вагітних постійно знижувався. У 2003 р. найвищий рівень спостерігався серед вагітних Першотравневого району (84,7), а найнижчий (1,7) – Шахтарського району. Різниця становила 49,8 разу. В 2007 р. найвищий показник відмічено серед вагітних Красноармійського району (25,7), а найменший (2,9) – Шахтарського району. Різниця склала 8,9 разу. За п'ять років (2003–2007) спостерігалася суттєва різниця в реєстрації даної патології у вагітних, що проживають у районах. Так, у Тельманівському районі зафіксовано збільшення у 2,9 разу, а в Першотравневому – зменшення в 3,8 разу.

Серед вагітних, які проживають у містах, рівень зареєстрованих хвороб системи кровообігу вищий, ніж серед вагітних, що проживають у районах області, (додаток Б-2).

Найвищий показник серед мешканок міст спостерігався у 2003 р. (8,3) зі щорічним зниженням до 5,6 у 2007 р. У 2003 р. найвищий рівень зареєстровано у м. Сніжному (17,6), а найнижчий (1,9) – у м. Костянтинівці. Різниця становила 9,3 разу. У 2007 р. найвищий показник зафіксовано серед вагітних, які проживають у м. Сніжному (17,7), а найнижчий (0,4) – серед вагітних м. Костянтинівки.

Серед вагітних, які проживають у районах, найвищі рівні захворюваності (4,4) зареєстровано у 2003, 2006 та 2007 рр. У 2003 р. найбільший показник (17,1) спостерігався серед вагітних Володарського району. У динаміці п'яти років серед вагітних Тельманівського району не зафіксовано жодного випадку хвороб системи кровообігу. У 2005–2007 рр. не відмічено вагітних з такими хворобами в Шахтарському районі, а в 2004 р. – у Новоазовському та Ясинуватському районах.

Це пояснюється як недостатнім виявленням вказаної патології, так і низьким рівнем доступності спеціалізованої допомоги для вагітних жінок.

У динаміці п'яти років найвищий показник хвороб системи кровообігу зареєстровано серед вагітних м. Сніжного (21,4) у 2005 р. та Володарського району (17,1) у 2003 р.

Рівень захворюваності на анемії у вагітних, які проживають у містах, у динаміці п'яти років скоротився з 47,9 у 2003 р. до 37,1 у 2007 р., а серед вагітних, які проживають у районах області, навпаки, зріс з 32,1 у 2003 р. до 37,4 у 2007 р. (додаток Б-3). За нашими даними, збільшення захворюваності вагітних, які проживають у сільській місцевості, пов'язано зі способом їхнього життя, в т.ч. з нижчим рівнем матеріального забезпечення порівняно з міськими жінками, способом харчування і недостатністю проведення профілактичної роботи в діяльності медичних служб.

У 2007 р. найвищий рівень анемії зареєстровано серед вагітних міст Єнакієвого (53,7); Краматорська (56,3); Артемівська (52,5) та Слов'янського (60,5), Амвросіївського (54,5), Новоазовського (51,6) районів.

У динаміці п'яти років найвищий показник серед міських вагітних зафіксовано в 2006 р. (66,1) у м. Краматорську, а також серед вагітних, які проживають у районах (83,2), – у 2004 р. у Краснолиманському районі.

Відповідно до програми дослідження, наступним кроком було вивчення рівня таких ускладнень вагітностей, як набряки, протеїнурія та гіпертензія (додаток Б-4).

Серед вагітних, що проживають як в містах, так і в районах області, дана патологія в динаміці п'яти років має тенденцію до зниження. Отримані дані вказують на неоднаковий рівень цих ускладнень вагітності в різних містах і районах. У 2007 р. їх найвищий показник зареєстровано в містах Жданівці (14,1), Єнакієвому і Горлівці (12,9), а також у Тельманівському (24,4), Слов'янському (21,3) і Волноваському (16,1) районах.

Одним із найскладніших ускладнень вагітності є прееклампсія (додаток Б-5).

Прееклампсія зустрічається у 7,2% вагітних, які проживають у містах, та в 11,0% вагітних сільських районах. За нашими даними, на цей показник впливає різний рівень доступності до медичної допомоги жінок, які проживають у містах і в сільській місцевості, а також неоднакова їх якість.

3.2. Характеристика пологів та їх несприятливих наслідків

За п'ять років (2003–2007) вивчено статистичні дані про абсолютну кількість пологів та їх частоту на 1000 жінок фертильного віку (додаток Б-6, додаток Б-7) як в цілому по області, так і в розрізі територіальних одиниць, а також про аномалії родової діяльності та ускладнені пологи, рівень передчасних і запізнених пологів.

Кількість пологів за період 2003–2007 рр. у Донецькій області на 1000 жінок фертильного віку збільшилася на 28,0% і становила 32,5. Зростання зафіксовано як у міській (на 29,5%), так і у сільській місцевостях (на 10,8%).

Далі відображено рівень аномалій пологової діяльності (рис. 3.2), ускладнених передчасних і запізнених пологів по області (рис. 3.3). Як видно із отриманих даних, вказані характеристики пологів мають тенденцію до зниження. Так, у динаміці п'яти

років аномалії пологової діяльності та ускладнені пологи скоротилися в 1,6 разу, передчасні пологи – з 3,3% до 3,2%, запізнілі пологи – з 0,5% до 0,2%.

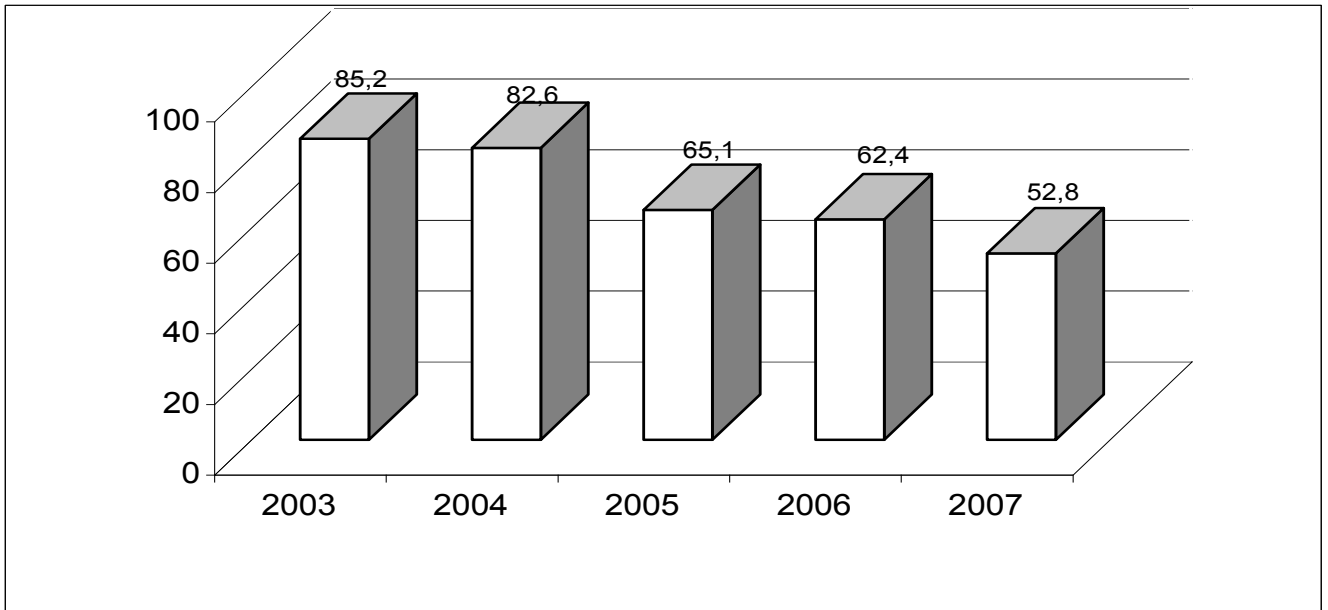


Рис. 3.2. Характеристика аномалій пологової діяльності в Донецькій області за 2003–2007 рр. (на 1000 пологів)

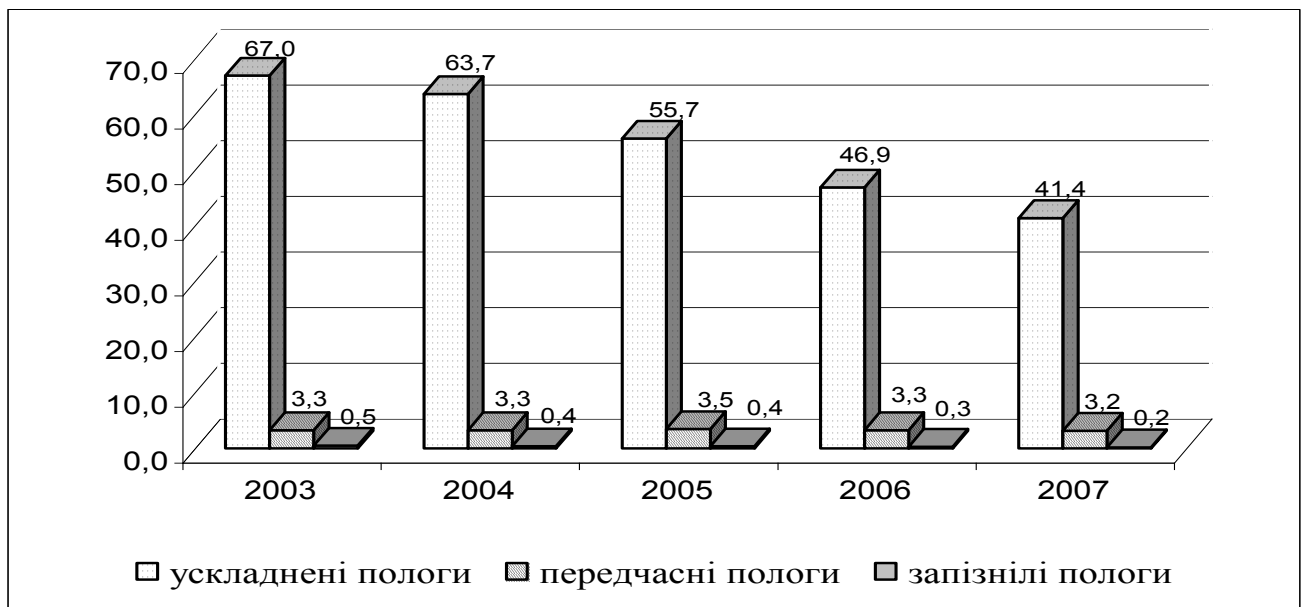


Рис. 3.3. Характеристика ускладнених пологів, передчасних і запізнілих пологів у Донецькій області за 2003–2007 рр. (%) У рисунку поставити з великої літери: Ускладнені пологи; Передчасні пологи; Запізнілі пологи.

В обласних ЛПЗ рівень ускладнених пологів скоротився на 16,5%, але залишався високим і дорівнював 56,8% (додаток Б-8). Це пов'язано з тим, що в обласних ЛПЗ народжують жінки з високим ризиком ускладнених пологів (акушерська та екстрагенітальна патологія).

У ЛПЗ міст за п'ять років (2003–2007) питома вага ускладнених пологів скоротилася на 77,0% і в цілому становила 38,7%. Зменшенню ускладнень пологів сприяло впровадження у діяльність більшості пологових відділень ЛПЗ області сучасних рододопоміжних технологій. Водночас питома вага ускладнених пологів реєструвалася в пологових відділеннях міст Горлівки, Дебальцевого, Димитрова, Докучаєвська, Кіровського, Харцизька і Шахтарська.

У ЛПЗ районів рівень ускладнених пологів скоротився на 43,1% і склав 41,8%. При цьому питому вагу ускладнених пологів зареєстровано тільки у Волноваському районі.

В ЛПЗ міст рівень аномалій родової діяльності скоротився на 48,9% і дорівнював 54,0 на 1000 пологів (додаток Б-9). Зареєстровано високий показник аномалій родової діяльності в містах Шахтарську (178,9), Костянтинівці (163,6), Димитрові (121,6), Докучаєвську (110,6).

У ЛПЗ районів рівень аномалій також скоротився на 48,9% і становив 93,3 на 1000 пологів. Найвищим він був у Тельманівському (200,0‰), Амвросіївському (160,6‰), Волноваському (115,5‰), Слов'янському (107,9‰) районах. Впровадження сучасних технологій надання акушерської допомоги в пологових стаціонарах саприяло підвищенню рівня фізіологічних пологів.

Передчасні пологи в цілому по області зафіксовано на одному рівні (3,0%) з незначними коливаннями. При цьому в містах області відмічено тенденцію до їх скорочення (з 3,3% до 3,0%), а в районах – до їх збільшення (з 3,1% до 4,0%). Найвищий рівень передчасних пологів зареєстровано в містах Жданівці (8,7%), Докучаєвську (5,8%), Дебальцевому (5,2%), а також у Тельманівському (11,2%), Новоазовському (6,3%) і Краснолиманському (5,2%) районах.

Рівень запізнених пологів (додаток Б-10) становив менше 1,0% і мав тенденцію до зниження. В ЛПЗ міст він скоротився з 0,5% до 0,2%, а в ЛПЗ районів – з 0,6% і

дорівнював 0,4%. Запізнілі пологи спостерігалися у ЛПЗ районів удвічі частіше порівняно з ЛПЗ міст, а найбільший їх показник зафіксовано в Тельманівському (3,2%), Слов'янському (1,4%) і Олександрівському (1,1%) районах.

3.3. Аналіз ускладнень пологів і післяпологового періоду

Аналіз ускладнень пологів та післяпологового періоду проводився відповідно до програми дослідження за п'ять років (2003–2007) за даними пологових стаціонарів. Статистичні дані про рівень ускладнень пологів і післяпологового періоду по області наведено на рис. 3.4.



Рис. 3.4. Динаміка ускладнень пологів та післяпологового періоду в роділь і породіль Донецької області за 2003–2007 рр. (на 1000 пологів) У рисунку поставити з великої літери: Хвороби сечостатевої системи, Анемії, Хвороби системи кровообігу, набряки..., Пreekлампсія...

Отримані дані вказують на те, що на рівні Донецької області всі ускладнення пологів і післяпологового періоду, які підлягали вивченню, мають чітку тенденцію до зменшення. Так, рівень ускладнень з боку хвороб сечостатевої системи скоротився на 53,0% (і становив 143,8 на 1000 пологів); анемій – на 24,4% (277,4); набряків, протеїнурії та гіпертензивних розладів – на 65,7% (76,3); хвороб системи кровообігу – на 51,8% (46,5).

Далі ми порівняли дані щодо ускладнень вагітностей у ЖК та ускладнень пологів і післяпологового періоду в пологових стаціонарах з розрахунку на 100 вагітностей та пологів (рис. 3.5).



Рис. 3.5. Порівняльна характеристика ускладнень вагітностей та пологів за 2007 р. (%): 1 – ..., 2 –, 3 –

У рисунку поставити з великої літери: Жіночі консультації, Пологові стаціонари.

Як бачимо з рис. 3.5, рівні зареєстрованих ускладнень вагітностей за даними ЖК і ускладнень пологів за даними акушерських стаціонарів різняться. Рівень ускладнень за даними акушерських стаціонарів нижчий, ніж за даними ЖК. Це може бути за рахунок проведених штучних переривань вагітностей та можливої гіпердіагностики у ЖК.

У динаміці п'яти років (2003–2007) у пологових стаціонарах спостерігалось зниження рівня ускладнень пологів і післяпологового періоду: в обласних ЛПЗ – з 314,9 до 100,3, у міських – з 230,4 до 161,0, у районних – з 96,1 до 82,9.

Найвищі рівні хвороб зареєстровано в ЛПЗ міст Макіївки (561,1), Горлівки (292,8), Тореза (206,3), а також Красноармійського (205,2), Олександрівського (201,1), Першотравневого районів (109,5).

У додатку Б-11 наведено рівень анемії, який має чітку тенденцію до зниження. Так, в обласних ЛПЗ він зменшився на 27,7% (і становив 303,0), у міських – на 24,6% (284,2); у районних – на 29,2% (205,1).

Відмічаються значні розбіжності в рівнях анемії у різних містах і районах: від 66,7 в м. Артемівську до 560,6 в м. Горлівці; від 23,3 в Мар'їнському до 391,1 в Олександрівському районах, що можна пояснити несприятливим екологічним впливом. Це території з розвинутою хімічною промисловістю.

Спостерігаються значні щорічні коливання показника. Рівень анемії у м. Краматорську в 2006 р. становив 749,7, а в 2007 р. – 480,7 (різниця 1,6 разу); у Велико-Новоселківському районі у 2006 р. – 346,4, а в 2007 р. – 155,4 (різниця 2,2 разу).

В області зареєстровано зниження рівня хвороб системи кровообігу (додаток Б-12).

В обласних ЛПЗ це зниження становило 2,7%, у міських – 122,2%, у районних – 112,7%.

Хвороби системи кровообігу, як ускладнення пологів і післяпологового періоду, в динаміці п'яти років реєструвалися не в усіх пологових відділеннях ЛПЗ області. Найвищий рівень цих хвороб зафіксовано в ЛПЗ міст Горлівки (120,4), Докучаєвська (53,2) і Першотравневого (58,4) району.

В додатку Б-13 наведено статистичні показники про набряки, протеїнурію та гіпертензивні розлади в динаміці п'яти років (2003–2007) за даними рододопоміжних стаціонарів.

В обласних ЛПЗ рівень цих ускладнень по роках має певні коливання: 138,1 – у 2003 р.; 153,1 – у 2005 р. та 114,9 – у 2007 р. У міських і районних ЛПЗ зареєстровано зниження рівня ускладнень: у міських – з 125,7 у 2003 р. до 68,7 у 2007 р.; у районних – з 121,5 у 2003 р. до 81,8 у 2007 р.

У межах і міських, і районних ЛПЗ відмічається значне коливання показників зазначених хвороб. У ЛПЗ міст зафіксовано різницю у рівнях ускладнень від 21,2 у м. Артемівську до 137,6 у м. Горлівці, в ЛПЗ районів – від 26,9 в Краснолиманському до 188,9 в Ясинуватському районі.

Найважливішими із названої групи ускладнень є прееклампсія та еклампсія (додаток Б-14).

Показник цих ускладнень значно коливається у розрізі міст і районів області. Він є відображенням як загального здоров'я вагітних жінок, так і рівня надання медичної допомоги в період вагітності. Рівень прееклампсій та еклампсій на 1000 пологів на 10% зріс в обласних закладах і в 2007 р. становив 105,0, що вказує на госпіталізацію в ці заклади вагітних з тяжким перебігом вагітності.

У ході дослідження вивчено рівень таких ускладнень, як передлежання, передчасне відшарування плаценти та дородові кровотечі (додаток Б-15).

Як видно з додатку Б-15, їх рівень знизився як в цілому по області з 11,9 у 2003 р. до 11,3 у 2007 р., так і в обласних ЛПЗ з 22,9 в 2003 р. до 11,9 в 2007 р. А у міських і районних ЛПЗ він, навпаки, підвищився: у міських – на 2,8% і становив 11,0, а у районних – на 30,6% і склав 12,8.

Найвищі показники цих ускладнень зареєстровано в ЛПЗ м. Єнакієвого (27,2) і Мар'їнського (39,9) району.

Результати вивчення кровотеч у послідовому та післяпологовому періодах наведено в додатку Б-16. Їх аналіз вказує на зниження рівня цього важкого ускладнення у 2007 р. порівняно з 2003 р.: у цілому по області – 13,3 проти 18,9 на 1000 пологів; в обласних ЛПЗ – 18,6 проти 19,6; у ЛПЗ районів – 23,9 проти 24,3, зі значним підвищенням (до 31,3) у 2004 р.

З року у рік відмічено коливання показника ускладнень пологів і післяпологового періоду. У 2007 р. найнижчий рівень ускладнень зафіксовано в м.

Селідовому (4,9) та м. Дружківці (6,4), а також Красноармійському (7,7) та Ясинуватському (8,3) районах.

3.4. Аналіз материнської смертності

Показник материнської смертності є інтегрованим індикатором, який відображає якість надання медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, рівень організації роботи допоміжних закладів, а також взаємодії економічних, соціальних, культурних, екологічних і санітарно-гігієнічних факторів (додаток Б-17).

Незважаючи на те, що в Україні рівень материнської смертності знизився, він все ще значно перевищує такий показник в економічно розвинених країнах [57]:

Україна – 17,60; Велика Британія – 7,06; Молдова – 12,49; Чехія – 6,68; Естонія – 6,72; Греція – 2,68; Австрія – 2,57; Голландія – 8,11; Хорватія – 9,65; Угорщина – 8,07; Німеччина – 6,09.

Основними причинами материнських втрат залишаються ЕГП, кровотечі, гестози, септичні ускладнення. До інших причин відносяться тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), емболія навколоплідними водами, анестезіологічні причини. Дані експертної оцінки вказують, що до 20% материнських смертей можна попередити.



Рис. 3.6. Структура причин материнської смертності в Донецькій області за 2005–2007 рр. (%) Підписи у рисунку поставити з великої літери

У структурі материнської смертності 26,4% займають кровотечі, 18,9% – ЕГП, 9,4% – септичні ускладнення, 3,8% – гестози, 41,5% – інші причини.

Така структура материнської смертності є наслідком погіршення екологічної ситуації, оскільки несприятливі чинники навколишнього середовища значно впливають на репродуктивну систему, а також залежить від якості надання медичної допомоги на I та II її рівнях.

Таким чином роведене дослідження засвідчило, що кількість пологів за 2003–2007 рр. у Донецькій області на 1000 жінок фертильного віку зростає на 7,1 і склала 32,5. Зростання зафіксовано як у міській (на 6,7), так і у сільській місцевостях (на 2,4) на 1000 жінок фертильного віку. Показано, що найвищий рівень ускладнень вагітностей зареєстровано в 2004 р. Протягом наступних трьох років він зменшився і в 2007 р. становив: анемії – 36,7; хвороби сечостатевої системи – 24,9; хвороби системи кровообігу – 5,4; набряки, протеїнурія і гіпертензія – 8,6.

Рівень зареєстрованих ускладнень вагітності значно різниться по районах і містах області. У 2007 р. найвищий рівень хвороб сечостатевої системи

zareєстровано серед вагітних Красноармійського району (25,7), а найменший (2,9) – Шахтарського району. Різниця становила 8,9 разу. Серед жінок, які проживають у містах, найвищий рівень (48,9) спостерігався у м. Макіївці, а найнижчий (2,9) – у м. Харцизьку. Значна різниця zareєстрована і для хвороб системи кровообігу вагітних. У 2007 р. найвищий рівень цих хвороб відмічено серед вагітних, які проживають у м. Сніжному (17,7), а найнижчий (0,4) – серед вагітних м. Костянтинівки. В цілому серед міських вагітних захворюваність на хвороби кровообігу на 100 жінок, які закінчили вагітність, зменшилась на 2,7 і в 2007 р. становила 5,6. Серед сільських вагітних рівень залишився без змін і дорівнював 4,4.

Рівень анемії у вагітних за п'ять років (2003–2007) скоротився на 21,8% і в 2007 р. становив 37,1. У 2007 р. найвищий їх показник zareєстровано серед вагітних міст Єнакієвого (53,7) і Краматорська (56,3), а також Слов'янського (60,5) та Амвросіївського (54,5) районів. Якщо серед вагітних, які проживають у містах, на 100 жінок, що закінчили вагітність, захворюваність на анемії скоротилася на 29,1% і в 2007 р. склала 37,1, то серед вагітних у сільській місцевості вона підвищилася на 14,2% і становила 37,4. Це пов'язано зі способом життя сільських жінок, у тому числі з нижчим рівнем матеріального забезпечення порівняно з міськими жителями, а також із недостатністю проведення профілактичної роботи.

Відповідно до програми дослідження, вивчався рівень таких ускладнень вагітності, як набряки, протеїнурія та гіпертензія. Серед вагітних області вказані наслідки ускладнення вагітності мають тенденцію до зниження. Одним із найважчих ускладнень вагітності є прееклампсія. Вона становить 7,2 серед вагітних, які проживають у містах, та 11,0 серед вагітних у сільській місцевості. Характеристика перебігу пологів показала, що за 2003–2007 рр. питома вага ускладнених пологів скоротилася в 1,6 разу і становила 41,4 на 1000 пологів. Зменшенню ускладнених пологів сприяло впровадження у діяльність більшості пологових відділень ЛПЗ області сучасних рододопоміжних технологій.

Вивчення рівня аномалій пологової діяльності засвідчило їх скорочення в 1,6 разу. У 2007 р. рівень аномалій пологової діяльності склав 52,8. Високий рівень аномалій пологової діяльності zareєстровано в містах Шахтарську (178,9),

Костянтинівці (163,6), Димитрові (121,6), а також у Тельманівському (200,0) і Амвросіївському (160,6) районах. Передчасні пологи в області реєструвалися на одному рівні.

Вивчення ускладнень пологів і післяпологового періоду показало, що вони мають тенденцію до зменшення. Так, рівень ускладнень з боку сечостатевої системи скоротився на 53,0% (і становив 143,8 на 1000 пологів); анемій – на 24,4% (277,4); хвороб системи кровообігу – на 51,8% (46,5); рівень набряків, протеїнурій та гіпертензивних розладів – на 65,7% (76,3).

У ході дослідження вивчено рівень таких ускладнень, як передчасне відшарування плаценти і кровотеча. За п'ять років (2003–2007) він зріс на 30,6% і склав 12,8. Найвищі показники цих ускладнень зареєстровано в ЛПЗ м. Єнакієвого (27,2) та Мар'їнського (39,9) районів. Рівень кровотеч під час пологів та у післяпологовому періоді має тенденцію до зниження – з 18,9 у 2003 р. до 13,3 у 2007 р.

Враховуючи, що показник материнської смертності є інтегрованим індикатором, який відображає якість медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, рівень організації роботи рододопоміжних закладів, а також взаємодію економічних, соціальних, культурних, екологічних і санітарно-гігієнічних чинників, нами вивчено та проаналізовано дані про материнську смертність у Донецькій області за 1990–2008 рр. За вказаний термін рівень материнської смертності на 100 тис. народжених скоротився з 26,6 до 20,3. Він значно перевищив відповідний показник більшості країн Європи. Більшість жінок помирає в міських і районних ЛПЗ, до 20% випадків материнської смертності є попереджуваними. У структурі материнської смертності 26,4% займають кровотечі, 18,9% – ЕГП, 9,4% – септичні ускладнення, 3,8% – гестози, 41,5% – інші причини. При цьому до 38% жінок помирають у малопотужних відділеннях. Позитивним є те, що з 2007 р. не зафіксовано жодного випадку материнської смертності внаслідок причин, які залежать від якості надання акушерської допомоги, – гестозів та септичних ускладнень.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ, РОДІЛЛЯМ І ПОРОДІЛЛЯМ

Стаціонарна допомога вагітним надається в районних, міських, обласних ЛПЗ, а також в ЛПЗ, до яких відносяться: ДОКТМО, Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства (Центр ОхМД), і на клінічних базах кафедр акушерства та гінекології Донецького національного медичного університету (у міських клінічних лікарнях (МКЛ) №3, №6, №24 м. Донецька).

Протягом п'яти років до структури закладів, які надають акушерську допомогу в Донецькій області, внесено зміни. Закрито пологове відділення в Новоазовському районі та скорочено кількість пологових ліжок по області на 56, яка на кінець 2007 р. становила 1190 (табл. 4.1).

Із загальної кількості пологових ліжок 95 (7,9%) знаходяться в обласних рододопоміжних закладах, 917 (77,0%) – у міських закладах і 178 (15,1%) – у ЛПЗ, що обслуговують жінок, які проживають у сільській місцевості.

Слід зазначити, що в РЛ акушерські відділення є малопотужними. А це не дає змоги відповідно до чинної нормативної бази організувати надання цілодобової акушерської допомоги та допомоги роділлям і породіллям з тяжким перебігом пологів та їх ускладненнями.

У 7 із 14 ЛПЗ районів потужність ліжкового фонду пологових відділень не перевищує 10 ліжок. Згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 „Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”, посада лікаря акушера-гінеколога в акушерському стаціонарі вводиться на 15 акушерських ліжок.

У ході дослідження встановлено, що жодне пологове відділення у РЛ не оснащено апаратурою для проведення моніторингу за станом вагітної, роділлі та породіллі, не має операційних і реанімаційних палат, а також РЛ не мають реанімаційних відділень.

Таблиця 4.1

Кількість пологових ліжок у стаціонарах Донецької області (2003–2007 рр.)

Місцезнаходження ЛПЗ	2003	2004	2005	2006	2007
Донецька область, усього	1246	1199	1180	1183	1190
Обласні заклади	95	95	95	95	95
Міста області, усього	976	930	911	912	917
Авдіївка	20	20	20	20	20
Артемівськ	81	55	55	55	55
Горлівка	50	50	50	50	50
Дебальцеве	15	15	15	15	15
Держинськ	20	20	20	20	20
Димитрів	18	18	18	18	18
Докучаєвськ	10	10	10	10	10
Донецьк	235	225	225	225	217
Дружківка	30	30	30	30	30
Єнакієве	35	35	35	35	35
Кіровське	7	7	7	7	7
Костянтинівка	20	25	20	20	20
Краматорськ	70	65	60	60	60
Макіївка	65	55	55	47	55
Маріуполь	170	170	170	170	170
Селідове	20	20	11	10	10
Слов'янськ	40	40	40	40	40
Сніжне	15	15	15	15	15
Торез	20	20	20	20	20
Харцизьк	20	20	20	20	20
Шахтарськ	15	15	15	15	15
Райони області, усього	175	174	174	176	178
Амвросіївський	10	10	10	10	10
В.-Новоселківський	10	10	10	10	10
Володарський	5	5	5	5	5
Волноваський	15	15	15	15	15
Добропільський	20	20	20	20	20
Красноармійський	33	33	33	33	33
Краснолиманський	8	8	8	8	8
Мар'їнський	15	15	15	15	15
Олександрівський	7	7	7	7	7
Першотравневий	5	5	5	5	5
Слов'янський	9	10	10	12	14
Старобешівський	12	11	11	11	11
Тельманівський	10	10	10	10	10
Ясинуватський	16	15	15	15	15

Кількість ліжок патології вагітності в Донецькій області (табл. 4.2) за 2003–2007 рр. збільшилась з 850 до 873. Співвідношення між пологовими ліжками і ліжками патології вагітності в області становить 1:0,73.

Кількість ліжок патології вагітності в міських ЛПЗ коливається від 5 (Шахтарськ, Селідове, Докучаєвськ) до 40 (Краматорськ), а в районних ЛПЗ від 3 (Олександрівський район) до 19 (Старобешівський район).

Аналіз інтенсивності використання пологових ліжок виявив, що вони використовуються нерівномірно і нераціонально (табл. 4.3).

В середньому по області, як і в цілому по Україні, робота пологових ліжок була недостатньою і коливалась від 208,5 у 2003 р. до 200,6 у 2007 р.

Діапазон коливань у міських ЛПЗ – від 142,3 дня на рік (м. Торез) до 339,7 (м. Дружківка). В м. Донецьку при наявності 6 пологових відділень з потужністю 217 ліжок пологові ліжка використовувались вкрай недостатньо – 160,9 дня на рік.

У центральних районних лікарнях (ЦРЛ) діапазон коливань роботи ліжка становить від 50,9 дня на рік (Старобешівський район) до 356,25 дня на рік (Краснолиманський район).

Водночас середня зайнятість ліжок патології вагітності перевищувала орієнтовно-нормативну з тенденцією до зменшення від 362,9 дня у 2003 р. до 331,0 у 2006 р. при збільшенні до 341,5 дня у 2007 р., при середньому по Україні – 326,68 (табл. 4.4).

У міських ЛПЗ ліжка патології вагітності у 2007 р. працювали 332,2 дня, що менше від 2003 р. на 35,7 дня. В розрізі різних ЛПЗ ліжка працювало нерівномірно: від 202,8 дня (м. Харцизьк) до 619,8 дня (м. Докучаєвськ).

Дослідженням доведено, що з великими порушеннями санітарно-гігієнічних норм ліжка патології вагітності використовувались у ЦРЛ і РЛ. Із 14 в 9 (64,3%) ЛПЗ ліжка працювало більше днів, ніж є в році, наприклад, у Слов'янському районі – 709,0 дня.

Одним із важливих показників роботи ліжка є середній термін перебування на ліжку. Отримані в ході дослідження дані наведено в табл. 4.5.

Таблиця 4.2

Кількість ліжок патології вагітних у лікувально-профілактичних закладах Донецької області (2003–2007 рр.)

Місцезнаходження ЛПЗ	2003	2004	2005	2006	2007
Донецька область, усього	850	896	902	897	873
Обласні заклади	165	165	165	165	165
Міста області, усього	545	590	596	593	571
Артемівськ	-	25	25	25	25
Горлівка	40	40	40	40	40
Дзержинськ	20	20	20	20	20
Димитрів	17	17	17	17	17
Докучаєвськ	10	10	10	10	5
Донецьк	155	165	165	165	165
Єнакієве	15	15	15	15	15
Кіровське	8	8	8	8	8
Костянтинівка	20	15	20	20	20
Краматорськ	30	35	40	40	40
Макіївка	65	75	75	83	75
Маріуполь	75	75	75	75	75
Селідове	10	10	6	5	5
Слов'янськ	30	30	30	30	30
Сніжне	15	15	15	15	15
Торез	20	20	20	20	20
Харцизьк	10	10	10	10	10
Шахтарськ	5	5	5	5	5
Райони області, усього	140	141	141	139	137
Амвросіївський	10	10	10	10	10
В.-Новоселківський	10	10	10	10	10
Володарський	15	15	15	15	15
Волноваський	15	15	15	15	15
Добропільський	10	10	10	10	10
Красноармійський	12	12	12	12	12
Краснолиманський	7	7	7	7	7
Мар'їнський	10	10	10	10	10
Олександрійський	3	3	3	3	3
Першотравневий	5	5	5	5	5
Слов'янський	10	10	10	8	6
Старобешівський	18	19	19	19	19

Тельманівський	5	5	5	5	5
Ясинуватський	10	10	10	10	10

Таблиця 4.3

Робота пологових ліжок у стаціонарах Донецької області за 2003–2007 рр.
(днів на рік)

Місцезнаходження ЛПЗ	2003	2004	2005	2006	2007
Донецька область, усього	208,5	219,3	215,6	203,1	200,6
Обласні заклади	274,5	242,3	260,2	268,2	270,6
Міста області, усього	208,3	220,8	214,6	201,1	199,8
Авдіївка	245,7	268,0	289,4	290,0	286,9
Артемівськ	270,2	179,4	178,3	174,4	186,5
Горлівка	300,8	304,7	302,3	257,5	262,2
Дебальцеве	225,1	229,3	231,0	247,0	262,4
Дзержинськ	220,5	220,6	209,2	199,3	203,3
Димитрів	218,2	321,1	269,2	203,1	307,5
Докучаєвськ	258,0	280,2	258,0	283,8	152,2
Донецьк	183,8	209,2	192,4	160,1	160,9
Дружківка	367,7	327,8	312,5	323,9	339,7
Єнакієве	239,3	225,5	226,8	209,4	214,9
Кіровське	198,6	184,7	234,6	240,3	196,0
Костянтинівка	228,7	176,7	227,3	216,8	212,3
Краматорськ	139,3	189,1	188,6	184,7	146,6
Макіївка	187,3	250,3	234,5	279,3	232,8
Маріуполь	172,4	190,2	180,9	178,1	179,9
Селідове	252,3	297,7	483,5	318,7	370,8
Слов'янськ	188,8	193,8	194,2	195,5	194,4
Сніжне	172,7	168,8	180,9	178,6	204,2
Торез	143,8	167,1	156,2	154,9	142,3
Харцизьк	240,6	229,8	248,0	230,8	154,1
Шахтарськ	180,9	198,6	196,0	178,1	166,9
Райони області, усього	183,3	197,1	149,9	173,5	167,6
Амвросіївський	178,0	177,8	167,6	159,3	182,0
В.-Новоселківський	184,8	126,0	162,4	97,8	119,0
Володарський	219,7	255,9	247,1	120,5	269,2
Волноваський	98,6	161,8	163,5	154,1	146,6
Добропільський	187,5	198,2	206,4	220,7	158,6
Красноармійський	241,1	290,4	315,1	343,0	356,3
Краснолиманський	112,6	144,9	104,3	116,3	94,5
Мар'їнський	173,3	162,1	169,7	182,6	154,1
Олександрівський	195,6	231,8	170,6	140,2	195,0
Першотравневий	232,6	225,6	289,0	149,7	164,2
Слов'янський	152,8	130,2	118,3	99,6	50,9
Старобешівський	251,5	255,6	214,9	210,5	209,0

Тельманівський	223,1	235,8	246,4	263,5	135,9
Ясинуватський	274,5	242,3	260,2	268,2	270,6

Таблиця 4.4

Робота ліжок патології вагітності у 2003–2007 рр. (днів на рік)

Місцезнаходження ЛПЗ	2003	2004	2005	2006	2007
Донецька область, усього	362,9	344,3	350,5	331,0	341,5
Обласні заклади	364,2	353,2	386,5	319,7	348,1
Міста області, усього	367,9	343,2	340,7	327,1	332,2
Артемівськ	-	464,7	424,7	398,1	400,4
Горлівка	259,9	202,9	205,1	288,5	295,5
Дзержинськ	319,5	319,7	379,2	355,0	358,9
Димитрів	365,6	227,2	293,0	275,6	250,6
Докучаєвськ	331,2	329,5	331,4	337,4	619,8
Донецьк	383,8	337,9	345,4	300,4	295,2
Єнакієве	586,9	511,2	525,7	534,1	379,1
Кіровське	300,1	156,0	178,9	192,5	283,3
Костянтинівка	274,1	394,2	172,3	327,7	255,2
Краматорськ	448,4	362,8	357,9	382,7	336,5
Макіївка	343,2	362,0	319,1	275,7	369,0
Маріуполь	401,5	380,5	380,6	378,5	395,6
Селідове	294,8	300,1	552,8	505,6	421,6
Слов'янськ	374,2	397,8	395,3	398,7	351,7
Сніжне	441,8	309,5	279,4	272,5	303,9
Торез	314,8	278,7	209,8	236,6	244,3
Харцизьк	278,3	307,2	358,2	309,4	202,8
Шахтарськ	462,5	386,0	321,6	322,6	465,2
Райони області, усього	339,1	338,4	338,8	325,0	369,4
Амвросіївський	527,3	684,7	595,0	640,5	401,3
В.-Новоселківський	385,2	277,4	331,9	306,6	207,5
Володарський	219,6	159,9	263,9	218,5	312,4
Волноваський	342,3	289,8	309,5	249,5	298,6
Добропільський	149,4	268,2	243,2	278,9	333,8
Красноармійський	234,1	279,9	305,6	299,0	476,0
Краснолиманський	367,4	328,1	330,6	243,7	291,3
Мар'їнський	399,7	462,6	418,7	476,6	489,1
Олександрівський	316,6	468,0	460,0	428,7	491,7
Першотравневий	130,8	272,4	274,2	213,8	430,0
Слов'янський	394,3	390,9	417,9	655,2	709,0
Старобешівський	339,7	263,2	310,7	427,1	267,3
Тельманівський	390,2	571,4	520,8	523,0	641,0
Ясинуватський	388,6	384,0	338,8	325,0	369,4

ДОКТМО	254,9	274,3	281,6	259,7	309,5
Центр ОхМД	411,7	387,4	432,2	345,8	364,9

Таблиця 4.5

Середні терміни перебування пацієток у пологових відділеннях за 2003–2007 рр.
(ліжко-день)

Місцезнаходження ЛПЗ	2003	2004	2005	2006	2007
Донецька область, усього	9,5	9,6	9,5	8,9	8,7
Обласні заклади	10,2	16,3	14,3	8,9	8,7
Міста області, усього	9,5	8,9	8,8	8,4	8,1
Авдіївка	10,0	8,5	10,0	9,0	6,2
Артемівськ	10,8	10,3	10,0	9,4	8,5
Горлівка	9,5	9,0	8,8	9,8	8,4
Дебальцеве	9,6	8,7	9,8	10,7	11,0
Дзержинськ	8,5	7,2	8,2	6,7	6,9
Димитрів	9,0	9,2	9,0	8,8	10,0
Докучаєвськ	9,1	9,7	9,3	8,9	8,9
Донецьк	10,2	9,4	8,6	7,5	7,0
Дружківка	13,0	11,8	11,9	12,2	12,6
Єнакієве	10,9	11,1	11,8	11,1	10,0
Кіровське	9,6	9,7	9,7	9,8	9,5
Костянтинівка	9,5	3,8	9,1	9,1	7,7
Краматорськ	9,9	7,4	7,9	8,0	7,3
Макіївка	8,9	8,4	8,0	8,1	8,1
Маріуполь	7,8	8,1	8,3	7,6	8,0
Селідове	10,9	11,3	9,8	8,5	8,1
Слов'янськ	8,5	9,6	9,9	9,6	8,8
Сніжне	9,6	8,8	7,7	8,3	8,6
Торез	11,3	9,8	8,6	7,6	7,7
Харцизьк	9,8	10,2	9,0	8,9	9,3
Шахтарськ	7,4	8,5	9,1	9,3	9,1
Райони області, усього	9,6	9,6	9,9	9,8	9,8
Амвросіївський	8,5	10,2	9,9	11,6	9,5
В.-Новоселківський	7,7	2,6	8,2	7,8	9,8
Володарський	11,3	12,3	13,5	13,8	13,7
Волноваський	10,7	10,8	10,7	11,0	11,4
Добропільський	6,3	6,0	5,8	6,0	6,6
Красноармійський	10,4	11,8	11,5	10,6	10,7
Краснолиманський	9,8	10,7	10,7	10,7	10,7
Мар'їнський	8,6	8,7	8,5	8,5	8,5
Олександрівський	11,1	11,4	11,4	10,2	9,8
Першотравневий	10,1	10,5	10,3	10,6	11,4
Слов'янський	11,9	10,9	10,3	9,3	9,7
Старобешівський	11,0	10,7	11,3	12,3	11,3

Тельманівський	11,4	11,1	11,7	12,4	10,0
Ясинуватський	8,8	9,0	9,7	9,3	8,2

Наведені дані вказують на те, що в області спостерігається позитивна тенденція до термінів перебування жінок на пологових ліжках. У цілому по області за п'ять років (2003–2007) терміни перебування жінок на госпітальному ліжку скоротилися з 9,5 дня до 8,7 при середньому по Україні – 6,39.

В обласних ЛПЗ найбільші терміни перебування пацієнток на пологових ліжках зареєстровано у 2007 р. – до 8,7 ліжко-дня. Високі терміни перебування пацієнток в обласних ЛПЗ зумовлені госпіталізацією в них пацієнток з середнім і високим ступенем перинатального ризику.

У ЦРЛ і РЛ терміни перебування жінок на пологових ліжках збільшилися з 9,6 у 2003 р. до 9,8 у 2007 р.

Найбільші терміни перебування жінок на ліжку зафіксовано в містах Кіровському (13,6), Єнакієвому (12,6), а також у Володарському (13,7), Першотравневому і Волноваському (по 11,4) і Старобешівському (11,3 дня) районах.

Найменші терміни перебування жінок на ліжку зареєстровано в містах Авдіївці (6,2), Держинську (6,9), Донецьку (7,0), а також у Добропільському (6,6) районі, де активно впроваджуються партнерські пологи.

Вивчення якості медичної допомоги роділлям і породіллям в умовах пологових стаціонарів включало аналіз і оцінку хірургічних втручань.

Як і в цілому по Україні, в області утримується висока частка родорозрішень шляхом кесаревого розтину при негативній тенденції цього показника в цілому по області – з 12,5% у 2003 р. до 14,5% у 2007 р., при середньому по Україні – 14,2% (рис. 4.1).

Наразі доведено, що збільшення частоти кесарських розтинів понад 100,0 на 1000 пологів є недоцільним і не впливає на рівень материнської та перинатальної смертності.

Інші хірургічні втручання (накладання акушерських щипців, вакуумекстракції, плодоруйнування) використовуються менше ніж в одному відсотку випадків.

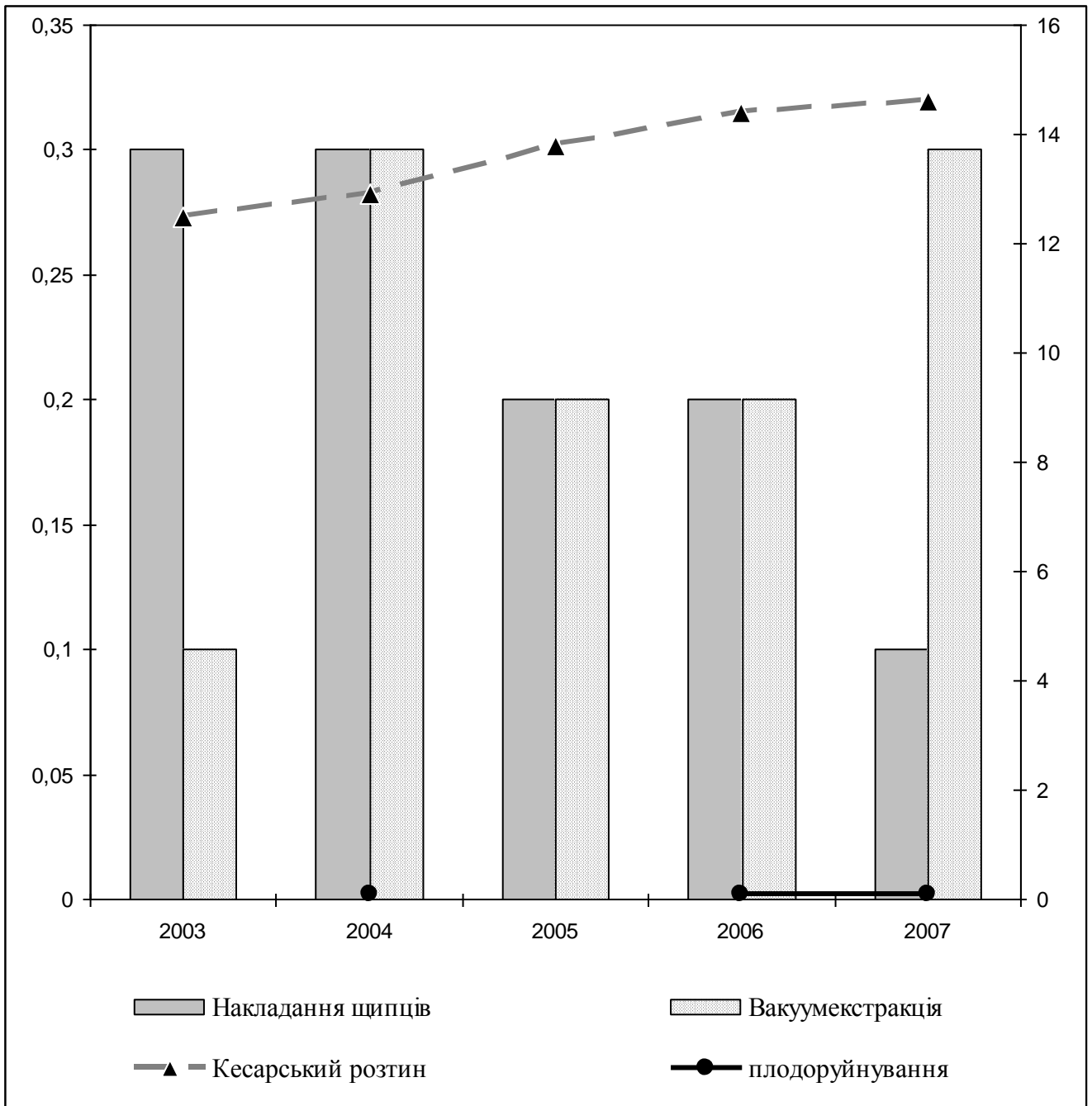


Рис. 4.1. Хірургічна допомога в акушерстві в динаміці 2003–2007 рр. (%)

Підписи у рисунку поставити з великої літери: Плодоруїнування

З отриманих у ході дослідження даних видно, що в ЛПЗ області кесарські розтини використовуються все частіше (додаток В-1). В обласних ЛПЗ питома вага кесарських розтинів зросла з 20,4% у 2003 р. до 26,0% у 2007 р. Це пов'язано зі збільшенням рівня госпіталізації жінок з високим ризиком ускладнених пологів.

У міських ЛПЗ частота їх використання також зросла з 12,2% у 2003 р. до 13,4% у 2007 р. Найчастіше кесарські розтини використовуються в системі

акушерської допомоги в ЛПЗ міст Краматорська (22,7%), Докучаєвська (18,5%), Донецька (14,9%), а також у Красноармійському (15,2%), Велико-Новоселківському (14,9%) і Першотравневому районах (14,6%). Найрідше – у м. Держинську (5,0%), Кіровському (5,9%), Слов'янському (5,4%) і Старобешівському (5,5%) районах.

Ми порівняли отримані в ході дослідження дані щодо частоти випадків родорозрішення шляхом кесарського розтину по Донецькій області із загальноукраїнськими показниками та даними інших країн (2003 р.) [57]: Донецька область – 12,9%; Україна – 12,7%; Естонія – 16,3%; Ісландія – 7,42%; Вірменія – 9,15%; Румунія – 17,7%; Сербія – 9,25%.

Порівняння показало, що у Донецькій області спостерігається найвищий рівень використання кесарських розтинів порівняно з іншими країнами світу та Україною в цілому.

Застосування вакуумекстракції в обласних ЛПЗ протягом п'яти років (2003–2007) збільшилося з 0,1% у 2003 р. до 0,7% у 2007 р. (додаток В-2).

У міських ЛПЗ вакуумекстракція зустрічається в 0,2% випадків. У ЛПЗ 18 із 24 міст вона не використовується, а в ЛПЗ районів її питома вага зросла з 0,1% у 2003 р. до 0,6% у 2007 р.

У ЦРЛ і РЛ у динаміці останніх чотирьох років (2003–2007) накладання щипців не практикувалося (додаток В-3).

У міських лікарнях їх використання скоротилося в 4 рази (з 0,4% у 2003 р. до 0,1% в 2007 р.). У 2007 р. накладання щипців практикувалося на 6 із 24 територій. В обласних ЛПЗ за п'ять років (2003–2007) рівень використання накладання щипців скоротився в 5 разів і становив 0,1%.

Плодорушні операції останніми роками зустрічалися тільки в обласних ЛПЗ, а в 2006 р. – і в ЛПЗ міст. Рівень їх використання становив до 0,4% (додаток В-4).

Проведений нами аналіз якості медичного обслуговування вагітних, роділь і породіль включав вивчення рівня позаматкової вагітності та її закінчення (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Позаматкова вагітність у 2003–2007 рр.

Показник	2003	2004	2005	2006	2007
----------	------	------	------	------	------

Усього жінок, доставлених до стаціонару (абс.)	1290	1153	1128	1120	1088
З них пізніше 24 годин (абс.)	241	227	225	252	229
Процент до всіх доставлених	18,68	19,69	19,95	22,50	21,05
Кількість операцій (абс.)	1290	1153	1127	1120	1088
Хірургічна активність (%)	100,00	100,00	99,91	100,00	100,00
Померло з числа оперованих (абс.)	0	0	3	0	0
Післяопераційна летальність (на 1000 жінок)	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00

Щороку в області реєструється понад 1000 випадків позаматкової вагітності. В динаміці п'яти років її абсолютна кількість знизилася на 202 і склала 1088. При цьому відсоток доставлених до стаціонару пізніше 24 годин з початку клінічних проявів зріс з 18,7% у 2003 р. до 21,1% у 2007 р.

У табл. 4.7 наведено дані про пізню доставку до стаціонару пацієнток з позаматковою вагітністю. Найвищі рівні пізньої доставки даної категорії жінок до стаціонару зареєстровано в містах Макіївці (68,8%), Торезі (68,2%), Новогродівці (66,6%), а також в Олександрівському (100,0%) і Тельманівському (50,0%) районах. Внаслідок позаматкової вагітності в 2005 р. померло 3 жінки. Всі випадки смерті зареєстровано в ЛПЗ районів.

Таблиця 4.7

Пізня доставка жінок з позаматковою вагітністю до стаціонару в 2003–2007 рр. (%)

Місцезнаходження ЛПЗ	2003	2004	2005	2006	2007
Донецька область, усього	18,7	19,7	19,9	22,4	21,0
Обласні заклади	7,8	6,1	4,0	1,5	9,9
Міста області, усього	21,4	23,0	21,5	26,0	25,0
Авдіївка	37,5	42,0	40,0	33,3	25,0
Артемівськ	0,0	36,4	44,4	22,4	31,3
Горлівка	9,9	6,9	3,8	10,3	11,4
Дебальцеве	0,0	40,0	40,0	0,0	33,3
Дзержинськ	0,0	15,0	18,8	52,6	0,0
Димитрів	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Донецьк	20,0	19,0	14,8	30,2	23,9

Дружківка	12,9	12,5	16,7	11,1	5,0
Єнакієве	4,3	26,3	0,0	20,7	15,2
Кіровське	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Костянтинівка	12,0	7,1	25,0	11,1	0,0
Краматорськ	19,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Макіївка	54,3	47,1	50,6	63,2	68,8
Маріуполь	24,8	37,2	34,4	28,6	24,8
Новоградівка	0,0	0,0	0,0	0,0	66,6
Слов'янськ	3,3	0,0	10,8	0,0	0,0
Сніжне	31,3	33,3	11,1	23,1	21,7
Торез	65,0	78,6	63,2	57,1	68,2
Харцизьк	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Шахтарськ	58,3	28,6	56,5	50,0	30,8
Райони області, усього	12,6	11,6	21,5	21,6	9,8
Амвросіївський	0,0	0,0	52,9	33,5	33,3
В.-Новоселківський	16,6	5,9	0,0	76,9	0,0
Володарський	71,4	83,3	23,6	13,4	0,0
Волноваський	16,6	7,7	26,3	13,3	9,1
Добропільський	5,7	10,0	7,1	0,0	0,0
Красноармійський	8,0	6,9	0,0	4,0	6,3
Краснолиманський	20,0	28,6	0,0	0,0	0,0
Мар'їнський	0,0	0,0	5,0	6,7	0,0
Новоазовський	0,0	0,0	57,1	42,9	25,0
Олександрівський	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Першотравневий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Слов'янський	66,6	25,0	53,6	0,0	0,0
Старобешівський	16,7	11,8	16,7	45,5	0,0
Тельманівський	0,0	33,3	0,0	0,0	50,0
Ясинуватський	42,9	25,0	28,6	0,0	0,0

На основі наведеного в розділу можна зробити наступні висновки.

Вивчення ліжкового фонду акушерської служби області показало, що із загальної кількості пологових ліжок (1190) 95 (7,9%) знаходиться в обласних рододопоміжних закладах, 917 (77,0%) – у міських закладах та 178 (15,1%) – у ЛПЗ, які обслуговують жінок, що проживають у сільській місцевості. Дослідженням доведено, що потужність пологових відділень районних ЛПЗ, як правило, є малою, що не дає змоги відповідно до чинної нормативної бази організувати надання цілодобової акушерської допомоги та допомоги роділлям і породіллям з тяжким

перебігом пологів та їх ускладнень. У 50,0% ЛПЗ потужність ліжкового фонду пологових відділень не перевищує 10 ліжок.

Співвідношення між пологовими ліжками та ліжками патології вагітності в області становить 1:0,73. Кількість ліжок патології вагітності міських ЛПЗ коливається від 5 (Шахтарськ, Селідове, Докучаєвськ) до 40 (Краматорськ), а в районних ЛПЗ від 3 (Олександрівський район) до 19 (Старобешівський район).

Дослідженням встановлено, що в пологових відділеннях районних ЛПЗ немає умов для проведення моніторингу за станом здоров'я вагітної, роділлі, породіллі та надання допомоги при ускладненнях перебігу пологів і післяпологового періоду: відсутність необхідної апаратури, операційних, реанімаційних палат.

Дослідженням встановлено, що в міських ЛПЗ пологове ліжко працювало від 142,3 дня на рік (м. Торез) до 339,7 дня (м. Дружківка). У м. Донецьку при наявності 6 пологових відділень потужністю 217 ліжок пологові ліжка використовувались 160,9 дня на рік.

У районних ЛПЗ пологові ліжка працювали від 50,9 дня на рік (Старобешівський район) до 356,3 дня на рік (Краснолиманський район).

У цілому по області ліжка патології вагітності працювали 341,5 дня на рік, у т. ч. в обласних закладах – 348,1 дня. У розрізі різних ЛПЗ ліжка працювало нерівномірно – від 202,8 дня (м. Харцизьк) до 619,8 дня (м. Докучаєвськ).

Дослідженням доведено, що з великим перенавантаженням ліжка патології вагітності використовувались у районних ЛПЗ. Із 14 в 9 (64,3%) ЛПЗ ліжка працювало більше днів, ніж їх є на рік, а в Слов'янському районі – 709,0 дня. В ході дослідження встановлено, що за період 2003–2007 рр. термін перебування жінок на госпітальному ліжку скоротився на 0,8 дня і становив 8,7 дня.

Найдовше жінки перебували на ліжку в містах Кіровському (13,6), Єнакієвому (12,6) та Володарському районі (13,7 дня).

У ході дослідження вивчався рівень застосування хірургічних операцій з метою родорозрішення. Найчастіше використовувався кесарський розтин. Його частота в обласних ЛПЗ за п'ять років збільшилася на 5,6% (з 20,4% у 2003 р. до 26,0% у 2007 р.). Найчастіше кесарський розтин використовувався в ЛПЗ міст Краматорська

(22,7%), Докучаєвська (18,5%) та Красноармійського району (15,2%). Інші операційні втручання зустрічалися рідко і не сягали 1%.

У ході дослідження проаналізовано надання медичної допомоги жінкам з позаматковою вагітністю. В області щорічно реєструвалося понад 1000 випадків цієї патології. Рівень жінок, доставлених до стаціонару пізніше 24 годин з початку клінічних проявів, зріс з 18,7% у 2003 р. до 21,1% у 2007 р., що негативно впливає на результат лікування. У 2005 р. внаслідок позаматкової вагітності померло 3 жінки. Отримані в ході дослідження дані вказують на нерациональність використання ліжок у ЦРЛ та РЛ з кількістю ліжок 15 і менше та неможливість надання в них якісної допомоги, яка відповідає стандартам і клінічним протоколам медичних послуг.

РОЗДІЛ 5

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЯГІВ І ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ПОЛОГОВИХ СТАЦІОНАРІВ РІЗНИХ РІВНІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ ПОРОДІЛЬ ТА ЛІКАРІВ

З метою оцінки обізнаності щодо медичної допомоги та задоволеності нею пацієнтів, а також задоволеності лікарів умовами праці у 2004 р. нами проведено анонімне анкетування 2176 породіль, які перебували в ЦРЛ, РЛ, міських лікарнях (МЛ), ДОКТМО, та 469 лікарів, які там працювали.

5.1. Результати соціологічного дослідження в районних ЛПЗ

Усього дослідженням охоплено 527 жінок у 6 районах області.

ЛПЗ вибиралися з різною потужністю акушерських відділень. За віковою характеристикою жінок, які дали відповіді на запитання анкети, розподілено таким чином (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Вікова характеристика породіль

Вік (років)	Абс.	%
до 18	13	2,5±0,7
18–20	59	11,2±1,4
21–25	241	45,7±2,2
26–30	193	36,6±2,1
31–35	17	3,2±0,8
36 і старші	4	0,8±0,4

Найбільше число респондентів становили жінки віком 21–25 років – 241 (45,7±2,2%), а найменше – у віці 36 років та старші – 4 (0,8±0,4%). Серед респондентів було 13 жінок (2,5±0,7%), які не досягли 18 років.

Характеристику жінок-респондентів за рівнем освіти у сільській місцевості наведено у таблиці 5.2. Найбільша кількість респондентів мала загальну середню освіту – 252 (47,8±2,2%), а найменша – 19 (3,6±0,8%) – незакінчену вищу.

Таблиця 5.2

Характеристика жінок за рівнем освіти

Освіта	Абс.	%
Неповна середня	74	14,0±1,5
Середня загальна	252	47,8±2,2
Спеціальна	159	30,2±2,0
Незакінчена вища	19	3,6±0,8
Вища	23	4,4±0,9

За соціальним статусом опитувані розподілилися таким чином: більшість респондентів тимчасово не працювали – 38,5±2,1%, домогосподарки становили 19,4±1,7%, працювали 22,3±1,8%, навчалися 11,9±1,4%, інші (службовці, приватні підприємці) склали 7,9±1,2% (рис. 5.1).

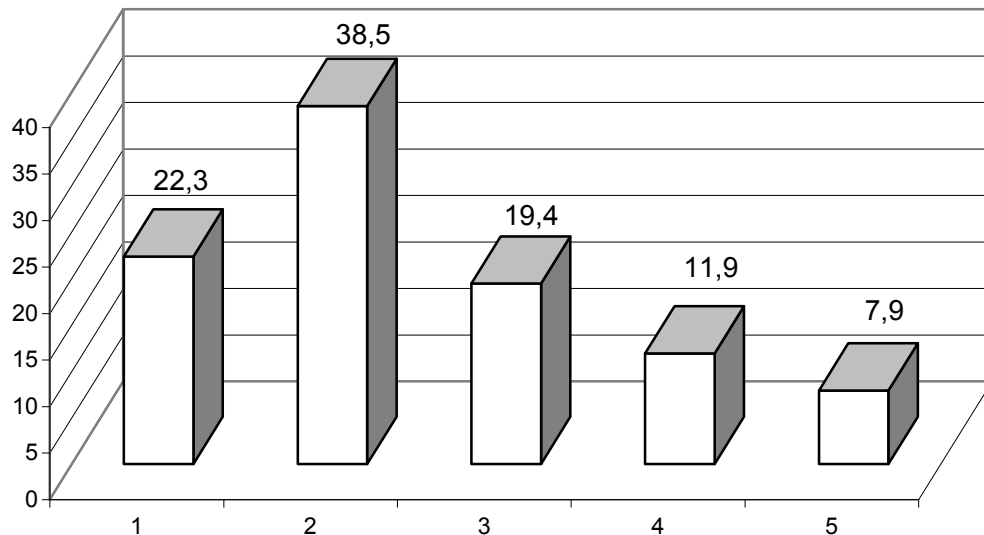


Рис. 5.1. Розподіл породіль за соціальним статусом (%):

1 – працює; 2 – тимчасово не працює; 3 – домогосподарка; 4 – навчається;
5 – інші.

Наглядно віддзеркалюють нинішню демографічну ситуацію в Україні дані щодо кількості дітей у сім'ї (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Розподіл породіль за кількістю дітей у сім'ї та рівнем доходів

Критерій	Показник	Абс.	%
Кількість дітей	одна (перша)	122	23,1±1,8
	двоє	273	51,8±2,2
	троє	98	18,6±1,7
	більше трьох	34	6,5±1,1
Прибуток на 1 члена сім'ї на місяць, грн	до 50	56	10,6±1,3
	51–99	93	17,7±1,7
	100–149	106	20,1±1,7
	150–200	163	30,9±2,0
	понад 200	109	20,7±1,8

Серед респондентів 273 (51,8±2,2%) жінки мають двох дітей, 122 (23,1±1,8%) – народжують першу дитину, 132 (25,0±1,9%) мають трьох і більше дітей.

Дослідженням встановлено, що складне матеріальне становище було майже у кожного другого респондента: 163 (30,9±2,0%) мають прибуток 150–200 грн, 109 (20,7±1,8%) – понад 200 грн, а 56 (10,6±1,3%) – до 50 грн.

Наступним кроком дослідження стало вивчення оцінки жінками можливості одержати необхідне обстеження та лікування в ЛПЗ, де народжували. Даний розділ опитування відповідає вимогам ВООЗ щодо оцінки пацієнтами лікувально-діагностичного процесу (табл. 5.4).

За отриманими даними, лише 54 (10,2±1,3%) жінки зазначили, що надання акушерської допомоги в пологових відділеннях районних ЛПЗ відповідає сучасному рівню. Повністю в ЛПЗ змогли пройти призначені обстеження тільки 137 (26,0±1,9%) породіль, а отримати за рахунок ЛПЗ необхідне лікування (в тому числі під час вагітності) – 31 (5,9±1,0%). Дослідженням встановлено, що в акушерських відділеннях районних ЛПЗ вибрати лікаря акушера-гінеколога за власним бажанням неможливо.

Таблиця 5.4

Можливість одержати необхідне обстеження і лікування
в лікувально-профілактичному закладі, де народжували

Показник	Абс.	%
1. Відповідність обстеження та лікування у відділенні сучасному рівню		
1.1. Так	54	10,2±1,3
1.2. Частково	377	71,5±2,0
1.3. Ні	43	8,2±1,2
1.4. Важко сказати	53	10,1±1,3
2. Можливість пройти в стаціонарі призначені обстеження		
2.1. Так	137	26,0±1,9
2.2. Ні	43	8,2±1,2
2.3. Частково	347	65,8±2,1
3. Можливість отримати необхідне лікування		
3.1. Так	31	5,9±1,0
3.2. Ні	54	10,2±1,3
3.3. Частково	442	83,9±1,6
4. Можливість вибору лікаря за власним бажанням		
4.1. Так		
4.2. Ні	334	63,4±2,1
4.3. Важко сказати	193	36,6±2,1
5. Можливість одержати в лікарні консультації потрібних лікарів-		

спеціалістів		
5.1. Так	217	41,2±2,1
5.2. Ні	216	41,0±2,1
5.3. Важко сказати	94	17,8±1,7
6. Можливість у святкові та вихідні дні одержати термінову лікарську допомогу		
6.1. Так	176	33,4±2,1
6.2. Ні	257	48,8±2,2
6.3. Важко сказати	94	17,8±1,7

Більшість респондентів під час вагітності та пологів не змогли в ЛПЗ за місцем диспансерного нагляду одержати необхідну консультацію у лікаря-спеціаліста за призначенням акушера-гінеколога. Важливим в організаційному плані є те, що 257 (48,8±2,2%) жінок у разі потреби не можуть отримати у святкові та вихідні дні термінову лікарську допомогу. Причиною цього є недостатня кількість лікарів. Далі нами вивчено питання забезпечення жінок у пологових відділеннях лікарськими засобами (табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Оцінка породіллями забезпеченості лікарськими засобами

Критерій	Показник	Абс.	%
Забезпеченість ліками	повністю	31	5,9±1,0
	частково	345	65,5±2,1
	тільки для ургентної допомоги	97	18,4±1,7
	повністю купували за власні кошти	54	10,2±1,3
Доступність цін на ліки	повністю	272	51,6±2,2
	частково	106	20,1±1,7
	недоступні	149	28,3±2,0

Доцільно вирізнити, що в пологових відділеннях ЦРЛ і РЛ жінки практично не отримували безоплатно лікарські засоби – 31 (5,9±1,0%). При цьому 54 (10,2±1,3%) їх повністю купували власним коштом. Для 149 (28,3±2,0%) жінок лікарські засоби не доступні (прибуток до 99 грн), для 106 (20,1±1,7%) – частково доступні (прибуток 100–149 грн).

Важливим розділом соціологічного дослідження для досягнення поставленої мети було вивчення і аналіз задоволеності жінок отриманою медичною допомогою (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Характеристика задоволеності жінок якістю медичної допомоги

Показник	Абс.	%
----------	------	---

Цілком задоволена	77	14,6±1,5
Певною мірою задоволена	261	49,5±2,2
Певною мірою не задоволена	92	17,5±1,7
Важко сказати	56	10,6±1,3
Зовсім не задоволена	41	7,8±1,2

Проведене опитування дало змогу зробити висновок, що більшість породіль цілком або частково задоволені якістю отриманої допомоги – 338 (64,1±2,1%), а 41 (7,8±1,2%) жінка повністю не задоволена. Далі ми аналізували оцінку жінками умов перебування у стаціонарі (рис. 5.2).

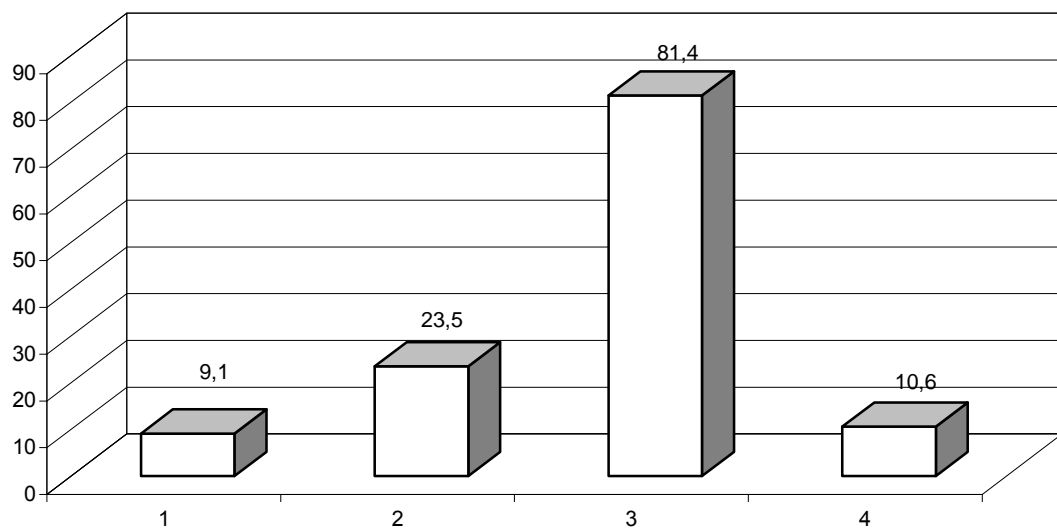


Рис. 5.2. Рівень задоволеності породіль умовами перебування в акушерському стаціонарі (%):

1. – ознайомлення з власними правами; 2 – задоволеність технічним станом; 3 – задоволеність санітарним станом споруд; 4 – задоволеність харчуванням.

За результатами опитування породіль встановлено низький рівень задоволеності технічним станом споруд (23,5±1,8%), що включає в т.ч. водопостачання і опалення, та організацією харчування (10,6±1,3%). Спостерігається вкрай низький рівень (9,1±1,3%) ознайомлення пацієнтів пологових відділень з власними правами. Висока питома вага жінок (81,4±1,7%) задоволена санітарним станом відділень.

Наступним кроком стало проведення соціологічного дослідження серед 48 працюючих лікарів акушерів-гінекологів у районних ЛПЗ. Роздано 48 анкет, отримано 44 заповнені.

Таблиця 5.7

Розподіл лікарів за стажем роботи та кваліфікацією

Показник	Абс.	%
Стаж роботи:		
0–5 років	2	4,5±3,1
6–10 років	4	9,1±4,3
11–15 років	9	20,5±6,1
16–20 років	12	27,3±6,7
21 рік і більше	17	38,6±7,3
Атестаційна категорія:		
Вища	19	43,2±7,5
Перша	15	34,1±7,1
Друга	8	18,2±5,8
Без категорії	2	4,5±3,1

Отримані дані вказують, що в районних ЛПЗ молоді спеціалісти практично не працюють – 2 (4,5±3,1%). Зі стажем понад 21 рік – 17 (38,6±7,3%) лікарів акушерів-гінекологів. Аналіз рівня кваліфікації спеціалістів за загальнодоступним критерієм – атестацією – засвідчив: 19 (43,2±7,5%) атестовано на вищу категорію та 15 (34,1±7,1%) – на першу (табл. 5.7).

Вивчалися такі питання, як рівень задоволеності умовами праці, наявність можливостей для надання медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям, у т.ч. з тяжким перебігом і ускладненнями, можливості підвищувати свій професійний рівень та побажання щодо поліпшення організації медичної акушерсько-гінекологічної допомоги в закладі (табл. 5.8).

Отримані та наведені результати дослідження серед лікарів акушерів-гінекологів районних ЛПЗ вказують на наявність проблем в організації медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям, особливо з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду. До них належать: відсутність медичного транспорту для транспортування жінок у тяжкому стані до ЛПЗ вищого рівня, надання медичної допомоги, недостатня забезпеченість медичним устаткуванням –

36 (81,8±5,8%), ліками – 39 (88,6±4,8%), складнощі з організацією для жінок лікарів-спеціалістів – 33 (75,0±6,5%).

Усі опитані лікарі один раз на п'ять років навчаються на курсах підвищення кваліфікації у вищих навчальних медичних закладах III–IV рівнів акредитації, 17 (38,6±7,3%) – беруть участь у роботі наукових конференцій та 31 (70,5±6,9%) – у семінарах у ЛПЗ.

Серед пропозицій щодо поліпшення надання акушерської медичної допомоги на рівні пологових відділень районних ЛПЗ лікарі вказали (допускалося у відповідях до трьох позицій):

- забезпечити відділення необхідним устаткуванням – 63,6±7,3%;
- забезпечити відділення ліками для надання допомоги відповідно до стандартів – 77,2±6,3%;
- впровадити сучасні технології акушерської допомоги – 43,2±7,5%;
- забезпечити рододопоміжні заклади спеціальним медичним транспортом для перевезення вагітних, роділь і породіль у тяжкому стані – 84,1±5,5%;
- впровадження телемедичних консультацій – 72,7±6,7%;
- підвищити заробітну плату – 70,5±6,9%.

Таблиця 5.8

Задоволеність лікарів умовами праці

Показник	Абс.	%
Задоволеність умовами праці	18	40,9±7,4
Задоволеність моральним кліматом у колективі	34	77,3±6,3
Забезпеченість медичним устаткуванням	8	18,2±5,8
Забезпеченість ліками	5	11,4±4,8
Можливість отримання консультацій для жінок лікарями-спеціалістами	11	25,0±6,5
Можливість отримати консультацію лікаря-спеціаліста по телефону	43	97,7±2,2
Наявність донорської крові у лікарні	21	47,7±7,5
Наявність автотранспорту для скерування жінок на вищий рівень	0	2,2±2,1
Можливість допомоги адміністрації в критичних ситуаціях	39	88,6±4,8

5.2. Аналіз результатів соціологічного дослідження в міських ЛПЗ

Соціологічне дослідження серед породіль і лікарів акушерів-гінекологів міських ЛПЗ проводилося за тим самим методичним забезпеченням, що і серед респондентів районних ЛПЗ.

Усього дослідженням охоплено 1237 породіль. Роздано 1300 анкет, отримано 1259, із них 22 визнано непридатними для статистичної обробки.

Структуру за віком та рівнем освіти породіль із міських ЛПЗ наведено у табл. 5.9.

Таблиця 5.9

Розподіл породіль за віком та рівнем освіти

Показник	Абс.	%
Вік (років):		
До 17	27	2,2±0,4
18–20	231	18,6±1,1
21–25	409	33,1±1,3
26–30	299	24,2±1,2
31–35	177	14,3±1,0
36 і старші	94	7,6±0,8
Освіта:		
Неповна середня	103	8,3±0,8
Середня загальна	383	31,0±1,3
Середня спеціальна	264	21,3±1,2
Незакінчена вища	276	22,3±1,2
Вища	211	17,1±1,1

У міських ЛПЗ порівняно з районними більше респондентів, які мають незакінчену вищу та вищу освіту, – 39,4±1,4%.

Із жінок, які взяли участь у дослідженні, 312 (25,2±1,2%) працюють, 254 (20,5±1,1%) тимчасово не працюють, 231 (18,7±1,1%) домогосподарка, 204 (16,5±1,1%) навчаються та 236 (19,1±1,1%) відноситься до інших категорій (рис. 5.3).

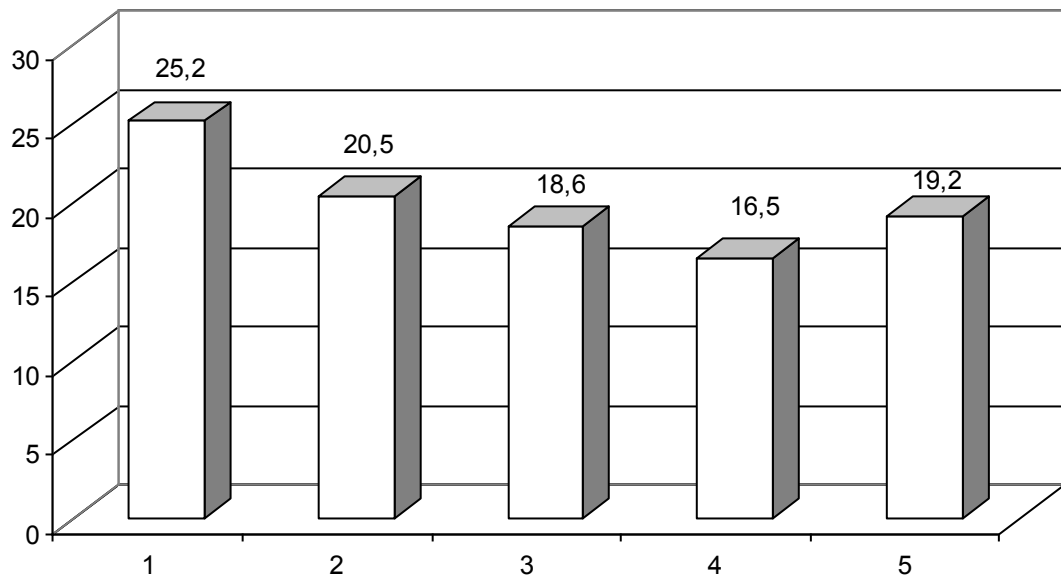


Рис. 5.3. Розподіл породіль за соціальним статусом (%):
1 – працює; 2 – тимчасово не працює; 3 – домогосподарка; 4 – навчається;
5 – інші.

У табл. 5.10 подано характеристику респондентів залежно від кількості дітей у родині та рівня прибутку на 1 члена сім'ї на місяць.

Таблиця 5.10

Розподіл породіль за кількістю дітей у сім'ї та рівнем прибутку

Категорія	Показник	Абс.	%
Кількість дітей	одна (перша)	413	33,4±1,3
	двоє	705	57,0±1,4
	троє	71	5,7±0,7
	більше трьох	48	3,9±0,5
Прибуток на 1 члена сім'ї на місяць, грн	до 50	75	6,1±0,7
	51–99	109	8,8±0,8
	100–149	343	27,7±1,3
	150–200	383	31,0±1,3
	понад 200	327	26,4±1,3

Отримані та порівнювані з попередніми результатами дослідження дані вказують на те, що серед міських породіль на 10,3% більше тих, які вперше

народжують. Серед них на 4,5% менше жінок з прибутком до 50 грн та на 5,7% більше з доходом понад 200 грн на 1 члена сім'ї на місяць.

У ході вивчення серед породіль можливості отримати ними необхідне обстеження та лікування одержано дані, наведені в таблиці 5.11.

Таблиця 5.11

Можливість одержати необхідне обстеження та лікування у лікувально-профілактичних закладах, де народжували

Показник	Абс.	%
1. Відповідність обстеження та лікування у відділенні сучасному рівню		
1.5. Так	231	18,7±1,1
1.6. Частково	531	42,9±1,4
1.7. Ні	317	25,6±1,2
1.8. Важко сказати	158	12,8±0,9
2. Можливість пройти у стаціонарі призначені обстеження		
2.1. Так	229	18,5±1,1
2.2. Ні	174	14,1±1,0
2.3. Частково	834	67,4±1,3
3. Можливість отримати необхідне лікування		
3.1. Так	213	17,2±1,1
3.2. Ні	395	31,9±1,3
3.3. Частково	629	50,9±1,4
4. Можливість вибору лікаря за власним бажанням		
4.1. Так	96	7,8±0,8
4.2. Ні	783	63,3±1,4
4.3. Важко сказати	358	28,9±1,3
5. Можливість одержати в лікарні консультації потрібних лікарів-спеціалістів		
5.1. Так	832	67,3±1,3
5.2. Ні	214	17,3±1,1
5.3. Важко сказати	191	15,4±1,0
6. Можливість у святкові та вихідні дні одержати термінову лікарську допомогу		
6.1. Так	987	79,8±1,1
6.2. Ні	156	12,6±0,9
6.3. Важко сказати	94	7,6±0,8

Для досягнення поставленої мети важливим було вивчення рівня негативної оцінки пацієнтками обстеження і лікування в умовах пологових стаціонарів. Так, 317 (25,6±1,2%) респондентів вказали на невідповідність у пологових відділеннях

лікувально-діагностичного процесу сучасним вимогам, 174 (14,1±1,0%) не змогли пройти необхідні дослідження, 395 (31,9±1,3%) – безкоштовно отримати лікування, 783 (63,3±1,4%) – за власним бажанням вибрати лікаря, 214 (17,3±1,1%) – отримати необхідні консультації та 156 (12,6±0,9%) – отримати допомогу лікаря у святкові дні та вночі. Значна питома вага осіб, які не визначилися з відповіддю, вказує на їх непоінформованість щодо зазначених питань.

Дослідженням виявлено, що тільки 213 (17,2±1,1%) респондентів забезпечені лікарськими засобами за рахунок лікарень, а 197 (15,9±1,0%) купували їх повністю за власний кошт. При цьому для 335 (27,1±1,3%) ліки були частково доступними, а для 184 (14,9±1,0%) – не доступними (табл. 5.12).

Таблиця 5.12

Оцінка породіллями забезпеченості лікарськими засобами

Критерій	Показник	Абс.	%
Забезпеченість ліками	повністю	213	17,2±1,1
	частково	587	47,5±1,4
	тільки для ургентної допомоги	240	19,4±1,1
	повністю купували за власні кошти	197	15,9±1,0
Доступність цін на ліки	доступні	718	58,0±1,4
	частково доступні	335	27,1±1,3
	недоступні	184	14,9±1,0

Далі вивчався рівень задоволеності респондентів якістю медичної допомоги (табл. 5.13).

Таблиця 5.13

Характеристика задоволеності жінок якістю медичної допомоги

Показник	Абс.	%
Цілком задоволена	192	15,5±1,0
Певною мірою задоволена	501	40,5±1,4
Певною мірою не задоволена	243	19,6±1,1
Важко сказати	217	17,6±1,1

Зовсім не задоволена	84	6,8±0,7
----------------------	----	---------

Дослідженням доведено, що тільки 192 (15,5±1,0%) жінок повністю та 501 (40,5±1,4%) певною мірою задоволені якістю медичної допомоги. При цьому 84 (6,8±0,7%) зовсім не задоволені, 217 (17,5±1,1%) не визначилися в своєму рішенні, а 243 (19,6±1,1%) певною мірою нею задоволені.

На рис. 5.4 відображено результати дослідження щодо вивчення рівня задоволеності породіль умовами перебування в акушерському стаціонарі.

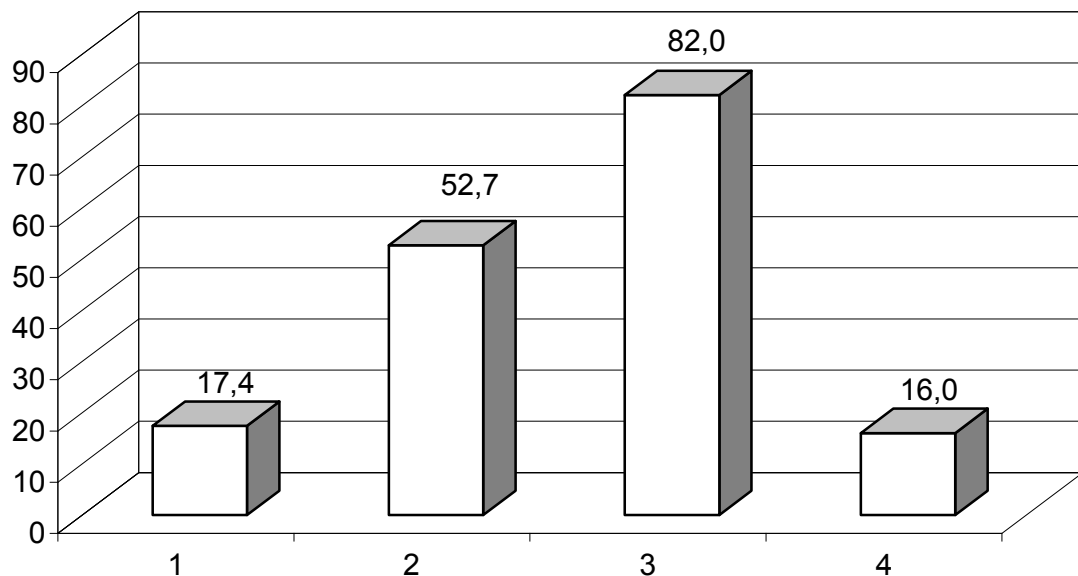


Рис. 5.4. Рівень задоволеності породіль умовами перебування в акушерському стаціонарі (%):

- 1 – ознайомлення з власними правами; 2 – задоволеність технічним станом; 3 – задоволеність санітарним станом споруд; 4 – задоволеність харчуванням.

Результати дослідження свідчать, що санітарним станом задоволені 82,0±1,1%, технічним станом споруд – 52,7±1,4%, ознайомлені з власними правами 17,4±1,1%, а з організацією харчування – 16,0±1,0% опитаних.

Далі, відповідно до програми дослідження, нами проведено соціологічне опитування 384 лікарів акушерів-гінекологів, які працюють у міських ЛПЗ області. Роздано 400 анкет для заповнення, 16 лікарів заповнені анкети не повернули.

З опитаних лікарів найменшу питому вагу становлять особи зі стажем роботи за спеціальністю до 5 років – 39 (10,2±1,5%), а найбільшу – понад 21 рік – 102 (26,6±2,3%). Не атестовані 34 (8,9±1,4%) лікарі, атестовані на вищу категорію 127 (33,1±2,4%). Першу та другу атестаційні категорії мають відповідно 118 (30,7±2,4%) та 105 (27,3±2,3%) респондентів (табл. 5.14).

Таблиця 5.14

Розподіл лікарів за стажем роботи та кваліфікацією

Показник	Абс.	%
Стаж роботи:		
0–5 років	39	10,2±1,5
6–10 років	63	16,4±1,9
11–15 років	91	23,7±2,2
16–20 років	89	23,1±2,2
21 рік і більше	102	26,6±2,3
Атестаційна категорія:		
Вища	127	33,1±2,4
Перша	118	30,7±2,4
Друга	105	27,3±2,3
Не атестовано	34	8,9±1,4

Отримані в ході опитування лікарів результати виявили, що найбільш проблемними для пологових відділень міських ЛПЗ є: відсутність автотранспорту – 325 (84,6±1,8%), забезпеченість ліками – 270 (70,3±2,3%), медичним устаткуванням – 208 (54,2±2,5%) (табл. 5.15).

Усі опитані лікарі один раз на п'ять років навчаються на курсах підвищення кваліфікації у вищих навчальних медичних закладах III–IV рівнів акредитації, 59 (15,4±1,8%) беруть участь у роботі наукових конференцій, 352 (91,7±1,4%) – у семінарах у ЛПЗ.

Таблиця 5.15

Задоволеність лікарів умовами праці

Показник	Абс.	%
Задоволеність умовами праці	203	52,9±2,5
Задоволеність моральним кліматом у колективі	258	67,2±2,4
Забезпеченість медичним устаткуванням	176	45,8±2,5
Забезпеченість ліками	114	29,7±2,3

Можливість отримання консультацій для жінок лікарями-спеціалістами	219	57,0±2,5
Можливість отримати консультацію лікаря-спеціаліста по телефону	351	91,4±1,4
Наявність донорської крові у лікарні	247	64,3±2,4
Наявність автотранспорту для скерування жінок на вищий рівень	59	15,4±1,8
Можливість допомоги адміністрації в критичних ситуаціях	326	84,9±1,8

Серед пропозицій щодо поліпшення надання акушерської медичної допомоги на рівні пологових відділень міських ЛПЗ лікарі зазначили (допускалось до трьох пропозицій):

- забезпечити відділення необхідним устаткуванням – 42,7±2,5%;
- забезпечити відділення ліками для надання допомоги відповідно до стандартів – 97,7±0,8%;
- впровадити сучасні технології акушерської допомоги – 42,2±2,5%;
- запровадити тренінги для лікарів – 97,7±0,8%;
- забезпечити рододопоміжні заклади спеціальним медичним транспортом для перевезення вагітних, роділь і породіль у тяжкому стані – 81,3±2,0%;
- впровадити телемедичні консультації – 73,2±2,3%;
- підвищити заробітну плату – 84,6±1,8%.

5.3. Характеристика результатів соціологічного дослідження на рівні Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання

Соціологічне дослідження проводилося за тією ж анкетною, яка наведена у другому розділі. Соціологічним дослідженням охоплено 412 породіль.

У пологове відділення породіллі надходили з усіх територіально-адміністративних одиниць області. Найбільша кількість опитаних була у віці 26–30

років – 232 (56,3±2,4%), а найменша – у віці до 17 років – 5 (1,2±0,5%), старші 31 року – 17 (4,1±1,0%) (табл. 5.16).

Таблиця 5.16

Розподіл породіль за віком і рівнем освіти

Показник	Абс.	%
Вік (років):		
До 17	5	1,2±0,5
18–20	54	13,1±1,7
21–25	73	17,7±1,9
26–30	232	56,3±2,4
31–35	31	7,6±3,1
36 і старші	17	4,1±1,0
Освіта:		
Неповна середня	42	10,2±1,5
Середня загальна	176	42,7±2,4
Середня спеціальна	44	10,7±1,5
Незакінчена вища	89	21,6±2,0
Вища	61	14,8±1,7

Найбільшу соціальну групу склали жінки, які відносяться до категорії «Інші», – 107 (26,0±2,2%), працюючі – 98 (23,8±2,1%) і домогосподарки – 97 (23,5±2,1%), а найменшу – ті, що тимчасово не працюють, – 69 (16,7±1,8%) і навчаються – 41 (9,9±1,5%) (рис. 5.5).

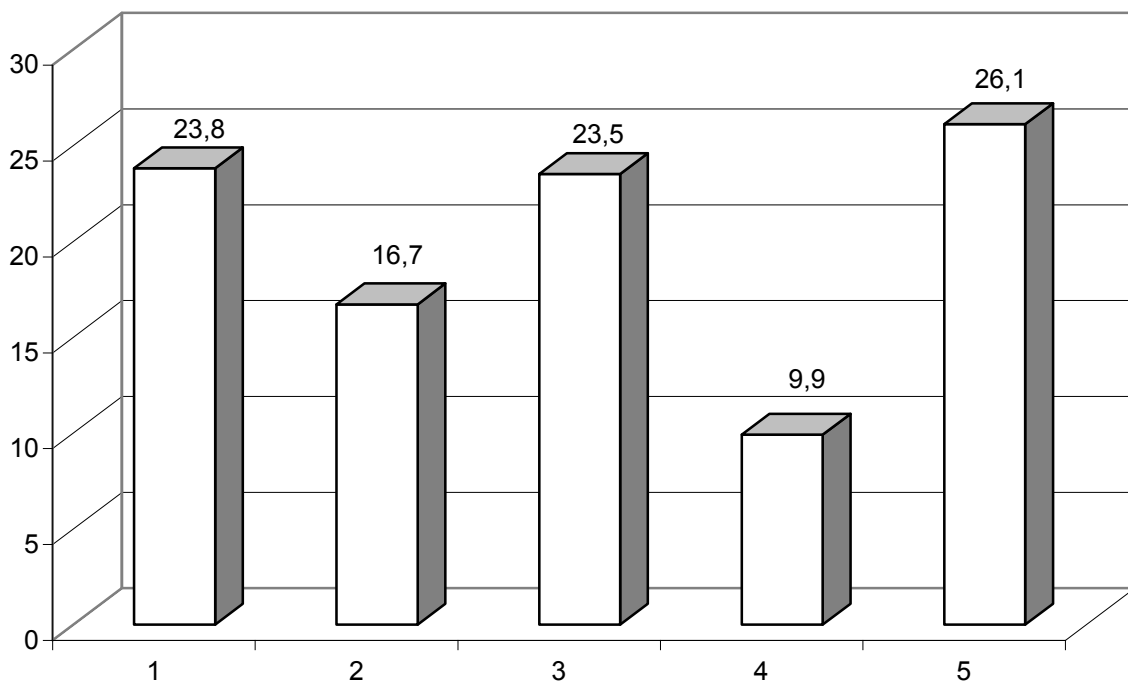


Рис. 5.5. Розподіл породіль за соціальним статусом (%):

1 – працює; 2 – тимчасово не працює; 3 – домогосподарка; 4 – навчається; 5 – інші.

Розподіл респондентів за кількістю дітей у сім'ї та рівнем прибутку наведено в таблиці 5.17.

Отримані дані вказують, що у ДОКТМО достовірно частіше ($p < 0,05$), ніж у пологові відділення ЛПЗ районів і міст, надходять жінки, які народжують вперше 178 ($43,2 \pm 2,4\%$), та значно рідше, які мають низькі (до 50 грн) прибутки 12 ($2,9 \pm 0,8\%$).

Таблиця 5.17

Розподіл респондентів за кількістю дітей у сім'ї та рівнем прибутку

Категорія	Показник	Абс.	%
Кількість дітей	одна (перша)	178	$43,2 \pm 2,4$
	двоє	167	$40,5 \pm 2,4$
	троє	63	$15,3 \pm 1,8$
	більше трьох	4	$1,0 \pm 0,5$
Прибуток на	до 50	12	$2,9 \pm 0,8$

1 члена сім'ї на місяць, грн	51–99	93	22,6±2,1
	100–149	108	26,2±2,2
	150–200	121	29,4±2,2
	понад 200	78	18,9±1,9

Далі вивчалися можливості одержання респондентами необхідної медичної допомоги (табл. 5.18).

При порівнянні даних, отриманих у ході соціологічного дослідження в пологових відділеннях РЛ і МЛ та ДОКТМО, визначено достовірну позитивну оцінку всіх показників у ДОКТМО ($p < 0,05$).

Вивчення рівня забезпечення жінок у пологовому відділенні ДОКТМО лікарськими засобами показало такі результати: 272 (66,0±2,3%) породіллі зазначили, що забезпечені ними повністю, а 140 (34,0 ± 2,3%) – частково.

Таблиця 5.18

Можливість одержати необхідне обстеження та лікування

Показник	Абс.	%
1. Відповідність обстеження та лікування у відділенні сучасному рівню		
1.1. Так	372	90,3±1,5
1.2. Частково	26	6,3±1,2
1.3. Ні	0	0,2±0,2
1.4. Важко сказати	14	3,4±0,9
2. Можливість пройти у стаціонарі призначені обстеження		
2.1. Так	407	98,8±0,05
2.2. Ні	0	0,2±0,2
2.3. Частково	5	1,2±0,5
3. Можливість отримати необхідне лікування		
3.1. Так	318	77,2±2,1
3.2. Ні	0	0,2±0,2
3.3. Частково	94	22,8±2,1
4. Можливість вибору лікаря за власним бажанням		
4.1. Так	7,8	18,9±1,9
4.2. Ні	270	65,5±2,3
4.3. Важко сказати	64	15,6±1,8
5. Можливість одержати в лікарні консультації потрібних лікарів-спеціалістів		
5.1. Так	407	98,8±0,5

5.2. Ні	0	0,2±0,2
5.3. Важко сказати	5	1,2±0,5
6. Можливість у святкові та вихідні дні одержати термінову лікарську допомогу		
6.1. Так	412	100±0,2
6.2. Ні	0	0,2±0,2
6.3. Важко сказати	0	0,2±0,2

У ході соціологічного дослідження вивчався рівень задоволеності жінок якістю отриманої медичної допомоги (табл. 5.19).

Рівень цілковитої задоволеності респондентів із ДОКТМО достовірно вищий ($p < 0,01$) порівняно з пологовими відділеннями РЛ та МЛ і становить $52,4 \pm 2,5\%$. Певною мірою не задоволені і ті, які не визначилися, – 22 ($5,3 \pm 1,1\%$) особи.

Таблиця 5.19

Характеристика задоволеності жінок якістю медичної допомоги

Показник	Абс.	%
Цілком задоволена	216	52,4±2,5
Певною мірою задоволена	174	42,3±2,4
Певною мірою не задоволена	13	3,1±0,9
Важко сказати	9	2,2±0,7
Зовсім не задоволена	0	0,2±0,2

На рис. 5.6 наведено дані про рівень задоволеності пацієнтів умовами перебування в пологовому відділенні ДОКТМО.

Незважаючи на те що отримані показники стосовно задоволеності респондентами ДОКТМО вищі, ніж у РЛ і МЛ, у пологовому відділенні ДОКТМО $69,9 \pm 2,3\%$ жінок не ознайомлені з власними правами, а $66,5 \pm 2,3\%$ не задоволені організацією харчування.

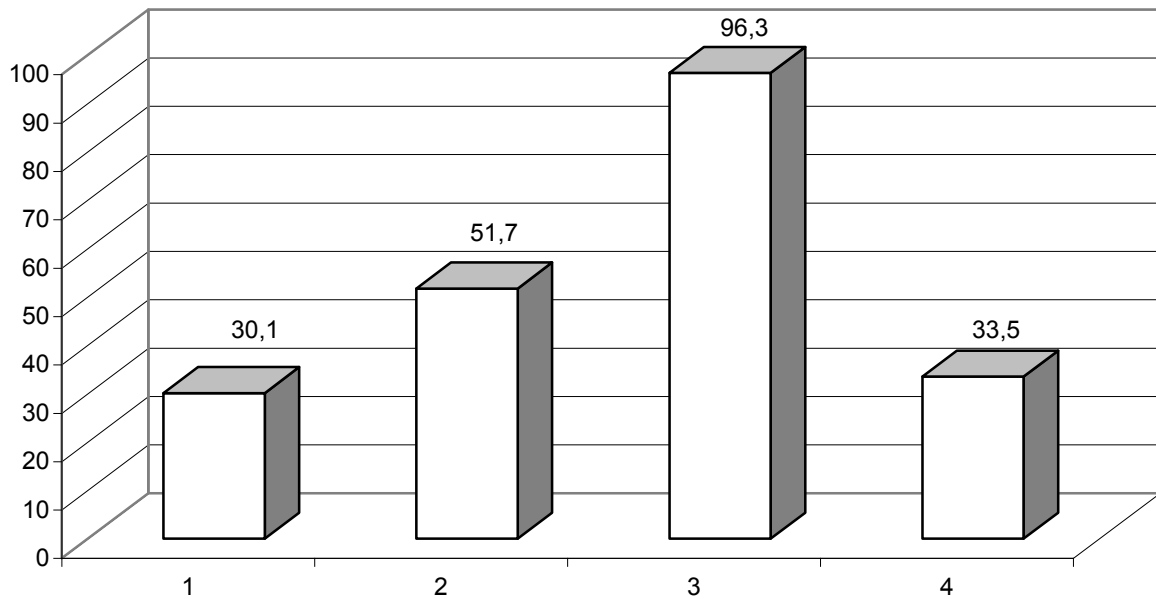


Рис. 5.6 Задоволеність породіль умовами перебування в акушерському стаціонарі ДОКТМО:

1– ознайомлення з власними правами; 2 – задоволеність технічним станом; 3– задоволеність санітарним станом споруд; 4– задоволеність харчуванням.

Наступним кроком було соціологічне дослідження, проведене серед 37 лікарів акушерів-гінекологів (86,0% від їх загальної чисельності). Дані про лікарів-респондентів наведено в табл. 5.20.

Таблица 5.20

Характеристика лікарів за стажем роботи та кваліфікацією

Показник	Абс.	%
Стаж роботи:		
0–5 років	1	2,7±2,7
6–10 років	3	8,1±4,5
11–15 років	5	13,5±5,6
16–20 років	8	21,6±6,8
21 рік і більше	20	54,1±8,2
Атестаційна категорія:		
Вища	24	64,9±7,8
Перша	9	24,3±7,1
Друга	3	8,1±4,5
Без категорії	1	2,7±2,7

Більшість лікарів акушерів-гінекологів, які працюють у ДОКТМО, мають стаж роботи понад 15 років – 28 (75,7±7,1 %), першу і вищу атестаційну категорії – 33 (89,2±5,1%), що вказує на високий рівень їхнього професіоналізму.

У ході дисертаційного дослідження вивчено рівень задоволеності лікарів умовами праці та наявності можливості щодо виконання ними професійних обов'язків.

Результати дослідження засвідчили, що умовами праці задоволені 32 (86,5±5,6%) лікарі, про забезпечення необхідним устаткуванням вказали 34 (91,9±4,5%) опитані, а лікарськими засобами – 29 (78,4±6,8%), усі зазначили про те, що у ДОКТМО жінки мають можливість отримати консультацію лікарів-спеціалістів.

Серед пропозицій щодо підвищення надання акушерської допомоги на рівні області були:

- розподілити в області заклади для надання акушерської допомоги за рівнями залежно від стану здоров'я вагітних, роділь і породіль, відповідно їх оснастити та відпрацювати порядок направлень – 86,5±5,6%;

- на рівні області запровадити систему безперервної підготовки лікарів акушерів-гінекологів до використання сучасних акушерських технологій – 70,3±7,5%;

- запровадити в усіх закладах сучасні акушерські технології – 59,5±8,1%;

- впровадити телемедичні консультації з головним пунктом в акушерсько-гінекологічному центрі ДОКТМО – 81,1±6,4%;

- проводити обов'язкове навчання вагітних критичним симптомам і тактиці дій при появі таких симптомів – 73,0±7,3%;

- підвищення заробітної плати – 100%.

На основі отриманих даних можна зробити наступні висновки.

Відповідно до програми соціологічних досліджень, опитано 527 жінок у 6 районах області, 1237 – у містах, і 412 – із ДОКТМО. Крім того, 44 лікарі акушери-гінекологи, які працюють у районних ЛПЗ, 384 – у міських, 37 – у ДОКТМО.

Серед респондентів, які проживають у сільській місцевості, першу дитину народили $23,1 \pm 1,8\%$ жінок, двох дітей мають $51,8 \pm 2,2\%$, трьох і більше – $25,1 \pm 1,9\%$. За рівнем прибутку на 1 члена сім'ї на місяць опитані розподілились таким чином: до 50 грн – $10,6 \pm 1,3\%$, до 100 грн – $17,7 \pm 1,7\%$, 100–200 грн – $51,0 \pm 2,2\%$, понад 200 грн – $20,7 \pm 1,8\%$. У ході дослідження встановлено, що тільки $10,2 \pm 1,3\%$ вважає, що у пологових відділеннях рівень обстежень і лікування відповідає сучасному, а $8,2 \pm 1,2\%$ – не відповідає. Про можливість пройти в стаціонарі призначене обстеження зазначили $26,0 \pm 1,9\%$ респондентів, необхідне лікування за бюджетні кошти – $5,9 \pm 1,0\%$ опитаних. У святкові та вихідні дні одержали лікарську допомогу $33,4 \pm 2,1\%$ жінок. Вважають доступними призначені ліки $51,6 \pm 2,2\%$. При цьому $10,2 \pm 1,3\%$ купували ліки повністю власним коштом. Про повну задоволеність якістю отриманої медичної допомоги вказало $14,6 \pm 1,5\%$ опитаних, неповною мірою задоволеними залишились $49,5 \pm 2,2\%$; повністю не задоволеними – $7,8 \pm 1,2\%$. Не ознайомлені з власними правами перебування в акушерському стаціонарі $90,9 \pm 1,3\%$, вказали на незадовільний технічний стан споруд $76,5 \pm 1,8\%$, на незадовільне харчування – $89,4 \pm 1,3\%$.

Серед міських респондентів першу дитину народили $33,4 \pm 1,3\%$, двоє дітей мають $56,9 \pm 1,4\%$, трьох і більше – $9,6 \pm 0,8\%$. Міські жінки порівняно із сільськими краще забезпечені матеріально. Так, прибуток на 1 члена сім'ї на місяць до 50 грн мають $6,1 \pm 0,7\%$, а понад 200 грн – $26,4 \pm 1,3\%$.

Серед міських опитаних жінок $18,7 \pm 1,1\%$ вважають, що рівень лікування і досліджень у пологових відділеннях відповідає сучасному. Якщо в районах ЛПЗ жінки не мають права вибору лікаря за власним бажанням, то в міських їх питома вага становила $7,8 \pm 0,8\%$. Пройти необхідні обстеження у стаціонарі мали змогу $18,5 \pm 1,1\%$, а отримати лікарську допомогу у вихідні та святкові дні – $79,8 \pm 1,1\%$. Повністю забезпечені лікарськими засобами у стаціонарі $17,2 \pm 1,1\%$, а $15,9 \pm 1,0\%$ купували лікарські засоби власним коштом. При цьому $14,9 \pm 1,0\%$ вважали ціни на лікарські засоби недоступними. Серед жінок, які народжували в міських ЛПЗ, цілком задоволені якістю медичної допомоги $15,5 \pm 1,0\%$, а певною мірою задоволені – $40,5 \pm 1,4\%$, зовсім не задоволені – $6,8 \pm 0,7\%$. У міських ЛПЗ ознайомлені з

власними правами $17,4 \pm 1,1\%$, задоволені технічним станом споруд $52,7 \pm 1,4\%$, харчуванням – $16,0 \pm 1,0\%$.

Як у сільських закладах ($81,4 \pm 1,7\%$), так і в міських ($82,0 \pm 1,1\%$) жінки найбільше задоволені санітарним станом пологових відділень.

Серед опитаних у ДОКТМО жінок першу дитину народжували $43,2 \pm 2,4\%$, двох дітей мають $40,5 \pm 2,4\%$, трьох та більше – $16,3 \pm 1,8\%$. За рівнем прибутку на 1 члена сім'ї на місяць жінки, що народжували в ДОКТМО, порівняно з породіллями у районних і міських ЛПЗ, достовірно ($p < 0,05$) мають вищий рівень прибутків: $48,3 \pm 2,5\%$ – понад 150 грн. $90,3 \pm 1,5\%$ опитаних вважають, що у пологовому відділенні обстеження і лікування відповідає сучасному рівню. $98,8 \pm 0,5\%$ мали змогу пройти призначене обстеження в стаціонарі, всі жінки могли отримати лікарську допомогу у святкові та вихідні дні. Вивчення рівня забезпечення жінок у пологовому відділенні ДОКТМО лікарськими засобами показало, що $66,0 \pm 2,3\%$ з них отримали їх повністю за рахунок бюджетних коштів, а $34,0 \pm 2,3\%$ – частково.

Цілком задоволеними якістю медичної допомоги залишились $52,4 \pm 2,5\%$, а певною мірою – $42,3 \pm 2,4\%$. Зовсім не задоволених якістю медичної допомоги в ході дослідження не виявлено.

Незважаючи на те що отримані показники стосовно задоволеності респондентів ДОКТМО вищі порівняно з районними і міськими ЛПЗ, у пологовому відділенні ДОКТМО $69,9 \pm 2,3\%$ жінок не ознайомлені з власними правами, $66,5 \pm 2,3\%$ із опитаних не задоволені організацією харчування.

Результати соціологічного дослідження серед лікарів акушерів-гінекологів, які працюють у районних ЛПЗ, показали, що в районних пологових відділеннях спостерігається незначна кількість молодих спеціалістів ($4,5 \pm 3,1\%$). Більшість лікарів ($65,9 \pm 7,1\%$) мають стаж роботи понад 15 років. Відповідно атестовані на вищу та першу категорію $77,3 \pm 6,3\%$. Серед опитаних лікарів РЛ задоволені умовами праці $40,9 \pm 7,4\%$, забезпеченістю медичним обладнанням – $18,2 \pm 5,8\%$, ліками – $11,4 \pm 4,8\%$. Усі опитані лікарі вказали на відсутність спеціалізованого автотранспорту для направлення жінок на вищі рівні надання медичної допомоги. Лікарі один раз на п'ять років навчаються на курсах підвищення кваліфікації у

вищих навчальних медичних закладах, $38,6\pm 7,3\%$ беруть участь у роботі наукових конференцій, $70,5\pm 6,9\%$ – у семінарах на рівні ЛПЗ.

Лікарі районних ЛПЗ з метою поліпшення організації медичної допомоги вагітним, роділлям та породіллям запропонували забезпечити відділення необхідним обладнанням – $63,6\pm 7,3\%$; ліками відповідно до клінічних протоколів – $77,2\pm 6,3\%$; спеціалізованим автотранспортом – $84,1\pm 5,5\%$; впровадити телемедичні консультації – $72,7\pm 6,7\%$.

Опитування лікарів, які працюють у міських ЛПЗ, показало, що найзначущішими проблемами для пологових відділень міських ЛПЗ є відсутність спеціалізованого автотранспорту – $84,6\pm 1,8\%$, забезпеченість ліками – $70,3\pm 2,3\%$, медичним обладнанням – $54,2\pm 2,5\%$ та можливістю брати участь у наукових конференціях – $84,6\pm 1,8\%$. На думку лікарів-гінекологів, які працюють у міських ЛПЗ, підвищити якість медичної допомоги можна завдяки забезпеченню відділення необхідним обладнанням – $42,7\pm 2,5\%$ і засобами медичного призначення – $97,7\pm 0,8\%$; запровадженню тренінгів для лікарів – $97,7\pm 0,8\%$, забезпеченню закладів спеціальним медичним транспортом – $81,3\pm 2,0\%$ і впровадженню сучасних акушерських технологій – $42,2\pm 2,5\%$. За впровадження телемедичних консультацій позитивно висловилося $73,2\pm 2,3\%$ респондентів.

При проведенні соціологічного дослідження серед акушерів-гінекологів, які працюють у ДОКТМО, встановлено, що вони задоволені: умовами праці – $86,5\pm 5,6\%$, забезпеченістю необхідним устаткуванням – $91,9\pm 4,5\%$, лікарськими засобами – $78,4\pm 6,8\%$.

Усі опитані акушери-гінекологи ДОКТМО висловились за підвищення заробітної плати; серед лікарів у міських ЛПЗ за підвищення заробітної плати висловилося $84,6\pm 1,8\%$ опитаних, а в районних – $70,5\pm 6,9\%$.

Серед пропозицій, які висловили лікарі ДОКТМО, з метою підвищення якості та ефективності акушерської допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду, слід відмітити проведення структурної реорганізації служби за рівнем надання медичної допомоги – $86,5\pm 5,6\%$. За впровадження системи безперервної підготовки акушерів-гінекологів до застосування сучасних акушерських технологій висловилися $70,3\pm 7,5\%$, обов'язкове навчання вагітних з критичними симптомами під час вагітності – $73,0\pm 7,3\%$ і впровадження телемедичних консультацій – $81,1\pm 1,4\%$. Отримані в ході соціологічного дослідження результати стали підґрунтям (поряд з даними,

наведеними у попередніх розділах) для розробки функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду на рівні промислового регіону.

РОЗДІЛ 6

ОБЛАСНА АВТОМАТИЗОВАНА СИСТЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ, РОДІЛЛЯМ ТА ПОРОДІЛЛЯМ

Відповідно до Указу Президента України від 06.12.2005 р. №1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення” стосовно пріоритетності серед інших заходів з розбудови національної системи охорони здоров’я, інформатизації галузі з метою підвищення якості та ефективності медичної допомоги вагітним розроблено автоматизовану систему управління (АСУ) кваліфікованої, планової та ургентної медичної допомоги.

Основним завданням АСУ є забезпечення лікарів на всіх рівнях надання медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям повною інформацією про: перебіг вагітності; дані щодо акушерського анамнезу; результати попереднього лікування і обстеження в короткий термін та науково-доказові дані щодо тактики ведення вагітної, роділлі, породіллі при тяжкому стані.

Загальним призначенням АСУ стало:

1. Забезпечення інформаційного процесу прийняття рішень з метою поліпшення якості лікувально-діагностичного процесу, розробки профілактичних заходів, удосконалення системи акушерської допомоги.
2. Зменшення статистичної звітності.
3. Забезпечення раціонального використання ресурсів системи.
4. Надійність інформації та забезпечення діяльності аналітичних систем, здатних прогнозувати майбутні проблеми та шляхи їх вирішення.

Визначено загальний порядок функціонування системи. Він полягає у такому:

1. Збір і накопичення інформації в ЖК та від сімейних лікарів, відділень патології вагітності.

2. Передача інформації в межах корпоративної єдиної мережі (Інтернет), в окремих випадках на магнітних носіях, дискетах.
3. Узагальнення та накопичення інформації.
4. Аналіз, висновки, визначення проблеми, розробка адекватних управлінських рішень.
5. Подача інформації користувачам та в органи державної статистики.

З метою забезпечення функціонування системи визначено обсяг первинної інформації. Вона складається з таких даних:

1. Про вагітну жінку: вік, освіта, робота, місце проживання, сімейний стан, акушерський анамнез.
2. Стан соматичного і репродуктивного здоров'я.
3. Дані про останню вагітність, перебіг вагітності. Результати лабораторних та інструментальних досліджень, консультацій спеціалістів.
4. Дані про стаціонарне лікування: місце, термін, діагноз, перелік лікарських засобів і результат.
5. Інші відомості, що стосуються вагітності.

У додатку Г-1 наведено розроблену форму персоніфікованої карти вагітної. Далі наводимо розроблену АСУ медичного забезпечення вагітних на регіональному рівні.

6.1. Характеристика автоматизованої системи медичного забезпечення вагітних

Корпоративна медично-інформаційна система медичного забезпечення вагітних області складається з телекомунікаційних каналів зв'язку (у мережі Інтернет), інформаційно-аналітичних комп'ютерних центрів різних рівнів (перинатальні центри та обласні заклади охорони здоров'я і виїздного центру планової та екстренної акушерської медичної допомоги), баз даних і локальних комп'ютерних мереж. До певного часу ці елементи формувались умовно самостійно. Стрімкий прогрес до розвитку телекомунікаційних комп'ютерних технологій у мережі Інтернет зробив можливою і актуальною інтеграцію цих елементів у єдину інфраструктуру.

АСУ є відкрито-закритою. Закритою є конфіденційна інформація. Її захист забезпечується за допомогою розробленої методики (додатки Г-2 та Г-3). Розроблено методики захисту персоніфікованих даних і форму довідки про присвоєння шифру та коду до персоніфікованої інформації АСУ акушерської служби на рівні області. Інформація про діяльність системи та загальні статистичні дані є відкритими. Забезпечення внутрішнього та зовнішнього захисту проводиться за рахунок спеціально розробленої системи кодування.

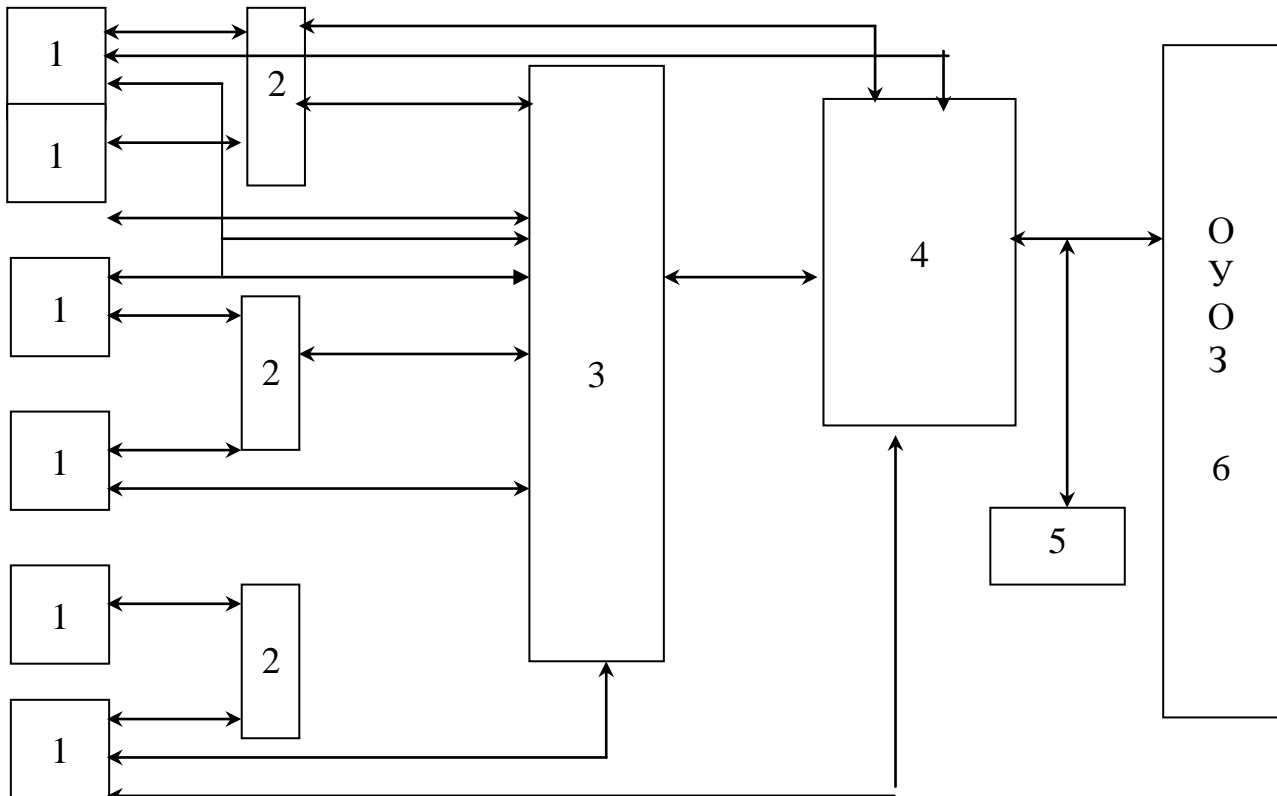


Рис. 6.1. Схема комп'ютерної мережі автоматизованої системи медичного забезпечення вагітних на рівні області:

1. – автоматизоване робоче місце (АРМ) сімейного лікаря;
2. – модулі ЖК, денних стаціонарів (ДС);
3. – модулі стаціонарних акушерсько-гінекологічних відділень ЛПЗ другого рівня надання медичної допомоги;
4. – модулі обласних ЛПЗ;
5. – модуль виїзного обласного спеціалізованого центру екстреної та планової акушерської допомоги (ВОСЦЕПАД);
6. – обласне управління охорони здоров'я (УОЗ).

Комп'ютерна мережа будується таким чином, що необхідну інформацію про вагітну можна одержати з її дозволу на кожному рівні надання медичної допомоги в регіоні, а зведену інформацію для прийняття управлінських рішень отримує адміністрація із головного терміналу, через який і має зворотний зв'язок із закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) (рис. 6.1).

У даній АСУ всі учасники виступають як джерелами інформації, так і її споживачами. На рівні регіону АСУ складається із модулів та основного терміналу.

У рамках інфраструктури АСУ створюються інформаційні потоки таких видів інформації: нормативно-правової, директивної, наукової та передового досвіду, в т.ч. науково-доказової медицини (бібліотека ВООЗ та бібліотека Кохрейна); інформації із власних джерел, у т.ч. статистичної.

На рис. 6.2 наведено взаємодію потоків інформації в системі організації медичної допомоги вагітним на обласному рівні.

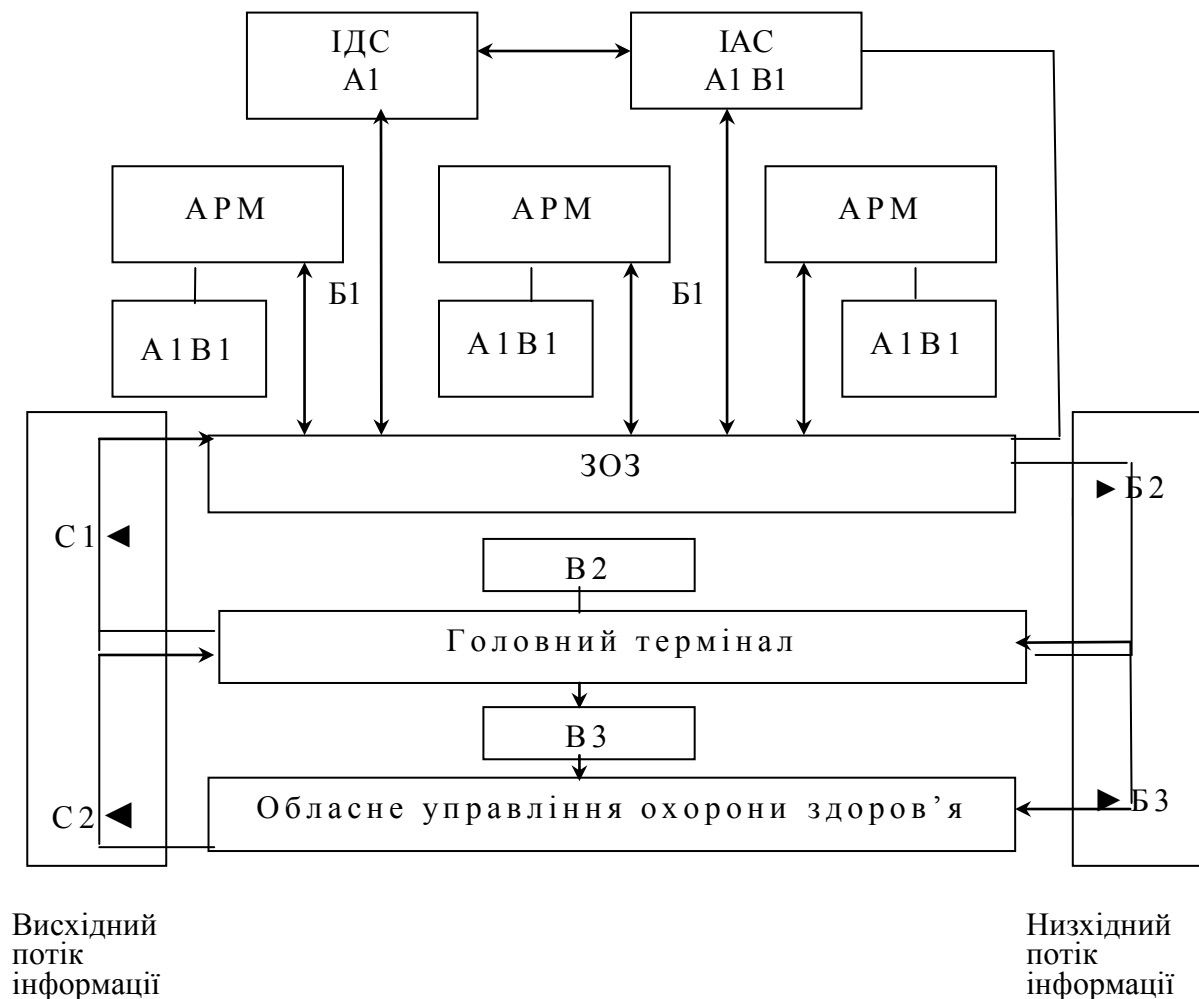


Рис. 6.2. Функціональна система взаємодії потоків інформації:

А1 – первинна інформація з кожного автоматизованого робочого місця;

- Б1 – інформація з підключених до системи ЗОЗ у затверджених обсягах і термінах;
- Б2 – статистична інформація про діяльність ЗОЗ щодо питань надання акушерської допомоги населенню;
- Б3 – аналітична інформація про діяльність акушерської служби в цілому та по кожному ЗОЗ і мінімальній структурній одиниці (лікар-спеціаліст);
- С1 – управлінське рішення щодо поліпшення лікувально-діагностичного процесу та ефективності використання матеріально-технічної, фінансових і кадрових ресурсів на рівні конкретного ЗОЗ;
- С2 – управлінське рішення на обласному рівні;
- В1 – порівняльна інформація про діяльність на рівні АРМ до і після впровадження управлінського рішення (ефективність на рівні лікаря);
- В2 – порівняння інформації до і після прийняття заходів щодо вдосконалення лікувально-діагностичного процесу на рівні ЗОЗ;
- В3 – порівняння інформації до і після прийняття та виконання управлінського рішення щодо діяльності системи в цілому;
- ІДС – інформаційно-довідкова система;
- ІАС – інформаційно-аналітична система.

Структурно-функціональну взаємодію елементів у процесі управління акушерською медичною допомогою на рівні області подано на рис. 6.3.

У межах структурно-функціональної взаємодії елементів в управлінні акушерською службою області АСУ виконує такі завдання:

–Збір інформації, проведення первинного аналізу отриманих даних (первинний статистичний аналіз).

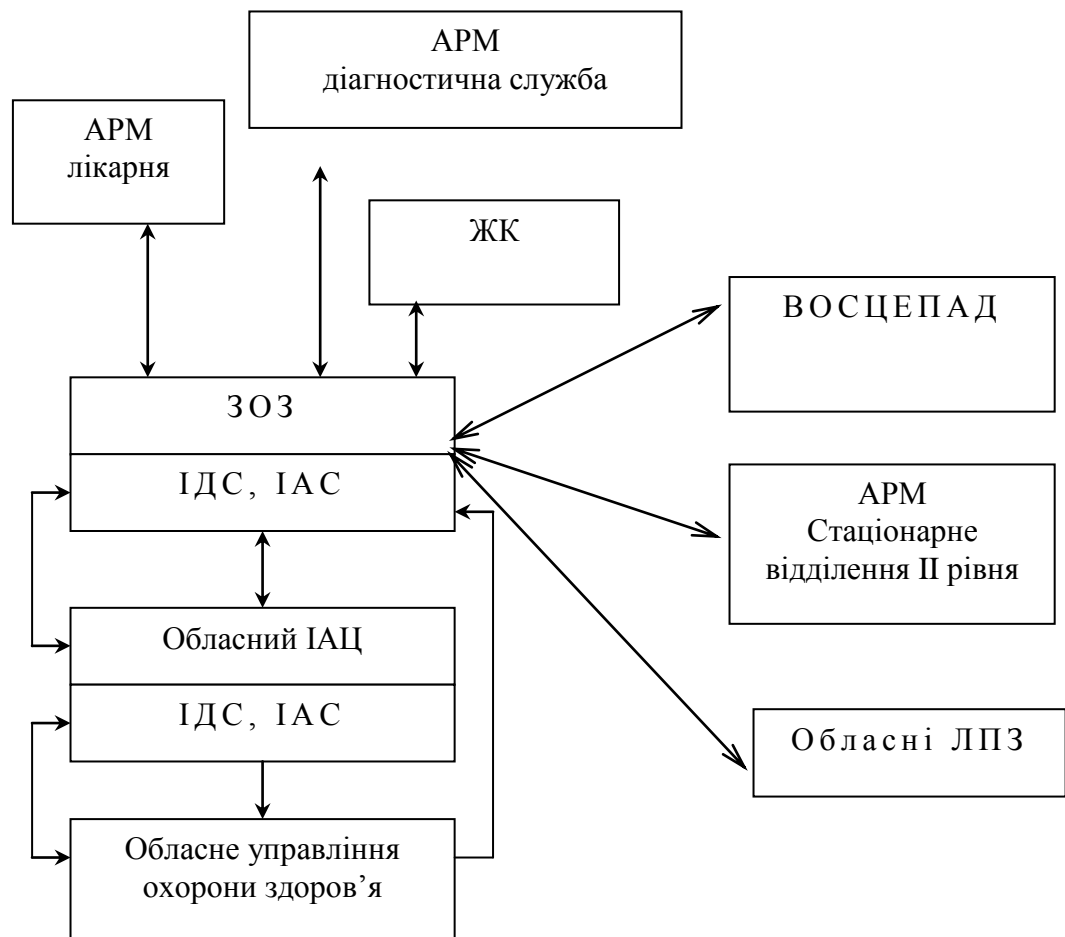


Рис. 6.3. Структурно-функціональна взаємодія елементів в управлінні акушерською допомогою на рівні області

- Отримання узагальненої інформації в електронній версії і зручній для подальшого аналізу формі.
- Подання лікарям у разі потреби персоналізованої інформації про вагітну, роділлю, породіллю (за її згодою).
- Проведення інформаційно-аналітичної обробки одержаних результатів і порівняння з існуючими стандартами та завданнями функціонування системи, виявлення відхилень і подача інформації для прийняття управлінських рішень.
- Доведення управлінських рішень до відома виконавців і контроль за їх виконанням.

Основними довідниками, необхідними для функціонування системи, є МКХ-10; галузеві уніфіковані стандарти надання стаціонарної медичної допомоги: довідник медичних процедур і довідник діагностичних процедур; відомості про ЗОЗ та

медичний персонал, який надає медичну допомогу вагітним; довідник лікарських препаратів; довідник визначення якості амбулаторного нагляду; довідник обґрунтованості госпіталізації та термінів перебування в стаціонарі.

Крім того, використовуються персоніфіковані довідники акушерського анамнезу та перебігу вагітності.

В автоматизованому режимі на основі введених даних за допомогою вищевказаних довідників формуються дані про діяльність акушерської служби області:

- по конкретній вагітній, роділлі, породіллі;
- по роботі конкретного лікаря;
- по роботі конкретного підрозділу;
- по конкретному ЗОЗ;
- по всій системі.

Другим головним завданням терміналу є забезпечення апарату управління оперативною інформацією, необхідною для прийняття оперативних рішень, планування та контролю виконання прийнятих рішень, проведення моніторингу виконання цільових програм з поліпшення акушерської допомоги на рівні області.

Враховуючи простоту системи, з нею можуть працювати не тільки оператори, але й лікарі та медичні працівники після відповідного інструктажу.

В інформаційному забезпеченні системи акушерської медичної допомоги на рівні області основними етапами технології управління є:

1. Інформаційний збір і накопичення інформації. Цей етап включає збір та обробку інформації про систему і результати діяльності, в т.ч. персоніфіковану інформацію по кожній вагітній жінці.

2. Аналіз інформації і обробка інформаційних баз, виявлення проблем, визначення базових станів за допомогою експертно-аналітичної АСУ. На ранньому етапі проводиться визначення обраних напрямків роботи, потенціалу існуючої структури медичної допомоги і її відповідність поставленим завданням. Визначення витрат, необхідних для функціонування системи, виявлення відхилень від заданого

стандарту за всіма напрямками інформаційної бази (ЗОЗ, медпрацівники, вагітні, показники роботи), виявлення ризику виконання поставлених завдань. Аналіз інтегрованих показників якості медичної допомоги. Створення бази персоніфікованих лікарських помилок за їх класифікатором і рівнем тяжкості заподіяної шкоди здоров'ю вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим. Аналіз взаємодії сил, які стимулюють і перешкоджають досягненню поставленої мети.

3. Вироблення рішень. На даному етапі проводиться оцінка даних напрямків забезпечення якісної та ефективної роботи системи. Формулюються причинно-наслідкові зв'язки, економічне обґрунтування рішень і, в кінцевому результаті, встановлення цілей та завдань, рішень, що приймаються.

4. Прийняття рішень. Цей етап характеризується визначенням сил, засобів, ресурсів, а також довготривалим і короткочасним плануванням виконання прийнятих рішень.

5. Реалізація і контроль за виконанням рішень. На цьому етапі виконуються заплановані заходи та оцінюється їх ефективність.

Втілення в практичну діяльність управління акушерською службою медичної допомоги на рівні області інформаційного забезпечення потребує запровадження автоматизованих експертно-аналітичних систем і формування єдиного медичного та інформаційного простору.

Система направлена на допомогу органам управління скерувати діяльність системи акушерської допомоги в області на задоволення потреб населення щодо якісної, доступної та безпечної медичної допомоги; забезпечити контроль за результатами діяльності; сприяти координації всіх зацікавлених сторін у питаннях забезпечення достатнього рівня здоров'я вагітних, роділь, породіль і новонароджених, а лікарям – у прийнятті вірних рішень щодо тактики надання медичної допомоги вагітним, роділлям та породіллям з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Для забезпечення діяльності АСУ розроблено її технічне забезпечення від рівня АРМ лікаря до рівня АРМ термінал-центру (додаток Г-4).

6.2. Концептуальні підходи до організації телемедичних консультацій в акушерстві

Основною метою організації телемедичного консультування в акушерстві є надання якісної медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, особливо з тяжким перебігом і ускладненнями на місці їх перебування. Завданням телемедичної допомоги є:

1. Дистанційна підтримка при оцінці стану вагітної, роділлі, породіллі та прийняття клінічних рішень щодо тактики подальшого їх ведення.
2. Дистанційний супровід лікувально-діагностичного процесу і проведення заходів щодо інтенсивної та невідкладної терапії.
3. Скорочення часу від початку ускладнення до надання спеціалізованої та кваліфікованої допомоги.
4. Зниження кількості транспортувань і витрат на обслуговування жінок кваліфікованими спеціалістами за місцем їх перебування.

У результаті впровадження телемедичного консультування очікуються такі поліпшення у системі охорони здоров'я:

а) економічний ефект: суттєве зменшення витрат на відрядження спеціалістів для надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду з метою надання експертної та консультативної підтримки лікарем акушером-гінекологом та проведення реанімаційних заходів;

б) технічний ефект: впровадження і використання високотехнологічного комп'ютерного обладнання та засобів телекомунікацій з метою реалізації поставлених завдань, особливо в умовах кризи;

в) соціальний ефект: розробка інноваційної системи дистанційного консультування забезпечить підвищення якості медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, особливо з тяжким перебігом, що дасть змогу знизити рівень материнської та перинатальної смертності; налагодження оперативного зворотного зв'язку з метою моніторингу ситуації в пологових відділеннях області.

Система телеконсультування в акушерській службі організовується на загальних принципах функціонування телемедичної мережі.

У додатку Г-5 наведено основні питання щодо побудови системи відеозв'язку в акушерській службі на рівні промислового регіону.

У додатку Г-6 наведено розраховану нами потребу в технічному рішенні створення системи телемедичного консультування на 28 абонентів з центральним консультативним центром на базі акушерського центру ДОКТМО. Ми виходили з того, що в запропонованій нами функціонально-організаційній моделі надання акушерської допомоги на рівні Донецької області має функціонувати 28 міжрайонних і міських пологових відділень.

Загальна вартість обґрунтованого технічного рішення впровадження телемедичної системи в акушерській службі на рівні області становить 5 620 000 грн.

Висновки за розділом

Відповідно до чинного законодавства розроблено обласну АС забезпечення медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям на рівні області. Загальним призначенням системи стали: забезпечення інформаційного процесу прийняття рішень з метою поліпшення якості лікувально-діагностичного процесу; розробка профілактичних заходів і удосконалення системи акушерської допомоги. Визначено порядок функціонування системи та обсяг первинної інформації. Розроблено методичку захисту персоналізованих даних.

В автоматизованому режимі на основі введених даних за допомогою довідників бази даних формуються показники про діяльність акушерської служби області, які використовуються для прийняття управлінських рішень: по конкретній вагітній, роділлі та породіллі; по роботі конкретного лікаря; по роботі конкретного підрозділу; по всій системі.

Враховуючи простоту системи, з нею можуть працювати медичні працівники після відповідного інструктажу.

Для забезпечення діяльності системи розроблено її технічне забезпечення від АРМ лікаря до АРМ термінал-центру, яке наведено у розділі.

Розроблено концептуальні підходи до організації телемедичних консультацій в акушерстві та визначено їх завдання. За результатами впровадження телемедичних консультацій очікується економічний, технічний та соціальний ефекти. Розроблено і наведено в розділі необхідне технічне забезпечення телеконсультувань в акушерській службі області. Вперше розраховано потребу у фінансовому забезпеченні, встановленні даного технічного забезпечення в міжрайонних і міських пологових відділеннях області. Необхідні видатки становлять 5 620 000 грн.

РОЗДІЛ 7

РОЗРОБКА, ОБГРУНТУВАННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З УСКЛАДНЕННЯМ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ І ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Надання медичної допомоги жінкам, у яких відмічається ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду, є складним процесом. Розробка і впровадження нових організаційних та оптимізація існуючих форм надання медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям суттєво змінює функцію та структуру наявної системи спеціалізованої медичної допомоги жінкам, що доведено в попередніх розділах. Нами оптимізовано існуючу модель акушерської медичної допомоги на рівні промислової області.

7.1. Характеристика оптимізації функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів і післяпологового періоду

В обгрунтованій функціонально-організаційній моделі оптимізації надання акушерської медичної допомоги основною метою, в рамках виконання дисертаційної роботи, визначено забезпечення своєчасної, кваліфікованої та ефективної медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду (рис. 7.1).

Реалізація генеральної мети потребувала теоретичного обгрунтування та оптимізації системи акушерської допомоги на рівні промислового регіону, яка відповідає сучасним умовам і потребам організації акушерської допомоги. Ми виходили з того, що система медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям спирається на існуючу законодавчо-нормативну базу, яка сформована відповідними законними та підзаконними актами (рис. 7.2).

При цьому ми вносили свої пропозиції до проекту наказу МОЗ України від 29.12.2003 р. №620 “Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” на етапі його розробки щодо

рівнів надання акушерської медичної допомоги та порядку направлення жінок на вищі рівні надання медичної допомоги (додатки Д-1, Д-2).

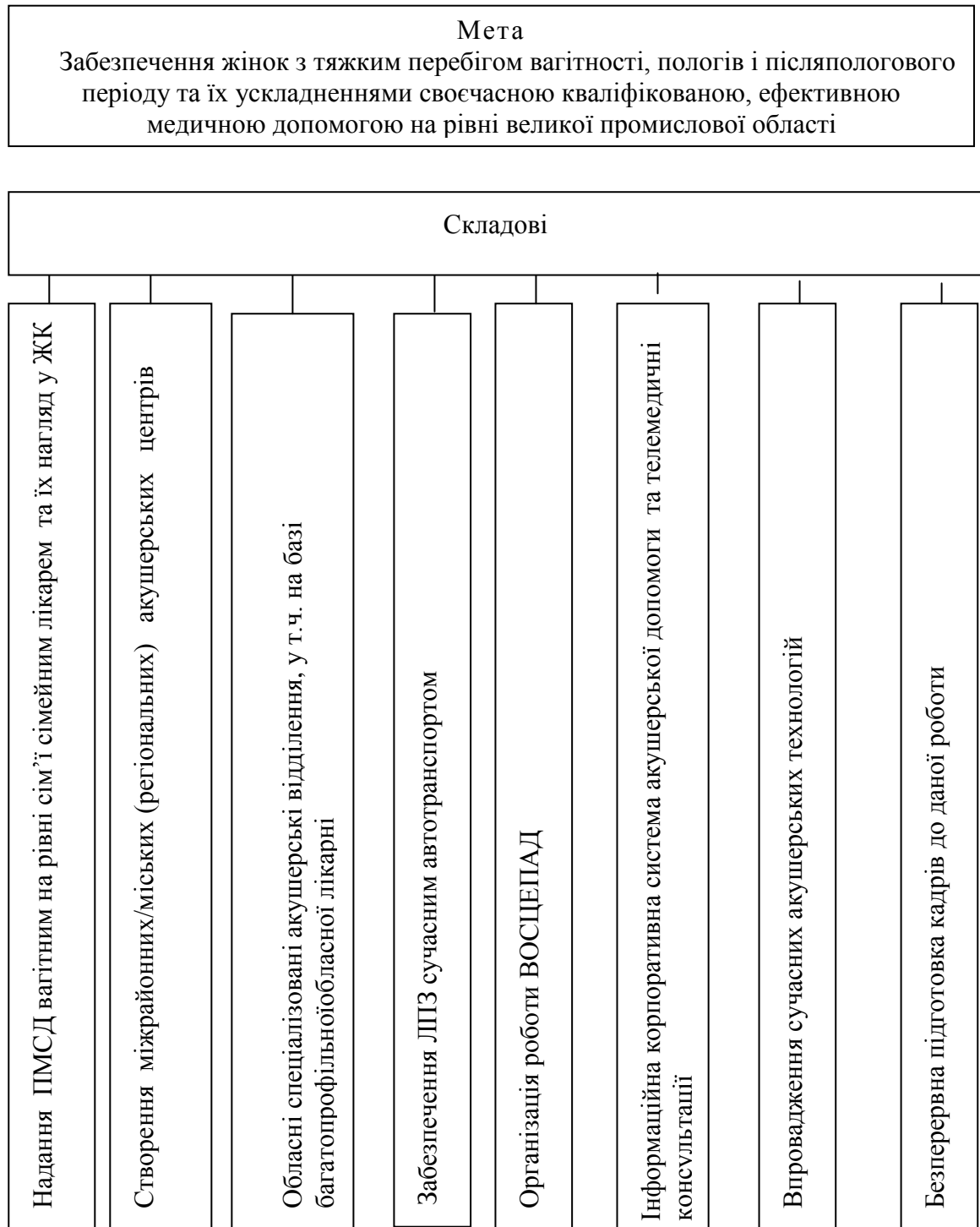


Рис. 7.1. Мета та складові функціонально-організаційної моделі надання акушерської допомоги на рівні області

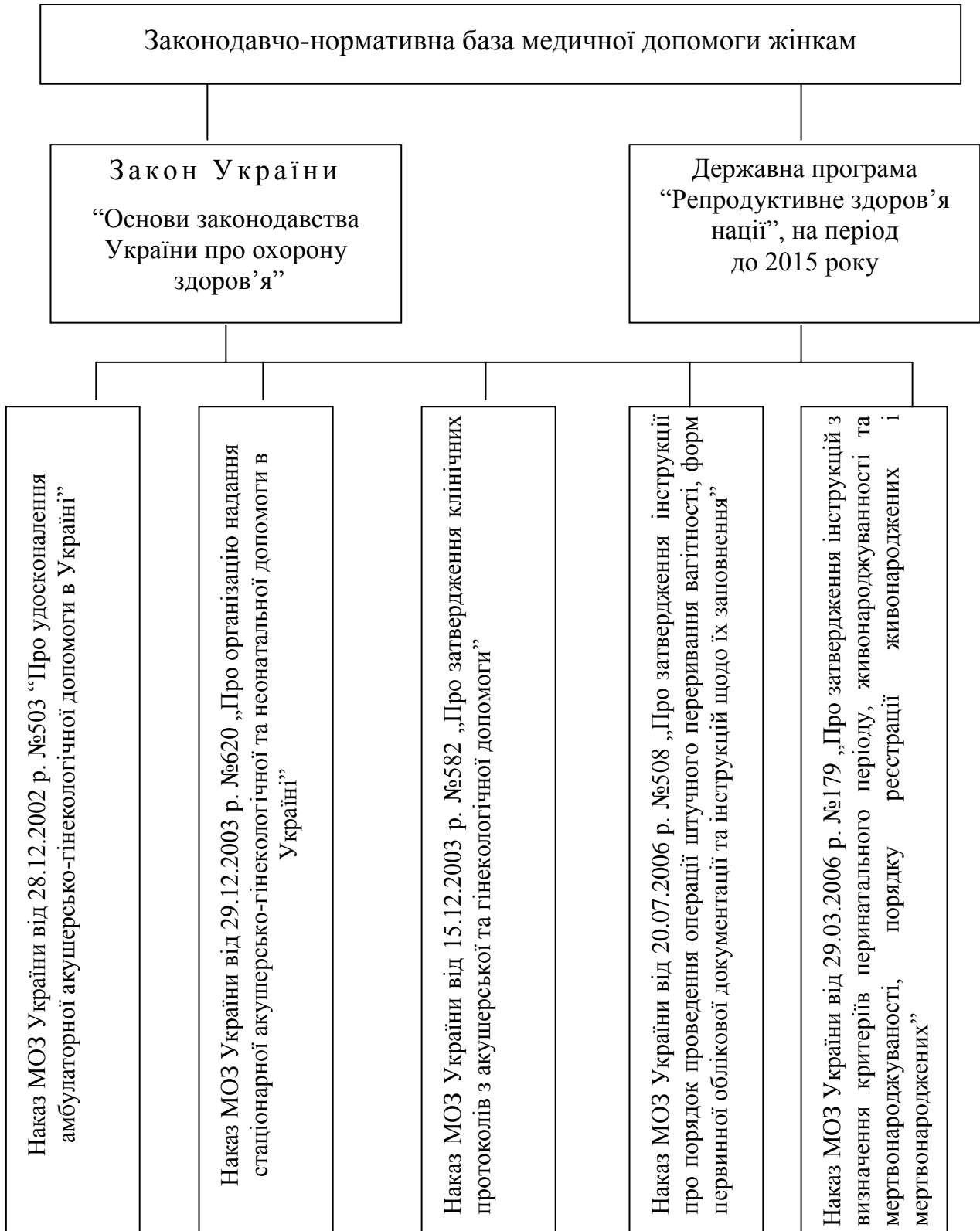


Рис. 7.2. Законодавчо-нормативна база системи акушерської-медичної допомоги

Досягнення мети – впровадження оптимізованої системи – при існуючій законодавчій базі потребувало розробки функціонально-структурної моделі

управління з визначенням об'єкта, суб'єкта управління та блоку наукового регулювання системи надання даного виду акушерської допомоги на рівні великого промислового регіону.

На рис. 7.3 подано оптимізовану функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду як об'єкта управління.

Об'єктом управління є система надання акушерської допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Суб'єктом управління, який керує системою медичної допомоги на різних рівнях, є:

–пологове відділення	— зав. відділення;
–ЛПЗ	— головний лікар;
–місто	— начальник міського УОЗ;
область	— начальник УОЗ облдержадміністрації.

Нами до існуючої системи надання акушерської допомоги запропоновано внесення:

Перший рівень:

–Сімейні лікарі проводять роботу не тільки з вагітною, але й готують до появи дитини та забезпечення перебігу здорової (фізіологічної) вагітності всю сім'ю. Вагітній жінці та членам її сім'ї видається письмова інформація, як має протікати вагітність, про загрозливні симптоми, та в яких випадках і куди необхідно звертатися по медичну допомогу в разі їх появи.

–Фельдшери ФАПів у селах, де відсутні сімейні лікарі, мають проводити такий самий обсяг медичних заходів, що й сімейні лікарі.

Сімейні лікарі та фельдшери ФАПів заповнюють і подають до корпоративної інформаційної системи персоніфіковані дані про вагітних.

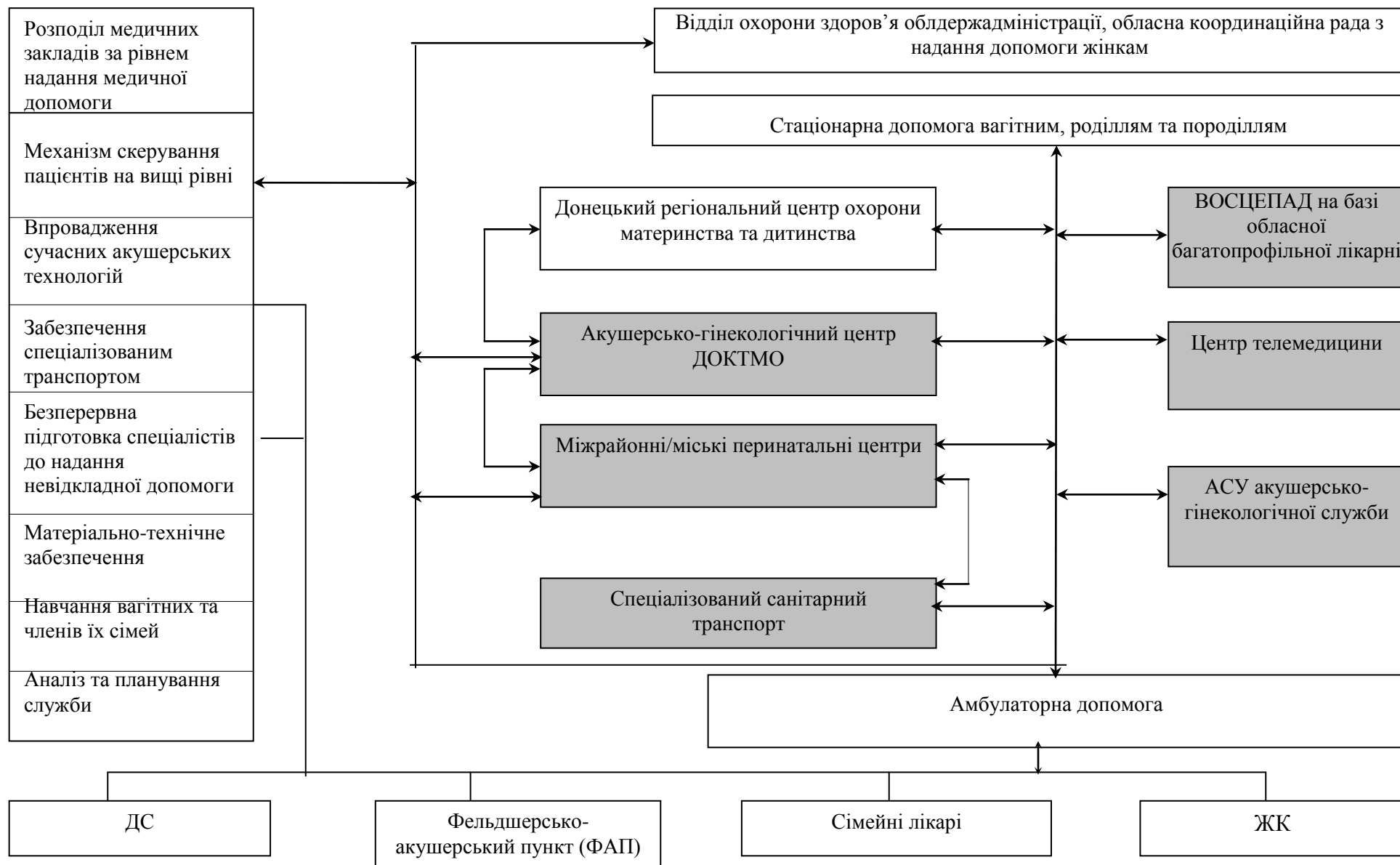


Рис. 7.3. Функціонально-організаційна модель оптимізації надання медичної допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів і післяпологового періоду на рівні Донецької області

Другий рівень:

1. На попередніх етапах виконання дисертаційного дослідження ми пропонували створення на базі ЛПЗ міст і районів пологових відділень для прийому фізіологічних пологів, з готовністю до надання вагітній (роділлі) невідкладної допомоги. Вагітні з різним ступенем ризику планово направляються на вищі рівні надання медичної допомоги.

2. На етапі закінчення дослідження, враховуючи малу потужність цих відділень, що не забезпечує їх згідно з чинною нормативною базою цілодобовим чергуванням медичних працівників, необхідним обладнанням, засобами медичного призначення, ми дійшли висновку про необхідність концентрації стаціонарної акушерської допомоги на міжрайонному рівні в потужних міжрайонних/міських акушерських відділеннях (перинатальних центрах). Таким чином запроваджується надання акушерської допомоги на 3-х рівнях, у т.ч. стаціонарної на 2-х рівнях: міжрайонні/міські пологові відділення (перинатальні центри) та акушерсько-гінекологічний центр на базі обласної багатопрофільної лікарні. Таку оптимізацію акушерських відділень у міжрайонні/міські потужні пологові відділення (перинатальні центри) можна здійснити в рамках статті 117 „Господарського кодексу”.

На базі станцій швидкої допомоги міст і районів слід сформувати спеціалізовані бригади (підготовка спеціалістів та укомплектування санітарного автотранспорту необхідними засобами) для надання допомоги, транспортування вагітних з ускладненням перебігу вагітності. Базовими для створення таких бригад швидкої допомоги стали методичні рекомендації “Обеспечение безопасной транспортировки беременных, рожениц и родильниц, находящихся в критическом состоянии”, Київ, 2001.

3. Створення на базі існуючих типових ЛПЗ потужних міжрайонних/міських пологових відділень (перинатальних центрів), основними завданнями яких є:

– планова та ургентна консультативна акушерська допомога;

–планова та ургентна стаціонарна допомога вагітним, роділлям і породіллям з фізіологічним перебігом вагітності, пологів та з ускладненнями II ступеня.

Обов'язковою вимогою до акушерських відділень другого рівня надання медичної спеціалізованої допомоги жінкам, обґрунтованою за результатами дослідження, наведеними в попередніх розділах, є:

- наявність оснащеного відповідно до табеля оснащення відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- цілодобова робота клінічної лабораторії;
- цілодобове чергування лікаря акушера-гінеколога і лікаря-неонатолога;
- мобільний зв'язок з ВОСЦЕПАД.

Третій рівень:

На третьому рівні обґрунтовано функціонально-організаційну модель надання допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду на базі багатопрофільної лікарні, застосування якої дасть змогу цілодобово надавати амбулаторну, стаціонарну та виїзну комплексну невідкладну допомогу жінкам (рис. 7.4).

До розробленої нами моделі надання медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям в акушерсько-гінекологічному центрі обласної багатопрофільної лікарні включено такі структурні підрозділи:

- для надання терапевтичної допомоги: відділення ЕГП вагітних, пологове відділення для жінок з ускладненим перебігом вагітності, післяпологове відділення;
- хірургічної допомоги: операційний блок, післяопераційні палати;
- реанімаційної допомоги: реанімаційне відділення, відділення для жінок з септичними ускладненнями.

Враховуючи впровадження сучасних організаційних технологій, передбачено в післяпологовому відділенні сумісне перебування матері та дитини. Для дітей, які потребують реанімаційних заходів, до складу центру включається відділення інтенсивної терапії для новонароджених.

- Основні інновації
1. Превентивний напрямок шляхом попередньої госпіталізації
 2. Впровадження сучасних технологій надання акушерської допомоги
 3. Комплексність надання медичної допомоги
 4. Оперативне отримання інформації про пацієнтку
 5. Надання висококваліфікованої медичної допомоги як за принципом „на себе”, так і за місцем перебування
 6. Диференційований підхід до госпіталізації у відділення залежно від потреби в інтенсивності лікувального процесу
 7. Впровадження телемедичних консультацій
 8. Безперервна підготовка акушерів-гінекологів, які працюють в області

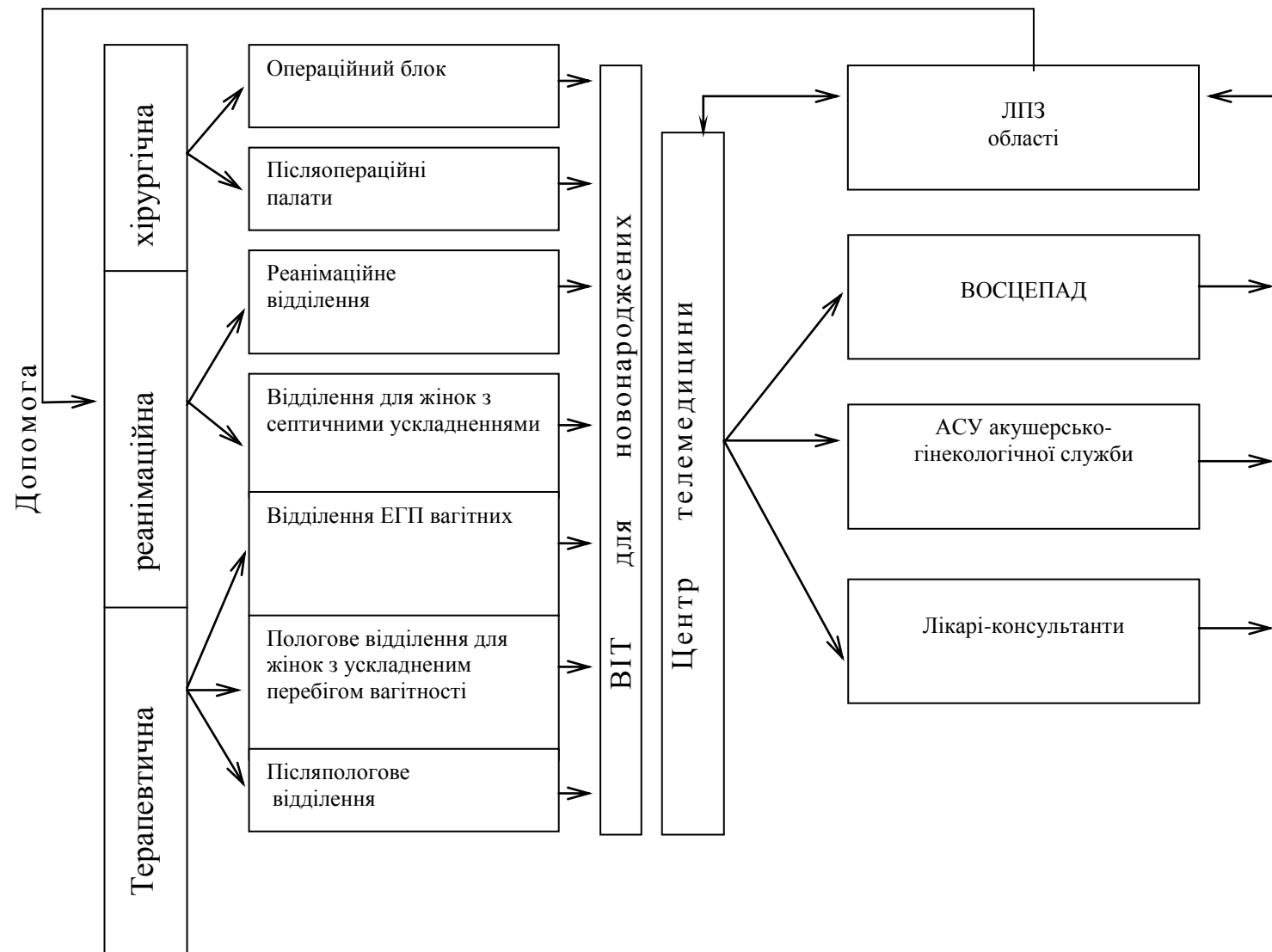


Рис. 7.4 Функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям в акушерсько-гінекологічному центрі обласної багатoproфільної лікарні

Крім того, до складу центру входять лікарі-консультанти всіх спеціальностей, які визначені наказом по обласній лікарні і є провідними спеціалістами за своїм профілем.

Принципово новим в організації медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду та управління нею є організація інформаційного забезпечення в автономному режимі:

1. Лікуючі лікарі отримують необхідну інформацію про жінку на момент її надходження до лікарні навіть без наявності медичної документації.

2. Суб'єкт управління отримує всю узагальнену інформацію з усіх ЛПЗ області про жінок з тяжким перебігом вагітності, пологів, післяпологового періоду та їх ускладнень у разі виникнення таких станів або при необхідності.

3. Складовою інформаційної системи став центр телемедичних консультацій з можливістю надання дистанційної спеціалізованої та кваліфікованої консультативної допомоги за місцем перебування жінки.

За нашою пропозицією, ВОСЦЕПАД виведено зі складу обласної санавіації, підпорядковано ДОКТМО і введено, згідно з розробленою моделлю, до складу акушерсько-перинатального центру.

Включення до моделі спеціалізованого автотранспорту не є новим. Ми його включали в зв'язку з тим, що це важлива складова, і, крім того, нами внесено пропозицію дооснастити його портативною слідкуючою апаратурою (кардіомонітором, пульсометром, апаратом для інгаляційного наркозу, дефібрилятором), що є необхідним для надання допомоги жінкам під час їх транспортування.

Для забезпечення діяльності ВОСЦЕПАД нами внесено пропозиції до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я".

Для забезпечення надання акушерської допомоги вагітним, роділлям і породіллям з тяжким перебігом та ускладненнями необхідна підготовка кадрів:

- лікарів акушерів-гінекологів, анестезіологів, у т.ч. сімейних лікарів у вищих навчальних закладах освіти III–IV рівнів акредитації;
- середніх медичних працівників у медичних коледжах.

У рамках міжнародного проекту “Здоров’я матері та дитини” розроблено модулі для проведення тренінгів з медичними працівниками, які пройшли оцінку міжнародних експертів. За даними модулів в Україні проведено навчання 412 лікарів акушерів-гінекологів (додаток Д-3).

Таким чином, стратегічний напрямок запропонованої функціонально-організаційної моделі спрямовувався на підвищення медичної ефективності діяльності акушерської служби області при наданні допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Тактичним напрямком моделі стало обґрунтування етапності в наданні медичної допомоги жінкам вказаної категорії та запровадження механізму надання екстреної спеціалізованої медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду за місцем їх знаходження (додаток Д-4). При цьому особливістю структурної перебудови існуючої системи стало включення до неї:

- 1) існуючих складових медичних закладів надання акушерської допомоги;
- 2) існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної оптимізації: міжрайонні/міські акушерські відділення (перинатальні центри);
- 3) якісно нових елементів створення на базі обласної багатoproфільної лікарні акушерсько-гінекологічного центру, розробка обласної АСУ забезпечення медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям, виділення в окрему структуру із обласної санавіації, ВОСЦЕПАД, введення його до складу обласного акушерсько-гінекологічного центру, створення акушерського центру телемедицини, інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими структурами надала моделі як системі нових якостей зі сприяння досягнення головної мети дослідження.

Таким чином, структурну основу розробленої функціонально-організаційної моделі складають наявні ресурси діючої системи акушерсько-гінекологічної

допомоги жіночому населенню на рівні області, а її впровадження не тільки не потребує додаткових фінансових витрат, але й забезпечує їх більш раціональне використання.

Водночас, на відміну від раніше існуючої системи акушерської допомоги, на рівні області запропонована модель вперше:

1) забезпечує системність і комплексність підходу до вирішення проблеми надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду;

2) вирішує проблему превентивної госпіталізації жінок з високим ризиком материнської смертності в заклади третинного рівня надання медичної акушерської допомоги;

3) дає змогу усунути виявлені диспропорції в організації надання стаціонарної допомоги вагітним, роділлям і породіллям у ЗОЗ різних рівнів;

4) забезпечує можливість надання планової та екстреної, в т.ч. дистанційної, високоспеціалізованої акушерської допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду та їх ускладнень за місцем перебування жінок;

5) дає змогу забезпечити транспортування жінок з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду до ЛПЗ більш високого рівня надання медичної допомоги;

6) дозволяє підготувати жінок і членів їхніх сімей до можливих ускладнень вагітності та тактики дій на можливий випадок ускладнень.

Розроблено перелік показань до планової госпіталізації в ЛПЗ III рівня надання акушерсько-гінекологічної допомоги (додаток Д-5) і перелік медикаментів для надання невідкладної допомоги в акушерсько-гінекологічних відділеннях (додаток Д-6).

Вперше до структури акушерсько-гінекологічної служби введено функцію безперервної підготовки медичних кадрів до надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Впровадження оптимізованої моделі дасть змогу більш раціонально використовувати видатки і скерувати їх на придбання ліків за рахунок зниження витрат на утримання малопотужних відділень.

Підлягають оптимізації 15 акушерських районних відділень в 5 міжрайонних та 29 міських пологових відділеннях у 17 міських потужних акушерських відділень (перинатальні центри). У т.ч. 9 новостворених міжрайонних/міських пологових відділень (перинатальні центри) можуть обслуговувати як міське, так і сільське населення.

7.2. Аналіз діяльності виїзного обласного спеціалізованого центру екстреної та планової акушерської допомоги

У дослідженні вивчалась організація роботи ВОСЦЕПАД за період 2002–2007 рр. Встановлено, що до штатного розпису центру внесено посади лікарів, акушерів-гінекологів, анестезіологів та анестезісток. Лікарі інших спеціальностей залучаються в разі необхідності із провідних спеціалістів лікарні та кафедр Донецького національного медичного університету, які функціонують на базі ДОКТМО.

Центр забезпечено набором медичних засобів, апаратурою та інструментарієм. Виїзди здійснюються на спеціальному медичному автотранспорті, оснащеному апаратурою для проведення реанімаційних заходів під час транспортування.

У ході дослідження вивчалися та аналізувалися основні показники роботи (табл. 7.1).

Таблиця 7.1

Показники роботи ВОСЦЕПАД (2002–2007 рр.)

Показник	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Обслуговано викликів	238		240		225		223		192		280	
-первинних	194	81,5	178	74,2	164	72,9	198	88,8	168	87,5	233	83,2
-повторних	44	18,5	62	25,8	61	27,1	25	11,2	24	12,5	47	16,8
Кількість виїздів на 1000 пологів по обл.	7,2		7,6		6,6		6,3		5,4		7,0	
Транспортовано пацієнток	52	26,8	48	27,0	37	22,6	51	25,8	49	29,2	75	32,2
Оперовано пацієнток	88	45,4	84	47,2	77	47,0	82	41,4	71	42,3	71	30,5
Виконано операцій	121	62,4	104	58,4	96	8,5	112	56,6	83	49,4	95	40,8
Проведено консилиумів	64		64		48		34		34		62	

За період дослідження медичними працівниками центру зроблено 1398 виїздів до вагітних, роділь та породіль з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду та їх ускладнень, працівниками центру прооперовано 473 жінки, виконано 611 оперативних втручань і проведено 290 консилиумів з відпрацювання клінічної тактики ведення роділь та породіль.

Транспортовано до спеціалізованих закладів третинного рівня надання медичної допомоги 312 жінок.

Структуру патології вагітних, роділь і породіль, до яких викликались спеціалісти ВОСЦЕПАД, наведено у табл. 7.2.

У структурі патології, що визначає тяжкий стан пацієнток, перше місце посіла преєклампсія – коливання від 26,4% у 2003 р. до 21,3% у 2007 р.

Друге місце займають кровотечі: коливання становили від 22,0% у 2003 р. до 15,5% у 2007 р.

На третьому місці – гнойно-септичні захворювання: від 17,2% у 2003 р. до 14,3% у 2007 р.

Особливо слід підкреслити, що із року в рік збільшується кількість пацієнток з ЕГП (захворювання серцево-судинної системи, нирок, печінки, захворювання крові, патологія ендокринної системи, онкопатологія, туберкульоз тощо), на тлі яких розвиваються ускладнення вагітності. Це також зумовлює важкий стан пацієнток. У 2002 р. таких пацієнток було 30,0%, а в 2007 р. їх питома вага становила 41,6%.

За нашою пропозицією, з метою забезпечення безпечного транспортування жінок на третій рівень надання медичної допомоги та більш ефективної роботи бригад ВОСЦЕПАД оснащується портативною слідкуючою апаратурою (кардіомонітором, пульсометром, апаратом для інгаляційного наркозу, дефібрилятором) і комп'ютером.

Таблиця 7.2

Структура патології вагітних, роділь і породіль, до яких викликалися спеціалісти ВОСЦЕПАД (2002–2007 рр.)

Показник	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Прееклампсія	66	26,4	68	23,9	57	24,4	55	21,78	43	21,6	70	21,3
Еклампсія	7	2,8	11	3,9	5	2,1	5	2,0	6	3,0	8	2,4
ГПМК	3	1,2	8	2,8	-	-	2	0,8	3	1,5	13	4,0
Кровотечі	55	22,0	51	17,9	41	17,5	52	20,4	31	15,6	51	15,5
Гнійно-септичні захворювання	43	17,2	59	20,7	37	15,8	39	15,3	34	17,1	47	14,3
ЕГП	75	30,0	83	29,1	94	40,2	101	39,8	80	40,2	136	41,5
ТЕЛА	1	0,4	2	0,7	0	0	0	0	1	0,5	3	0,9
Емболія навколоплідними водами	0	0	3	1,0	0	0	0	0	1	0,5	0	0
Усього	250	100	285	100	234	100	254	100	199	100	328	100

7.3. Характеристика роботи Краматорського перинатального центру

Краматорський перинатальний центр (ПЦ) було створено у 2003 р. з метою надання акушерської стаціонарної допомоги вагітним, роділлям і породіллям, які проживають у містах Краматорську, Дружківці, Костянтинівні, Слов'янську та Слов'янському районі з загальної кількості жіночого населення до 370 тис. осіб.

ПЦ укомплектовано посадами лікарів та середніх медичних працівників у кількості, що забезпечує цілодобове надання акушерської допомоги; необхідним обладнанням і засобами медичного призначення.

З 2005 р. у відділенні впроваджено сучасні акушерські технології, які базуються на доказах.

Основні показники діяльності наведено в табл. 7.3.

Отримані дані вказують на те, що в даному ПЦ поряд зі зростанням кількості фізіологічних пологів (з 24,4% у 2004 р. до 71,1% у 2007 р.), що вказує на госпіталізацію жінок з високим акушерським ризиком.

У даному ПЦ народжують всі підлітки з території обслуговування. Їх питома вага в 2007 р. становила до 5,65%.

Госпіталізацію вагітних з ускладненнями та ЕГП у ПЦ подано у табл. 7.4.

Отримані дані вказують, що більшість жінок, які госпіталізуються до ПЦ, мають ускладнення вагітності.

Найбільшу питому вагу із них становлять: анемії – 50,8%, захворювання щитовидної залози – 13,8%, пієлонефрит вагітних – 10,4%, прееклампсії – 7,3%.

Далі в табл. 7.5 наведено ускладнення в пологах та післяпологовому періоді, рівень материнського травматизму.

Таблиця 7.3

Основні показники діяльності Краматорського перинатального центру у 2003–2007 рр.

Показник	2003	2004	2005	2006	2007
Прийнято всього пологів (абс.)	1541	1563	1590	1760	1716
- фізіологічних (%)	44,4	45,3	53,0	69,0	71,1
- патологічних (%)	27,6	25,8	31,8	25,6	25,1
- ускладнених (%)	28,0	28,9	15,2	5,4	3,8
За віковими категоріями:					
- до 14 років (%)	0,06	0,06	0	0	0,05
- 15–17 років (%)	2,8	2,9	2,9	2,6	2,5
- 18 років (%)	2,9	3,77	3,3	3,6	3,1
- 19–34 роки (%)	87,9	86,12	86,1	85,2	87
- 35 і більше років (%)	6,34	7,15	7,7	8,6	7,35
Пологи запізнілі (%)	5,9	2,1	1,7	0,7	0,3
Передчасні пологи (%)	3,9	4,4	3,3	4,2	4,4

Ускладнення вагітності у госпіталізованих до перинатального центру
за 2003–2007 рр. (на 1000 пологів)

Показник	2003	2004	2005	2006	2007
Прееклампсія	8,5	9,0	8,8	7,6	7,3
Анемія вагітних	43,7	45,4	75,0	48,3	50,6
Пієлонефрит вагітних	-	-	8,2	8,9	10,4
Гіпертензія	0,9	1,6	1,8	2,0	2,2
Ожиріння	1,7	2,7	2,6	2,3	2,6
Захворювання щитовидної залози	11,1	15,9	-	15,4	13,8
Венозні ускладнення	-	-	2,7	3,5	2,1
Захворювання системи кровообігу	2,8	2,4	3,6	3,6	4,0
Цукровий діабет	-	0,06	0,2	0,2	0,1

Наведені дані вказують, що найбільш поширеними ускладненнями в пологах та післяпологовому періоді є:

- несвоєчасне відродження навколоплідних вод – до 12,45%
- передчасне відшарування плаценти – 1,8‰;
- кровотечі в послідовому та післяродовому періоді – 1,7‰;
- слабкість пологової діяльності – 1,9‰;

а серед материнського травматизму:

- розрив шийки матки – 0,5‰;
- розрив піхви – 0,8‰;
- розрив промежини – 0,06‰.

У ході дослідження встановлено, що рівень материнського травматизму за період 2003–2007 рр. має тенденцію до зниження. У даному регіональному ПЦ народжувало від 4,8% у 2005 р. до 1,3% у 2007 р. жінок, які проживають у сільській місцевості, та від 6,9% у 2006 р. до 5,9% жінок, які проживають в інших містах області.

Таблиця 7.5

Рівень ускладнень у пологах і післяпологовому періоді та материнського травматизму у 2003–2007 рр. (‰)

Показник	2003	2004	2005	2006	2007
Попереднє відшарування нормально розташованої плаценти	1,5	0,06	1,3	1,6	1,8
Передлежання плаценти	-	-	-	0,1	-
Щільне прикріплення дитячого місця, затримка частки посліду	2,3	3	2,8	1,25	1,68
Кровотечі в послідовому та післяпологовому періоді	3,9	2,6	2,6	1,65	1,7
а) хірургічна зупинка кровотечі	-	-	0,6	0,3	0,058
- екстирпація матки	-	-	0,6	67	-
- ампутація матки	-	-	-	33	0,058
б) материнська смертність від кровотечі	-	-	-	-	-
Слабість пологової діяльності	-	-	4,8	3,6	1,9
Неправильне положення та перед лежання плоду	0,3	0,3	0,8	1,25	0,81
Гостра гіпоксія плоду в пологах	-	-	8,9	2,4	2,4
Хронічна гіпоксія плоду під час вагітності	16,8	18,3	-	1,2	2,8
Випадіння петель пуповини	-	-	-	0,5	0,1
Розрив шийки матки	1,8	0,6	0,7	0,06	0,5
Розрив промежини	0,2	0,6	-	-	0,06
Розрив піхви	1	0,6	0,5	0,5	0,8
Гематома піхви	0,8	0,1	0,1	0,06	0,1
Розходження швів на промежині	0,1	-	-	-	-
Сепсис	-	-	-	-	-
Несвоєчасний вилив навколоплідних вод	24,8	19,2	14,8	11,6	12,4
Клінічно вузький таз	5,9	3,7	3,5	2,8	3,4
Рубець на матці	2,8	4,2	3,3	3,75	5,4

7.4. Оцінка ефективності запропонованої моделі

Відповідно до мети дисертаційного дослідження, ефективністю обґрунтованої функціонально-організаційної моделі оптимізації спеціалізованої допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду є зниження рівня материнської смертності у період 2000–2007 рр. на 100 тис. народжених: з 26,6 у 2000 р. до 12,7 у 2007 р.

Впровадження в області міжрайонних/міських ПЦ (на прикладі Краматорського ПЦ) дало змогу за період 2003–2007 рр. знизити рівень кровотеч у послідовому та післяпологовому періодах на 2,2%, скоротити рівень материнського травматизму: розрив шийки матки в пологах – на 1,3%, розрив промежини – на 0,6%.

Значний економічний ефект, що висловлюється в перерозподілі видатків з утримання акушерських відділень на потреби жінок, отримується за рахунок оптимізації малопотужних акушерських відділень РЛ і МЛ у міжрайонні/міські акушерські відділення (перенатальні центри).

Крім того, впровадження телемедичного консультування в акушерській службі області концептуально дає підставу для визначення:

- економічної ефективності – суттєве зменшення витрат на відрядження спеціалістів для надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду з метою надання експертної та консультативної підтримки лікарем акушерем-гінекологом і проведення реанімаційних заходів;

- технічної ефективності – впровадження та використання високотехнологічного комп'ютерного обладнання і засобів телекомунікацій з метою реалізації поставлених завдань, особливо в умовах кризи;

- соціальної ефективності – створення інноваційної системи дистанційного консультування для підвищення якості медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, особливо з тяжким перебігом, що дасть

зможу знизити материнську і перинатальну смертність; налагодження оперативного зворотного зв'язку з метою моніторингу ситуації в пологових відділеннях області.

Висновки за розділом

Відповідно до програми дослідження, розроблено функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду та вдосконалено функціонально-організаційну модель акушерсько-гінекологічного центру обласної багатопрофільної лікарні.

Принципово новим у функціонально-організаційній моделі оптимізації надання медичної допомоги жінкам з ускладненнями вагітності пологів та післяпологового періоду є створення міжрайонних/міських потужних акушерських відділень (перинатальних центрів) із закриттям малопотужних районних і міських акушерських відділень.

Оптимізації підлягає 15 акушерських відділень РЛ у 5 міжрайонних відділеннях і 29 МЛ у 17 міських потужних акушерських відділеннях (ПЦ). У т. ч. 9 новостворених відділень (ПЦ) зможуть обслуговувати як міське, так і сільське населення.

Обґрунтування кількості міжрайонних/міських акушерських відділень (ПЦ) проводилося на основі Європейського досвіду (індикатори до забезпечення якісної допомоги);

- пологове відділення створюється на населення не менш 100 тис. чоловік;
- в пологовому відділенні має прийматись не менш 400 пологів на рік;
- потужні акушерські відділення є економічно доцільними.

Міжрайонне/міське акушерське відділення, яке обслуговує три адміністративні райони, матиме чисельність прикріпленого населення у межах 100 тис. чоловік.

Обґрунтовано вимоги до організації роботи таких відділень: рівень оснащення, цілодобова робота лікарів акушерів-гінекологів і лікарів-неонатологів.

На рівні багатопрофільної обласної лікарні вдосконалено функціонально-організаційну модель акушерсько-гінекологічного центру, до складу якого введено структурні підрозділи для надання терапевтичної, хірургічної, реанімаційної допомоги жінкам і реанімаційної допомоги новонародженим дітям; ВОСЦЕПАД, центр телемедицини, консультативну службу із лікарів-спеціалістів різних профілів.

УЗАГАЛЬНЕННЯ

Метою дисертаційної роботи стало обґрунтування та розробка функціонально-організаційної моделі оптимізації надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду на обласному рівні.

У ході дослідження, яке проводилося в шість організаційних етапів, використовувалися сучасні методи дослідження: історико-інформаційний, системного підходу, статистичний, соціологічний, контент-аналізу, графічний, описового моделювання при обсягах, що забезпечили одержання репрезентативних даних, які дали змогу обґрунтувати удосконалення моделі акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду в промисловому регіоні.

Проведене дослідження показало, що кількість пологів за період 2003–2007 рр. у Донецькій області на 1000 жінок фертильного віку зросла на 7,1 і становила 32,5. Зростання зафіксовано як у міській (на 6,7), так і у сільській місцевостях (на 2,4). Показано, що найвищий рівень ускладнень і несприятливих наслідків вагітностей зареєстровано в 2004 р. Протягом наступних трьох років рівень ускладнень та несприятливих наслідків вагітності скорочувався і в 2007 р. склав: анемії – 36,7; хвороби сечостатевої системи – 24,9; системи кровообігу – 5,4; набряки, протеїнурія та гіпертензія – 8,6.

Рівень зареєстрованих ускладнень і несприятливих наслідків вагітності значно різняться серед вагітних, які проживають у містах та сільській місцевості. Так, у 2007 р. найвищий рівень хвороб сечостатевої системи зафіксовано серед вагітних Красноармійського району (25,7), а найменший (2,9) – Шахтарського району. Різниця становила 8,9 разу. Серед жінок, які проживають у містах, найвищий рівень (48,9) спостерігався в м. Макіївці, а найнижчий (2,9) – у м. Харцизьку. Значну різницю зареєстровано щодо хвороб системи кровообігу вагітних. У 2007 р. найвищий рівень хвороб

системи кровообігу відмічено серед вагітних, що проживають у м. Сніжному (17,7), а найнижчий (0,4) – серед вагітних м. Костянтинівки. В цілому серед міських вагітних захворюваність на хвороби кровообігу на 100 жінок, які закінчили вагітність, зменшилась на 2,7 і у 2006 р. становила 5,6. Серед сільських вагітних рівень залишився без змін і дорівнював 4,4.

Рівень анемії у вагітних за п'ять років (2003–2007) скоротився на 21,8% і в 2007 р. становив 37,1. У 2007 р. найвищий їх показник зареєстровано серед вагітних міст Єнакієвого (53,7) і Краматорська (56,3), а також Слов'янського (60,5) та Амвросіївського (54,5) районів. Якщо серед вагітних, які проживають у містах, на 100 жінок, що закінчили вагітність, захворюваність на анемії скоротилася з 47,9 у 2003 р. до 37,1 у 2007 р., то серед вагітних, які мешкають у сільській місцевості, вона підвищилася з 32,1 у 2003 р. до 37,4 у 2007 р. Це пов'язано зі способом життя сільських жінок, у тому числі з нижчим рівнем матеріального забезпечення порівняно з міськими жителями, а також із недостатністю проведення профілактичної роботи.

Відповідно до програми дослідження, вивчався рівень таких ускладнень вагітності, як набряки, протеїнурія та гіпертензія. Серед вагітних області вказані наслідки ускладнення вагітності мають тенденцію до зниження. Одним із найважчих ускладнень вагітності є прееклампсія. Вона становить 7,2 серед вагітних, які проживають у містах, та 11,0 серед вагітних у сільській місцевості. Проведена характеристика перебігу пологів показала, що за 2003–2007 рр. питома вага ускладнених пологів скоротилася на 77,0% і становила 38,7%. Зменшенню ускладнень пологів сприяло впровадження в діяльність більшості пологових відділень ЛПЗ області сучасних рододопоміжних технологій. Вивчення рівня аномалій пологової діяльності показало їх скорочення в 1,6 разу.

В 2007 р. рівень аномалій пологової діяльності склав 52,8 на 1000 пологів. Високий показник аномалії пологової діяльності зареєстровано в містах Шахтарську (178,9), Костянтинівці (163,6), Дмитрові 121,6), а також

у Тельманівському (200,0) і Амвросіївському (160,6) районах. Передчасні пологи в області фіксуються на одному рівні.

Вивчення ускладнень пологів і післяпологового періоду показало, що вони мають тенденцію до зменшення. Так, рівень ускладнень з боку сечостатевої системи скоротився на 53,0% (і становив 143,8 на 1000 пологів); анемій – на 24,4% (277,4); хвороб системи кровообігу – на 51,8% (46,5); рівень набряків, протеїнурії та гіпертензивних розладів – на 65,7% (76,3).

У ході дослідження вивчено рівень таких ускладнень, як передчасне відшарування плаценти та кровотеча. За п'ять років (2003–2007) він зріс на 30,6% і склав 12,8. Найвищі рівні цих ускладнень зареєстровано в ЛПЗ м. Єнакієвого (27,2) та в Мар'їнському (39,9) районі. Кровотеча в послідовому та післяродовому періодах має тенденцію до зниження – з 18,9 у 2003 р. до 13,3 у 2007 р.

Враховуючи, що показник материнської смертності є інтегрованим індикатором, який відображає якість медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, рівень організації роботи рододопоміжних закладів, а також взаємодію економічних, соціальних, культурних, екологічних та санітарно-гігієнічних факторів, нами вивчались та аналізувались дані про материнську смертність у Донецькій області за період 1990–2007 рр. За вказаний термін рівень материнської смертності на 100 тис. народжених скоротився з 26,6 до 20,3. Він значно перевищив відповідний показник у Греції, Австрії, Молдові, Естонії, Хорватії, Угорщині, Чехії, Великій Британії. Більшість жінок помирає в міських та районних ЛПЗ, до 20% випадків материнської смертності є попереджуваними. В структурі материнської смертності 26,4% займають кровотечі, 18,9% – ЕГП, 9,4% – септичні ускладнення, 3,8% – гестози, 41,5% – інші причини. Позитивним є те, що з 2007 р. не зафіксовано жодного випадку материнської смертності, пов'язаного з причинами, які залежать від якості надання акушерської допомоги, – гестозами та септичними ускладненнями.

Вивчення ліжкового фонду акушерської служби області показало, що із загальної кількості пологових ліжок (1190) 95 (7,9%) знаходяться в обласних рододопоміжних закладах, 917 (77,0%) – у міських ЛПЗ і 178 (15,1%) – у районних. Дослідженням доведено, що потужність пологових відділень районних ЛПЗ, як правило, є малою, що не дає змоги відповідно до чинної нормативної бази організувати надання цілодобової акушерської допомоги та допомоги роділлям і породіллям з тяжким перебігом пологів та їх ускладненнями. У 50,0% ЛПЗ потужність ліжкового фонду пологових відділень не перевищує 10 ліжок.

Співвідношення між пологовими та ліжками патології вагітності в області становить 1:0,73. Кількість ліжок патології вагітності міських ЛПЗ коливається від 5 (Шахтарськ, Селідове, Докучаєвськ) до 40 (Краматорськ), а в районних ЛПЗ – від 3 (Олександрівський) до 19 (Старобешівський).

Дослідженням встановлено, що в пологових відділеннях районних ЛПЗ немає умов для проведення моніторингу за станом здоров'я вагітної, роділлі, породіллі та надання допомоги при ускладненнях перебігу пологів і післяпологового періоду: відсутність необхідної апаратури, операційних, реанімаційних палат.

Дослідженням встановлено, що в міських ЛПЗ пологове ліжко працювало від 142,3 дня на рік (м. Торез) до 339,7 дня (м. Дружківка). У м. Донецьку при наявності 6 пологових відділень потужністю 217 ліжок пологові ліжка використовувалися 160,9 дня на рік.

У районних ЛПЗ пологові ліжка працювали від 50,9 дня на рік (Старобешівський район) до 356,3 дня на рік (Краснолиманський район).

В цілому по області ліжка патології вагітності працювали 341,5 дня на рік, в тому числі в обласних закладах – 348,1 дня. У розрізі різних ЛПЗ ліжко працювало нерівномірно – від 202,8 дня (м. Харцизьк) до 619,8 дня (м. Докучаєвськ).

Дослідженням доведено, що з великими порушеннями ліжка патології вагітності використовувались у районних ЛПЗ. Із 14 в 9 (64,3%) ЛПЗ ліжко

працювало більше днів, ніж їх є на рік, а в Слов'янському районі – 709,0 дня. У ході дослідження встановлено, що за період 2000–2006 рр. термін перебування жінок на госпітальному ліжку скоротився на 0,8 дня і становив 8,7 дня.

Найдовше жінки перебувають на ліжку в містах Кіровському (13,6), Єнакієвому (12,6) і Володарському районі (13,7 дня).

Як і в цілому по Україні, в області утримується висока частка родорозрішень шляхом кесаревого розтину при негативній тенденції цього показника в цілому по області – з 12,5% у 2003 р. до 14,5% у 2007 р., при середньому по Україні – 14,2% .

Найчастіше кесарський розтин використовується в ЛПЗ міст Краматорська (22,7%), Докучаєвська (18,5%) і Красноармійському районі (15,2%). Інші операції втручання використовуються рідко і не досягають 1%.

У ході дослідження проаналізовано надання медичної допомоги жінкам з позаматковою вагітністю. В області щорічно реєструється понад 1000 випадків позаматкової вагітності. Відсоток жінок, які доставлені в стаціонар пізніше 24 годин з початку клінічних проявів, зріс з 18,7% у 2003 р. до 21,1% у 2007 р., що негативно впливає на результат лікування. У 2005 р. внаслідок позаматкової вагітності померло 3 жінки.

Відповідно до програми соціологічних досліджень, нами проведено анонімне анкетування 527 породіль у 6 районах області, 1237 жительок міст і 412 жінок із ДОКТМО, а також 44 лікарів акушерів-гінекологів районних ЛПЗ, 384 – міських ЛПЗ і 37 лікарів акушерів-гінекологів із ДОКТМО.

Серед респондентів, які проживають у сільській місцевості, першу дитину народили 23,1±1,8%, двох дітей мають 51,8±2,2%, трьох і більше – 25,1±1,9%. За рівнем прибутку на 1 члена сім'ї на місяць респонденти розподілились таким чином: до 50 грн – 10,6±1,3%, до 100 грн – 17,7±1,7%, 100–200 грн – 51,0±2,2%, понад 200 грн – 20,7±1,8%. Встановлено, що тільки 10,2±1,3% вважають, що у пологових відділеннях обстеження і лікування

відповідають сучасному рівню, а $8,2\pm 1,2\%$ – не відповідають. Про можливість пройти в стаціонарі призначене обстеження зазначили $26,0\pm 1,9\%$ респондентів, а про необхідне лікування за бюджетні кошти – $5,9\pm 1,0\%$ опитаних. У святкові та вихідні дні змогли одержати лікарську допомогу $33,4\pm 2,1\%$ респондентів. Вважають доступними призначені ліки $51,6\pm 2,2\%$ жінок. При цьому $10,2\pm 1,3\%$ купували ліки повністю власним коштом. На повну задоволеність якістю отриманої медичної допомоги вказали $14,6\pm 1,5\%$, певною мірою не задоволеними залишились $49,5\pm 2,2\%$; повністю не задоволеними – $7,8\pm 1,2\%$. Серед чинників щодо незадоволеності умовами перебування в акушерському стаціонарі стали: незнайомення з власними правами – $90,9\pm 1,3\%$, незадовільний технічний стан споруд – $76,5\pm 1,8\%$, незадовільне харчування – $89,4\pm 1,3\%$.

Серед міських респондентів першу дитину народили $33,4\pm 1,3\%$ респондентів, двоє дітей мають $57,0\pm 1,4\%$, трьох і більше – $9,6\pm 0,8\%$. Міські жінки краще порівняно з сільськими забезпечені матеріально. Так, прибуток на 1 члена сім'ї до 50 грн на місяць мають $6,1\pm 0,7\%$, а понад 200 грн – $26,4\pm 1,3\%$.

Вважають, що рівень лікування і обстежень у пологових відділеннях відповідає сучасному, $18,7\pm 1,1\%$ опитаних міських жінок. Якщо в районах ЛПЗ жінки не мають права вибору лікаря за власним бажанням, то в міських їх питома вага склала $7,8\pm 0,8\%$. Пройти необхідні обстеження в стаціонарі мали змогу $18,5\pm 1,1\%$, а отримати лікарську допомогу у вихідні та святкові дні – $79,8\pm 1,1\%$ опитаних. Повністю забезпечені лікарськими засобами в стаціонарі $17,2\pm 1,1\%$ жінок, а купували їх власним коштом $15,9\pm 1,0\%$. При цьому $14,9\pm 1,0\%$ респондентів вважає ціни на лікарські засоби недоступними. Серед жінок, які народжували в міських ЛПЗ, цілком задоволені якістю медичної допомоги $15,5\pm 1,0\%$, а певною мірою задоволені – $40,5\pm 1,4\%$, зовсім не задоволеними залишились $6,8\pm 0,7\%$. У міських ЛПЗ ознайомлені з власними правами $17,4\pm 1,1\%$, задоволені технічним станом споруд $52,7\pm 1,4\%$, харчуванням – $16,0\pm 1,0\%$.

Як у сільських закладах ($81,4 \pm 1,7\%$), так і в міських ($82,0 \pm 1,1\%$) жінки найбільше задоволені санітарним станом пологових відділень.

Серед жінок, які були опитані в ДОКТМО, першу дитину народжували $43,2 \pm 2,4\%$, двох дітей мають $40,5 \pm 2,4\%$, трьох та більше – $16,3 \pm 1,8\%$. Жінки з ДОКТМО порівняно з сільськими та міськими мають вищий рівень прибутків на 1 члена сім'ї на місяць ($p < 0,05$): $48,3 \pm 2,5\%$ – понад 150 грн. Вважають, що у пологовому відділенні обстеження та лікування відповідає сучасному рівню, $90,3 \pm 1,5\%$ опитаних. Мали можливість пройти призначене обстеження в стаціонарі $98,8 \pm 0,5\%$. Усі жінки мали змогу отримати лікарську допомогу у святкові та вихідні дні. Вивчення рівня забезпечення жінок у пологовому відділенні ДОКТМО лікарськими засобами показало, що $66,0 \pm 2,3\%$ з них отримали їх повністю за рахунок бюджетних коштів, а $34,0 \pm 2,3\%$ – частково.

Цілком задоволеними якістю медичної допомоги залишились $52,4 \pm 2,5\%$, а певною мірою – $42,3 \pm 2,4\%$. Зовсім не задоволених якістю медичної допомоги в ході дослідження не виявлено.

Незважаючи на те, що отримані показники щодо задоволеності респондентами ДОКТМО вищі порівняно з результатами опитування жінок у РЛ і МЛ, у пологовому відділенні ДОКТМО $69,9 \pm 2,3\%$ жінок не ознайомлені з власними правами та $66,5 \pm 2,3\%$ із опитаних не задоволені організацією харчування.

Результати соціологічного дослідження серед-лікарів акушерів-гінекологів, які працюють в районних ЛПЗ, показали, що в районних пологових відділеннях молоді спеціалісти ($4,5 \pm 3,1\%$) практично не працюють. Більшість лікарів ($65,9 \pm 7,1\%$) мають стаж роботи понад 15 років. Атестовані на вищу та першу категорію $77,3 \pm 6,3\%$. Серед опитаних лікарів РЛ задоволені умовами праці $40,9 \pm 7,4\%$, забезпеченістю медичним обладнанням – $18,2 \pm 5,8\%$, ліками – $11,4 \pm 4,8\%$. Усі опитані лікарі вказали на відсутність спеціалізованого автотранспорту для скерування жінок на вищі рівні надання медичної допомоги. Лікарі раз на п'ять років навчаються на курсах підвищення кваліфікації у вищих навчальних медичних закладах,

38,6±7,3% беруть участь у роботі наукових конференцій, 70,5±6,9% – у семінарах на рівні ЛПЗ.

Лікарі районних ЛПЗ з метою поліпшення організації медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям запропонували: забезпечити відділення необхідним обладнанням – 63,6±7,3%; ліками відповідно до клінічних протоколів – 77,2±6,3%; спеціалізованим автотранспортом – 84,1±5,5%; впровадити телемедичні консультації – 72,7±6,7%.

Опитування лікарів, які працюють у міських ЛПЗ, показало, що найбільшими проблемами для пологових відділень міських ЛПЗ є відсутність спеціалізованого автотранспорту – 84,6±1,8%, забезпеченість ліками – 70,3±2,3%, забезпеченість медичним обладнанням – 54,2±2,5% та можливістю брати участь у наукових конференціях – 84,6±1,8%. На думку лікарів-гінекологів, які працюють у міських ЛПЗ, підвищити якість медичної допомоги можна завдяки забезпеченню відділення необхідним обладнанням (42,7±2,5%) та засобами медичного призначення (97,7±0,8%); запровадженню тренінгів для лікарів (97,7±0,8%), забезпеченню закладів спеціальним медичним транспортом (81,3±2,0%) та впровадженню сучасні акушерські технології (42,2±2,5%). За впровадження телемедичних консультацій позитивно висловились 73,2±2,3% респондентів.

При проведенні соціологічного дослідження серед лікарів акушерів-гінекологів, які працюють в ДОКТМО, встановлено, що вони задоволені: умовами праці – 86,5±5,6%, забезпеченістю необхідним устаткуванням – 91,9±4,5%, лікарськими засобами – 78,4±6,8%.

Усі опитані лікарі ДОКТМО висловились за підвищення заробітної плати; серед лікарів, які працюють в міських ЛПЗ, з цього приводу висловилося 84,6±1,8% опитаних, а в районних – 70,5±6,9%.

Серед пропозицій, які висловили лікарі ДОКТМО з метою підвищення якості та ефективності акушерської допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, слід відмітити проведення структурної реорганізації служби за рівнем надання медичної допомоги –

86,5±5,6%. За впровадження системи безперервної підготовки лікарів акушерів-гінекологів до застосування сучасних акушерських технологій – 70,3±7,5%, обов'язкове навчання вагітних з критичними симптомами під час вагітності – 73,0±7,3% та впровадження телемедичних консультацій – 81,1±1,4%. Отримані в ході соціологічного дослідження результати стали підґрунтям, поряд з даними, які наведені в попередніх розділах, для розробки функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду на рівні промислового регіону.

Відповідно до чинного законодавства розроблено обласну автоматизовану систему забезпечення медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям на рівні області. Загальним призначенням АСУ стали: забезпечення інформаційного процесу прийняття рішень з метою поліпшення якості лікувально-діагностичного процесу, розробка профілактичних заходів та удосконалення системи акушерської допомоги. Визначено порядок функціонування системи та обсяг первинної інформації. Розроблено методику захисту персоніфікованих даних.

В автоматизованому режимі на основі введених даних за допомогою довідників бази даних формуються показники про діяльність акушерської служби області, які використовуються для прийняття управлінських рішень: по конкретній вагітній, роділлі та породіллі; по роботі конкретного лікаря; по роботі конкретного підрозділу; по всій системі.

Враховуючи простоту АСУ, з нею можуть працювати медичні працівники після відповідного інструктажу.

Для забезпечення діяльності системи розроблено її технічне забезпечення від АРМ лікаря до АРМ термінал-центру, яке наведено у розділі.

Розроблено концептуальні підходи до організації телемедичних консультацій в акушерстві та визначено їх завдання. За результатами впровадження телемедичних консультацій в акушерстві визначено їх

завдання та очікується економічний, технічний і соціальний ефекти. Розроблено та наведено в розділі необхідне технічне забезпечення телеконсультувань в акушерській службі області. Вперше проведено розрахунок потреби у фінансовому забезпеченні, встановлення даного технічного забезпечення в міжрайонних і міських пологових відділеннях області. Необхідні видатки складають 5 620 000 грн.

Відповідно до програми дослідження, розроблено функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Принципово новим в організації медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду та управління нею є організація інформаційного забезпечення в автономному режимі:

4. Лікуючі лікарі отримують необхідну інформацію про жінку на момент її надходження до лікарні навіть без наявності медичної документації.

5. Суб'єкт управління отримує всю узагальнену інформацію з усіх ЛПЗ області про жінок з тяжким перебігом вагітності, пологів, післяпологового періоду та їх ускладнень у разі виникнення таких станів або при необхідності.

6. Складовою інформаційної системи став центр телемедичних консультацій з можливістю надання дистанційної спеціалізованої та кваліфікованої консультативної допомоги за місцем перебування жінки.

Нами до існуючої системи надання акушерської допомоги запропоновано внесення:

Перший рівень:

1. Сімейні лікарі проводять роботу не тільки з вагітною, але й готують до появи дитини та перебігу здорової (фізіологічної) вагітності всю сім'ю. Вагітній жінці та членам її сім'ї видається письмова інформація, як

має перебігати вагітність, про загрозливі симптоми та в яких випадках і куди треба звертатися по медичну допомогу в разі їх появи.

2. Фельдшери ФАПів мають проводити той же обсяг медичних заходів, що й сімейні лікарі в селах, де відсутні сімейні лікарі.

Сімейні лікарі та фельдшери ФАПів заповнюють і подають до корпоративної інформаційної системи персоніфіковані дані про вагітних.

Другий рівень:

1. На попередніх етапах виконання дисертаційного дослідження ми пропонували створення на базі ЛПЗ міст і районів пологових відділень для прийому фізіологічних пологів, з готовністю до надання вагітній (роділлі) невідкладної допомоги. Вагітні з різним ступенем ризику планово направляються на вищі рівні надання медичної допомоги.

2. На етапі закінчення дослідження, враховуючи малу потужність цих відділень, що не забезпечує їх, згідно з чинною нормативною базою, цілодобовим чергуванням медичних працівників, необхідним обладнанням, засобами медичного призначення, ми дійшли висновку про необхідність концентрації стаціонарної акушерської допомоги на міжрайонному рівні в потужних міжрайонних/міських акушерських відділеннях (перинатальних центрах). На базі станцій швидкої допомоги міст і районів є необхідним формування спеціалізованої бригади (підготовка спеціалістів та укомплектування санітарного автотранспорту необхідними засобами) для надання допомоги, транспортування вагітних з ускладненням перебігу вагітності. Базовими для створення таких бригад швидкої допомоги стали методичні рекомендації “Обеспечение безопасной транспортировки беременных, рожениц и родильниц, находящихся в критическом состоянии”, Київ, 2001.

3. Створення на базі існуючих типових ЛПЗ потужних міжрайонних/міських пологових відділень (перинатальних центрів), основними завданнями яких є:

–планова та ургентна консультативна акушерська допомога;

–планова та ургентна стаціонарна допомога вагітним, роділлям і породіллям з фізіологічним перебігом вагітності, пологів та з ускладненнями II ступеня.

Третій рівень:

На третьому рівні обґрунтовано функціонально-організаційну модель надання допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду на базі багатопрофільної лікарні, застосування якої дасть змогу цілодобово надавати амбулаторну, стаціонарну та виїзну комплексну невідкладну допомогу жінкам .

Для забезпечення діяльності ВОСЦЕПАД нами внесено пропозиції до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я”.

Для забезпечення надання акушерської допомоги вагітним, роділлям і породіллям з тяжким перебігом та ускладненнями необхідна підготовка кадрів:

- лікарів акушерів-гінекологів, анестезіологів, у т.ч. сімейних лікарів у вищих навчальних закладах освіти III–IV рівнів акредитації;
- середніх медичних працівників у медичних коледжах.

У рамках міжнародного проекту “Здоров’я матері та дитини” розроблено модулі для проведення тренінгів з медичними працівниками, які пройшли оцінку міжнародних експертів. За даними модулями в Україні проведено навчання 412 лікарів акушерів-гінекологів.

Таким чином, стратегічний напрямок запропонованої функціонально-організаційної моделі спрямовувався на підвищення медичної ефективності діяльності акушерської служби області при наданні допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Тактичним напрямком моделі стало обґрунтування етапності в наданні медичної допомоги жінкам вказаної категорії та запровадження механізму надання екстреної спеціалізованої медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям з ускладненнями вагітності, пологів та післяпологового періоду за місцем їх знаходження. При цьому особливістю структурної перебудови існуючої системи стало включення до неї:

- існуючих складових медичних закладів надання акушерської допомоги;
- існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної оптимізації: міжрайонні/міські акушерські відділення (перинатальні центри);
- якісно нових елементів створення на базі обласної багатoproфільної лікарні акушерсько-гінекологічного центру, розробка обласної АСУ забезпечення медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям, виділення в окрему структуру із обласної санавіації, ВОСЦЕПАД, введення його до складу обласного акушерсько-гінекологічного центру, створення акушерського центру телемедицини, інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими структурами надала моделі як системі нових якостей зі сприяння досягнення головної мети дослідження.

Структурну основу розробленої функціонально-організаційної моделі складають наявні ресурси діючої системи акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню на рівні області, а її впровадження не тільки не потребує додаткових фінансових витрат, але й забезпечує їх більш раціональне використання.

Водночас, на відміну від раніше існуючої системи акушерської допомоги, на рівні області запропонована модель вперше:

- 1) забезпечує системність і комплексність підходу до вирішення проблеми надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду;

2) вирішує проблему превентивної госпіталізації жінок з високим ризиком материнської смертності в заклади третинного рівня надання медичної акушерської допомоги;

3) дає змогу усунути виявлені диспропорції в організації надання стаціонарної допомоги вагітним, роділлям і породіллям у ЗОЗ різних рівнів;

4) забезпечує можливість надання планової та екстреної, в т.ч. дистанційної, високоспеціалізованої акушерської допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду та їх ускладнень за місцем перебування жінок;

5) дає змогу забезпечити транспортування жінок з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду до ЛПЗ більш високого рівня надання медичної допомоги;

6) дозволяє підготувати жінок і членів їхніх сімей до можливих ускладнень вагітності та тактики дій на можливий випадок ускладнень.

Визначено ефективність обґрунтованої моделі. Вона полягає у скороченні рівня материнського травматизму на 0,6–2,2% при раціональному використанні ресурсів, що дає змогу рекомендувати інновації для впровадження в систему охорони здоров'я України.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

СТАРЫЙ ВАРИАНТ ВЫДЕЛЕН ГОЛУБЫМ, НЕСООТВЕТСТВИЕ ВЫДЕЛЕНО КРАСНЫМ

1. Авраменко Т. В. 1 Модель прогнозування перинатальних втрат при цукровому діабеті у вагітних / Т. В. Авраменко, Т. В. Коломійченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – №5. – С. 58–62.
2. Алгоритм 2 діагностики та профілактики акушерських ускладнень у здорових вагітних в сучасних умовах / А. Г. Коломійцева, Л. В. Віденко, І. А. Жабченко [та ін.] // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 163–166.
3. Алтурк Ахмад. 3 Пути снижения гестационных осложнений у женщин с нейроциркуляторной астенией / Алтурк Ахмад // Актуальні проблеми акушерства і гінекол., клін. імунол. та мед. генетики. – Київ–Луганськ, 2004. – Вип. 11. – С. 5–10.
4. Амбулаторна 4 допомога вагітним жінкам із загрозою розвитку пізніх гестозів / О. О. Воронцов, Б. О. Ониськін, Н. В. Михайленко [та ін.] // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №1. – С. 21–24.
5. Анісімова І. М. 5 Особливості перебігу вагітності та стан плода у жінок із НВ-вірусною інфекцією залежно від типу репродукції вірусу гепатиту В : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / І. М. Анісімова; Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. – К., 2001. – 22 с.
6. Апресова К. Г. 6 Особливості перебігу вагітності та пологів при артеріальній гіпотензії : (клініко-статистичний аналіз) / К. Г. Апресова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – №1. – С. 63–65.
7. Артымук Н. В. 7 Гипоталамический синдром и беременность / Н. В. Артымук, Г. А. Ушакова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2001. – №4 (6). – С. 67–71.
8. Артымчук Н. В. 8 Особенности течения беременности и родов у женщин с гипоталамическим синдромом / Н. В. Артымчук, Г. А. Аракова // Акушерство и гинекология. – 1999. – №3. – С. 25–29.

9. Бабина М. Г. 9 Особенности течения беременности, родов, состояния новорожденных у женщин с хроническим пиелонефритом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / М. Г. Бабина ; Моск. мед. акад. – М., 2003. – 21 с.
10. Банникова Р. В. 10 Социальная детерминированность аборта / Р. В. Банникова, К. Я. Санников // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 1998. – №4. – С. 9–14.
11. Безопасное материнство 11 : руководство для руководителей программ по эффективным вмешательствам в сфере репродуктивного здоровья, основанных на доказательствах. – Проект Джилл Гей и Кэрин Харди, 2001. – 40с.
12. Беременности и роды при хронических 12 заболеваниях гепатобилиарной системы / Е. Т. Михайленко, А. А. Закревский, Н. Г. Богдашкин, Л. Б. Гутман. – К. : Здоров'я, 1990. – 184 с.
13. Беременность и роды у женщин 13 с бронхиальной астмой / А. Ш. Махмутходжаев, А. А. Радионченко, Л. М. Огородова [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2002. – №1. – С. 7–11.
14. Беседін В. М. Жовтяниці 14 у вагітних / В. М. Беседін, Б. А. Герасун, Л. Ю. Шевченко. – Львів : ЛДМУ, 1999. – 240 с.
15. Беседін В. М. Новий 15 погляд на лікування фетоплацентарної недостатності при прееклампсії / В. М. Беседін, С. А. Томашова, Г. Б. Семіна // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – №2. – С. 81–83.
16. Богатирьова Р. В. 16 Стан акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні та шляхи її поліпшення / Р. В. Богатирьова // Медико-социальные проблемы семьи. – 1997. – Т. 2, №1. – С. 3–6.
17. Бронхиальная 17 астма при беременности: (лечение, терапия, предгравидарная подготовка и ведение родов) / Н. Палеев, Н. Черейская, Н. Распопина, И. Шугинин // Врач. – 2001. – №11. – С. 12–15.
18. Вагітність, 18 пологи та стан новонароджених у жінок із різними формами активного туберкульозу легень / О. В. Голяновський, А. Я. Сенчук,

О. О. Берестовий [та ін.] // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. – Серія «Медицина». – 2000. – Вип. 12. – С. 197–199.

19. Вдовиченко Ю. П. Актуальні 19 аспекти материнських втрат при патології нирок / Ю. П. Вдовиченко, Л. В. Калугіна // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – №1. – С. 60–63.

20. Вдовиченко Ю. П. Профілактика 20 фетоплацентарної недостатності при поєднанні у вагітних тиреотоксикозу та вегетосудинної дистонії / Ю. П. Вдовиченко, О. О. Трушкевич, Д. Р. Шадлун // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – №3. – С. 87–89.

21. Ведення вагітності, пологів 21 та післяпологового періоду у хворих на туберкульоз легенів : метод. рекомендації / Мед. ін-т Укр. асоц. нар. медицини (МІУАНМ); Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця; [уклад. : А. Я. Сенчук та ін.]. – К., 2001. – 37 с.

22. Ветров В. В. Влияние 22 детоксикационной терапии на состояние фетоплацентарной системы при гестозе, развившемся на фоне хронического пиелонефрита / В. В. Ветров // Акушерство и гинекология. – 2000. – №4. – С. 55–57.

23. Ветров В. В. Экстрагенитальные 23 заболевания и гестоз / В. В. Ветров // Акушерство и гинекология. – 2001. – №4. – С. 7–9.

24. Вирусний гепатит 24 А, осложнившийся тяжелым гестозом / Б. Л. Гуртовой, Н. А. Малышев, К. А. Мартынов [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1999. – №1. – С. 42–43.

25. Відомості про новонароджених 25 в акушерських стаціонарах у 2005 році / за ред. М. В. Голубчикова. – К. : Центр мед. статистики МОЗ України, 2006. – 98 с.

26. Влияние пиелонефрита беременных на 26 развитие плода и новорожденного / И. П. Крохмаль, В. В. Симрок, Г. А. Дзюба, Е. Ф. Руденко // Укр. мед. альм. – Луганск, 2004. – №1. – С. 76.

27. Вороненко Ю. В. Вивчення здоров'я вагітних, як 28 основа розробки профілактичних програм / Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, В. Б. Замкевич

- // Сучасні проблеми клініч. та експерим. медицини : тези VII підсумкової наук.-практ. конф. мед. ф-ту Сумського держ. ун-ту. – Суми, 1999. – С. 80–81.
28. Вороненко Ю. В. Деякі особливості екстрагенітальної захворюваності вагітних жінок, які мешкають у сільській місцевості / Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, В. Б. Замкевич // Терапія, акушерство та гінекологія. – 1998. – №2. – С. 100–103.
29. Вороненко Ю. В. Деякі особливості захворюваності жінок у період вагітності 30 / Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, Л. В. Литвинчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – №6. – С. 77–80.
30. Вороненко Ю. В. Перебіг вагітності в жінок, які мешкають у різних екологічних умовах / Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 39–42.
31. Всемирная организация здравоохранения: 31 достижения репродуктивного здоровья для всех / под общ. ред. А. Z. Waddell // Планирование семьи. – 1998. – №4. – С. 6–12.
32. Галич С. Р. Демографическая ситуация и гестозы / С. Р. Галич, Л. С. Лучина // 36. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Абрис. – 2000. – С. 276–278.
33. Генералов С. И. 33 Комплексная терапия хронической гипоксии матери и плода у беременных с сердечно-сосудистой патологией / С. И. Генералов, А. М. Варламов, В. С. Костенко // Вопр. охраны материнства и детства. – 1990. – Т. 35, №6. – С. 59–61.
34. Гойда Н. Г. Здоров'я жінок репродуктивного віку 34 / Н. Г. Гойда, О. О. Дудіна // Панорама охорони здоров'я населення України. – К., 2003. – С. 62–64.
35. Гойда Н. Г. Невиношування у вагітних з екстрагенітальною патологією 36 / Н. Г. Гойда // Екстрагенітальна патологія і вагітність : матер. семінару. – К., 1996. – С. 59–63.
36. Гойда Н. Г. Організація акушерської допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією в Україні 37 / Н. Г. Гойда // X з'їзд акушерів-

гінекологів України : тези доп. – Одеса, 1996. – С. 5.

37. Гойда Н. Г. Репродуктивне здоров'я (ситуаційний аналіз) 35 / Н. Г. Гойда, Н. Я. Жилка // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2003. – №2 (8). – С. 3–12; №3 (8). – С. 3–14.

38. Гойда Н. Г. Репродуктивне здоров'я: стратегія, 40 принципи, український досвід / Н. Г. Гойда, Н. Я. Жилка, М. Є. Єнікеева // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – №4 (20). – С. 31–34.

39. Гойда Н. Г. Стан та перспективи розвитку перинатальної допомоги на етапі реформування охорони здоров'я в Україні 38 / Н. Г. Гойда // Перинатология та педіатрія. – 1999. – №1. – С. 3–4.

40. Гойда Н. Г. Частота і структура екстрагенітальної патології за вагітністю 39 і пологами та їх вплив на материнську смертність в Україні / Н. Г. Гойда // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С. 17–19.

41. Гульчій О. П. Поширеність екстрагенітальної патології 41 серед вагітних жінок та її вплив на захворюваність новонароджених в Україні / О. П. Гульчій // Охорона здоров'я України. – 2003. – №3. – С. 58–60.

42. Гутман Л. Б. Сердечно-сосудистая патология 42 и беременность / Л. Б. Гутман // Неотложное акушерство. – К. : Здоров'я, 1994. – С. 142–164.

43. Деякі особливості захворюваності жінок 43 у період вагітності / Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, Л. В. Литвинчук, В. Б. Замкевич // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – №6. – С. 77–79.

44. Диагностика заболеваний верхних отделов 44 пищеварительного тракта у беременных женщин / Л. А. Положенкова, С. Г. Бурков, Е. С. Ляшко, М. Ю. Коньков // Клин. медицина. – 2000. – №8. – С. 79–80.

45. Диндар О. А. Особливості перебігу вагітності, 45 пологів, післяпологового періоду, стан плода та новонародженого у жінок, що перенесли вірусний гепатит В : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / О. А. Диндар; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2001. – 20 с.

46. Диспансерний метод надання медичної допомоги 46 вагітним

жінкам, що мають підвищений ризик / В. Б. Гоцинський, О. О. Воронцов, Н. В. Михайлечко, Д. В. Шундигов // Здобутки клін. та експерим. медицини. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – Вип. 5. – С. 366–371.

47. Дифференциальные подходы к 47 профилактике гестоза и плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска / А. Н. Стрижаков, М. З. Мусаев, Н. Л. Меликова, В. А. Мельников // Акушерство и гинекология. – 2000. – №3. – С. 14–17.

48. До проблеми розробки та впровадження клінічних протоколів 48 у діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини / О. О. Дудіна, Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий, Г. О. Бринь // Здоровье женщины. – 2006. – №1. – С. 36–40.

49. Довідник з питань репродуктивного здоров'я 49 / за ред. Н. Г. Гойди. – К. : Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.

50. Доклад о состоянии здравоохранения 50 в Европейском регионе. – Женева : ЕРБ ВОЗ, 2002. – С. 110–114.

51. Доклад Четвертой Всемирной конференции по положению женщин 51 // Четвертая Всемирная конференция по положению женщин, Пекин, 4–15 сентября 1995 г. – Пекин : ООН, 17.10 1995. – 202 с.

52. Дудіна О. О. Діяльність закладів сімейної медицини 54 з надання акушерсько-гінекологічної допомоги / О. О. Дудіна, С. Г. Лесовська // Міжнар. мед. журн. – 2005. – Спец. вип. – С. 88.

53. Дудіна О. О. Здоров'я жінок 53 / О. О. Дудіна, Н. Я. Жилка // Стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. – К., 2004. – С. 95–112.

54. Дудіна О. О. Інтегрований підхід до формування 55 гармонійного розвитку дітей / О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі : матер. II з'їзду педіатрів України, м. Київ, 7–10 груд. 2004 р. – К., 2004. – С. 26–27.

55. Дудіна О. О. Основні принципи 52 науково-доказової медицини та стан впровадження її в діяльність служби охорони здоров'я (аналітичний

огляд) / О. О. Дудіна, Г.О. Бринь // Зб. наук. праць Укр. ін-ту громадського здоров'я. – К., 2007. – С. 109–112.

56. Екстрагенітальна патологія та вагітність 56 / за ред. О. В. Кравченко; Буков. держ. мед. акад. каф. акушерства, гінекології та перинатології. – Чернівці : Медакад, 2003. – 143 с.

57. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» 57 . – Копенгаген : ЄРБ ВОЗ, 2007. – Шлях доступу : [http : // www.Euro.Who.Int/hfadbd](http://www.Euro.Who.Int/hfadbd). – Назва з екрану.

58. Єнікеєва В. М. Інноваційна модель надання 59 акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, які проживають в сільській місцевості / В. М. Єнікеєва // Лікарня в ХХІ столітті : управління та організація медичної допомоги : матер. Всеукр. наук.-практ. конф., м. Київ, 5–6 черв. 2008 р. – К., 2008. – С. 80–82.

59. Єнікеєва В. М. Щодо моделі надання 58 акушерсько-гінекологічної допомоги сільському жіночому населенню / В. М. Єнікеєва // Матер. IV з'їзду спеціалістів з соц. медицини та організаторів охорони здоров'я, м. Житомир, 23–25 жовт. 2008 р. – Київ – Житомир, 2008. – Т. 2. – С. 87–89.

60. Жабченко І. А. Деякі аспекти забезпечення 60 неускладненого перебігу вагітності в сучасних умовах / І. А. Жабченко // Укр. мед. часопис. – 2001. – №4 (24). – С. 35–37.

61. Жабченко І. А. Профілактика та лікування 61 ускладнень вагітності у практично здорових жінок / І. А. Жабченко // Укр. мед. альм. – 2001. – №6. – С. 54–58.

62. Жабченко І. А. Стан здоров'я як показник 62 здоров'я суспільства і держави / І. А. Жабченко // Вісник акушерів-гінекологів України. – 2000. – №1 (6). – С. 9–16.

63. Жабченко І. А. Частота та структура акушерських 63 ускладнень у здорових вагітних / І. А. Жабченко // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Абрис, 2000. – С. 430–433.

64. Жапких А. В. Профілактика ослонений 64 беременности и родов в

условиях крупного промышленного центра / А. В. Жапких, Д. Е. Барковский // Вісн. асоц. акушерів-гінекологів України. – 2000. – №1. – С. 9–16.

65. Жилка Н. Я. Аналітичний огляд 65 законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я України / Н. Я. Жилка. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.

66. Жилка Н. Я. Проблеми акушерської допомоги 70 в Україні та шляхи їх вирішення / Н. Я. Жилка, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий // Охорона здоров'я України. – 2007. – №3–4 (27–28). – С. 88–97.

67. Жилка Н. Я. Ситуаційний 66 аналіз доступності засобів контрацепції для населення України / Н. Я. Жилка. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 56 с.

68. Жилка Н. Я. Соціально-економічні та 67 медичні проблеми репродуктивного здоров'я (літературний аналіз) / Н. Я. Жилка // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №4. – С. 25–29.

69. Жилка Н. Я. Сучасні аспекти 68 профілактики абортів в Україні / Н. Я. Жилка // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Фенікс, 2003. – С. 117–121.

70. Жилка Н. Я. Удосконалення організації 69 амбулаторної акушерсько-гінекологічної служби в Україні / Н. Я. Жилка // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 3–8.

71. Журавель В. И. Основы менеджмента 71 в системе здравоохранения / В. И. Журавель. – К., 1994. – 335 с.

72. Жученко Л. А. Прогноз потомства и 72 алгоритмы акушерского мониторинга за беременными с заболеваниями щитовидной железы / Л. А. Жученко, Ф. Ф. Бурумкулова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2003. – №6. – С. 50–53.

73. Жученко О. Г. Репродуктивное здоровье женщин, 73 страдающих легочным и урогенитальным туберкулезом : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 / О. Г. Жученко; НИИ фтизиопульмонологии, Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова. – М., 2001. – 42 с.

74. Заболевания щитовидной железы 74 и беременность / Г. А.

Мельниченко, Л. Е. Мурашко, Н. И. Клименченко, С. В. Малясова // Рос. мед. журн. – 1999. – Т. 7, №3. – С. 145–150.

75. Замкевич В. Б. Екстрагенітальна патологія 75 у вагітних / В. Б. Замкевич, Ю. В. Вороненко // Тези наук.-мед. конф. студентів та молодих вчених. – К., 1999. – С. 26.

76. Занина Н. В. Течение беременности, родов и 76 послеродового периода у женщин с желчнокаменной болезнью / Н. В. Занина, А. Н. Рыбалка // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клін. імунол. та мед. генетики : зб. статей. – Київ–Луганськ, 2003. – Вип. 10. – С. 67–69.

77. Запорожан В. М. Вагітність високого ризику при 77 цукровому діабеті / В. М. Запорожан, Н. М. Нізова. – Одеса : Одес. мед. ун-т, 2001. – 178 с.

78. Запорожан В. Н. Перспективы внедрения программы 78 “Безопасное материнство” в Украине / В. Н. Запорожан, Н. Н. Низова, Т. К. Иркина // Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – №3 (12). – С. 9–12.

79. Захарова О. Н. Особенности течения беременности и родов 79 у женщин с ревматическими пороками сердца / О. Н. Захарова // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клін. імунол. та мед. генетики : зб. статей. – Київ–Луганськ, 2001. – Вип. 5. – С. 52–54.

80. Збірник нормативних документів з питань 80 репродуктивного здоров'я в Україні : у 2 т. / за ред. А. П. Гука, Н. Я. Жилки. – Т.1. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 368 с.

81. Інформація про хід виконання 81 Указу Президента України від 26.03.2001 р. №203/2001 “Про Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005»” за 2002 рік. – К. : МОЗ України, 2003. – 7 с.

82. Іркина Т. К. Національна програма «Репродуктивне здоров'я 2001–2005» 82 : перешкоди оперативної політики і шляхи їх подолання : звіт до проекту ПОЛІСІ / Т. К. Іркина. – К., 2002. – 16 с.

83. Камінський В. В. Деякі аспекти перебігу вагітності 83 та пологів у жінок з поєднанням анемії вагітних і пізнім гестозом / В. В. Камінський, С. І.

- Жук, О. О. Проценко // Лікар. справа. – 1999. – №3. – С. 132–133.
84. Каюкова С. И. Беременность и туберкулез – современное состояние проблемы / С. И. Каюкова, В. А. Стаханов, О. В. Макаров // Пробл. туберкулеза. – М., 2003. – №9. – С. 31–35.
85. Клинико-анатомический анализ материнской смертности в Архангельской области / Л. С. Ходасевич, В. О. Хорева, К. Н. Ковров [и др.] // Арх. патологии. – 2001. – Т. 63, №4. – С. 38–41.
86. Ковганко П. А. Клинические особенности течения беременности и родов у женщин с различной локализацией внелегочного туберкулеза / П. А. Ковганко // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2004. – №1. – С. 31–32.
87. Ковганко П. А. Течение беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с внелегочным туберкулезом / П. А. Ковганко // Пробл. туберкулеза. – М., 2004. – №2. – С. 38–41.
88. Козина О. В. Нейроциркуляторная дистония и беременность / О. В. Козина // Акушерство и гинекология. – 2001. – №4. – С. 5–7.
89. Козина О. В. Особенности течения нейроциркуляторной дистонии во время беременности и ее влияние на гестационный процесс и развитие плода / О. В. Козина, А. П. Кирющенко // Акушерство и гинекология. – 2002. – №6. – С. 20–24.
90. Комплексне лікування вагітних з пієлонефритом / О. Б. Задорожна, А. І. Лучков, О. М. Іванов, Н. М. Саннікова // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики : зб. статей. – Київ–Луганськ, 2000. – Вип. 4. – С. 59–62.
91. Кондратенко И. В. Планирование семьи у женщин, проживающих в зоне аварии ЧАЭС / И. В. Кондратенко // Актуальні пробл. акушерства і гінекол., клініч. імунол. та мед. генетики : зб. статей. – Київ–Луганськ, 2001. – Вип. 5. – С. 58–60.
92. Косенко Н. П. Опыт ведения беременности с хроническими воспалительными заболеваниями почек / Н. П. Косенко, Л. М. Пасиешвили, О. В. Сокруто // Врачеб. практика. – 2000. – №5. – С. 13–15.

93. Кузмин В. Н. Акушерская тактика у беременных 93 с вирусным гепатитом В / В. Н. Кузмин // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2001. – №1. – С. 76–79.
94. Кукушкин В. Н. Влияние факторов риска и 94 профилактика синдрома внезапной смерти грудных детей / В. Н. Кукушкин // Укр. мед. альм. – 2000. – Т. 4, №1. – С. 100–104.
95. Кульчицкий С. К. Течение беременности и родов 95 у женщин с гипертонической кардиопатией / С. К. Кульчицкий // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики : зб. статей. – Київ–Луганськ, 2000. – Вип. 4. – С. 81–84.
96. Лагода Н. М. Порівняльна морфологічна характеристика 96 плацентарного бар'єра при різних формах пізнього гестозу поєданого з анемією вагітних : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.03.02 / Н. М. Лагода; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2001. – 19 с.
97. Лиманська А. Ю. Особливості перебігу 97 вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з порушеннями серцевого ритму (клініко-статистичний аналіз) / А. Ю. Лиманська // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – №4. – С. 55–57.
98. Лук'янова І. С. Серцева недостатність 98 у вагітних : клініко-патофізіологічні особливості, прогнозування ускладнень, профілактика та лікування : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11; 14.01.01 / І. С. Лук'янова; АМН України, Ін-т кардіології ім. М. Д. Стражеска. – К., 2003. – 45 с.
99. Лук'янова І. С. Стан внутрішньосерцевої 99 гемодинаміки, систолічної та діастолічної функції серця при серцевій недостатності у вагітних з ревматичними вадами серця / І. С. Лук'янова // Укр. ревматологіч. журн. – 2001. – №3–4. – С. 68–71.
100. Лук'янова О. М. Динаміка стану здоров'я та 101 показників імунологічного статусу у жінок та дітей / О. М. Лук'янова, В. Є. Дашкевич, Ю. Г. Антипкін // Журн. практ. врача. – 1998. – №4. – С. 6–8.

101. Лук'янова І. С. Особливості матково-плацентарної 100 та плодової гемодинаміки у вагітних з захворюваннями серцево-судинної системи / І. С. Лук'янова, Л. Б. Гутман // Перинатол. та педіатрія. – 2001. – №4. – С. 8–12.
102. Лукьянова Е. М. Актуальные вопросы 102 перинатологии / Е. М. Лукьянова // Междунар. мед. журн. – 1999. – №1. – С. 8.
103. Луцик В. В. Профілактика і лікування 103 гіпоксичних станів у вагітних з цукровим діабетом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / В. В. Луцик; МОЗ України, Харк. держ. мед. ун-т. – Х., 2000. – 16 с.
104. Макаров О. В. Беременность и туберкулез 104 / О. В. Макаров, С. И. Каюкова, В. А. Стаханов // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2004. – №1. – С. 23–26.
105. Матеріали міжнародних конференцій з питань 105 охорони здоров'я та планування сім'ї. – К. : Проект ПОЛІСІ, 1999. – 44 с.
106. Медведь В. И. Улучшение качества амбулаторной 106 помощи беременным с экстрагенитальной патологией как путь снижения материнской смертности / В. И. Медведь, В. Е. Дашкевич, Л. Б. Гутман // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 198–201.
107. Медведь В. І. Новий лікувально-профілактичний 108 комплекс для вагітних з цукровим діабетом типу I / В. І. Медведь, О. О. Данилків // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – №6. – С. 68–72.
108. Медведь В. І. Хвороби серця у 107 вагітних: кардіологічна та акушерська тактика / В.І. Медведь // Лікування та діагностика. –1998. – №1. – С. 56–61.
109. Медведь В. І. Цукровий діабет у 109 вагітних: особливості проблеми в Україні / В. І. Медвідь // Ендокринологія. – 2003. – Т. 8, №1. – С. 4–11.
110. Медико-соціальні фактори гінекологічної патології 110 та репродуктивної системи у дівчаток-підлітків / Р. О. Моїсеєнко, П. М. Веропотвелян, М. П. Веропотвелян [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – №6. – С. 99–102.

111. Меллина И. М. Клинико-патогенетическое обоснование профилактики и лечение осложнений беременности при гипертонической болезни : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01, 14.00.06 / И. М. Меллина; НИИ педиатрии и гинекологии им. проф. П. М. Буйко. – К., 1992. – 32 с.
112. Мелліна І. Ускладнення вагітності у жінок з гіпертонічною хворобою: фактори ризику і профілактика / І. Мелліна // Вісн. наук. досліджень. – 2003. – №1. – С. 50–51.
113. Мерцалова О. В. Перинатальні гіпоксичні ураження центральної нервової системи плода у вагітних високого ризику (діагностика, прогноз виходів, оптимізація ведення вагітності та пологів) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / О. В. Мерцалова; МОЗ України, Харк. держ. мед. ун-т. – Х., 2002. – 40 с.
114. Мінцер О. П. Інформаційні технології в охороні здоров'я і практичній медицині : Кн. 5 : Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині : [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.] / О. П. Мінцер, Ю. В. Вороненко, В. В. Власов. – К. : Вища школа, 2003.– 350 с.
115. Міцода Р. М. Перебіг післяродового періоду у жінок, які перехворіли на вірусний гепатит В до вагітності / Р. М. Міцода // Лікарська справа. – К., 2004. – №2. – С. 56–58.
116. Моисеенко Р. А. Охрана здоровья матерей и детей в Украине : проблемы и перспективы / Р. А. Моисеенко // Здоровье женщины. – 2005. – №3 (15). –С. 8–16.
117. Моїсеєнко Р. О. Перший рік реалізації Національної програми “Репродуктивне здоров'я 2001–2005” / Р. О. Моїсеєнко // Здоровя мати – здорова дитина : матеріали наук.-практ. конф., м. Донецьк, 6 листоп. 2002 р. – Донецьк, 2002. – С. 16–31.
118. Моїсеєнко Р.О. Міжгалузєва комплексна програма „Здоров'я нації” як основа реалізації стратегії поліпшення умов для виживання / Р. О. Моїсеєнко, О. О. Дудіна, Б. І. Бринь // Міжгалузєва комплексна програма „Здоров'я нації” на 2002–2011 роки – крок до реформування галузі : матер.

конф. – К., 2006. – С. 95–97.

119. Мониторинг беременных Донецкого 119 района, страдающих сахарным диабетом / С. И. Галалу, В. В. Свиридова, М. И. Клецова [и др.] // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Интермед, 2003. – С. 56–60.

120. Моніторинг за станом здоров'я матері та дитини 120 : матеріали на підсумкову Колегію МОЗ України за 2005 рік. – К. : Центр мед. статистики МОЗ України, 2006. – 26 с.

121. Наблюдение и обследование беременных 121 с экстрагенитальной патологией : метод. реком. / сост. : Л. Б. Гутман, В. Е. Дашкевич, В. И. Медведь [и др.]; Укр. НИИ педиатрии, акушерства и гинекологии, Укр. гос. мед. ун-т, Киев. ин-т усоверш. врачей. – К., 1993. – 39 с.

122. Нагорна А. М. Проблема якості 122 в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.

123. Негматуллаева М. Н. Порок сердца 123 у беременных как фактор риска развития фетоплацентарной недостаточности / М. Н. Негматуллаева, Н. С. Надырханова, М. Т. Гуламова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2001. – №2. – С. 30–31.

124. Нейроциркуляторна астенія і вагітність 124 / В. В. Подольський, С. Ф. Моді, І. А. Журавель [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1994. – №5. – С. 49–51.

125. Никольская И. Г. Акушерские и перинатальные 125 аспекты пиелонефрита : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / И. Г. Никольская ; Моск. обл. науч.-исслед. ин-т акушерства и гинекологии. – М., 1999. – 22 с.

126. Никольская И. Г. Медикаментозная профилактика 126 фетоплацентарной недостаточности после острого пиелонефрита / И. Г. Никольская // Человек и лекарство : тезисы докл. 9-го Нац. конгр. – М., 2002. – С. 321.

127. Нізова Н. М. Патологія амніону 128 та перинатальні наслідки / Н. М.

Нізова, І. А. Давидова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – №1. – С. 79–81.

128. Нізова Н. М. Пізні гестози поєднані 127 з цукровим діабетом (патогенез, клініка, терапія та особливості ведення вагітності і пологів) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 / Н. М. Нізова; Київський ін-т удосконалення лікарів. – К., 1994. – 31 с.

129. Олійник Н. М. Акушерські ускладнення 129 та перебіг соматичної патології у жінок із захворюваннями травного тракту / Н. М. Олійник // Шпитальна хірургія. – 2003. – №4. – С. 75–77.

130. Олійник Н. М. Аналіз частоти ускладнень у вагітних та породіть 134 в зоні зобної ендемії / Н. М. Олійник, С. М. Геряк // Шпитальна хірургія. – 2001. – №4. – С. 104–106.

131. Олійник Н. М. Вагітність і пологи при запальних захворюваннях 130 товстого кишечника / Н. М. Олійник // Одес. мед. журн. – 2001. – №5 (67). – С. 55–56.

132. Олійник Н. М. Вагітність і пологи при холестерозі 131 жовчного міхура / Н. М. Олійник // Шпитальна хірургія. – 2002. – №1. – С. 95–96.

133. Олійник Н. М. Клініко-патогенетичні аспекти 132 прогнозування, профілактики і лікування акушерських та перинатальних ускладнень в жінок із патологією печінки та шлунково-кишкового тракту : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / Н. М. Олійник; МОЗ України, Київська мед. акад. післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2003. – 37 с.

134. Олійник Н. М. Прогнозування акушерських і перинатальних 133 ускладнень у жінок з патологією печінки і шлунково-кишкового тракту / Н. М. Олійник // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – №4. – С. 76–79.

135. Омарова Х. М. Родовспоможение при туберкулезе 135 легких у женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Х. М. Омарова; Моск. обл. науч.-исслед. ин-т акушерства и гинекологии. – М., 2000. – 21 с.

136. Омельченко Н. А. Течение беременности, родов 136 и послеродового периода у женщин с варикозной болезнью / Н. А. Омельченко,

- М. А. Шемякова // Актуал. пробл. акушерства і гінекол., клін. імунол. та мед. генетики. – Київ–Луганськ, 2001. – Вип. 5. – С. 93–97.
137. Оптимизация дородовой подготовки 137 и ведения родов при сочетании гестоза с железодефицитной анемией / С.-М. А. Омаров, Н. С.-М. Омаров, М. А. Абу Насер, И. С. Давыдова // Акушерство и гинекология. – 2000. – №5. – С. 31–34.
138. Оптимизация тактики ведения 138 беременных, страдающих сахарным диабетом / М. В. Федорова, Ю. А. Князев, В. А. Петрухин [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2002. – №3. – С. 69–72.
139. Опыт работы женской консультации 139 по реабилитации женщин, перенесших преэклампсию, осложненную изменениями в органе зрения / В. А. Митюков, С. И. Галалу, С. Н. Пернаков, Н. В. Князева // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 205–210.
140. Опыт работы службы планирования семьи 140 по реабилитации женщин, перенесших преэклампсию / В. П. Квашенко, Л. Е. Катьковалова, Г. М. Адамова [и др.] // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Абрис, 2000. – С. 278–280.
141. Орда А. Н. Научное обоснование управления 142 медико-социальной профилактикой перинатальной смертности в условиях Донецкого региона : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / А. Н. Орда ; Донецкий нац. мед. ун-т. – Донецк, 2007. – 22с.
142. Орда О. М. Методологія впровадження перинатальної 141 допомоги та охорони репродуктивного здоров'я в промисловому регіоні / О. М. Орда // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – №2. – С. 115–118.
143. Основні показники здоров'я населення 143 та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2005–2006 роки. – К., 2007. – 72 с.
144. Основні показники інвалідності 144 та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 роки : аналітико-інформ. дов. / Укр. держ. НДІ медико-соц. пробл. інвалідності. – К., 2007. – 198 с.

145. Особливості перебігу вагітності та післяполового 145 періоду у жінок з активним туберкульозом легень / О. В. Голяновський, А. Я. Сенчук, В. В. Мельник, В. Ф. Васьковський // Вісн. Асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – №5/6. – С. 60–64.
146. Особливості перебігу гестозу у вагітних 146 з НЦА / Л. Б. Гутман, В. Є. Дашкевич, В. В. Подольський, Н. І. Читкайло // Тези пленуму правління акушерів-гінекологів України. – К., 1994. – С. 32.
147. Охорона материнства і дитинства 147 / Л. В. Ковінько, Г. М. Павлюк, Л. В. Романенко [та ін.] // Підсумки роботи лікувально-профілактичних установ міста в 2003 році. – К., 2004. – С. 27–103.
148. Оцінка стану здоров'я різних груп населення 148 України та заходи щодо його поліпшення / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська, Т. К. Кульчицька [та ін.] // Зб. наук. пр. Укр. ін-ту громадського здоров'я. – К., 2007. – Вип. 1. – С. 266–280.
149. Палеев Н. Бронхиальная астма при 149 беременности (течение, терапия, предгравидарная подготовка и ведение родов / Н. Палеев, Н. Черейская, Н. Распопина // Врач. – 2001. – №11. – С. 12–15.
150. Панін Н. В. Технологія 150 соціологічного дослідження / Н. В. Панін. – К. : Наук. думка, 1996. – 232 с.
151. Перебіг вагітності, родів, стан пологів 151 та новонародженого у жінок з пізнім гестозом, поєднаним з цукровим діабетом типу I / М. І. Солонець, В. І. Медвідь, Т. В. Авраменко [та ін.] // Перинатол. та педіатрія. – 2000. – №3. – С. 18–19.
152. Перинатальные аспекты беременности, 152 осложненной заболеваниями щитовидной железы / Л. И. Тимченко, В. А. Туманова, О. А. Ефимушкина [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2004. – №1. – С. 18–22.
153. Петухов В. А. Желчекаменная болезнь и 153 беременность: причинно-следственные взаимосвязи / В. А. Петухов, М. Р. Кузнецов, С. В. Лисин // Анналы хирургии. – 1998. – №2. – С. 14–20.

154. Пиелонефрит и беременность. Профилактика, 154 принципы диспансерного наблюдения, лечение, родоразрешение / И. Г. Никольская, Т. Г. Тареева, А. В. Микаелян [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2003. – №3. – С. 23–25.
155. Пиелонефрит и беременность. Этиология, 155 патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения / И. Г. Никольская, Т. Г. Тареева, А. В. Микаелян [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2003. – №2. – С. 34–36.
156. Пирля І. Л. Вагітність та пологи у жінок з бронхіальною 156 астмою / І. Л. Пирля // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – №4. – С. 75–77.
157. Пирля І. Л. Вагітність та пологи у жінок з хронічним 157 обструктивним бронхітом / І. Л. Пирля // Укр. наук.-мед. молодіж. журн. – 1998. – №2–3. – С. 115–116.
158. Пирля І. Л. Особливості акушерської і перинатальної патології 159 у жінок, хворих на бронхіальну астму / І. Л. Пирля, М. І. Яремко // Укр. наук.-мед. молодіж. журн. – 1998. – №2–3. – С. 113–114.
159. Пирля І. Л. Особливості перебігу вагітності 158 та пологів у жінок з туберкульозом / І. Л. Пирля, С. Н. Гончарук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – №4. – С. 117–119.
160. Подольський В. В. Вагітність і пологи у жінок з 160 нейроциркуляторною астенією / В. В. Подольський // Мед. вестн. – 1999. – №1. – С. 25–26.
161. Подольський В. В. Гіпоксія як один з патогенетичних 162 механізмів виникнення ускладнень вагітності і пологів у жінок, хворих на нейроциркуляторну астенію / В. В. Подольський, Р. С. Теслюк // Перинатологія та педіатрія. – 2001. – №3. – С. 61–64.
162. Подольський В. В. Нейроциркуляторна астенія і вагітність 161 (прогнозування, профілактика і лікування ускладнень вагітності і пологів) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / В. В. Подольський; Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології АМН України. – К., 1996. – 40 с.

163. Подольський В. В. Перебіг вагітності та пологів у жінок з 163 різними формами нейроциркуляторної астенії при функціональних порушеннях функції зовнішнього дихання / В.В. Подольський, Р. С. Теслюк // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 508–512.
164. Попов А. Д. Адаптивные реакции при беременности у женщин 164 с нейроэндокринными синдромами: клинические аспекты / А. Д. Попов. – Пермь : Звезда, 2000. – 128 с.
165. Програма Дій прийнята на Міжнародній Конференції 166 з питань народонаселення та розвитку, Каїр, 5–13 вересня 1994 р. – К. : Вид-во ООН, 1998. – 21 с.
166. Програма дій. Фонд Народонаселення ООН (UNFPA) 167. – К., 1997. – 179 с.
167. Программа охраны материнства в семье 165 (безопасное материнство) – профилактика акушерских и перинатальных потерь / В. К. Чайка, Т. Ю. Бабич, Г. В. Белоусов [и др.] // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К., 1999. – С. 460–463.
168. Профилактика осложнений беременности у женщин с гипертонической болезнью: задачи женской консультации 168 / Л. Б. Гутман, В. Е. Дашкевич, И. М. Меллина [и др.] // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 90–93.
169. Профілактика та лікування ускладнень 169 варикозної хвороби у вагітних та породіль: метод. рекомендації / [уклад. : М. С. Золотухін та ін.] ; Донецький держ. мед. ун-т ім. М. Горького, Укр. центр наук. мед. інформації і патент.-ліценз. роботи. – Донецьк, 2000. – 33 с.
170. Прямова Ю. В. Бронхиальная астма и 170 беременность / Ю. В. Прямова // Пульмонология. – 2002. – №1. – С. 109–116.
171. Пуга Н. П. Диференційований підхід до профілактики 171 пізніх гестозів та фетоплацентарної недостатності у жінок з артеріальною гіпертензією : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Н. П. Пуга ; МОЗ

України, Київська мед. акад. післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2002. – 20с.

172. Пуга Н. П. Функциональное состояние 172 фетоплацентарного комплекса у женщин с гипертонической болезнью и вегето-сосудистой дистонией / Н. П. Пуга // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клін. імунол. та мед. генетики. – Київ–Луганськ, 2001. – Вип. 5. – С. 97–100.

173. Пустотина О. А. Диагностика внутриутробной инфекции 173 (компоненты последа и амниотической жидкости) / О. А. Пустотина, Н. И. Бубнова // Акушерство и гинекология. – 1999. – №4. – С. 3–5.

174. Репродуктивне здоров'я: пріоритети здоров'я 175 // Форум УСАД+5 Гаага, Данія, 8–12 лютого 1999. – 5 с.

175. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків 174 в Україні : ситуаційний аналіз / Н. Березіна, Б. Ворник, Ю. Галустян [та ін.]; ФНООН, МОЗ, УАПС. – К., 2005. – 58 с.

176. Рогова Е. Ф. Почечная и маточная гемодинамика 176 у беременных с гипертонической болезнью / Е. Ф. Рогова, И. Е. Тареева, И. С. Сидорова // Терапевт. арх. – 2001. – №10. – С. 28–33.

177. Роль диспансерного наблюдения в профилактике 177 материнских и перинатальных осложнений у беременных с туберкулезом легких / Е. Б. Задорожная, А. И. Лучков, В. А. Задорожный, О. П. Терновская // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 126–128.

178. Роль женской консультации в выявлении группы риска 178 по синдрому внезапной смерти грудных детей / С. Н. Тутов, А. И. Герасименко, Ю. Г. Друпп [и др.] // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 300–303.

179. Роль женской консультации при наблюдении беременных с 179 пиелонефритом / С. Н. Пернаков, Н. В. Князева, С. И. Галалу, В. А. Митюков // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 241–245.

180. Романенко Т. Г. Вагітність та пологи у жінок з 180 екстрагенітальною патологією, які мешкають у зоні аварії ЧАЕС / Т. Г. Романенко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – №3. – С. 57–59.
181. Савіних Ю. Г. Особливості перебігу вагітності й пологів 181 у жінок, що перенесли вірусні гепатити / Ю. Г. Савіних, Н. М. Рожковська // Актуальні пробл. акушерства і гінекол., клін. імунол. та мед. генетики : зб. наук. пр. – Київ–Луганськ, 2000. – Вип. 4. – С. 111–114.
182. Сенчук А. Я. Варикозная болезнь и беременность: 182 проблемы и пути ее решения / А. Я. Сенчук // Вісн. Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2001. – №3 (13). – С. 39–51.
183. Сенчук А. Я. Прогнозування, діагностика і лікування 183 порушень у системі мати–плацента–плід при залізодефіцитній анемії вагітних : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / А. Я. Сенчук ; МОЗ України. Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 1996. – 41 с.
184. Сенчук А. Я. Тромбоэмболические осложнения в 184 акушерстве и гинекологии / А. Я. Сенчук, Б. М. Венцовский. – К. : Маком, 2003. – 359 с.
185. Сербенко А. Г. Железодефицитная анемия у 185 беременных: фетоплацентарный комплекс и нейроэндокринная адаптация / А. Г. Сербенко, З. Б. Холиенская, Л. А. Ецко. – Кишинев, 2001. – 239 с.
186. Слабкий Г. А. Муж в родильном доме: отношение мужчин 186 к семейным родам / Г. А. Слабкий, Т. Г. Петренко // Укр. альм. – 2004. – №4. – С. 118–120.
187. Слабкий Г. О. Аналіз стану охорони репродуктивного здоров'я 187 в Україні / Г. О. Слабкий, Н. Я. Жилка // Здоровье женщины. – 2008. – №2. – С. 18–21.
188. Слабкий Г. О. Національна програма 190 «Репродуктивне здоров'я 2001–2005» як шлях до поліпшення репродуктивного здоров'я населення в Україні / Г. О. Слабкий // Здорова мати – здорова дитина : матер. наук.-практ. конф., м. Донецьк, 6 листоп. 2002 р. – Донецьк, 2002. – С. 12–15.
189. Слабкий Г. О. Організація сучасної перинатології в Україні 188 та її

перспективи / Г. О. Слабкий, Н. Я. Жилка // Медико-соц. пробл. сім'ї. – 2007. – Т. 12, №3–4. – С. 3–11.

190. Слабкий Г. О. Функціонально-організаційна система надання 189 акушерської допомоги жіночому населенню великого промислового регіону в рамках впровадження сімейної медицини / Г. О. Слабкий, Г. Д. Сидоренко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №3. – С. 113.

191. Солонець М. І. Перебіг вагітності, родів, стан пологів 192 та новонародженого у жінок з пізнім гестозом, поєднаним з цукровим діабетом типу I / М. І. Солонець, В. І. Медвідь, Т. В. Авраменко // Перинатол. та педіатрія. – 2000. – №3. – С. 18–19.

192. Солонець М. І. Цукровий діабет і вагітність 191 (прогнозування ускладнень, профілактика та лікування) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 / М. І. Солонець; Укр. НДІ педіатрії, акушерства та гінекології. – К., 1993. – 35 с.

193. Солонець М. І. Частота та особливості перебігу пізніх 193 гестозів у вагітних, хворих на цукровий діабет / М. І. Солонець, В. І. Медвідь, Т. В. Авраменко // Перинатол. та педіатрія. – 2000. – №2. – С. 12–13.

194. Социологические исследования: методология, 195 программа, методы / В. А. Ядов, Л. Є. Туманова, Т. К. Знаменська, Л. Л. Филенко. – М. : Наука, 1987. – 239 с.

195. Сочетанный поздний гестоз при гипертонической болезни: 194 факторы риска, особенности патогенеза, профилактика и лечение / Л. Б. Гутман, В. Е. Дашкевич, И. М. Меллина [и др.] // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Абрис, 2000. – С. 158–161.

196. Стан та проблеми медичного обслуговування 196 жіночого та дитячого населення / О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко, Л. М. Піотрович [та ін.] // Стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. – К. – 2004. – С. 256–300.

197. Танько О. П. Клініко-патогенетичні механізми 197 діагностики, лікування і профілактики ускладнень вагітності у жінок з хронічними

- гепатитами та при розвитку у них HELLP-синдрому : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / О. П. Танько ; Харк. держ. мед. ун-т. – Х., 2001. – 36 с.
198. Танько О. П. Порушення мікрогемодиляції у 198 матковому та печінковому басейнах у вагітних з хронічними захворюваннями гепатобілярної системи / О. П. Танько, В. В. Котлик, А. І. Довгаль // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – №5. – С. 81–83.
199. Терских С. В. Влияние гестационного пиелонефрита 199 на течение беременности / С. В. Терских, В. Б. Егорова, В. Б. Цхай // Пробл. беременности. – 2001. – №4. – С. 72–73.
200. Течение беременности и исходы родов 200 у женщин с диффузным токсическим зобом / Н. В. Шидловская, Ф. Ф. Бурумкулова, В. А. Петрухин [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2003. – №3. – С. 35–38.
201. Течение беременности и родоразрешение у женщин 201 с сахарным диабетом / В. Б. Панаитиди, М. В. Макаренко, Д. А. Говсеев [и др.] // Здоровье женщины. – 2003. – №4. – С. 36–40.
202. Толкач С. М. Вплив цитомегаловірусної та герпетичної 202 інфекції на перебіг вагітності, пологів, стан плода та новонародженого / С. М. Толкач, С. П. Писарева, К. В. Курищук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – №4. – С. 136–139.
203. Тофан Н. І. Профілактика і лікування ускладнень 203 вагітності, пологів і перинатальної патології у жінок з гіпертонічною хворобою в умовах санаторію : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Н. І. Тофан ; МОЗ України. Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 1998. – 19 с.
204. Трушкевич О. О. Вагітність та пологи у жінок 204 з нейроциркуляторною астенією / О. О. Трушкевич // Зб. наук. пр. співроб. КМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2000. – С. 28–29.
205. Трушкевич О. О. Особливості акушерської та 205 перинатальної патології у жінок з тиреотоксикозом / О. О. Трушкевич, Г. П. Кіяшко, Л. М. Гріндей // Актуальні пробл. акушерства і гінекол., клін. імунол. та мед. генетики. – Київ–Луганськ, 2000. – Вип. 4. – С. 121–124.

206. Туманова Л. Є. Профілактика переносування 207 вагітності у жінок з хронічним пієлонефритом / Л. Є. Туманова, В. П. Лавриненко // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2003. – С. 296–299.
207. Туманова Л. Є. Хронічний пієлонефрит вагітних 206 та його роль у виникненні гнійно-запальних захворювань у післяпологовому та неонатальному періодах / Л. Є. Туманова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1996. – №1. – С. 52–54.
208. Ультразвуковая диагностика перинатальных повреждений 208 центральной нервной системы у новорожденных от матерей с сахарным диабетом / Т. К. Знаменская, Г. Ф. Медведенко, А. И. Жданович [и др.] // Актуальні проблеми акушерства і гінекол., клін. імунол. та мед. генетики. – Київ–Луганськ, 2001. – Вип. 5. – С. 55–58.
209. Цілі розвитку тисячоліття. 209 Україна. – К., 2003. – 5 с.
210. Чибісова І. В. Особливості перебігу вагітності 210 у жінок з хронічною патологією гепатобіліарної системи у фазі нестійкої ремісії / І. В. Чибісова // Актуальні пробл. акушерства і гінекол., клін. імунол. та мед. генетики. – Київ–Луганськ. – 2003. – Вип. 9. – С. 87–93.
211. Шаган Е. Н. Системный подход в 211 здравоохранении / Е. Н. Шаган // Рук-во по социальной гигиене и организации здравоохранения : в 2-х т. – Т. 2. – М. : Медицина, 1987. – С. 41–65.
212. Шехтман М. М. Беременность 214 и роды у больных системной склеродермией / М. М. Шехтман, М. Ю. Соколова // Акушерство и гинекология. – 2000. – №3. – С. 49–53.
213. Шехтман М. М. Неотложная помощь 212 при экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – М. : Триада-Х, 2002. – 78 с.
214. Шехтман М. М. Руководство 213 по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – М. : Триада-Х, 2003. – 815 с
215. A prediction model for superimposed preeclampsia 217 in women with chronic hypertension during pregnancy / P. August, G. Helseth, E. F. Cook, C.

- Sison // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2004. – Vol. 191, №5. – P. 1666–1672.
216. A prospective study of asthma 218 during pregnancy and the puerperium / R. J. White, I.I. Coutts, C.J. Gibbs [et al.] // *Respir. Med.* – 1989. – Vol. 83, №1. – P. 103.
217. Alberico S. Cholestasi gravidica 219 / S. Alberico, A. Parin, S. Mazza // *Minerva gin.* – 1999. – Vol. 51, №6. – P. 207–212.
218. Alexander S. Perinatal outcomes 220 in women with asthma during pregnancy / S. Alexander, L. Dadds, B. A. Armson // *Obstet. Gynecol.* – 1998. – Vol. 92, №4. – P. 435–440.
219. Ben Aissia N. Pregnancy 221 and delivery after kidney transplantation / N. Ben Aissia, S. Battar, M.F. Gara // *Tunis. Med.* – 2003. – Vol. 81, №1. – P. 55–58.
220. Burdon J. G. W. 222 Asthma and pregnancy / J. G. W. Burdon, G. Goss // *Aust. N. Z. J. Med.* – 1994. – Vol. 24, №1. – P. 3–4.
221. Cappell M. S. Gastric 223 and duodenal ulcers during pregnancy / M. S. Cappell // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 2003. – Vol. 32, №1. – P. 263–308.
222. Caughey A. B. Neonatal 224 complications of term pregnancy: rates by gestational age increase in a continuous, not threshold, fashion / A. B. Caughey, A. E. Washington, R. K. Jr. Laros // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2005. – Vol. 192, №1. – P. 185–190.
223. Clinical observations on asthma 225 in pregnancy // *J. Matern. Fetal. Med.* – 1992. – №1. – P. 45.
224. Continuons Anality Development: 226 a Proposed National Policy / B. Blomhoj [et al.]. – Copenhagen : WHO Regional office for Europe, 1993. – 127 p.
225. Diabetes and pregnancy; 227 the prevention of hypoglycemia / G. H. Visser, I. M. Evers, A. Kerksen, H. W. de Valk // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* – 2005. – Vol. 149, №4. – P. 172–176.
226. Diabetische Retinopathie 228 und Nephropathie. Komplika – tionen während Schwangerschaft und Geburt / H. Hopp, W. Vollert, A. Eber [et al.] // *Geburtshilfe und Frauenheilkunde.* – 1995. – №5. – P. 275–279.

227. Douglas P. Cardiovascular 229 diseases and the pregnancy / P. Douglas // *Essentials of Cardiovascular Medicine*. – Birmingham : Physicians-Press, 1994. – P. 394–409.
228. Ekholm E. M. Heart 230 rate and blood pressure variabilities are increased in pregnancy – induced hypertension / E. M. Ekholm, K. U. Tahvanainen, T. Metsala // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1997. – Vol. 177, №5. – P. 1208–1212.
229. Hammad A. E. B. 231 Women and health security / A. E. B. Hammad // *Wld. Hlth. Statist. Quart.* – 1996. – Vol. 49, №2. – P. 74–77.
230. Ho E. M. Maternal 232 death at an inner-city hospital 1949–2000 / E. M. Ho, J. A. Brown, W. Graves // *J. Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 187, №11. – P. 1213–1216.
231. Improvement in aiway 233 responsiveness and asthma severity during pregnancy. A prospective study / E. F. Juniper, E. E. Daniel, R. S. Roberts [et al.] // *Am. Rev. Respir. Dis.* – 1989. – Vol. 140, №4. – P. 924–931.
232. Insulin and glyburide 234 therapy: dosage, severity level of gestational diabetes, and pregnancy outcome / O. Langer, Y. Yogeve, E. M. Xenakis, B. Rosenn // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2005. – Vol. 192, №1. – P. 134–139.
233. Kidney disease is an 235 independent risk factor for adverse fetal and maternal outcomes in pregnancy / M. J. Fischer, S. D. Lehnezz, J. R. Hebert, C. R. Parikh // *Am. J. Kidney Dis.* – 2004. – Vol. 43, №3. – P. 415–423.
234. Kosmas I. P. 236 Association of C677T polymorphism in the methylenetetrahydrofolate reductase gene with hypertension in pregnancy and pre-eclampsia: a meta-analysis / I. P. Kosmas, A. Tatsioni, J. P. Ioannidis // *J. Hypertens.* – 2004. – Vol. 22, №9. – P. 1655–1662.
235. Laderson P. W. 237 Screening for thyroid failure during pregnancy / P. W. Laderson, M. D. Danese // *JAMA*. – 1995. – №3. – P. 265–268.
236. Maternal anaemia: effect on the newborn 238 / A. O. Toure-Fall, M. Gadji, S. Diop [et al.] // *Dakar Med.* – 2004. – Vol. 49, №3. – P. 172–176.
237. Maxwell. Quality assessment in Health 239 // *Br. Med. I.* – 1984. – Vol.

288. – P. 1470–1471.
238. Mc Aller S. J. 240 Nephrolithiasis and pregnancy / S. J. Mc Aller, K. R. Loughlin // *Curr. Opin. Urol.* – 2004. – Vol. 14, №2. – P. 123–127.
239. Measuring Results of 241 Health Sektor Roform for System Performance : A Hanabook of Indicators // *Partnerships for Health Reform.* – 1977. – 55 p.
240. Meher S. 242 Hypertension in pregnancy /S. Meher, J. Neilson // *Practitioner.* – 2004. – Vol. 248, №1663. – P. 720, 722, 724.
241. Moroni G. The risk 243 of pregnancy in patients with lupus nephritis / G. Moroni, C. Ponticelli // *J. Nephrol.* – 2003. – Vol. 16, №2. – P. 161–167.
242. Nefropatica e gravidanza 244 / D.M. Paternoster, A. Guerriero, A. Paggiaro [et al.] // *Minerva Ginecol.* – 1995. – №9. – P. 393–399.
243. Newton E. R. Basterial 245 vaginosis and intraamniotic infection / E. R. Newton, J. Piper, W. Peairs // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1997. – Vol. 176, №3. – P. 672–677.
244. Pipkin F. B. The 246 hypertensive disorders of pregnancy / F. B. Pipkin // *Br. Med. J.* – 1995. – Vol. 311, №6. – P. 609–613.
245. Predicting pregnancy – 247 induced hypertension with dynamic hemodynamics / J. Song, S. Zhang, Y. Qiao [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2004. – Vol. 117, №2. – P. 162–168.
246. Pregnancy with 248 chronic kidney disease: outcome in Indian women / R. Misra, D. Bhowmik, S. Mittal [et al.] // *J. Women Health (Larchmt.).* – 2003. – Vol. 12, №10. – P. 1019–1025.
247. Prospective evaluation 249 of the hyperbaric-tolerance test for the diagnosis of gestational hypertension and preeclampsia / R. C. Hemida, D. E. Ayala, J. R. Fernander [et al.] // *Med. Clin. (Barc.).* – 2004. – Vol. 123, №5. – P. 161–168.
248. Randomized trial 250 of cranbeny – lingonbeny juice and lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women / T. Kantiokari, K. Sundquist, M. Nuutine [et al.] // *BMJ.* – 2001. – Vol. 322, №7302. – P. 1571.
249. Reiter L. Hypertension 251 in pregnancy the incidence of underlying

- renal disease and essential hypertension / L. Reiter, M. A. Brown, J. A. Whitworth // *Am. J. of Kidney Diseases*. – 1994. – Vol. 24, №6. – P. 883–887.
250. Richter J. E. Gastroesophageal 252 reflux disease during pregnancy / J. E. Richter // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 2003. – Vol. 32, №1. – P. 235–261.
251. Severe maternal anemia 253 and pregnancy outcome / E. I. W. Guindi, J. Pronost, G. Carles [et al.] // *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2004. – Vol. 33, №6, Pt. 1. – P. 506–509.
252. Shemin D. Dialysis 254 in pregnancy women with chronic kidney disease / D. Shemin // *Semin. Dial.* – 2003. – Vol. 16, №5. – P. 379–383.
253. Starke J. R. Tuberculosis. 255 An Old Disease but a New Threat to the Mother, Fetus and Neonate / J. R. Starke // *Clinics Perinatol.* – 1997. – Vol. 27, №1. – P. 1–31.
254. Stenius-Aarniala B. Asthma 256 and pregnancy: A prospective study of 198 pregnancies / B. Stenius-Aarniala, P. Piirila, A. Teramok // *Thorax*. – 1988. – Vol. 43, №1. – P. 12–13.
255. Strategic for reducing 257 the frequency of preeclampsia in pregnancies with insulin-dependent diabetes mellitus / C. D. Hsu, H. Y. Tau, S. F. Hong [et al.] // *Am. J. Perinatol.* – 1996. – №5. – P. 265–268.
256. Svensson A. 258 Hypertension in pregnancy / A. Svensson // *Clin. Exp. Hypertension*. – 1993. – Vol. 15, №10. – P. 1353–1361.
257. The course of 259 asthma during pregnancy, post partum and with successive pregnancies: prospective analysis / M. Schatz, K. Harden, A. Forsythe [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 1988. – Vol. 81, №5. – P. 509–517.
258. The impact of guidelines 260 on mild hypertension in pregnancy: time series analysis / R. Foy, C. R. Ramsay, J. M. Grimshaw [et al.] // *BJOG*. – 2004. – Vol. 111, №8. – P. 765–770.
259. Timio M. 261 Historical archives of Italian Nephrology. A historical review of Colucci's theories on nephropathy in pregnancy / M. Timio // *G. Ital. Nefrol.* – 2003. – Vol. 20, №3. – P. 280–284.
260. Ursell B. Management 262 of iron deficiency in pregnancy / B. Ursell //

RCM Midwives. – 2005. – Vol. 8, №2. – P. 78–79.

261. Valligo J. G. Tuberculosis and pregnancy / J. G. Valligo, J. K. Starke // Clin. Chest. Med. – 1992. – №13. – P. 693.

262. Yankowitz J. Pharmacologic Treatment of Hypertensive Disorders During Pregnancy / J. Yankowitz // J. Perinatal. and Neonatal. Nursing. – 2004. – Vol. 18, №3. – P. 230–241.

263. Yoshihara H. Fetal circulatory responses during maternal bleeding / H. Yoshihara, T. Genda // J. Perinat. Med. – 1996. – Vol. 24, №5. – P. 479–487.

264. Экстрагенитальная патология и беременность : практ. рук-во / З. Ш. Гилязутдинова, Д. К. Баширова, Р. С. Фассахов [и др.] ; под ред. З. Ш. Гилязутдиновой. – М. : ООО «МЕД-пресс», 1998. – 442 с.

265. Элиасова Л. Г. Научное обоснование совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи беременным с экстрагенитальной патологией в условиях крупного города : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Л. Г. Элиасова; Санкт-Петербургский гос. педиатр. мед. акад. – СПб., 2002. – 16 с.

Додаток Б-1

Захворюваність вагітних на хвороби сечостатевої системи у 2003–2007 рр.
(на 100 жінок, що закінчили вагітність)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Міста області, усього	31,0	34,0	28,7	28,2	27,0
Авдіївка	14,1	13,3	18,2	17,8	17,8
Артемівськ	24,8	26,3	25,1	28,5	27,1
Вугледар	16,5	10,1	10,8	5,5	7,5
Горлівка	18,9	25,9	25,2	24,5	24,6
Дебальцеве	7,4	12,2	13,6	19,6	19,1
Дзержинськ	13,0	11,4	20,8	27,4	36,6
Димитрів	8,8	9,7	9,1	11,5	10,6
Докучаєвськ	12,9	10,1	16,4	16,2	17,7
Донецьк	63,5	59,3	44,2	36,5	31,9
Дружківка	4,3	3,0	3,2	5,8	12,7
Єнакієве	7,5	37,9	21,9	28,4	22,8
Жданівка	10,6	9,3	1,9	1,9	4,0
Кіровське	16,7	6,7	8,4	7,8	6,5
Костянтинівка	14,4	14,1	12,8	8,8	10,1
Краматорськ	4,5	4,9	4,8	7,3	8,1
Макіївка	47,6	58,5	52,6	57,0	48,9
Маріуполь	32,8	34,3	30,8	26,9	26,9
Новоградівка	8,6	2,7	8,1	3,1	27,1
Селідове	20,2	27,4	23,5	47,0	49,8
Слов'янськ	29,3	27,5	23,6	25,5	20,6
Сніжне	8,1	11,4	14,8	18,3	29,6
Торез	2,3	2,3	1,9	24,1	33,8
Харцизьк	4,3	5,0	3,2	4,0	2,9
Шахтарськ	10,5	11,6	6,9	7,8	22,9
Райони області, усього	14,3	15,0	15,4	14,6	13,1
Амвросіївський	3,7	7,9	6,3	3,6	3,8
В.-Новоселківський	7,9	8,6	7,0	8,9	8,4
Володарський	25,7	35,5	34,7	45,8	15,5
Волноваський	11,3	13,8	15,6	23,3	21,6
Добропільський	3,7	7,0	4,4	4,8	5,2
Красноармійський	34,0	18,0	33,1	23,7	25,7
Краснолиманський	5,3	8,2	6,3	22,9	4,4
Мар'їнський	8,1	7,0	9,2	7,0	13,5
Новоазовський	7,6	5,9	8,1	3,4	6,5
Олександрівський	30,4	37,8	33,7	19,3	16,8
Першотравневий	84,7	83,8	48,4	32,2	22,2
Слов'янський	13,6	15,9	16,4	14,6	10,3
Старобешівський	13,9	25,0	20,6	18,2	17,0
Тельманівський	5,0	9,3	8,7	15,0	14,6
Шахтарський	1,7	6,0	2,2	6,6	2,9
Ясинуватський	8,5	5,1	7,6	8,5	6,0

Додаток Б-2

**Захворюваність вагітних на хвороби системи кровообігу
у 2003–2007 рр.(на 100 жінок, що закінчили вагітність)**

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Міста області,	8,3	7,4	6,2	5,8	5,6
Авдіївка	10,9	5,9	7,9	5,7	5,6
Артемівськ	11,2	13,0	9,5	12,4	9,8
Вугледар	7,4	8,7	5,4	7,2	7,5
Горлівка	8,7	7,0	10,1	8,4	10,6
Дебальцеве	3,5	1,0	1,9	3,3	1,9
Дзержинськ	5,5	5,1	3,6	3,1	3,0
Димитрів	5,3	7,6	7,3	10,9	5,4
Докучаєвськ	6,0	4,6	4,2	5,4	5,4
Донецьк	10,2	8,0	5,3	4,9	4,0
Дружківка	4,1	3,4	3,4	5,8	5,5
Єнакієве	14,3	5,1	11,3	11,9	9,6
Жданівка	7,7	4,6	4,7	1,9	4,0
Кіровське	9,1	15,3	7,1	1,2	1,9
Костянтинівка	1,9	1,6	1,9	0,1	0,4
Краматорськ	2,8	3,1	2,9	3,2	3,6
Макіївка	14,2	15,0	8,7	6,1	7,0
Маріуполь	5,1	4,8	3,8	3,9	4,0
Новоградівка	3,2	10,7	10,8	5,1	5,6
Селідове	5,1	7,8	4,9	12,6	10,2
Слов'янськ	9,5	8,2	6,6	6,3	5,2
Сніжне	17,6	19,3	21,4	13,9	17,7
Торез	4,1	1,3	1,0	1,7	1,7
Харцизьк	4,3	4,5	4,2	5,0	5,2
Шахтарськ	5,6	5,8	7,8	6,6	5,3
Райони області,	4,4	4,3	3,8	4,4	4,4
Амвросіївський	4,6	7,9	2,3	0,9	3,8
В.-Новоселківський	2,5	0,5	1,0	1,2	1,7
Володарський	17,1	7,0	5,1	8,3	7,5
Волноваський	4,4	2,7	3,1	4,6	4,7
Добропільський	4,8	5,1	4,4	4,2	3,1
Красноармійський	2,0	2,2	3,9	4,8	2,8
Краснолиманський	1,9	1,8	1,5	0,0	0,8
Мар'їнський	6,4	8,0	7,1	9,2	10,9
Новоазовський	3,2	0,0	0,9	2,6	3,0
Олександрівський	4,3	2,7	1,6	2,3	1,5
Першотравневий	8,5	7,8	3,1	7,4	4,2
Слов'янський	0,0	0,5	1,2	1,5	0,7
Старобешівський	10,6	17,0	13,3	13,9	14,7
Тельманівський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Шахтарський	1,7	3,8	0,0	0,0	0,0
Ясинуватський	0,7	0,0	0,6	0,6	0,5

Захворюваність вагітних на анемії у 2003–2007 рр.
(на 100 жінок, що закінчили вагітність)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Міста області,	47,9	45,3	40,9	38,8	37,1
Авдіївка	21,0	21,9	19,9	23,2	23,4
Артемівськ	56,1	53,5	54,6	49,7	52,5
Вугледар	43,8	29,7	37,1	29,8	26,0
Горлівка	46,7	39,8	44,3	38,5	48,7
Дебальцеве	46,1	42,0	35,5	38,2	41,3
Дзержинськ	38,9	33,6	34,4	38,3	34,1
Димитрів	38,9	58,1	28,4	37,0	34,4
Докучаєвськ	39,2	47,7	42,9	47,7	43,7
Донецьк	58,4	50,2	38,3	33,9	27,1
Дружківка	32,8	34,1	26,6	30,4	20,8
Єнакієве	54,8	57,7	60,2	61,6	59,7
Жданівка	51,0	36,1	18,9	35,9	36,4
Кіровське	48,5	35,9	24,9	23,8	31,7
Костянтинівка	40,2	22,5	28,4	30,1	37,0
Краматорськ	58,7	53,9	54,5	66,1	56,3
Макіївка	58,8	61,4	47,4	44,2	44,0
Маріуполь	35,3	33,9	41,0	31,7	31,3
Новоградівка	34,4	51,8	55,9	29,6	37,5
Селідове	47,8	50,0	38,8	50,5	46,4
Слов'янськ	44,3	41,7	32,0	33,7	38,1
Сніжне	51,8	51,9	50,9	43,2	45,3
Торез	16,3	22,0	14,0	17,3	17,9
Харцизьк	45,9	47,2	49,5	43,1	33,0
Шахтарськ	17,3	19,7	10,4	27,3	30,5
Райони області,	32,1	35,8	35,1	35,7	37,4
Амвросіївський	18,9	31,4	24,9	38,9	54,5
В.-Новоселківський	29,7	33,3	34,4	39,7	31,1
Володарський	14,3	19,2	15,9	28,3	18,6
Волноваський	39,0	35,1	39,1	44,9	48,1
Добропільський	32,1	28,6	27,3	34,2	31,6
Красноармійський	38,8	39,9	43,4	34,4	35,0
Краснолиманський	32,1	83,2	60,9	26,5	22,9
Мар'їнський	27,6	29,0	28,6	28,0	37,7
Новоазовський	56,2	62,9	56,8	53,6	51,5
Олександрівський	32,1	48,9	46,0	49,7	35,6
Першотравневий	18,8	26,8	29,8	26,8	15,6
Слов'янський	36,0	34,3	35,3	34,8	60,5
Старобешівський	38,1	36,9	36,8	37,9	36,0
Тельманівський	23,9	26,7	27,6	34,1	27,3
Шахтарський	30,4	23,3	17,8	34,9	59,4
Ясинуватський	20,2	17,3	23,9	28,0	17,1

Набряки, протеїнурія, гіпертензія у 2003–2007 рр.
(на 100 жінок, що закінчили вагітність)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Міста області, усього	12,0	11,2	10,4	9,4	8,0
Авдіївка	21,4	14,8	15,1	11,7	11,2
Артемівськ	11,6	13,6	11,0	12,9	5,7
Вугледар	9,1	5,8	6,0	3,9	2,3
Горлівка	18,9	16,2	16,3	13,5	12,9
Дебальцеве	8,8	7,6	8,3	6,5	5,9
Дзержинськ	17,5	14,5	11,7	8,8	8,6
Димитрів	12,3	9,5	6,9	10,0	6,6
Докучаєвськ	10,8	11,0	9,1	7,7	5,8
Донецьк	9,4	8,4	7,6	5,8	4,5
Дружківка	24,5	19,1	20,6	16,5	9,7
Єнакієве	17,5	17,1	11,9	12,0	12,9
Жданівка	37,5	28,7	14,2	31,1	14,1
Кіровське	52,5	46,9	28,0	14,8	10,7
Костянтинівка	17,0	11,9	13,9	12,1	9,7
Краматорськ	4,7	8,3	9,6	7,0	8,4
Макіївка	10,5	12,5	11,1	10,8	9,4
Маріуполь	9,0	7,3	7,2	8,9	6,9
Новоградівка	8,6	6,3	5,4	8,2	9,0
Селідове	10,2	10,6	9,1	6,5	7,8
Слов'янськ	18,0	13,5	12,6	12,0	10,2
Сніжне	5,4	8,8	7,0	5,1	3,4
Торез	10,2	14,0	10,8	12,0	12,7
Харцизьк	9,0	13,0	19,4	13,9	12,2
Шахтарськ	7,7	7,5	6,9	9,2	10,5
Райони області, усього	12,5	13,5	12,2	11,1	11,8
Амвросіївський	15,2	16,1	15,3	12,6	12,3
В.-Новоселківський	9,5	7,5	7,3	6,2	4,7
Володарський	11,4	36,6	19,9	16,7	5,6
Волноваський	16,2	16,4	13,2	13,2	16,1
Добропільський	15,4	14,9	12,9	10,0	13,5
Красноармійський	9,8	10,4	14,6	11,6	12,5
Краснолиманський	3,1	4,3	0,6	9,1	1,8
Мар'їнський	9,8	12,3	7,2	6,9	9,8
Новоазовський	2,0	7,6	3,6	1,3	8,2
Олександрівський	13,6	16,0	15,0	11,1	8,4
Першотравневий	11,4	8,9	14,9	10,1	14,4
Слов'янський	21,2	12,7	13,4	13,1	21,3
Старобешівський	14,8	15,0	17,8	11,4	11,0
Тельманівський	21,4	32,0	26,0	46,1	24,4
Шахтарський	6,1	5,3	5,2	6,6	10,1
Ясинуватський	11,7	8,8	10,6	7,9	6,5

Преекламсія у 2003–2007 рр. (на 100 жінок, що закінчили вагітність)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Міста області,	10,8	10,8	9,8	8,5	7,2
Авдіївка	17,8	13,6	12,4	8,6	8,6
Артемівськ	7,5	14,6	11,2	13,7	5,9
Вугледар	9,1	6,0	6,2	4,0	2,3
Горлівка	17,9	17,8	15,4	7,3	7,3
Дебальцеве	8,3	5,4	8,3	4,6	5,5
Дзержинськ	6,5	7,0	6,8	6,6	5,7
Димитрів	13,0	9,7	7,2	10,3	6,8
Докучаєвськ	11,0	11,2	8,6	6,1	4,6
Донецьк	8,0	7,7	7,1	5,1	4,2
Дружківка	26,2	20,6	20,3	16,5	10,5
Єнакієве	17,9	18,4	11,8	12,5	13,3
Жданівка	39,0	29,2	14,9	32,3	15,2
Кіровське	59,4	46,9	26,5	14,7	11,0
Костянтинівка	12,6	10,2	12,4	11,5	8,6
Краматорськ	2,4	8,6	8,7	7,7	9,2
Макіївка	10,9	12,9	11,3	11,2	9,8
Маріуполь	7,7	6,2	6,7	7,4	6,0
Новоградівка	9,1	6,3	5,4	7,4	7,8
Селідове	10,3	11,2	8,5	5,8	7,2
Слов'янськ	19,3	13,9	11,2	11,7	10,1
Сніжне	5,7	3,4	6,8	4,7	2,9
Торез	9,5	12,8	9,7	12,3	13,1
Харцизьк	9,5	14,0	20,5	14,8	11,0
Шахтарськ	8,1	7,8	7,3	9,6	11,2
Райони області,	12,1	13,3	12,4	11,0	11,0
Амвросіївський	13,1	14,7	15,4	12,8	12,6
В.-Новоселківський	9,4	7,9	7,6	6,5	5,0
Володарський	10,7	36,1	21,0	17,4	5,7
Волноваський	16,1	15,9	13,3	13,2	16,5
Добропільський	16,8	14,3	13,3	10,3	11,2
Красноармійський	10,2	10,5	14,9	11,8	12,8
Краснолиманський	3,3	4,4	0,6	9,6	1,9
Мар'їнський	10,2	13,1	7,5	7,3	10,1
Новоазовський	1,7	8,1	3,8	1,3	8,5
Олександрівський	12,8	17,8	16,2	12,3	9,2
Першотравневий	11,3	10,4	16,9	11,5	16,8
Слов'янський	13,7	11,4	12,0	11,7	10,0
Старобешівський	15,7	16,1	18,8	12,2	11,9
Тельманівський	17,8	29,7	24,7	34,8	20,7
Шахтарський	6,5	1,6	5,5	7,6	10,4
Ясинуватський	12,4	9,2	10,9	8,0	6,6

Додаток Б-6

Абсолютна кількість пологів за 2003–2007 рр.

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Донецька область, усього	31402	33915	35154	35501	39799
Обласні заклади	3366	3507	3997	4487	5212
Міста області, усього	23658	25653	26628	26862	29902
Авдіївка	259	281	297	327	366
Артемівськ	946	1035	1032	1069	1319
Горлівка	1869	1957	1947	1938	2210
Дебальцеве	210	254	207	204	222
Дзержинськ	393	430	415	393	444
Димитрів	602	620	584	519	648
Докучаєвськ	406	454	433	537	470
Донецьк	5567	6226	6721	6928	7728
Дружківка	572	556	552	558	625
Єнакієве	1057	972	1023	997	1102
Кіровське	213	219	259	290	269
Костянтинівка	738	718	772	744	752
Краматорськ	1330	1554	1563	1590	1760
Макіївка	2076	2496	2447	2482	2921
Маріуполь	3557	3866	4202	4199	4637
Селідове	354	377	393	331	405
Слов'янськ	1236	1273	1329	1377	1536
Сніжне	442	425	507	481	612
Торез	497	569	588	727	693
Харцизьк	803	788	866	818	613
Шахтарськ	531	583	491	353	570
Райони області,	4378	4755	4529	4152	4685
Амвросіївський	260	285	216	268	355
В.-Новоселківський	202	209	166	153	148
Володарський	153	109	133	81	117
Волноваський	429	473	474	245	537
Добропільський	284	489	511	495	476
Красноармійський	752	761	711	742	775

Краснолиманський	406	371	411	377	446
Мар'їнський	278	350	255	305	301
Олександрівський	159	147	168	162	179
Першотравневий	124	168	113	95	137
Слов'янський	342	370	475	369	445
Старобешівський	295	269	250	216	109
Тельманівський	315	347	275	267	300
Ясинуватський	378	407	372	377	360

Додаток Б-7

Кількість пологів у 2003–2007 рр. (на 1000 жінок фертильного віку)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Донецька область, усього	25,4	28,1	28,1	28,7	32,5
Міста області, усього	22,7	24,9	25,8	26,2	29,4
Авдіївка	27,9	30,7	31,0	33,9	38,3
Артемівськ	22,9	25,0	25,0	26,6	33,4
Горлівка	19,9	19,9	19,8	21,4	24,7
Дебальцеве	14,5	23,0	19,1	20,1	22,2
Дзержинськ	17,2	19,0	18,8	18,4	20,9
Димитрів	37,0	38,3	35,9	32,1	39,6
Докучаєвськ	59,6	69,4	66,7	83,3	73,6
Донецьк	19,1	21,1	22,7	22,7	25,6
Дружківка	30,4	30,0	27,1	28,7	33,5
Єнакієве	26,6	24,7	26,5	26,4	30,1
Кіровське	23,5	23,7	26,7	30,5	28,3
Костянтинівка	25,5	25,1	29,0	27,5	29,0
Краматорськ	22,5	28,7	26,1	26,9	29,7
Макіївка	17,9	21,8	21,8	22,0	25,6
Маріуполь	26,6	29,1	31,9	31,8	35,2
Селідове	23,8	25,6	27,0	22,9	29,3
Слов'янськ	46,9	49,5	49,4	55,9	62,6

Сніжне	19,9	20,1	26,5	24,8	32,7
Торез	25,0	27,4	28,3	35,4	33,6
Харцизьк	31,0	33,7	35,7	34,0	25,5
Шахтарськ	32,2	38,5	32,3	24,3	42,0
Райони області,	22,3	27,3	23,5	21,8	24,7
усього					
Амвросіївський	20,8	21,8	19,4	22,7	30,7
В.-Новоселківський	20,0	21,0	17,2	16,1	16,0
Володарський	20,6	15,0	18,7	11,6	17,0
Волноваський	20,7	23,1	22,9	12,4	27,5
Добропільський	15,0	21,6	23,7	23,2	22,7
Красноармійський	30,5	31,6	30,2	33,0	33,6
Краснолиманський	46,6	48,3	54,9	46,0	56,3
Мар'їнський	12,0	15,2	11,1	13,5	13,4
Олександрівський	40,1	37,0	38,3	34,7	38,5
Першотравневий	20,2	28,6	21,3	18,0	26,1
Слов'янський	26,8	29,5	37,9	31,3	37,0
Старобешівський	23,7	23,4	21,8	19,3	9,9
Тельманівський	37,8	42,5	33,6	33,5	38,1
Ясинуватський	38,2	38,4	35,6	35,1	33,8

Додаток Б-8

Ускладнені пологи в динаміці п'яти років (2003–2007)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	66,2	62,9	58,8	56,2	56,8
Міста області,	68,5	64,9	55,0	45,6	38,7
Авдіївка	66,4	62,3	58,9	62,4	45,9
Артемівськ	49,3	54,0	54,6	44,4	40,7
Горлівка	70,3	69,9	63,7	57,0	51,1
Дебальцеве	56,2	63,8	58,9	60,8	56,3
Держинськ	73,8	46,3	47,0	42,7	27,9
Димитрів	67,3	70,0	71,2	57,6	55,1
Докучаєвськ	65,3	70,9	66,7	53,1	55,1
Донецьк	57,2	50,2	34,9	30,3	28,3
Дружківка	56,5	58,5	55,3	53,4	43,2
Єнакієве	75,4	71,4	73,3	59,0	44,4

Кіровське	45,5	61,2	38,2	55,2	50,6
Костянтинівка	65,2	64,2	58,2	48,9	34,0
Краматорськ	100,0	75,6	54,7	47,0	31,0
Макіївка	80,7	87,5	75,6	52,9	35,4
Маріуполь	69,5	65,2	60,2	43,9	40,7
Селідове	81,9	74,3	57,0	36,0	27,9
Слов'янськ	69,0	67,6	58,4	57,0	49,8
Сніжне	69,9	56,9	47,1	40,7	29,2
Торез	70,6	69,8	54,1	51,6	47,3
Харцизьк	71,4	75,9	64,1	59,0	51,4
Шахтарськ	81,5	74,1	73,3	58,9	62,5
Райони області,	59,8	57,8	56,6	45,7	41,8
Амвросіївський	57,7	57,5	47,7	42,2	30,4
В.-Новоселківський	67,8	62,2	42,8	46,4	39,2
Володарський	47,7	45,9	44,4	48,1	34,2
Волноваський	69,9	63,6	58,9	56,3	50,8
Добропільський	51,1	43,4	51,7	48,7	47,9
Красноармійський	68,6	68,3	68,2	50,0	40,5
Краснолиманський	49,3	54,2	48,2	48,5	42,6
Мар'їнський	53,6	57,7	51,8	39,7	41,5
Олександрівський	39,6	57,1	52,4	45,7	46,4
Першотравневий	75,8	55,4	74,3	31,6	48,2
Слов'янський	64,6	64,1	61,5	37,7	42,0
Старобешівський	70,5	72,1	70,4	25,9	18,3
Тельманівський	58,4	52,7	56,7	55,1	48,0
Ясинуватський	47,1	43,2	47,6	46,2	33,3

Додаток Б-9

Аномалії родової діяльності у 2003–2007 рр. (на 1000 пологів)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Міста області,	80,4	79,2	63,6	63,8	54,0
Авдіївка	81,1	64,1	60,6	61,2	54,6
Артемівськ	181,8	149,8	96,9	85,1	68,2
Горлівка	85,6	93,5	90,4	89,8	81,9
Дебальцеве	0,0	122,0	111,1	186,3	0,0
Дзержинськ	239,2	86,0	69,9	58,5	49,5
Димитрів	159,5	162,9	123,3	129,1	121,9
Докучаєвськ	105,9	105,7	94,7	108,0	110,6
Донецьк	40,2	40,0	33,0	37,2	31,4
Дружківка	19,2	18,0	85,1	25,1	0,0
Єнакієве	51,1	50,4	38,1	39,1	37,2
Кіровське	281,7	269,4	0,0	41,4	59,5

Костянтинівка	275,1	318,9	186,5	194,9	163,6
Краматорськ	51,9	47,6	39,7	47,8	36,4
Макіївка	92,0	91,3	75,6	70,1	37,0
Маріуполь	50,3	53,0	52,6	58,1	55,0
Селідове	107,3	90,2	7,6	84,6	86,4
Слов'янськ	77,7	44,8	72,2	66,8	57,9
Сніжне	43,0	56,5	31,6	27,0	21,2
Торез	34,2	65,0	78,2	66,0	88,0
Харцизьк	80,9	77,4	63,5	56,2	34,3
Шахтарськ	171,4	247,0	201,6	150,1	178,9
Райони області,	138,9	134,8	119,7	110,3	93,3
Амвросіївський	326,9	333,3	162,0	89,6	160,6
В.-Новоселківський	222,8	344,5	174,7	183,0	67,6
Володарський	45,8	36,7	52,6	12,3	34,2
Волноваський	328,7	279,1	221,5	257,1	115,5
Добропільський	169,0	81,8	107,6	92,9	96,6
Красноармійський	47,9	44,7	109,7	58,0	52,9
Краснолиманський	64,0	48,5	48,7	69,0	69,5
Мар'їнський	143,9	128,6	94,1	108,2	49,8
Олександрівський	88,1	74,8	71,4	67,9	50,3
Першотравневий	177,4	131,0	88,5	73,7	102,2
Слов'янський	140,4	124,3	128,4	173,4	107,9
Старобешівський	57,6	18,6	44,0	46,3	18,3
Тельманівський	133,3	178,7	185,5	221,0	200,0
Ясинуватський	97,9	135,1	118,3	114,1	105,6

Додаток Б-10

Запізнілі пологи у динаміці п'яти років (2003–2007)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Міста області,	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2
Артемівськ	0,8	0,0	0,1	0,1	0,1
Горлівка	0,9	0,5	0,6	0,2	0,4
Дебальцеве	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Дзержинськ	1,0	0,2	0,4	0,4	0,2
Димитрів	0,4	1,4	0,6	0,4	0,0
Докучаєвськ	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
Донецьк	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
Дружківка	0,4	0,4	0,0	0,2	0,3
Єнакієве	0,1	0,4	0,8	0,5	0,5
Жданівка	1,0	1,9	1,0	0,0	1,1
Кіровське	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0

Костянтинівка	0,7	0,6	0,6	0,0	0,3
Краматорськ	1,6	2,1	1,7	0,2	0,3
Макіївка	0,4	0,3	0,2	0,0	0,2
Маріуполь	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
Новоградівка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Селідове	0,5	0,0	0,2	0,0	0,2
Слов'янськ	1,2	0,9	0,7	0,8	0,1
Сніжне	0,2	0,0	0,0	0,4	0,2
Торез	0,4	0,0	0,9	0,5	0,3
Харцизьк	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Шахтарськ	0,0	0,2	0,0	0,4	0,2
Райони області	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4
Амвросіївський	0,6	0,0	0,3	0,6	0,3
В.-Новоселківський	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Володарський	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6
Волноваський	1,2	0,6	0,9	0,2	0,4
Добропільський	0,9	2,0	1,0	1,0	0,9
Красноармійський	0,2	0,3	0,3	0,1	0,0
Краснолиманський	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0
Мар'їнський	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Новоазовський	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Олександрівський	1,2	0,6	0,6	0,0	1,1
Першотравневий	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0
Слов'янський	0,3	0,3	0,5	0,0	1,4
Старобешівський	0,3	0,3	0,5	0,0	0,0
Тельманівський	2,1	3,8	2,2	7,6	3,2

Додаток Б-11

Анемії у 2003–2007 рр. (на 1000 пологів)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	386,8	364,1	334,3	308,0	303,0
Міста області,	354,2	319,7	252,7	278,6	284,2
Авдіївка	204,6	231,3	198,7	195,7	191,3
Артемівськ	159,6	116,9	99,8	97,3	66,7
Горлівка	476,2	416,5	412,9	430,9	560,6
Дебальцеве	342,9	496,1	430,9	475,5	527,0
Дзержинськ	478,4	414,0	366,3	338,4	319,8
Димитрів	302,3	466,1	251,7	283,2	307,1
Докучаєвськ	512,3	495,6	489,6	562,4	512,8
Донецьк	432,4	321,4	170,1	131,5	129,5
Дружківка	288,5	289,6	242,8	229,4	203,2
Єнакієве	456,0	121,4	100,7	414,2	369,3
Кіровське	450,7	342,5	216,2	200,0	308,6

Костянтинівка	402,4	243,7	297,9	336,0	402,9
Краматорськ	0,0	436,9	454,3	749,7	480,7
Макіївка	584,9	630,6	499,8	489,9	534,7
Маріуполь	217,3	142,8	151,4	178,4	238,5
Селідове	584,7	427,1	366,4	202,4	222,2
Слов'янськ	388,3	370,0	262,6	262,9	285,2
Сніжне	366,5	150,6	189,3	222,5	179,7
Торез	183,1	179,3	115,6	99,0	157,3
Харцизьк	204,2	283,0	276,0	300,7	221,9
Шахтарськ	143,1	42,9	63,1	85,0	149,1
Райони області,	265,0	254,3	243,3	235,8	205,1
Амвросіївський	169,2	133,3	18,5	216,4	332,4
В.-Новоселківський	267,3	301,4	216,9	346,4	155,4
Володарський	137,3	165,1	120,3	148,1	153,8
Волноваський	347,3	382,7	346,0	277,6	180,6
Добропільський	133,8	224,9	152,6	185,9	313,0
Красноармійський	319,1	294,3	353,0	270,9	273,5
Краснолиманський	189,7	191,4	143,6	55,7	190,6
Мар'їнський	89,9	368,6	117,6	78,7	23,3
Олександрівський	389,9	537,4	464,3	469,1	391,1
Першотравневий	258,1	285,7	247,8	147,4	116,8
Слов'янський	315,8	291,9	298,9	314,4	49,4
Старобешівський	539,0	22,3	276,0	296,3	183,5
Тельманівський	152,4	172,9	196,4	250,9	186,7
Ясинуватський	272,5	181,8	250,0	299,7	188,9

Додаток Б-12

Хвороби системи кровообігу у 2003–2007 рр. (на 1000 пологів)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	172,0	165,7	175,6	182,5	167,5
Міста області,	69,2	52,2	46,3	30,3	31,1
Авдіївка	34,7	17,8	20,2	12,2	8,2
Артемівськ	95,1	9,7	9,7	13,1	9,1
Горлівка	88,3	74,6	112,0	73,3	120,4
Дзержинськ	43,3	48,8	26,5	30,5	27,0
Димитрів	43,2	61,3	65,1	100,2	47,8
Докучаєвськ	46,8	52,9	41,6	52,1	53,2
Донецьк	86,4	64,2	43,7	11,4	10,1
Дружківка	49,0	30,6	34,4	59,1	46,4
Єнакієве	121,1	9,3	7,8	6,0	9,1
Кіровське	84,5	137,0	54,1	10,3	18,6
Костянтинівка	19,0	16,7	18,1	8,1	8,0

Краматорськ	0,0	28,3	25,6	35,8	36,4
Макіївка	137,8	110,6	101,8	52,8	46,2
Маріуполь	45,0	41,1	37,1	35,0	30,6
Селідове	56,5	37,1	43,3	15,1	29,6
Слов'янськ	83,3	71,5	59,4	55,2	41,7
Сніжне	27,1	9,4	15,8	4,2	9,8
Торез	46,3	8,8	3,4	11,0	17,3
Харцизьк	32,4	39,3	32,3	8,6	27,7
Шахтарськ	22,6	3,4	10,2	5,7	0,0
Райони області,	21,7	21,0	10,2	17,6	10,2
Амвросіївський	0,0	31,6	0,0	0,0	5,6
Володарський	65,4	36,7	30,1	0,0	25,6
Волноваський	28,0	14,8	21,1	24,5	11,2
Добропільський	14,1	61,3	7,8	8,1	27,3
Красноармійський	9,3	23,7	22,5	49,9	12,9
Краснолиманський	0,0	10,8	0,0	0,0	0,0
Мар'їнський	7,2	8,6	0,0	0,0	3,3
Олександрівський	37,7	27,2	17,9	24,7	16,8
Першотравневий	121,0	89,3	35,4	115,8	58,4
Слов'янський	0,0	5,4	10,5	16,3	0,0
Старобешівський	132,2	14,9	0,0	23,1	18,3

Додаток Б-13

Набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади у 2003–2007 рр.
(на 1000 пологів)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	138,1	138,6	153,1	104,5	114,9
Міста області,	125,7	112,7	104,6	84,6	68,7
Авдіївка	200,8	138,8	141,4	97,9	82,0
Артемівськ	104,7	106,3	95,9	87,9	21,2
Горлівка	185,7	166,6	181,8	145,5	137,6
Дебальцеве	104,8	70,9	101,4	88,2	76,6
Дзержинськ	234,1	195,3	113,3	78,9	72,1
Димитрів	99,7	90,3	77,1	92,5	86,4
Докучаєвськ	88,7	99,1	85,5	81,9	83,0
Донецьк	104,7	101,2	97,8	40,8	25,1
Дружківка	223,8	156,5	224,6	147,0	107,2
Єнакієве	147,6	122,4	92,9	102,3	93,5
Кіровське	488,3	447,5	243,2	124,1	104,1

Костянтинівка	181,6	136,5	145,1	130,4	99,7
Краматорськ	54,1	88,8	106,8	79,9	93,2
Макіївка	181,6	143,4	136,1	118,5	112,6
Маріуполь	88,3	72,4	73,5	86,0	57,1
Селідове	129,9	122,0	101,8	75,5	96,3
Слов'янськ	146,4	124,1	111,4	109,7	87,9
Сніжне	70,1	58,8	31,6	14,6	27,8
Торез	114,7	116,0	102,0	103,2	114,0
Харцизьк	61,0	86,3	57,7	56,2	50,6
Шахтарськ	62,1	72,0	69,2	104,8	40,4
Райони області,	121,5	111,0	101,3	95,6	81,8
Амвросіївський	242,3	182,5	69,4	119,4	62,0
В.-Новоселківський	128,7	124,4	72,3	65,4	54,1
Володарський	78,4	128,4	45,1	49,4	51,3
Волноваський	139,9	131,1	113,9	114,3	95,0
Добропільський	45,8	51,1	74,4	26,3	35,7
Красноармійський	111,7	95,9	104,1	101,1	131,6
Краснолиманський	41,9	91,6	26,8	26,5	26,9
Мар'їнський	75,5	68,6	51,0	32,8	10,0
Олександрівський	157,2	190,5	154,8	104,9	95,0
Першотравневий	161,3	131,0	168,1	126,3	102,2
Слов'янський	178,4	140,5	113,7	116,5	119,1
Старобешівський	169,5	55,8	172,0	208,3	36,7
Тельманівський	123,8	178,7	185,5	243,4	166,7
Ясинуватський	108,5	95,8	115,6	87,5	188,9

Додаток Б-14

Прееклампсія, еклампсія на 1000 пологів у динаміці п'яти років
(2003–2007 рр.)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	94,5	124,6	144,1	92,5	105,0
Міста області,	59,0	57,9	39,4	31,7	21,1
Авдіївка	112,0	92,5	74,1	48,9	49,2
Артемівськ	11,6	14,5	7,8	12,2	15,2
Горлівка	123,6	88,4	22,1	72,8	15,4
Дебальцеве	47,6	51,2	43,5	49,0	45,0
Дзержинськ	30,5	67,4	53,0	40,7	40,5
Димитрів	0,0	8,1	5,1	7,7	13,9
Докучаєвськ	73,9	90,3	60,0	61,5	53,2
Донецьк	67,5	76,5	48,5	30,5	17,2
Дружківка	21,0	7,2	25,4	16,1	12,8
Єнакієве	117,3	103,9	75,3	74,2	46,3
Кіровське	244,1	219,2	77,2	24,1	18,6

Костянтинівка	21,7	11,1	15,5	6,7	8,0
Краматорськ	3,0	78,5	21,8	8,2	8,0
Макиївка	83,8	66,9	74,8	45,1	32,9
Маріуполь	29,0	19,7	23,1	17,4	14,7
Селідове	22,6	45,1	45,8	42,3	9,9
Слов'янськ	76,9	58,9	39,1	32,7	29,9
Сніжне	38,5	32,9	21,7	8,3	18,0
Торез	68,4	40,4	25,5	22,0	41,8
Харцизьк	38,6	17,8	28,9	20,8	4,9
Шахтарськ	49,0	66,9	63,1	51,0	38,6
Райони області,	53,0	51,5	38,2	34,2	27,3
Амвросіївський	157,7	73,7	46,3	29,9	45,1
В.-Новоселківський	59,4	67,0	24,1	19,6	20,3
Володарський	19,6	0,0	22,6	37,0	34,2
Волноваський	83,9	71,9	35,9	53,1	44,7
Добропільський	14,1	30,7	41,1	18,2	12,6
Красноармійський	89,1	86,7	53,4	68,7	40,0
Краснолиманський	41,9	91,6	26,8	23,9	17,9
Мар'їнський	39,6	57,1	31,4	23,0	3,3
Олександрівський	37,7	27,2	23,8	24,7	22,3
Першотравневий	24,2	23,8	35,4	21,1	65,7
Слов'янський	17,5	16,2	16,8	24,4	15,7
Старобешівський	23,7	3,7	64,0	0,0	36,7
Тельманівський	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0
Ясинуватський	50,3	61,4	78,0	63,7	30,6

Додаток Б-15

Передлежання, передчасне відшарування плаценти, дородові кровотечі
на 1000 пологів (2003–2007 рр.)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	22,9	14,3	13,0	11,4	11,9
Міста області,	10,7	10,0	12,3	9,6	11,0
Авдіївка	7,7	0,0	6,7	15,3	8,2
Артемівськ	3,2	8,7	8,7	4,7	8,3
Горлівка	8,6	5,1	4,1	4,1	4,5
Дебальцеве	0,0	0,0	0,0	9,8	4,5
Дзержинськ	28,0	14,0	21,7	15,3	9,0
Димитрів	5,0	12,9	3,4	11,6	7,7
Докучаєвськ	4,9	6,6	2,3	5,6	6,4
Донецьк	11,9	10,6	13,2	10,5	13,1
Дружківка	1,7	5,4	9,1	3,6	6,4
Єнакієве	19,9	17,5	28,3	21,1	27,2
Кіровське	18,8	18,3	0,0	3,4	0,0

Костянтинівка	4,1	7,0	6,5	8,1	2,7
Краматорськ	20,3	14,8	30,1	13,8	16,5
Макіївка	3,9	6,4	5,7	2,0	8,9
Маріуполь	18,0	11,1	17,6	12,9	14,4
Селідове	2,8	13,3	5,1	3,0	12,3
Слов'янськ	4,9	8,6	8,3	7,3	2,0
Сніжне	2,3	23,5	7,9	14,6	16,3
Торез	2,0	12,3	11,9	9,6	1,4
Харцизьк	7,5	5,1	8,1	12,2	9,8
Шахтарськ	13,2	12,0	6,1	8,5	12,3
Райони області,	9,8	8,0	8,6	10,6	12,8
Амвросіївський	23,1	14,0	13,9	14,9	14,1
В.-Новоселківський	0,0	4,8	12,0	13,1	27,0
Володарський	0,0	9,2	22,6	0,0	0,0
Волноваський	14,0	10,6	8,4	20,4	20,5
Добропільський	17,6	8,2	7,8	20,2	16,8
Красноармійський	12,0	6,6	12,7	12,1	14,2
Краснолиманський	9,9	13,5	0,0	0,0	0,0
Мар'їнський	0,0	11,4	0,0	6,6	39,9
Олександрійський	0,0	13,6	6,0	6,2	5,6
Першотравневий	24,2	11,9	0,0	0,0	0,0
Слов'янський	2,9	2,7	6,3	8,1	9,0
Старобешівський	16,9	11,2	28,0	4,6	18,3
Тельманівський	3,2	0,0	0,0	0,0	3,3
Ясинуватський	7,9	2,5	8,1	18,6	2,8

Додаток Б-16

Кровотечі в послідовому та післяпологовому періодах на 1000 пологів
(2003–2007 рр.)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	19,6	30,2	13,3	20,1	18,6
Міста області,	17,7	18,2	14,5	13,8	11,5
Авдіївка	19,3	24,9	16,8	15,3	10,9
Артемівськ	14,8	27,1	14,5	9,4	16,7
Горлівка	16,6	14,3	13,9	13,9	13,1
Дебальцеве	19,0	31,5	33,8	19,6	18,0
Дзержинськ	30,5	32,6	24,1	20,4	22,5
Димитрів	19,9	24,2	27,4	15,4	38,6
Докучаєвськ	56,7	39,6	32,3	20,5	10,6
Донецьк	12,0	11,9	8,8	7,2	7,2
Дружківка	8,7	9,0	12,7	7,2	6,4
Єнакієве	27,4	20,6	16,6	36,1	17,2
Кіровське	56,3	18,3	23,2	6,9	7,4

Костянтинівка	10,8	9,7	11,7	4,0	12,0
Краматорськ	40,6	39,3	22,4	48,4	16,5
Макіївка	18,3	16,8	13,9	13,3	11,3
Маріуполь	16,6	19,1	15,7	10,7	7,5
Селідове	28,2	29,2	15,3	15,1	4,9
Слов'янськ	7,3	14,1	12,0	10,9	12,4
Сніжне	13,6	35,3	11,8	14,6	9,8
Торез	4,0	0,0	10,2	13,8	21,6
Харцизьк	14,9	10,2	21,9	11,0	11,4
Шахтарськ	13,2	17,2	14,3	5,7	14,0
Райони області,	24,9	31,3	22,5	23,1	23,9
Амвросіївський	23,1	17,5	23,1	18,7	14,1
В.-Новоселківський	24,8	38,3	12,0	19,6	13,5
Володарський	0,0	27,5	15,0	37,0	25,6
Волноваський	25,6	63,4	21,1	20,4	22,3
Добропільський	14,1	28,6	13,7	22,2	18,9
Красноармійський	26,6	34,2	18,3	21,6	7,7
Краснолиманський	2,5	2,7	9,7	10,6	11,2
Мар'їнський	39,6	42,9	39,2	19,7	33,2
Олександрівський	62,9	40,8	41,7	43,2	55,9
Першотравневий	16,1	11,9	17,7	0,0	0,0
Слов'янський	40,9	29,7	25,3	35,2	58,4
Старобешівський	20,3	7,4	32,0	23,1	9,2
Тельманівський	44,4	66,3	58,2	48,7	66,7
Ясинуватський	13,2	7,4	10,8	13,3	8,3

Додаток Б-17

Показники материнської смертності в Донецькій області (1990–2008 рр.)

Показник	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
На 100 тис. народжених	28,5	27,3	31,8	41,0	27,8	25,2	59,2	52,4	17,9	22,4	26,6	26,7	22,4	18,0	8,4	11,1	12,7	29,3	20,3
Усього по області (абс.)	17	15	16	19	12	10	22	18	6	7	8	8	7	6	3	4	5	12	9
В обласних зкладах (абс.)	4	3	4	3	3	2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	-	-	2	1
У міських закладах (абс.)	5	5	6	5	3	3	6	6	3	2	3	4	3	4	1	3	3	6	4
У районних зкладах (абс.)	8	7	6	11	6	5	12	9	2	3	3	2	2	-	-	1	1	4	3

Питома вага кесарських розтинів у 2003–2007 рр. (%)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	20,4	22,8	22,2	24,5	26,0
Міста області,	12,2	12,4	13,4	13,4	13,4
Авдіївка	9,3	9,6	9,4	10,1	11,2
Артемівськ	8,6	9,5	12,2	13,4	12,9
Горлівка	15,0	11,9	12,7	12,4	12,7
Дебальцеве	3,3	6,7	14,0	16,2	15,3
Дзержинськ	12,2	7,7	12,0	10,9	5,0
Димитрів	8,5	12,3	15,8	13,1	14,0
Докучаєвськ	15,0	15,6	14,1	13,6	18,5
Донецьк	16,3	16,4	16,8	15,1	14,9
Дружківка	2,8	6,5	9,2	10,0	8,0
Єнакієве	14,5	12,8	14,0	15,9	14,5
Кіровське	8,0	7,8	8,1	9,0	5,9
Костянтинівка	9,2	9,6	10,9	13,3	12,4
Краматорськ	18,8	20,3	20,6	23,6	22,7
Макіївка	9,1	9,5	10,9	11,2	12,9
Маріуполь	13,5	12,7	13,2	12,6	13,1
Селідове	4,2	5,0	7,1	8,2	7,4
Слов'янськ	6,8	12,1	12,3	11,0	7,7
Сніжне	6,3	0,0	6,5	10,8	11,3
Торез	4,8	6,5	5,8	6,5	10,8
Харцизьк	9,1	10,5	9,0	12,6	13,9
Шахтарськ	4,3	4,8	6,9	5,4	8,8
Райони області,	8,2	8,2	9,0	10,1	9,5
Амвросіївський	5,8	5,3	7,9	6,3	8,5
В.-Новоселківський	17,8	12,9	15,1	15,7	14,9
Володарський	5,2	0,0	9,0	8,6	0,0
Волноваський	11,4	7,6	6,1	11,4	10,2
Добропільський	10,9	9,8	10,0	12,1	11,6
Красноармійський	8,1	9,7	13,4	15,0	15,2
Краснолиманський	9,1	9,4	5,6	8,2	7,0
Мар'їнський	3,6	4,9	2,4	6,9	11,3
Олександрівський	2,5	2,7	5,4	6,8	0,0
Першотравневий	14,5	7,1	8,0	9,5	14,6
Слов'янський	4,4	7,0	7,8	6,0	5,4
Старобешівський	9,5	8,6	10,0	5,6	5,5
Тельманівський	2,9	7,2	6,5	6,0	4,7
Ясинуватський	9,8	12,3	14,2	13,5	10,0

Додаток В-2

Питома вага вакуумекстракції у 2003–2007 рр. (%)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	0,1	0,2	0,3	0,5	0,7
Міста області,	0,1	0,3	0,1	0,0	0,2
Авдіївка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Артемівськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Горлівка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Дебальцеве	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Дзержинськ	0,5	0,5	1,4	0,0	0,7
Димитрів	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Докучаєвськ	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0
Донецьк	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2
Дружківка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Єнакієве	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Кіровське	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Костянтинівка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Краматорськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Макіївка	0,1	0,0	0,0	0,2	0,9
Маріуполь	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Новоградівка	-	-	0,0	0,0	0,0
Селідове	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Слов'янськ	0,5	0,4	0,5	0,2	0,3
Сніжне	0,0	12,2	0,0	0,0	0,5
Торез	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Харцизьк	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Шахтарськ	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Райони області,	0,1	0,2	1,1	0,5	0,6
Амвросіївський	0,0	0,0	16,2	4,1	5,1
В.-Новоселківський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Володарський	0,0	6,4	0,0	0,0	0,0
Волноваський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Добропільський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Красноармійський	0,0	0,1	0,8	0,4	0,3
Краснолиманський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Мар'їнський	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3
Олександрівський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Першотравневий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Слов'янський	0,0	0,0	1,5	0,3	0,7
Старобешівський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Тельманівський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ясинуватський	1,3	0,2	0,0	1,3	0,3

Додаток В-3

Питома вага накладання щипців у 2003–2007 рр. (%)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	0,6	0,5	0,3	0,2	0,1
Міста області,	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1
Авдіївка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Артемівськ	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1
Горлівка	1,4	1,4	1,2	0,8	0,0
Дебальцеве	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Дзержинськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Димитрів	0,3	0,8	0,5	0,8	0,6
Докучаєвськ	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Донецьк	0,5	0,5	0,3	0,2	0,2
Дружківка	0,5	2,2	0,9	0,2	1,1
Єнакієве	0,9	0,2	0,3	0,3	0,0
Кіровське	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Костянтинівка	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Краматорськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Макіївка	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Маріуполь	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Новоградівка	-	-	0,0	0,0	0,0
Селідове	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Слов'янськ	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Сніжне	0,0	0,2	0,8	0,8	0,2
Торез	0,0	0,4	0,2	0,4	0,0
Харцизьк	0,1	0,5	0,0	0,0	0,2
Шахтарськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Райони області,	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Амвросіївський	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
В.-Новоселківський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Володарський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Волноваський	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0
Добропільський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Красноармійський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Краснолиманський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Мар'їнський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Олександрівський	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0
Першотравневий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Слов'янський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Старобешівський	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Тельманівський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ясинуватський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Додаток В-4

Питома вага використання плодорушнівних операцій у 2003–
2007рр. (%)

Місцезнаходження	2003	2004	2005	2006	2007
Обласні заклади	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4
Міста області,	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Артемівськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Горлівка	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1
Дебальцеве	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Дзержинськ	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Димитрів	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Докучаєвськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Донецьк	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Дружківка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Єнакієве	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Кіровське	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Костянтинівка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Краматорськ	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Макіївка	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Маріуполь	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Селідове	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Слов'янськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Сніжне	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0
Торез	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Харцизьк	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Шахтарськ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Райони області,	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Амвросіївський	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
В.-Новоселківський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Володарський	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
Волноваський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Добропільський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Красноармійський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Краснолиманський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Мар'їнський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Олександрівський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Першотравневий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7

Слов'янський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Старобешівський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Тельманівський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ясинуватський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Додаток Г-1
Персоніфікована карта вагітної

Дата заведення карти _____

Шифр _____

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Серія та номер паспорта _____

День _____ Місяць _____ Рік народження _____

Місце народження _____

Місце роботи _____ Посада _____

Шкідливі умови праці _____

Місце проживання _____

Діагноз, термін вагітності _____

_____ Дата _____

Екстрагенітальна патологія _____

_____ Дата _____

Акушерський анамнез (кількість вагітностей, їх перебіг, характеристика попередніх пологів, аборти)

ВІЛ-обстеження _____

RW _____

УЗД _____

Інші лабораторні, інструментальні дослідження _____

Дата _____ Місце проведення _____

Результати _____

Ускладнення хвороби _____

Вірусоносій _____

Група ризику _____

Щеплення _____

Лікування в ДС _____

Лікування в стаціонарі _____ Дата _____

Місце та вид іншого лікування _____

Перелік та дози медикаментів,

які використовувалися при
лікуванні _____

Термін лікування _____ днів

Результат лікування _____

П.І.Б. _____

Додаток Г-2

Методика захисту персоніфікованих даних

1. Кожній вагітній присвоюється шифр і код доступу до персоніфікованої інформації, про що видається довідка встановленого взірця.
2. Доступ до персоніфікованих даних може отримати лікар тільки з дозволу вагітної, для введення інформації використовується лише код для ознайомлення – код та шифр (принцип електронної пошти).
3. У разі втрати інформації про шифр у базі даних розміщено зашифровані дублікати кодів, які можна при необхідності поновити. Процедура виконується з письмової заяви вагітної за місцем її обслуговування закладом охорони здоров'я.
4. Після пологів персоніфіковані дані з бази усуваються.

Додаток Г-3
Довідка

про присвоєння шифру та коду до персоніфікованої інформації
в автоматизованій системі управління акушерської служби на обласному рівні

П.І.Б. _____

Рік народження _____

Адреса реєстрації _____

Заклад охорони здоров'я _____

Шифр _____ Код _____

Лікуючий лікар _____

Додаток Г-4

Матеріально-технічне забезпечення
автоматизованої системи управління акушерською медичною допомогою

АРМ лікаря:

- комп'ютер на базі робочої станції 486dx2 і вище;
- монітор із розрізненням 640x480x16 px і вище.

АРМ модулів ЗОЗ:

- комп'ютер на базі робочої станції 486 dx2 і вище;
- монітор з розрізненням 640x480x16 px і вище;
- операційна система Windows 95 і вище;
- пакет Microsoft Office 97 і вище;
- програмне забезпечення АС управління акушерською службою.

АРМ термінал центру:

- сервер на базі робочої станції Pentium-IV і вище;
- монітор з розрізненням 640x480x16 px і вище;
- операційна система Windows 2000 і вище;
- пакет Microsoft Office 2000 і вище;
- програмне забезпечення АС управління акушерською службою – програма “Акушер-облік”;
- програмне забезпечення АС управління акушерською службою – програма “Акушер-статистика”;
- програмне забезпечення АС управління акушерською службою – програма “Акушер-управління”.

Основні питання щодо побудови систем відеозв'язку

Зміст

1 Вступ.

- 1.1 Область застосування відеозв'язку в охороні здоров'я.
- 1.2 Переваги при використанні відеозв'язку.
- 1.3 Основні режими роботи.
- 1.4 Основні режими відображення відеоінформації.
- 1.5 Необхідні умови для впровадження відеозв'язку.

2 Устаткування для відеозв'язку.

- 2.1 Можливі типи рішень і устаткування.
- 2.2 Система управління.
- 2.3 Приклад обладнання для МОЗ.
- 2.4 Приклад обладнання для локальних користувачів (групові термінали).
- 2.5 Додаткові аксесуари і сервіси.

3 Необхідні умови для успішної роботи системи відеозв'язку.

1. Вступ

У даному документі розглядаються питання побудови системи відеозв'язку на прикладі організації з територіально розподіленою структурою:

- МОЗ;
- територіальні органи охорони здоров'я, медичні установи (28 локальних користувачів).

1.1. Область застосування відеозв'язку в охороні здоров'я:

- проведення селекторних і звітних нарад;
- проведення електронного навчання співробітників;
- організація круглих столів і семінарів тощо;
- організація термінових заходів при виникненні надзвичайних ситуацій;
- оптимізація організаційних заходів МОЗ щодо забезпечення санітарно-епідеміологічного контролю в регіонах України;
- організація і проведення консультацій у плановому порядку й екстрених випадках;
- курси підвищення кваліфікації.

1.2. Переваги при використанні відеозв'язку:

- оперативність аналізу ситуацій і прийняття рішень, консультація фахівців або спільна робота в режимі дистанційного доступу над проектами, рішеннями тощо;
- зниження витрат, пов'язаних з оплатою відряджень і з вимушеним відривом співробітників від роботи на час перельоту або переїзду до місця ділової зустрічі, наради, зборів тощо.

1.3. Основні режими роботи:

- Відеоконференцзв'язок

Режим відеоконференцзв'язку призначений для **проведення нарад** – як селекторних, так і звітних, зокрема медичних установ, підпорядкованих МОЗ – в останньому випадку передбачається можливість відображення на моніторі обговорюваних (звітних) матеріалів.

Особливістю відеоконференцій є їх проведення в режимі: **центральний зал – віддалені зали**. Такий режим потребує попередньої підготовки приміщень. Одним із застосувань відеоконференцзв'язку, наприклад, є **робота в термінових або надзвичайних ситуаціях**, при цьому використовується спеціально обладнаний зал – **ситуаційна кімната** – з додатковими засобами відображення й обробки інформації, а також можуть бути використані мобільні відео термінали. Ситуаційна кімната звичайно підтримується в стані постійної готовності.

- Відеотелефонія

Відеотелефонія – відеотелефонний зв'язок, що здійснюється за допомогою персональних відеотерміналів, які можуть бути як стаціонарними, так і мобільними.

1.4. Основні режими відображення відеоінформації:

Абонент – Абонент (відеозв'язок між двома абонентами);

Абонент – Абонент ... – Абонент (одночасний відеозв'язок між більш ніж двома абонентами).

1.5. Необхідні умови для впровадження відеозв'язку

Існують дві основні умови, що впливають на широке використання відеозв'язку.

Перша – забезпечення пропускну здатності каналу зв'язку. Аналогові телефонні лінії цілком підходять для передачі аудіосигналу, але не можуть

забезпечити якісну трансляцію потоку відеоінформації. Вирішити питання допомагає ISDN (цифрова мережа з інтеграцією послуг) і корпоративних IP-мереж.

Крім того, у межах однієї установи для проведення відеоконференції цілком може підійти локальна мережа, що стала невід'ємною частиною сучасної організації.

Друга – достатня швидкість обробки аудіо- і відеопотоку, тобто час кодування переданої і декодування отриманої інформації.

Вирішити проблему обробки інформації дають змогу **два основні підходи** – **програмний і апаратний**. Програмний більш дешевий, але обмежений за своїми можливостями. Він ґрунтується на спеціалізованому програмному забезпеченні, що використовує для реалізації алгоритмів кодування/декодування центральний процесор комп'ютера. Це призводить до значного погіршення якості переданого сигналу і уповільнює роботу усіх інших програм.

Другий підхід включає використання спеціалізованого апаратного забезпечення з попередньо встановленим на заводі програмним забезпеченням. Такі спеціалізовані рішення характеризуються високими якісними показниками і є найбільш поширеними.

2. Обладнання для відеозв'язку

2.1. Можливі типи рішень і устаткування

Існує безліч різних рішень в області відеозв'язку різних виробників, однак їх можна розділити на дві великі групи:

- рішення з програмними клієнтами, у яких як термінал відеозв'язку використовується стандартний персональний комп'ютер (далі – ПК), оснащений необхідним периферійним устаткуванням (відеокамера й акустичний комплект); функціональність визначається програмним забезпеченням (далі – ПЗ), виконуваним на ПК;

- рішення зі спеціалізованими апаратними відеотерміналами, при цьому конструкція і комплектність терміналу змінюються залежно від його призначення і застосування. Конструктивні особливості визначаються призначенням.

У складі більшості рішень застосовуються два типи відеотерміналів: пристрої для конференцзалів (групового використання) і персональні настільні відео термінали. Деякі виробники випускають також мобільні відеотермінали для використання в польових умовах і спеціалізовані відеотермінали для галузевого застосування (судова практика, медицина, освіта тощо).

- В обох випадках у якості системи, що управляє відеоконференціями, використовується виділений пристрій або сервер зі спеціалізованим ПЗ.

Основною перевагою рішень із програмними клієнтами є їх більш низька, порівняно з апаратними відеотерміналами, ціна. Однак через використання ПК загального призначення, у якості апаратної частини, такі програмні відеотермінали відрізняються меншою порівняно з апаратними рішеннями стабільністю і надійністю (проблема сумісності ПЗ, периферії і драйверів периферійних пристроїв, чутливість до змін апаратних і, що особливо типово для ПК, програмних конфігурацій) – тобто такі рішення прийнятні для некритичних низькорівневих систем відеозв'язку загального призначення.

Для побудови високонадійних або спеціалізованих систем відеоконференцій і відеозв'язку кращими є рішення з апаратними відео терміналами. Слід зазначити, що апаратні термінали забезпечують вищий рівень безпеки порівняно з програмними клієнтами, тому що у випадку спеціалізованих апаратних терміналів фізично неможливе використання програмних закладок і троянських програм (вірусів), що можуть бути встановлені на ПК-відеотермінали.

2.2. Система управління

Для централізованого управління процесом проведення відеоконференцій пропонується використовувати спеціальне програмне забезпечення. Для організації конференції одночасно з багатьма абонентами (одночасне спілкування з декількома віддаленими абонентами) пропонується використовувати програмно-апаратне забезпечення. Це устаткування дає змогу організувати одночасно конференцію до 32 абонентів з можливістю подальшого розширення їх кількості.

2.3. Приклад обладнання для МОЗ

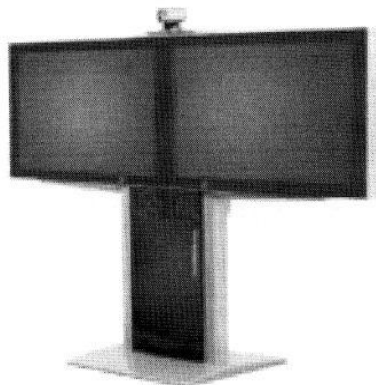


Рис. 1

2.4. Приклад обладнання для локальних користувачів (групові термінали)

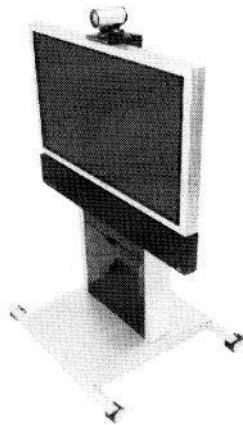


Рис. 2

2.5. Додаткові аксесуари і сервіси

При необхідності деякі моделі відеотерміналів можуть бути додатково укомплектовані:

- бездротовими мережними інтерфейсами, для підвищеної мобільності (якщо необхідно переїзд терміналу з одного приміщення в інше);
- спеціальними камерами для роботи з паперовими документами (графіками, схемами тощо),

3. Необхідні умови для успішної роботи системи відеозв'язку

Канали передачі даних. Устаткування повинне дозволяти передавати відеосигнал, починаючи зі швидкості відеопотоку 64 кбіт/с і закінчуючи відеопотоком у 4 Мбіт/с для старших моделей. Якість відеозображення і звуку зі збільшенням швидкості поліпшується. Прийнятне зображення і звук досягається при швидкості відеопотоку в 384 кбіт/с.

Для використання системи відеоконференцій бажано забезпечити такі характеристики каналів зв'язку для кожного з відеопотоків:

- затримка в каналі не більш 200 мс;
- джитер у каналі не більш 50 мс;
- втрати пакетів не більш 1%;

Глобальна мережа Інтернет для даного завдання є придатною за умов, приведених вище на завантаженому каналі.

Типове рішення для організації телемедичної системи
в акушерській службі на рівні області

№ пор.	Назва	Кількість
TANDBERG 8000 MXP Profile		
1.	TANDBERG 8000 MXP Profile - Dual 50" Plasma with PrecisionHD Camera	1
2.	TANDBERG 8000 MXP Natural Presenter Package (NPP)	1
3.	Stereo Loudspeaker Kit for TANDBERG 8000/7000/6000/Maestro MXP	1
4.	TANDBERG AudioScience Ceiling Microphone	1
TANDBERG MPS 800		
1.	TANDBERG MPS 800	1
2.	Additional 20 MCU media ports TANDBERG MPS (IP Only, Transcoding & AES included - media board included) -16 ports fully featured	2
3.	Advanced Video Option (AVO) for 20 MCU ports for TANDBERG MPS	2
TANDBERG Video Communication Server		
1.	TANDBERG Video Communication Server Control Application -10 local network calls,	1
2.	TANDBERG Video Communication Server - additional 20 local network calls(purchased with item # 1163401 or 1163402)	1
TMS Server appliance		
1.	TMS Server appliance (preinstaiied with TANDBERG Management Suite and Scheduler - 25 system license	1
2.	TANDBERG Movi TMS 25 additional user licences	1
TANDBERG Edge 85 MXP		
1.	TANDBERG Edge 85 MXP with PrecisionHD Camera	1
2.	TANDBERG Edge 85 MXP Natural Presenter Package (NPP) Option	1
3.	TANDBERG AudioScience Ceiling Microphone	1
Загалом		
1.	TANDBERG 8000 MXP Profile	1
2.	TANDBERG MPS 800	1
3.	TANDBERG Video Communication Server	1
4.	TMS Server appliance	1
5.	TANDBERG Edge 85 MXP	1

Побудова системи відеозв'язку на базі вказаного обладнання може відповідати потребам щодо організації відеоконференцій в охороні здоров'я (в даному прикладі передбачено 28 абонентів).

Програма підготовки лікарів акушерів-гінекологів в умовах
впровадження доказової медицини

1. Вступ у доказову медицину.
2. Безпечне материнство.
3. Ведення нормальних пологів.
4. Післяпологовий догляд за породіллями.
5. Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
6. Передчасні пологи.
7. Індукція пологів.
8. Гіпертензивні розлади під час вагітності та пологів.
9. Кровотечі у вагітних, роділь та породіль.
10. Септичні ускладнення.

Рівні надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги

I рівень – РЛ, ЦРЛ та МЛ, в яких відсутні відділення анестезіології та інтенсивної терапії, забезпечується цілодобове чергування анестезіолога (чергування вдома).

ЛПЗ цього рівня забезпечують розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень, а також надають медичну допомогу гінекологічним хворим. Водночас вони мають:

- налагоджену систему визначення пацієнток високого ризику розвитку ускладнень перинатального періоду та направлення їх до установи вищого рівня;
- можливості діагностувати та забезпечити підтримувальне лікування непередбачених проблем матері та плода, що виникли під час пологів;
- можливості розпочати операцію кесаревого розтину протягом 30 хв, після визначення необхідності її проведення;
- постійний запас препаратів крові, замінників крові та медикаментів для надання ургентної акушерсько-гінекологічної і неонатальної допомоги;
- можливості надання анестезіологічної допомоги, а також проведення початкового (невідкладного) лабораторного обстеження цілодобово.

I група динамічного спостереження (вагітні низького акушерського та перинатального ризику).

II рівень – РЛ, ЦРЛ і акушерські відділення МЛ, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології та інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово.

ЛПЗ цього рівня забезпечують розродження вагітних низького та високого (за сукупністю факторів) ступенів акушерського та перинатального ризику, а також виконують усі функції установ I рівня, в тому числі надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги.

ЛПЗ II рівня повинні забезпечити надання медичної допомоги новонародженим масою тіла >1800 г (термін гестації – ≥ 34 тижні), які мають захворювання без значних порушень життєвих функцій.

I і II група динамічного спостереження (вагітні низького та високого ступенів акушерського та перинатального ризику),

III рівень – міські, обласні пологові будинки, перинатальні центри та центри репродуктивного здоров'я, які є клінічними базами кафедр акушерства та гінекології III–IV рівнів акредитації, а також пологові відділення обласних лікарень, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології АМН України».

ЛПЗ цього рівня забезпечують розродження вагітних вкрай високого та високого ступенів акушерського та перинатального ризику, з важкою екстрагенітальною патологією, надають спеціалізовану допомогу гінекологічним хворим, а також виконують усі функції установ I–II рівнів.

ЛПЗ III рівня повинні забезпечити надання медичної допомоги новонародженим масою тіла ≤ 1800 г і терміном гестації ≤ 33 тижні, незалежно від наявної патології, а також усім новонародженим із важкими формами захворювань або будь-якими порушеннями життєвих функцій.

Перелік показань до планової госпіталізації у лікувальні заклади III рівня надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Направлення до лікувальних закладів III рівня надання акушерсько-гінекологічної допомоги здійснюється за направленням районного, міського, обласного акушера-гінеколога.

При направленні проводиться обстеження жінки відповідно до нормативів надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю "Акушерство і гінекологія" в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів. Результати обстеження додаються до направлення.

До 22 тижня вагітності спеціалізована допомога вагітним надається у профільних соматичних відділеннях або у гінекологічних відділеннях багатопрофільних лікарень, після 22 тижня – у відділеннях екстрагенітальної патології, перинатальних центрах, спеціалізованих акушерських відділеннях.

1. Хвороби системи кровообігу:

- серцева недостатність II ст., або вище (незалежно від причини);
- вроджені та набуті вади серця;
- опероване серце;
- порушення серцевого ритму та провідності;
- гіпертонічна хвороба II–III ст.;
- хвороби міокарда (міокардити, кардіоміопатії та ін.);
- інфекційний ендокардит;
- хвороби вен з тромботичними ускладненнями;
- ревматизм, активна фаза.

2. Хвороби сечостатевої системи:

- гостра або хронічна ниркова недостатність (незалежно від причини);
- гострий або загострення ХРН, лікування якого було неефективним у стаціонарі II рівня;
- гломерулонефрит;

- ушкодження (травми) органів сечостатевої системи під час вагітності;
- сечокам'яна хвороба, вади розвитку сечостатевої системи або інша патологія, що потребує консультативно-лікувальної допомоги уролога.

3. Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин:

- цукровий діабет (передгестаційний або гестаційний, що потребує інсулінотерапії);
- хвороби надниркових залоз;
- захворювання щитоподібної залози з порушенням функції;
- нецукровий діабет.

4. Хвороби органів дихання:

- дихальна недостатність II ст., або вище (незалежно від причини);
- пневмонія (тяжкий перебіг);
- хронічний обструктивний бронхіт у фазі загострення;
- бронхоектатична хвороба;
- БА III–IV ст.;
- стан після операцій на легенях;
- первинна легенева гіпертензія.

5. Хвороби органів травлення:

- гостра або хронічна печінкова недостатність (незалежно від причини);
- портальна гіпертензія;
- цироз печінки;
- гостра жирова дистрофія печінки;
- хронічний активний гепатит неінфекційної етіології;
- хвороба Вільсона;
- холестаза вагітних;
- облітеруючий ендодфлебіт печінки (синдром Бадда-Кіарі);
- спадкова гіпербілірубінемія;
- ускладнений калькульозний холецистит;
- післяхолецистектомічний синдром;
- хронічний панкреатит у фазі загострення;

- виразкова хвороба у фазі загострення;
- хвороби оперованого шлунка;
- неспецифічний виразковий коліт у фазі загострення;
- хвороба Крона;
- діафрагмальна кила;
- оперована кишкова непрохідність під час вагітності.

6. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини:

- анкілоз кульшових суглобів;
- артрити різної етіології;
- вроджений вивих кульшового суглоба (одно- та двобічний);
- переломи кісток тазу та хребта в анамнезі;
- сколіоз або кіфосколіоз III–IV ст.;
- спондилоартроз анкілозуючий;
- хондродисплазії;
- хондропатії;
- системний червоний вовчак;
- системна склеродермія;
- ревматоїдний артрит;
- остеомієліт.

7. Хвороби нервової системи:

- епілепсія;
- міопатія;
- міастенія;
- сірингомієлія;
- розсіяний склероз;
- стани після травм черепа або хребта.

8. Хвороби крові та кровотворних органів:

- анемія вагітних III ст. тяжкості;
- гемолітична, апластична та інші види анемії;
- коагулопатії;

- лейкози;
- лімфогранульоматоз;
- ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура;
- тромбоцитопатії.

9. Інфекційні та паразитарні хвороби (госпіталізація до спеціалізованого акушерського відділення):

- вірусні гепатити;
- вірусні інфекції центральної нервової системи;
- хвороба, зумовлена ВІЛ;
- активний туберкульоз легень, позалегеновий туберкульоз;
- ускладнення інфекційних та паразитарних хвороб.

10. Новоутворення:

- злякисні новоутворення будь-якої локалізації (з попередньою консультацією онколога).

11. Недостатність фетоплацентарного комплексу:

I триместр вагітності (для дообстеження, вироблення тактики ведення вагітності):

- вагітні з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (звичне невиношування, викидень, що не відбувся, антенатальна загибель плода) за умови виявлення змін при УЗД:

- відставання розмірів плідного яйця від гестаційного терміну;
- наявність ділянок відшарування хоріону.

II триместр вагітності (для дообстеження першого етапу лікування та вироблення плану ведення вагітної):

- вагітні з діагностованим синдромом затримки розвитку плода (за даними фетометрії вагітної та УЗД);
- вагітні з екстрагенітальною та акушерською патологією, що мають клінічні ознаки ФПН (синдром затримки розвитку плода – симетрична та асиметрична форма, маловоддя, багатоводдя, хронічна гіпоксія плода).

III триместр вагітності (для корекції стану фетоплацентарного комплексу та розродження):

- вагітні з діагностованим синдромом затримки розвитку плода;
- вагітні з екстрагенітальною та акушерською патологією, що мають клінічні ознаки ФПН (синдром затримки розвитку плода, маловоддя, багатоводдя, хронічна гіпоксія плода).

12. Акушерсько-гінекологічна патологія:

- АВО – та Rh-імуноконфлікт;
- звичне невиношування вагітності;
- вагітні з оперованою маткою;
- вагітність на тлі пухлин чи придатків матки;
- гестози (всі види поєднаних гестозів, преєклампсія середнього та важкого ступенів тяжкості);
- вагітні з аномаліями розвитку геніталій;
- вагітні після реконструктивно-пластичних операцій на промежині, шийці матки в анамнезі;
- вагітні зі злоякісними захворюваннями молочних залоз;
- вагітні із тяжкою дисплазією шийки матки;
- вагітність після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

13. Гінекологічна патологія:

- запальні пухлини придатків матки в разі неефективного лікування в умовах ЦРЛ;
- хворі, що підлягають оперативному лікуванню, при наявності в них ЕГП;
- повторні оперативні втручання;
- хворі, оперативне лікування яких потребує участі профільних спеціалістів;
- проблеми дитячої гінекології;
- переривання вагітності за медичними чи соціальними показаннями у разі наявності ЕГП;
- переривання вагітності у зв'язку з фізіологічною незрілістю організму;
- звичне невиношування вагітності.

Гінекологічна ендокринологія:

- розлади менструальної функції в разі неефективного лікування на I та II рівнях надання акушерсько-гінекологічної допомоги (у різні вікові періоди);

- передменструальний синдром;
- дисгормональні захворювання молочної залози, поєднані із гінекологічною патологією;
- синдром полікістозних яєчників, гірсутний синдром;
- ендокринне безпліддя та ендокринні форми невиношування вагітності;
- ендокринна патологія у вагітних (до 20 тижнів);
- для консервативного та оперативного лікування гормонозалежних пухлин та передпухлинних станів (склеро-, полікістоз, кісти яєчників, лейоміома матки, ендометріоз тощо);
- вегетативно-судинні порушення у жінок в пери- та постменопаузі;
- депресивні стани та інші психоемоціональні розлади у жінок в пери- та постменопаузі;
- трофічні постменопаузальні розлади;
- рання менопауза (хірургічна, хіміо- та радіотерапевтична, передчасне виснаження яєчників та інше);
- екстрагенітальні захворювання, що вперше виникли в період пери- та постменопаузи і потребують залучення гінеколога-ендокринолога поряд із профільними спеціалістами.

Перелік медикаментів для надання невідкладної допомоги
в акушерсько-гінекологічних відділеннях

№ пор.	Назва препарату	Кількість
1.	Адреналін 0,1% – 1,0	5 амп.
2.	Альбумін 10% – 100,0	1 фл.
3.	Аміназин 2,5% – 1,0	5 амп.
4.	Атропін 0,1% – 1,0	5 амп.
5.	Баралгін – 5,0	5 амп.
6.	Вітамін С 5% – 1,0	10 амп.
7.	Верапаміл 0,25% – 2,0	5 амп.
8.	Гідрокортизон – 100 мг	10 амп.
9.	Гепарін – 5,0	1 фл.
10.	Гелофузін – 1000 мл	1 фл.
11.	Дексаметазон – 4 мг	5 амп.
12.	Дібазол 1% – 1,0	10 амп.
13.	Дроперідол 0,25% – 5,0	2 амп.
14.	Димедрол 1% – 1,0	5 амп.
15.	Дофамін 0,5% – 5,0	5 амп.
16.	Клофелін 0,01% – 1,0	5 амп.
17.	Контрикал – 10000 од.	10 амп.
18.	Кальцію глюконат 10% – 10,0	10 амп.
19.	Коргліккон 0,06% – 1,0	5 амп.
20.	Кордарон 5% – 3,0	5 амп.
21.	Діпірідамол – 2,0	5 амп.
22.	Лазикс 1% – 2,0	5 амп.
23.	Магнію сульфат 25% – 10,0	10 амп.
24.	Манит – 200,0	1 фл.
25.	Мезатон 1% – 1,0	5 амп.
26.	Метилергометрин 0,02% – 1,0	5 амп.
27.	Нітрогліцерин 1% – 1,0	5 амп.
28.	Натрію бікарбонат 4% – 150,0	1 фл.

29.	Новокаїнамід 10% – 5,0	5 амп.
30.	Окситоцин – 5 од.	10 амп.
31.	Памба – 50 мг	5 амп.
32.	Папаверин 2% – 2,0	10 амп.
33.	Шпольфен 2,5% – 2,0	5 амп.
34.	Пірацетам 20% – 5,0	3 амп.
35.	Простий Е2 – 1,0	3 амп.
36.	Протамін-сульфат 1% – 5,0	5 амп.
37.	Реополіглюкін – 200,0	2фл.
38.	Рефортан – 500,0	2фл.
39.	Діазепам 0,5% – 2,0	2 амп.
40.	Стабізол – 500,0	2фл.
41.	Строфантин 0,05% – 1,0	5 амп.
42.	Трентал 2% – 5,0	5 амп.
43.	Тропафен – 20 мг	5 амп.
44.	Фуросемід 1% – 2,0	10 амп.
45.	Фраксипарин – 0,3	2 шт.
46.	Етамзилат 12,5% – 2,0	5 амп.
47.	Цефтриаксон – 1,0	10 фл.
48.	Шприци – 5,0	10 шт.
49.	Шприци – 10,0	10 шт.
50.	Шприци – 20,0	10 шт.
51.	Системи для внутрішньовенного вливання	5 шт.
52.	Катетери внутрішньовенні	5 шт.
53.	Комплект для епідуральної анестезії	2 шт.
54.	Комплект для катетеризації підключичної вени	1 шт.
55.	Катетер сечовий	1 шт.

