

На правах рукописи

**СТУПАК
Валерий Семенович**

**РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ
ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ)**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Хабаровск – 2012

Работа выполнена в государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края.

Научные консультанты:

академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор

Стародубов Владимир Иванович

заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,

профессор **Филькина Ольга Михайловна**

Официальные оппоненты:

Суханова Людмила Павловна

доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Фролова Ольга Григорьевна

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения медико-социальных исследований ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В. И. Кулакова» Минздрава России

Юсупова Альфия Наильевна

доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

Защита диссертации состоится « 29 » марта 2013 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11).

Автореферат разослан « ____ » _____ 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук

Сабгайда Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность научного исследования

В последние десятилетия в Российской Федерации сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья населения, что требует продолжения реформирования здравоохранения и внесения в этот процесс необходимых коррективов (Щепин В. О., 2006; Кучеренко В. З., 2006; Щепин О. П., 2007; Линденбратен А. Л., 2007; Стародубов В. И., 2008). Особую озабоченность вызывают неблагоприятные показатели репродуктивного здоровья, в частности женщин фертильного возраста и девочек-подростков (Кулаков В. И., 2002; Стародубов В. И., 2003; Агаркова Л. А., 2004; Айламазян Э. К., 2005; Володин Н. Н., 2006; Григорьева Е. Е., 2006; Султанаева З. М., 2010). В условиях прогнозируемого дальнейшего снижения численности населения России важнейшей проблемой демографической политики и необходимым условием обеспечения национальной безопасности является повышение рождаемости и сохранение здоровья женщин и детей (Суханова Л. П., 2006; Римащевская Н. М., 2007; Рыбаковский Л. Л., 2009; Стародубов В. И., 2009). Поэтому одна из первоочередных задач государства в области здравоохранения – выявление имеющихся резервов для снижения предотвратимых потерь, разработка и внедрение организационно-медицинских технологий оказания качественной и эффективной медицинской помощи женщинам и детям.

Серьезной проблемой как для клинической медицины, так и для общественного здравоохранения остается и ухудшение уровня здоровья родившихся детей (Суханова Л. П., 2008; Володин Н. Н., 2009; Стародубов В. И., 2009; Фролова О. Г., 2010; Широкова В. И., 2011). Увеличение заболеваемости новорожденных в свою очередь является причиной роста хронической патологии у детей, вплоть до выраженных нарушений в состоянии здоровья с ограничением жизнедеятельности (Фролова О. Г., Чумакова О. В., Байбарина Е. Н., 2008; Лисицын Ю. П., 2009; Шабалов Н. П., 2009; Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., 2010).

Современная демографическая и социально-экономическая ситуация в России требует совершенствования помощи беременным и новорожденным с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности, профилактики инвалидизации с детства. На первый план при этом выступают медико-организационные мероприятия, направленные на улучшение качества оказания помощи новорожденным и детям раннего возраста наиболее рациональным путем (Кучеренко В. З. и др., 2005; Вялков А. И. и др., 2010; Сорокина З. Х., 2010).

В последние годы еще более углубились территориальные различия в уровнях обеспеченности населения медицинской помощью, усилилась нерациональность в формировании сети учреждений здравоохранения, а следовательно, и несоответствие ее потребностям населения (Щепин О.П., 2008; Стародубов В.И., 2010). В работах Э.В. Комли-

ченко (2010), Н.С. Брынза (2010), В.П. Косолапова (2011), В.Б. Мысякова (2011), Н.В. Варгапетовой (2011), З.М.Султанаевой (2012) доказана необходимость решения проблем материнства и детства на региональном уровне.

С целью профилактики и снижения перинатальной заболеваемости и смертности необходимо внедрение во всех субъектах Российской Федерации современных организационных технологий, включающих соблюдение этапности, преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

Вышеизложенное стало предпосылкой для разработки модели профилактики перинатальной патологии на уровне территории, ее организационной структуры, в том числе перинатального центра как основной структурной части этой системы, организации внутри- и межсистемного взаимодействия.

Цель исследования – на основании системного подхода разработать организационно-функциональную модель профилактики перинатальной патологии в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения.

Для достижения цели поставлены следующие **задачи**:

1. Обосновать направления оптимизации профилактики перинатальной патологии в Хабаровском крае в интересах матери и ребенка на основании статистических показателей патологических проявлений у беременных, рожениц, новорожденных и детей первых трех лет жизни.
2. Создать на базе перинатального центра модель профилактики, маршрутизации и реабилитации беременных, рожениц и родильниц высокой и средней степени риска с использованием персонализированного подхода к тактике их ведения.
3. Определить медико-социальную характеристику семей и выявить роль факторов риска перинатальной патологии в когортах обследованных и на их основе разработать организационно-функциональную модель медико-психолого-педагогической и социальной помощи детям первых трех лет жизни с перинатальными повреждениями (в т. ч. детям-инвалидам).
4. Разработать и апробировать региональную организационно-функциональную модель перинатальной службы.
5. Оценить эффективность применения разработанных моделей на основании динамики статистических показателей, качества жизни детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы и удовлетворенности качеством и объемом проводимых мероприятий со стороны родителей и медицинского персонала.
6. Разработать и утвердить научно обоснованную концептуальную модель развития и оптимизации акушерско-гинекологической и не-

онатологической служб в Хабаровском крае – в регионе с низкой плотностью населения, включающей планирование конкретных мероприятий и условий для их реализации на период 2011–2020 гг.

Научная новизна

На основании углубленного анализа структуры и динамики показателей младенческой смертности, заболеваемости беременных и рожениц, заболеваемости и инвалидности новорожденных и детей первых трех лет жизни в Хабаровском крае и ГУЗ «Перинатальный центр» научно обоснованы направления оптимизации профилактики перинатальной патологии на периоды 2000–2010 и 2011–2020 гг. в интересах матери и ребенка.

Разработана концептуальная модель динамического наблюдения состояния здоровья женщин и новорожденных, основанная на формировании единого информационного поля территории, трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, ведущая роль в которой принадлежит перинатальному центру, персонифицированного подхода и дистанционных технологий управления маршрутизацией и тактикой ведения беременных, рожениц, родильниц и новорожденных.

Доказано, что для обеспечения эффективной деятельности системы профилактики перинатальной патологии необходимо создать новые подразделения в Перинатальном центре (отделение катамнеза детей с перинатальной патологией, в том числе маловесных, отдела информационных и телемедицинских технологий, Центра дистанционного консультирования, Центра медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации), разработать постоянно действующую оценочную систему качества медицинской помощи, внедрить практику оказания медико-психолого-педагогической и социально-правовой помощи в систему перинатальной службы, а также организовать родовспомогательное объединение для координации деятельности всех лечебно-профилактических учреждений региона по родовспоможению, их интеграции и координации со специализированными службами.

Доказана необходимость расширения границ профилактики действия перинатальных факторов риска на прегравидарный период у женщины и первые три года жизни у ребенка.

На основании медико-социальной характеристики семей детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы дано научное обоснование организационно-функциональной модели медико-психологической, педагогической и социальной помощи семье, детям первых трех лет жизни, в том числе инвалидам, в условиях перинатального центра.

Определен уровень сформированности ведущих линий нервно-психического развития и структура их нарушений у детей первого года жизни с перинатальными поражениями центральной нервной системы.

Разработаны методы определения актуальных путей реабилитации детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, в том числе детей-инвалидов для оптимизации качества их жизни.

На основе данных об удовлетворенности беременных, родильниц, рожениц и родителей детей, а также медицинских работников качеством и объемом проводимых профилактических мероприятий до и во время беременности, родов, в дородовой и послеродовой периоды и в период наблюдения детей первых трех лет жизни в системе профилактики перинатальной патологии разработан метод определения основных направлений оптимизации качества профилактических мероприятий.

Обоснованы новые медико-организационные подходы к решению вопросов координации взаимодействия лечебно-профилактических учреждений по оказанию акушерской и неонатальной медицинской помощи на всех ее этапах.

Практическая значимость

Разработана региональная организационно-функциональная модель профилактики перинатальной патологии в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения, предусматривающая расширение границ профилактики действия перинатальных факторов риска на прегравидарный период и первые три года жизни ребенка; централизованное единое методическое руководство и координацию взаимодействия лечебно-профилактического учреждения по оказанию медико-социальной помощи матери и ребенку на всех ее этапах; использование дистанционных технологий управления перинатальной профилактикой; информатизацией Перинатального центра и лечебно-профилактических учреждений края с созданием единого информационного пространства; динамическое наблюдение детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы первых трех лет жизни с применением организационных медико-социальных и медико-психологических технологий, организации новых моделей подразделений Перинатального центра; научно-практическим объединением всех подразделений центра и лечебно-профилактических учреждений края с кафедрами Института повышения квалификации министерства здравоохранения Хабаровского края, Дальневосточного государственного медицинского университета; создание системы контроля качества профилактики перинатальной патологии в регионе.

Данные исследования могут использоваться при разработке региональных программ по снижению материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности, оптимизации показателей здоровья женщин и детей первых трех лет жизни.

Разработаны «Положения» и предложены для внедрения организационно-функциональные модели: родовспомогательного объедине-

ния; отделения катамнеза детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, в том числе маловесных; отдела информационных и телемедицинских технологий; центра медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации, центра дистанционного консультирования; система динамического наблюдения и маршрутизации беременных группы риска, новорожденных и детей первых трех лет жизни с перинатальной патологией с проведением экстренных и плановых мероприятий; система оценки качества деятельности перинатальной службы территории.

Разработана технология комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации и динамического наблюдения детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы.

Разработанные анкеты могут быть использованы для оценки удовлетворенности родителей и медицинских работников качеством и объемом проводимых профилактических мероприятий в периоды планирования беременности; антенатальный и интранатальный; постнеонатальный (в период наблюдения за детьми первых трех лет жизни) для оценки эффективности мероприятий по профилактике перинатальной патологии.

Результаты исследования могут применяться в учебном процессе на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, акушерства и гинекологии, педиатрии при подготовке студентов на до- и последипломном уровнях.

Положения, выносимые на защиту

1. Результаты научного анализа: данных о динамике демографических показателей; показателей заболеваемости беременных и родильниц, новорожденных и детей первых трех лет жизни; факторов социально-биологического анамнеза; данных социологических исследований удовлетворенности родителей и медицинских работников качеством и объемом проводимых профилактических мероприятий; показателей качества жизни детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы с обоснованием направлений оптимизации непрерывной профилактики перинатальной патологии.
2. Организационно-функциональная модель динамического наблюдения и маршрутизации беременных группы риска, новорожденных и детей первых трех лет жизни с перинатальной патологией и ее последствиями с проведением экстренных и плановых мероприятий, с использованием персонифицированного подхода к тактике их ведения и дистанционных технологий управления. Родовспомогательное объединение как региональная модель организации деятельности службы родовспоможения, ее интеграции и координации со специализированными службами.
3. Организационная модель медико-психолого-педагогической и социально-правовой помощи женщинам и детям в системе

профилактики перинатальной патологии. Технология комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям на первом году жизни.

4. Региональная организационно-функциональная модель профилактики перинатальной патологии с системой медико-организационных и медико-педагогических мероприятий в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения.
5. Концепция развития акушерско-гинекологической и неонатальной служб Хабаровского края на 2011-2020 гг.

Апробация и внедрение полученных результатов

Материалы диссертационного исследования обсуждались на 37 симпозиумах и конференциях федерального и регионального уровня, на 11 – с международным участием: Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2007); Международном конгрессе «Внутриутробный ребенок и общество» (Москва, 2007); Международной научно-практической конференции «Семья – основа общества» (Хабаровск, 2007); Дальневосточной региональной научно-практической конференции «Новые технологии в акушерстве и гинекологии» (Хабаровск, 2007); межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы развития медицинской реабилитации на Дальнем Востоке» (Хабаровск, 2007); научно-практической конференции «Совершенствование дошкольного образования» (Комсомольск-на-Амуре, 2007); III Всероссийском съезде (Национальном конгрессе) по медицинскому праву (Москва, 2007); научно-практической конференции «Семейное консультирование» (Санкт-Петербург, 2008); республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы профилактики социального сиротства в Российской Федерации» (Иваново, 2008); VII Международном конгрессе «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения» (Хабаровск, 2008); научно-практической конференции «Актуальные вопросы реабилитации и социальной интеграции инвалидов» (Хабаровск, 2008); научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Хабаровского края (Хабаровск, 2008); I Дальневосточном симпозиуме «Проблемы перинатальной медицины» (Хабаровск, 2009); Международной научно-практической конференции «Развитие детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста в Дальневосточном регионе» (Комсомольск-на-Амуре, 2009); Втором Балтийском конгрессе по детской неврологии (Санкт-Петербург, 2009); краевом семинаре «Системный подход к обучению родителей, воспитывающих детей-инвалидов, методикам и технологиям коррекционно-реабилитационной работы с детьми» (Хабаровск, 2009); IX Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в

многопрофильном учреждении» (Санкт-Петербург, 2009); IV Всероссийском съезде (Национальном конгрессе) по медицинскому праву (Москва, 2009); XIV Конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2010); региональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики врожденных пороков развития на региональном уровне» (Хабаровск, 2010); Всероссийской научной конференции «Акмеологическая наука и качество образования» (Шуя, 2010); научно-практической конференции «Когнитивные и речевые расстройства у детей» (Санкт-Петербург, 2010); I съезде педиатров Дальнего Востока «Актуальные вопросы охраны материнства и детства на современном этапе» (Хабаровск, 2010); межрегиональном научно-практическом семинаре «Проблемы акмеологического сопровождения перинатальной профилактики» (Шуя, 2010); краевой научно-практической конференции «Роль акмеологии в профилактике перинатальных поражений центральной нервной системы» (Хабаровск, 2010); научно-практической конференции «Формирование здорового образа жизни – путь к укреплению демографии на Дальнем Востоке» в рамках XIX Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения» (Хабаровск, 2010); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы модернизации высшего педагогического образования в области безопасности жизнедеятельности и здоровьесбережения на основе ФГОС нового поколения» (Шуя, 2011); III Международном симпозиуме «Современные проблемы развития акмеологии» (Кострома, 2011); Дальневосточной региональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы педиатрии» (Хабаровск, 2011); Международном конгрессе «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения» (Хабаровск, 2011); XVI Конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2012); II Дальневосточном симпозиуме по актуальным проблемам перинатальной медицины (Хабаровск, 2012); II съезде педиатров Дальнего Востока «Актуальные вопросы охраны материнства и детства на современном этапе» (Хабаровск, 2012); заседаниях правительства Хабаровского края (Хабаровск, 2009; 2010); заседаниях коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края (2009, 2010, 2011 и 2012); межрегиональном совещании Ассоциации экономического взаимодействия субъектов Российской Федерации «Дальний Восток и Забайкалье» (Хабаровск, 2011); региональном совещании Парламентской Ассоциации «Дальний Восток и Забайкалье» (Хабаровск, 2012).

Научные результаты отражены в 71 публикации, в том числе – в 17 журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, и 4 монографиях. Получено 14 свидетельств на рационализаторские предложения местного значения.

Результаты исследования были использованы при разработке краевых целевых программ, утвержденных постановлениями правительства Хабаровского края: «О краевой целевой программе “Демографическое развитие Хабаровского края на 2009–2015 годы”» от 26.11.2008 № 276-пр; «О краевой целевой программе “Развитие семейной политики в Хабаровском крае на 2012–2014 годы”» от 30.06.2011 № 198-пр.

На основании результатов проведенного исследования был разработан ряд распоряжений министерства здравоохранения Хабаровского края по организации медицинской помощи женщинам и детям: «О совершенствовании деятельности краевой комиссии по определению тактики ведения женщин с пренатальной патологией плода» от 11.09.2009 № 657-р; «О совершенствовании пренатальной диагностики на территории Хабаровского края» от 11.09.2009 № 658-р; «О порядке дистанционного динамического наблюдения беременных, рожениц, родильниц и новорожденных на территории Хабаровского края» от 11.09.2009 № 659-р; «О формировании регистра и утверждении форм динамического наблюдения за женщинами и новорожденными на территории Хабаровского края» от 04.03.2010 № 209-р; «Об организации учета и проведения экспертизы случаев материнской, перинатальной и младенческой смертности на территории Хабаровского края» от 04.03.2010 № 210-р; «О мониторинге врожденных пороков развития у детей» от 04.03.2010 № 211-р; «Об организации краевого телемедицинского консилиума (консультации)» от 16.09.2010 № 1001-р; «О клинко-патологоанатомическом консилиуме по спорным случаям материнской и младенческой смертности» от 16.09.2010 № 1002-р; «О составе Комиссии по контролю за состоянием материнской и младенческой смертности» от 01.11.2010 № 1191-р; «Об организации специализированной консультативно-диагностической акушерско-гинекологической помощи в Хабаровском крае» от 23.12.2010 № 1371-р; «О мерах по снижению материнской и младенческой смертности на территории Хабаровского края на период 2011–2012 годы» от 19.04.2011 № 357-р; «Об утверждении территориального порядка организации и оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, новорожденным детям в Хабаровском крае» от 15.07.2011 № 729-р; «Об организации деятельности Родовспомогательного объединения Хабаровского края» от 06.09.2011 № 888-р; «Об утверждении состава Совета руководителей Родовспомогательного объединения Хабаровского края» от 20.10.2011 № 1032-р.

Материалы научного исследования легли в основу разработки Концепции развития акушерско-гинекологической и неонатологической служб Хабаровского края на 2011–2020 гг., утвержденной министром здравоохранения Хабаровского края 16.12.2011.

Результаты исследования внедрены в работу Перинатального цен-

тра и применены при издании приказов по краевому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края: «О создании медико-педагогического консилиума по определению тактики ведения детей с перинатальной патологией» от 08.05.2009 № 101; «О создании медико-педагогического Совета» от 24.09.2009 № 189; «О совершенствовании деятельности дневного стационара консультативно-диагностической поликлиники для детей» от 09.02.2010 № 23; «О деятельности предоперационного консилиума» от 27.04.2010 № 60; «Об организации плановой дородовой госпитализации беременных в Центр» от 09.06.2010 № 89; «Об организации высокотехнологичной медицинской помощи» от 12.01.2011 № 17; «О совершенствовании консультативно-диагностической помощи беременным» от 25.02.2011 № 42; «О совершенствовании организации системы непрерывного оказания медицинской помощи женщинам и детям» от 09.03.2011 № 49. Мероприятия по медико-педагогической коррекции нарушений нервно-психического развития детей раннего возраста с перинатальными поражениями центральной нервной системы внедрены в работу ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Результаты исследования также использовались при разработке методических материалов: «Оптимизация ранней медико-педагогической помощи детям с перинатальными поражениями центральной нервной системы и их последствиями» (2009); «Некоторые аспекты нормативно-правового регулирования системы здравоохранения на современном этапе» (2009); «Комплексная информатизация технологических процессов Перинатального центра» (2011); «Родовспомогательное объединение как модель регионализации перинатальной помощи на территории Хабаровского края» (2012); «Модель дистанционного динамического наблюдения беременных, рожениц, родильниц и новорожденных на территории Хабаровского края» (2012).

Материалы исследования применяются в процессе до- и постдипломного профессионального образования врачей, средних медицинских работников и специалистов органов управления всех уровней на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, а также на профильных кафедрах ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно разработана программа и план исследования, определены этапы и тактика проведения исследований, проведен аналитический обзор литературы и нормативных актов, регламентирующих вопросы профилактики перинатальной патологии. Разработано 6 анкет по определению удовлетворенности качеством и объемом медицинской помощи и 2 анкеты по выявлению медико-социальных факторов риска перинатальной патологии. Автор самостоятельно проводил сбор первичного материала, его статистическую обработку и анализ. Обобщение полученных данных, их теоретическое осмысление, разработка концептуальных моделей, формулировка выводов и рекомендаций проведены лично автором.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 389 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания объема и методов, 4 глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 38 таблицами, 37 рисунками. Список литературы включает 367 источника, из них 311 отечественных и 56 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследуемой проблемы, сформулированы цель и задачи исследования, изложены научная новизна и практическая значимость работы, определены основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен аналитический обзор научных публикаций, отражающих основные подходы и направления по организации системы профилактики перинатальной патологии на современном этапе. Показана актуальность и результативность управленческих решений за последние 20 лет, направленных на снижение перинатальной патологии у потомства, с анализом показателей репродуктивного здоровья женщин, новорожденных, детей раннего возраста с перинатальной патологией, факторов, влияющих на состояние здоровья плода и развитие перинатальной патологии, существующих систем диагностики и профилактики перинатальной патологии.

Сложившаяся ситуация характеризуется наличием ряда нерешенных вопросов, в частности, в области этапности организации медицинской помощи женщинам при реализации функции деторождения, координации медицинской, социальной и педагогической помощи женщинам и детям для обеспечения здорового начала жизни, а также в вопросах согласования потребностей населения с объемами и качеством предоставляемой медицинской помощи. Выявлена потребность в разработке и внедрении организационно-медицинских технологий качественной и эффективной медицинской помощи женщинам и детям.

Во второй главе описаны методы, объем, объекты и этапы исследования, представлена характеристика базы исследования и ее раз-

витие, ресурсы здравоохранения в сфере родовспоможения, обеспеченность службы врачебными кадрами. Дана структура и функции краевого перинатального центра: центра оказания медицинской помощи женщинам; центра оказания медицинской помощи детям; диагностического центра; центра восстановительной медицины и медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации. Этапы и программа исследования представлены в таблице 1.

Исследование проводилось на базе государственного учреждения здравоохранения «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) края, оказывающих медицинскую помощь беременным, родильницам, роженицам, новорожденным и детям первых трех лет жизни.

В обследование были включены беременные, родильницы, роженицы, родители, новорожденные и дети первых трех лет жизни, госпитализированные и наблюдавшиеся в ГУЗ «Перинатальный центр» Хабаровского края с 2000 по 2009 гг., а также врачи-специалисты различных лечебно-профилактических учреждений края (всего 7268). Кроме того, проведен анализ историй родов (форма 096/y) – 30 454; историй развития новорожденного (форма 097/y) – 19 352; медицинской карты стационарного больного (форма 003/y) – 24 401; историй развития ребенка (форма 112/y) – 544; талонов амбулаторного пациента (форма 025-10/y) центра планирования семьи, медико-генетической консультации; консультативно-диагностической поликлиники для детей – 809 143; журналов посещений «Школы матерей» и «Школы для родителей» – 16 176 посещений; актов экспертизы качества медицинской помощи по случаям смерти детей до 1 года – 650; протоколов клинико-экспертной комиссии по случаям материнской смертности – 40; протоколов патологоанатомического исследования умерших (дети в возрасте до 1 года) – 650; форм федерального статистического наблюдения (ФСН) № 14, 30, 32 по ГУЗ «Перинатальный центр» за 2000–2009 гг. – 30; форм федерального статистического наблюдения (ФСН) № 14, 19, 30, 31, 32 по министерству здравоохранения Хабаровского края – 50; анкет по изучению качества жизни детей – 2000; анкет по социологическому исследованию удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи – 2077.

Методы исследования: статистический, аналитический, прогнозирования, экспертный, моделирования, организационного эксперимента, социологический, метод диагностики нервно-психического развития детей первого года жизни, метод изучения позиции матери по отношению к реабилитации ребенка с перинатальными поражениями центральной нервной системы, метод оценки качества жизни.

Таблица 1

Этапы и программа исследования

Этапы исследования	Задачи	Материалы	Методы
<p><i>Первый этап</i> – экспертный анализ первичной документации беременных, родильниц, рожениц, новорожденных и детей первых трех лет жизни; выкопировка и экспертный анализ данных из отчетов медицинских учреждений, Перинатального центра, осуществляющих перинатальную профилактику, о применяемых в крае технологиях по перинатальной профилактике и качестве медицинской помощи. Анализ информации о медико-организационной и медико-педагогической деятельности. Анализ литературы. Анализ демографических показателей, показателей здоровья беременных, родильниц, рожениц, новорожденных и детей первых трех лет жизни Хабаровского края и получивших лечение в Перинатальном центре</p>	<p>Обосновать направления оптимизации профилактики перинатальной патологии в Хабаровском крае в интересах матери и ребенка на основании статистических показателей патологических проявлений у беременных, рожениц, новорожденных и детей первых трех лет жизни</p>	<p>Статистические показатели патологических проявлений у беременных, рожениц, новорожденных и детей первых трех лет жизни в Хабаровском крае, структурных подразделениях ГУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска в период его образования (2000 г.) и их динамика за 2000–2009 гг. Официальные статистические данные Министерства здравоохранения России Источники отечественной и иностранной литературы. Показатели деятельности подразделений перинатального центра и ЛПУ края за 2000–2009 гг.</p>	<p>Статистический Системного анализа Информационно-аналитический Экспертный</p>

Этапы исследования	Задачи	Материалы	Методы
<p>Второй этап – проведение социологического исследования по выявлению удовлетворенности родителей и медицинских работников качеством медицинской помощи, медико-социальных факторов риска семьи, качества жизни детей с последствиями перинатальных поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС); оценка нервно-психического развития детей с последствиями ПП ЦНС на первом году жизни; анализ эффективности разработанной технологии медико-психолого-педагогической помощи детям с ПП ЦНС; научное обоснование необходимости медико-психолого-педагогической помощи в системе профилактики перинатальной патологии; создание центра медико-психолого-педагогической реабилитации женщин и детей; научное обоснование методологии и тактики оптимизации системы профилактики перинатальной патологии в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения</p>	<p>Определить медико-социальную характеристику семей и выявить роль факторов риска перинатальной патологии в когортах обследованных и на их основе разработать организационно-функциональную модель медико-психолого-педагогической и социальной помощи детям первых трех лет жизни с перинатальными повреждениями (в т. ч. детям-инвалидам).</p>	<p>Анкеты удовлетворенности качеством медицинской помощи Анкеты медико-социального анамнеза семьи Нервно-психическое развитие детей Анкеты по позиции матери на реабилитацию ребенка Данные анализа анкет по качеству жизни детей Журналы деятельности Школы матерей и «Школы для родителей» Медико-организационные и медико-педагогические технологии</p>	<p>Экспертных оценок Информационно-аналитический Системного и ситуационного анализа. Экстраполяционные методы прогнозирования Оценки нервно-психического развития детей Оценки позиции матери по отношению к реабилитации ребенка Социологический Оценки качества жизни ребенка Системного анализа Моделирования</p>

Этапы исследования	Задачи	Материалы	Методы
<p><i>Третий этап</i> – разработка модели координации и интеграции, единого методического руководства с созданием Родовспомогательного объединения. Разработка системы маршрутизации и динамического наблюдения за беременными и новорожденными с обеспечением персонализированного подхода и дистанционными технологиями их управления. Организация дистанционного консультативного центра. Создание оценочной системы качества профилактики перинатальной патологии. Разработка и внедрение комплексной системы медико-организационных и медико-педагогических мероприятий по оптимизации профилактики перинатальной патологии в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения на примере Хабаровского края, обеспечивающие реализацию принципов комплексности, этапности, доступности, преемственности, персонализированного подхода</p>	<p>Создать на базе перинатального центра модель профилактики, маршрутизации и реабилитации беременных, рожениц и родильниц высокой и средней степени риска с использованием персонализированного подхода к тактике их ведения. Разработать и апробировать региональную организационно-функциональную модель профилактики перинатальной патологии</p>	<p>Статистические показатели патологических проявлений у беременных, рожениц, новорожденных и детей первых трех лет жизни в Хабаровском крае, структурных подразделениях ГУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска в период его образования (2000 г.) и их динамика за 2000–2009 гг. Показатели деятельности подразделений перинатального центра и ЛПУ края за 2000–2009 гг. Структура модели профилактики перинатальной патологии за период с 2000 до 2009 гг. Медико-организационные и медико-педагогические технологии по профилактике перинатальной патологии за 2000–2009 гг. Акты экспертизы качества медицинской помощи по случаям материнской смертности и детей до 1 года. Протоколы клинико-экспертной комиссии по случаям смерти</p>	<p>Системного анализа Экспертных оценок качества деятельности службы профилактики перинатальной патологии Экспертных оценок процессного компонента качества медицинской помощи Моделирования Информационно-аналитический</p>

Этапы исследования	Задачи	Материалы	Методы
<p><i>Четвертый этап</i> – оценка эффективности мероприятий по профилактике перинатальной патологии по динамике показателей здоровья беременных, родильниц, рожениц, новорожденных и детей первых трех лет жизни и показателей удовлетворенности качеством медицинской помощи в системе профилактики перинатальной патологии</p>	<p>Оценить эффективность применения разработанных моделей на основании динамики статистических показателей, качества жизни детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы и удовлетворенности качеством и объемом проводимых мероприятий со стороны родителей и медицинского персонала.</p> <p>Разработать и утвердить научно обоснованную концептуальную модель развития и оптимизации акушерско-гинекологической и неонатологической служб в Хабаровском крае – в регионе с низкой плотностью населения, включающую планирование конкретных мероприятий и условий для их реализации на период 2011–2020 гг.</p>	<p>Статистические показатели патологических проявлений у беременных, рожениц, новорожденных и детей первых трех лет жизни в Хабаровском крае, структурных подразделениях ГУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска в период его образования (2000 г.) и их динамика за 2000–2009 гг.</p> <p>Анкеты по удовлетворенности качеством медицинской помощи</p>	<p>Метод экспертных оценок эффективности медико-организационных и медико-педагогических технологий</p> <p>Аналитический Социологический Моделирования Информационно-аналитический Системного и ситуационного анализа</p>

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ MS Excel XP и Statistica 6.0.

В *третьей главе* представлены показатели родовспоможения, состояния здоровья женщин в процессе реализации функции воспроизводства, заболеваемости беременных, родильниц, новорожденных и детей первых трех лет жизни в Перинатальном центре и в ЛПУ Хабаровского края за 2009 г. и в динамике за период 2000–2009 гг. Отражена деятельность отдельных подразделений Перинатального центра Хабаровского края. Дано научное обоснование и определение направлений профилактической и коррекционной деятельности центра и направлений профилактики перинатальной патологии в крае.

В результате проведенного исследования были получены данные по динамике основных демографических показателей Хабаровского края: рождаемость, смертность, младенческая смертность, естественный прирост. В 2000 г. отмечались несколько более низкие показатели рождаемости по сравнению со средними по Российской Федерации (8,5 и 8,7% соответственно), смертности (14,1 и 15,3% соответственно) и естественного прироста (-5,6 и -6,6 соответственно).

Отмечали более высокие показатели младенческой (17,3 и 15,3% соответственно) (рис. 1), перинатальной смертности (15,5 и 13,2%) (рис. 2), фетоинфантильных потерь (25,1 и 22,0%). В 2000 г. заболеваемость беременных составляла 111,15%, новорожденных – 433,25%, детей первого года жизни – 2544,75% при высокой частоте врожденных аномалий и пороков развития, частоте неврологической патологии у детей до одного года – 81,55%.

За 10 лет в Хабаровском крае прослеживаются стойкие тенденции: к повышению рождаемости – с 8,5% в 2000 г. до 12,6% в 2009 г. (в 1,5 раза); к снижению смертности населения – с 14,1% в 2000 г. до 13,6% в 2009 г.; к снижению младенческой смертности – с 17,3% в 2000 г. до 10,1% в 2009 г. (в 1,7 раза) (в РФ – 8,1%) и уменьшению убыли населения – с -5,6% в 2000 г. до -1,0% в 2009 г. При экстраполяции данных младенческой смертности до 2013 г. аппроксимационная экспоненциальная кривая с высокой достоверностью ($R^2 = 0,960$) стремится к значению показателя в 8% (рис. 1).

В структуре причин младенческой смертности в 2000–2009 гг. на первом месте находились состояния, возникающие в перинатальном периоде, на втором – врожденные аномалии и пороки развития, на третьем – до 2006 г. и в 2008 г. – травмы и несчастные случаи, а в 2007 и 2009 гг. – инфекционные и паразитарные болезни.

За период с 2000 по 2009 г. произошло достоверное снижение показателя перинатальной смертности в Хабаровском крае в 1,8 раза (с 15,6 до 8,8%). Однако этот показатель пока остается выше средних значений по Российской Федерации (в 2009 г. – 7,8%).

Смертность, %

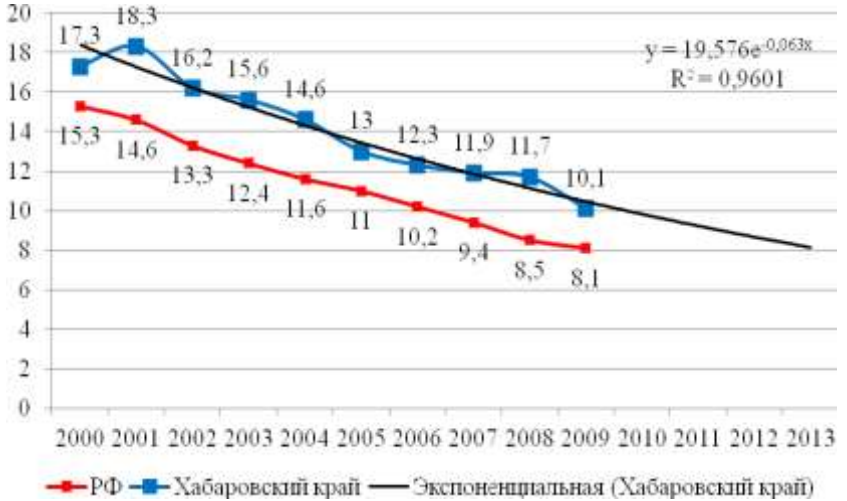


Рис. 1. Динамика младенческой смертности в Российской Федерации и Хабаровском крае с 2000 по 2009 гг. и прогноз до 2013 г.

Смертность, %

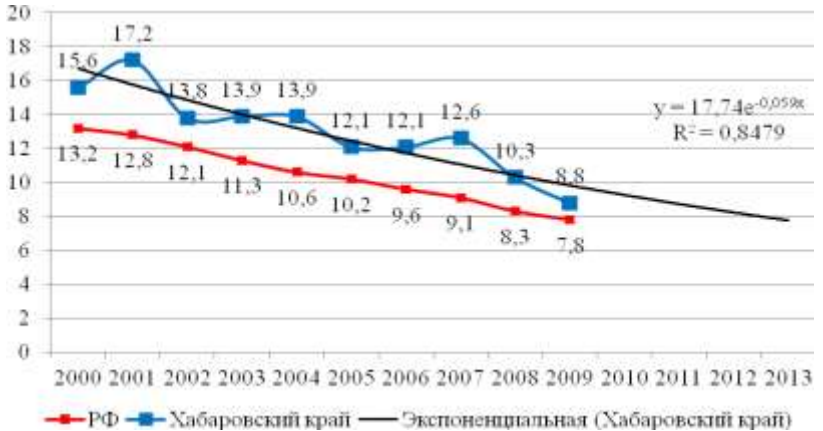


Рис. 2 Динамика перинатальной смертности в Российской Федерации и Хабаровском крае с 2000 по 2009 гг. и прогноз до 2013 г.

Отмечается снижение перинатальной смертности в период 2000–2009 гг. от состояний, возникающих в перинатальном периоде, в 1,4 раза (с 11,5% в 2000 г. до 8,1% в 2009 г.), от врожденных аномалий и пороков

развития – в 5,2 раза (с 2,6‰ в 2000 г. до 0,5‰ в 2009 г.). При экстраполяции данных перинатальной смертности до 2013 г. аппроксимационная экспоненциальная кривая с высокой достоверностью ($R^2 = 0,847$) стремится к значению показателя около 7,5‰ (рис. 2).

За 2000–2009 гг. в Хабаровском крае отмечено снижение фетоинфантильных потерь в 1,7 раза. В их структуре в 2000–2003 гг. на первом месте находилась неонатальная смертность, с 2004 по 2008 г. – мертворождаемость, а в 2009 г. – вновь вышла неонатальная смертность.

Анализ динамического наблюдения беременных в Хабаровском крае за период 2000–2009 гг. показал, что на 6,5% увеличился показатель ранней постановки на учет по беременности (до 12 недель). Беременность чаще заканчивалась родами (83,7% в 2000 г. и 87,0% в 2009 г.), при этом частота преждевременных родов осталась на прежнем уровне. Отмечалось достоверное снижение числа беременностей, закончившихся абортами, в 1,8 раза.

Оптимизации показателей наблюдения за беременными способствовала организация в 2004 г. в Перинатальном центре кабинета индивидуального наблюдения беременных, где состоят на учете беременные группы риска по материнской и перинатальной смертности.

За период 2004–2009 гг. отмечен достоверный рост в 1,5 раза заболеваемости беременных: в 2,8 раза увеличилось число женщин с отеками, протеинурией, гипертензивными расстройствами, в 2,3 раза – с болезнями мочеполовой системы, в 2,3 раза – с анемиями. Кроме того, повысилась частота болезней системы кровообращения, щитовидной железы, сахарного диабета, венозных осложнений. Рост заболеваемости беременных объясняется не только ухудшением показателей их здоровья, но и улучшением диагностики у женщин группы риска, состоявших на учете в кабинете индивидуального наблюдения за беременными, а также оптимизацией медицинской помощи на антенатальном этапе, внедрением новых технологий по сохранению беременности у женщин с нарушениями здоровья, угрозой невынашивания. Эти данные легли в основу приоритетов прегравидарной подготовки, включающей диагностику, профилактику и лечение вышеназванных заболеваний.

В Хабаровском крае за десятилетний период отмечено увеличение числа родов в 1,5 раза, уменьшение показателя общей заболеваемости рожениц и родильниц – в 1,1 раза, что свидетельствует об эффективности внедрения новых технологий помощи женщинам в антенатальном, родовом и послеродовом периодах.

Анализ заболеваемости недоношенных детей показал, что наиболее частой патологией у них были отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде. На втором месте стояли врожденные аномалии и пороки развития (преимущественно системы кровообращения), распространенность которых за десятилетний период уменьшилась в 1,4 раза.

За последние десять лет отмечен рост общей заболеваемости новорожденных в 1,2 раза за счет увеличения частоты отдельных состояний,

возникающих в перинатальном периоде.

Показатели заболеваемости новорожденных (в 2 раза), беременных (в 2,6 раза) и заболеваний, осложнивших роды (в 2 раза) выше по Перинатальному центру, чем по Хабаровскому краю, что свидетельствует о концентрации беременных группы риска в Перинатальном центре и эффективности использования трехуровневой системы родовспоможения в крае.

Высокая частота врожденных аномалий и пороков развития вызвала необходимость, а оптимизация технологий неонатальной хирургии, интенсивной терапии, реанимации и выхаживания новорожденных создали возможность оперировать новорожденных с хирургической патологией с последующим выхаживанием в Перинатальном центре. Поэтому для снижения младенческой смертности в 2002 г. в центре было создано отделение хирургии новорожденных. В структуре заболеваний всех новорожденных, пролеченных оперативным путем в 2009 г., на первом месте были врожденные пороки развития (46% от всех оперированных); на втором – состояния, возникающие в перинатальном периоде (37%); на третьем – новообразования и инфекции кожи и подкожной клетчатки (по 5%).

Общая заболеваемость детей первого года жизни в Хабаровском крае за десятилетний период достоверно не изменилась. Отмечен рост распространенности болезней нервной системы – в 1,6 раза, болезней глаза и его придаточного аппарата – в 1,1 раза.

Учитывая высокую частоту патологии нервной системы, в 2003 г. было образовано новое структурное подразделение Перинатального центра – отделение для детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы. В структуре заболеваемости пациентов отделения преобладали болезни нервной системы, на втором месте стояли психические расстройства и расстройства поведения, на третьем – врожденные аномалии, пороки развития нервной системы.

Среди больных, получивших лечение в психоневрологическом отделении, дети раннего возраста составляли: в 2000 г. – 32,6%, в 2009 г. – 24,3%. В структуре заболеваний в 2000 г. первое место занимали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (59,2%), второе – заболевания нервной системы (29,8%), третье – врожденные аномалии (6,2%). В 2009 г. структура заболеваний детей первых трех лет жизни изменилась: на первом месте зарегистрированы болезни нервной системы (86,1%), на втором – психические расстройства и расстройства поведения (7,0%), на третьем – врожденные аномалии и пороки развития (5,3%).

Учитывая высокую частоту перинатальной патологии и ее влияние на формирование здоровья, физического и нервно-психического развития детей раннего возраста, в 2004 г. на базе Перинатального центра было создано отделение катамнеза для динамического наблюдения за этими детьми. В 2004–2009 гг. среди регистрируемых заболеваний первое место занимали болезни нервной системы.

За шестилетний период у детей, состоящих под наблюдением в от-

делении катамнеза, отмечен рост числа зарегистрированных заболеваний в 3,4 раза, что наряду со снижением младенческой смертности свидетельствует о совершенствовании выхаживания новорожденных, оптимизации их диспансерного наблюдения.

За 2000–2009 гг. в Хабаровском крае показатель инвалидности детей в возрасте 0–4 лет снизился в 1,2 раза. При этом отмечен рост инвалидности вследствие болезней нервной системы в 1,3 раза. В структуре заболеваний, формирующих инвалидность детей 0–4 лет, первое место занимали врожденные аномалии, второе – болезни нервной системы, третье – психические расстройства и нарушения поведения, четвертое – болезни глаза.

Вышеизложенное свидетельствует, что в системе перинатальной профилактики важное место занимает региональный Перинатальный центр, новые организационные структуры которого ставят целью повышение ее эффективности. Определены функции структурных подразделений, обеспечивающих качество, своевременность, преемственность в наблюдении женщин и детей.

В Перинатальном центре Хабаровского края выделены четыре центра:

1. Центр оказания медицинской помощи женщинам.
2. Центр оказания медицинской помощи детям.
3. Диагностический центр.
4. Центр восстановительной медицины и реабилитации.

В состав центров входят амбулаторно-поликлинические и стационарные отделения.

Все структуры, включая вновь созданные (хирургическое отделение новорожденных; отделение катамнеза детей с перинатальной патологией, в том числе маловесных; отдел информационных и телемедицинских технологий; отделения для детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы; психоневрологическое отделение с дневным стационаром; и центры медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации и дистанционного консультирования), работают взаимосвязанно, в едином информационном пространстве, придерживаясь принципов этапности и преемственности и соблюдая стандарты всех видов медицинской помощи.

Такая структура Перинатального центра позволяет:

- качественно решать вопросы оказания консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи наиболее тяжелому контингенту беременных, рожениц, родильниц, новорожденных, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции;

- своевременно оказывать специализированную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при выявлении осложнений;

- осуществлять взаимодействия между учреждениями охраны материнства и детства, а также другими организациями здравоохранения Хабаровского края;

- посредством дистанционно-выездных форм круглосуточно оказы-

вать анестезиолого-реанимационную помощь женщинам и детям;

– апробировать и внедрять в деятельность учреждений охраны материнства и детства инновационные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение уровня материнской, перинатальной, младенческой смертности и инвалидизации новорожденных и детей раннего возраста;

– повышать профессиональную подготовку врачей и среднего медицинского персонала;

– осуществлять мониторинг и анализ материнской, перинатальной и младенческой смертности, заболеваемости беременных, родильниц, новорожденных и детей первых трех лет жизни с ПП ЦНС;

– проводить оценку качества медицинской помощи и планирование деятельности Перинатального центра с учетом анализа этих показателей.

Показатели здоровья женщин и детей первых трех лет жизни легли в основу обоснования направлений оптимизации профилактики перинатальной патологии в крае:

- интеграция и координация деятельности всех учреждений края;
- создание единого информационного пространства;
- обеспечение реализации трехуровневой системы родовспоможения;
- персонализированный подход к тактике ведения беременных группы риска;
- обеспечение доступности всех видов помощи; своевременность оказания медицинской помощи;
- дистанционное управление динамическим наблюдением беременных и детей, их маршрутизацией;
- комплексный подход к выявлению психолого-педагогических и социальных факторов перинатального риска, их профилактике и коррекции;
- обеспечение системы контроля качества медицинской помощи с разработкой критериев его эффективности.

Эти направления легли в основу формирования региональной модели профилактики перинатальной патологии.

В 4 главе представлена организация медико-психолого-педагогической и социальной помощи в системе профилактики перинатальной патологии в Хабаровском крае. Дана медико-социальная характеристика семей детей с ПП ЦНС. Описаны нервно-психическое развитие детей группы перинатального риска на первом году жизни и технология их медико-психолого-педагогической реабилитации. Дано научное обоснование и организация Центра медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации.

При анализе социальных (38) и биологических (45) факторов у детей раннего возраста с ПП ЦНС средней тяжести при рождении у 73,7% выявлено влияние социальных факторов, у 62,2% – биологических. У 67,5% зарегистрированы нарушения внутрисемейных отношений.

Дана медико-социальная характеристика семей, воспитывающих ре-

бенка с ПП ЦНС средней степени тяжести. В этих семьях матери чаще относились к возрастной группе от 35 до 40 лет и моложе 18 лет; реже имели высшее образование; по социальной принадлежности являлись рабочими и учащимися; возраст их вступления в брак – до 20 и после 30 лет; болели ОРВИ более двух раз в год, имели соматическую хроническую патологию, отягощенный акушерский анамнез (у них чаще регистрировались аборт и самопроизвольное прерывание беременности), ставились на учет в женскую консультацию преимущественно после 12 недель беременности и посещали врача нерегулярно, чаще имели осложнения течения беременности. Дети в таких семьях чаще рано переводились на искусственное вскармливание, родители реже обращались с ними к врачу. Отцы преимущественно имели законченное среднее образование; вступали в брак в возрасте до 20 лет; относились к рабочим либо были заняты на строительных работах с тяжелым физическим трудом; чаще курили; принимали участие в воспитании ребенка только тогда, «когда было время»; время, уделяемое ребенку, обычно не превышало одного часа в день. В этих семьях брак чаще не был зарегистрирован, мать была разведена или не замужем; семья реже имела отдельную квартиру, чаще проживали в комнате в коммунальной квартире; доход на одного члена семьи чаще был ниже прожиточного минимума; взаимоотношения в семье преимущественно носили изменчивый, противоречивый характер. В отношении реабилитации ребенка 36% родителей занимали активную позицию; 38% – пассивную; 26% – отстраненную.

Выявление у 2/3 родителей пассивной и отстраненной позиции по вопросу реабилитации ребенка, факторов риска перинатальной патологии создает необходимость работы с родителями для формирования установки на реабилитацию ребенка, устранение либо ослабление действия факторов риска.

Анализ нервно-психического развития детей показал, что на первом году жизни у них формировались следующие нарушения: задержка развития зрительных и слуховых ориентировочных реакций на первых месяцах жизни; нарушения в развитии познавательной деятельности и эмоционально-речевого общения; прогрессирующая моторная недостаточность к концу года с расстройствами развития общих движений, движений руки и действий с предметами. С возрастом глубина и комплексность задержки увеличилась. Разработана технология комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям, включающей:

- раннее начало коррекции, оптимально опережающее лечение;
- индивидуальное лечебно-реабилитационное воздействие (учет характера и степени тяжести основной и сопутствующей патологии, уровня зрелости ребенка, индивидуальных конституциональных генетических характеристик, использование «индивидуального потенциала компенсаций»);
- подход к больному ребенку с позиций целостности организма;

- комплексность, этапность и преемственность при проведении реабилитации, коллегиальность при составлении программы реабилитации;
- гуманизацию диагностических и лечебно-реабилитационных процедур;
- участие родителей на всех этапах лечения и реабилитации с формированием у них активной позиции по вопросам реабилитации ребенка.

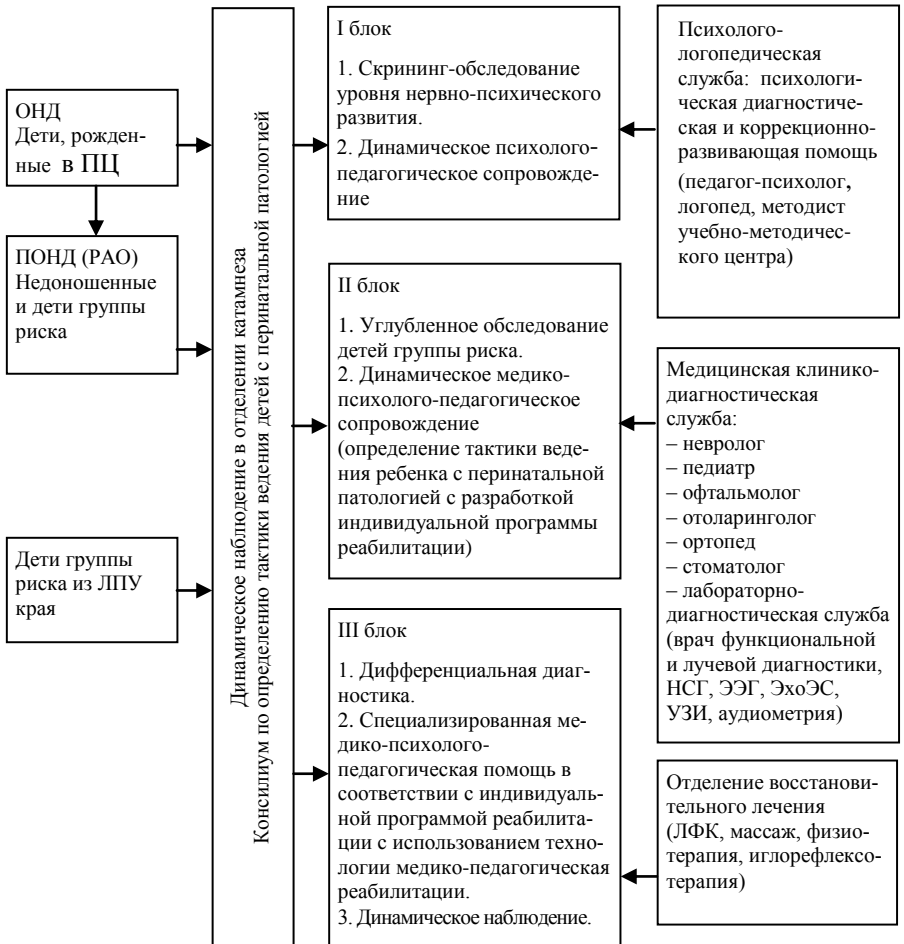


Рис. 3. Модель комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальными поражениями ЦНС и их последствиями

Показана эффективность внедрения разработанной технологии: положительная динамика показателей нервно-психического развития отмечена у 95,5% детей; из них у 15,6% – с нормализацией развития к концу двенадцатого месяца жизни. Модель комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПП ЦНС и их последствиями представлена на рис. 3.

Медико-социальная характеристика семей, установка родителей на реабилитацию детей, оценка нервно-психического развития детей с ПП ЦНС явились научным обоснованием мер по профилактике и коррекции риска перинатальной патологии, медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации семьи и создания в Перинатальном центре организационной модели центра медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации. Центр обеспечивает целостный полимодальный подход в оказании комплексной медицинской, психологической, педагогической и социально-правовой помощи женщинам, планирующим беременность, беременным из группы высокого и среднего риска, роженицам, родильницам, новорожденным, детям с перинатальной патологией и их семьям; осуществляет диагностику, коррекцию и профилактику на основе взаимосвязи между отдельными аспектами помощи и координацию деятельности педагогических и медицинских кадров центра; проводит мониторинг и анализ результатов оказания комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи женщинам и детям в условиях Перинатального центра; оказывает психологическую помощь беременным при подготовке к родам и семье, ожидающей рождения ребенка; женщинам и мужчинам с проблемами репродуктивного здоровья; семьям с бесплодием (в том числе при синдроме потери плода, ребенка), с сексуальными проблемами, девиантным материнством, проблемой «нежеланных детей», суррогатным материнством, с проблемами здоровья ребенка, возрастными кризисами первого и третьего года жизни ребенка, в формировании «ответственного родительства»; детям и подросткам с гинекологической патологией; женщинам при подготовке к экстракорпоральному оплодотворению и после проведения процедуры; детям с ПП ЦНС – с созданием системы раннего выявления отклонений в развитии, планирования и проведения психолого-педагогической и медико-социальной коррекции, абилитации и реабилитации детей с отклонениями в развитии; оказывает медико-социальную, правовую и психологическую помощь беременным, находящимся в кризисном и/или опасном для физического и душевного здоровья состоянии, а также являющимся жертвами семейного или другого насилия и/или неадаптированным в социальном аспекте; осуществляет консультативную помощь по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности; несовершеннолетним, направленную на сохра-

нение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни с ориентацией на здоровую семью; оказывает информационную и социально-правовую поддержку родителям и семьям; обеспечивает организацию проведения информационных мероприятий для населения и специалистов по вопросам психолого-педагогической и медико-социальной помощи женщинам и детям; обеспечивает проведение научно-исследовательских, программно-методических работ и внедрение в деятельность учреждений здравоохранения Хабаровского края современных медицинских, социально-правовых и психолого-педагогических технологий.

Структура центра позволяет полностью решать поставленные задачи помощи семье, детям, формируя сознательное родительство и активное участие родителей в развитии своего ребенка, обеспечивая снижение реализации риска перинатальной патологии.

В *5 главе* представлена региональная организационно-функциональная модель перинатальной профилактики в Хабаровском крае, включающая: новые информационные технологии и единое информационное поле; методическое руководство и координацию взаимодействия ЛПУ края; систему маршрутизации и диспансерного наблюдения за женщинами из групп риска и детьми с перинатальными повреждениями с использованием персонализированного подхода к тактике их ведения и дистанционных технологий управления; систему оценки качества деятельности перинатальной службы.

Деятельность по информатизации Перинатального центра и ЛПУ края позволила объединить в единую информационную среду лечебно-диагностические, административные, финансово-экономические, аналитические и хозяйственные процессы. Создается единое информационное пространство для обмена медицинской информацией при формировании единой базы данных о пациентах. Обеспечивается организация и проведение телемедицинских консультаций между ЛПУ Хабаровского края и Российской Федерации, мониторинг и анализ деятельности центра.

В Перинатальном центре были разработаны электронные медицинские карты, которые являются электронными аналогами стандартных форм, утвержденных Минздравсоцразвития России (индивидуальная карта беременной и родильницы (форма 111/у), обменная карта (форма 113/у), история родов (форма 096/у), история развития новорожденного (форма 097/у), история развития ребенка (форма 112/у), медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у), медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), карта прерывания беременности (форма 003-1/у)).

Включение в медицинскую информационную систему стандартов медицинской помощи в акушерстве, гинекологии и неонатологии, утвержденных Минздравсоцразвития России, позволило обеспечить контроль

за лечебно-диагностическим процессом у беременных, рожениц, родильниц, новорожденных, родившихся в Перинатальном центре и переведенных из других родовспомогательных учреждений, а также у детей раннего возраста с отдаленными последствиями перинатальной патологии.

В настоящее время внедрение автоматизированной информационной системы наполняется новым содержанием, обеспечивающим дальнейшее формирование единого информационного пространства для Перинатального центра и ЛПУ Хабаровского края, что позволит: повысить эффективность управления Перинатальным центром; улучшить качество оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным, роженицам, родильницам, новорожденным.

С целью координации и интеграции службы родовспоможения и специализированной службы организовано Родовспомогательное объединение.

В состав объединения входят все учреждения здравоохранения края, оказывающие стационарную помощь женщине при беременности, в родах, после родов и ребенку в периоде новорожденности: первичную медико-санитарную, скорую медицинскую, специализированную медицинскую, скорую специализированную медицинскую и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Функции и задачи объединения:

1. Регионализация перинатальной помощи на территории Хабаровского края.

2. Координация деятельности учреждений здравоохранения родовспомогательного профиля края:

- организация поуровневой системы госпитализации беременных и рожениц, дифференцировка объема медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска материнской и перинатальной смертности;

- обеспечение этапности и преемственности оказания акушерской и неонатологической медицинской помощи, своевременности направления беременных в лечебные учреждения более высокого уровня в соответствии с группой риска;

- обеспечение равной доступности действующей системы перинатальной помощи каждой женщине и ее новорожденному ребенку на территории края;

- соблюдение единых критериев качества медицинской помощи женщинам и детям независимо от уровня учреждения здравоохранения родовспомогательного профиля.

3. Разработка эффективных механизмов взаимодействия учреждений системы здравоохранения и специалистов родовспоможения разного профиля (акушерско-гинекологического, анестезиолого-реанимационного, неонатологического и др.).

4. Стратегическое планирование и разработка предложений по

управлению системой родовспоможения и неонатальной помощи в Хабаровском крае.

5. Разработка и реализация системы управления качеством лечебно-диагностического процесса в структурных подразделениях объединения.

6. Внедрение отраслевых федеральных стандартов в деятельность учреждений здравоохранения родовспомогательного профиля.

7. Координация системы родовспоможения и неонатальной службы с ЛПУ края и федеральными учреждениями, оказывающими специализированную помощь.

8. Методическое руководство на основе единых стандартов, подходов, технологий медицинской помощи, осуществляемое совместно с научно-практическим объединением.

9. Развитие трансляционной медицины; научно-практическая деятельность, направленная на внедрение современных достижений науки с целью повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения родовспомогательного профиля.

Создан совет с целью коллегиального обсуждения и принятия решений по всем наиболее значимым вопросам оказания акушерской и неонатологической медицинской помощи в учреждениях здравоохранения родовспомогательного профиля.

Кроме того, для координации и интеграции деятельности различных учреждений родовспоможения, в том числе и для решения конкретных вопросов по тактике наблюдения, лечения и реабилитации пациентов, в крае организованы комиссии и консилиумы:

- комиссия по определению тактики ведения женщин с пренатальной патологией плода;
- комиссия по отбору беременных для индивидуального наблюдения;
- медико-педагогический консилиум по определению тактики ведения детей с перинатальной патологией;
- краевой телемедицинский консилиум (консультации);
- клиничко-патологоанатомический консилиум по спорным случаям материнской и младенческой смерти.

Организация комиссий, советов, консилиумов с привлечением квалифицированных специалистов позволяет своевременно провести отбор беременных группы риска для направления на консультацию; грамотно оценить здоровье беременной, ребенка; спланировать тактику их ведения и динамического наблюдения; организовать оказание им медицинской помощи в учреждении необходимого уровня; обеспечить персонифицированный подход.

Учитывая особенности края, была создана система маршрутизации женщин из группы риска и детей с перинатальной патологией. Дополнены показания для направления беременных в учреждения родовспоможения II и III уровня с их расширением с учетом формы многоплодия, соче-

тания доношенности и массы тела плода, степени тяжести гестозов, стадий компенсации и основных клинических проявлений фетоплацентарной недостаточности, экстрагенитальной патологии и др. Кроме того, дополнены показания для маршрутизации женщин и детей в учреждения III уровня – в краевой Перинатальный центр и межрайонные родовспомогательные отделения центральной и северной зон края. В Перинатальный центр направляется наиболее тяжелый контингент женщин, угрожаемых по материнской смертности, с высоким риском рождения ребенка с перинатальной патологией независимо от территории проживания.

Маршрутизация женщин и детей обеспечивается с помощью созданного дистанционного консультативного центра (ДКЦ). В задачи центра входит и: повышение доступности и преемственности медицинской помощи, обеспечение деятельности трехуровневой системы родовспоможения; организация системы оказания медицинской помощи женщинам с угрожающими жизни заболеваниями или находящимся в клинических ситуациях, осложнивших течение беременности, родов и послеродового периода; осуществление оперативного, дистанционного динамического наблюдения за состоянием здоровья женщин с осложненным течением беременности и родов, находящихся под наблюдением в женских консультациях, поликлиниках или на стационарном лечении в акушерских стационарах Хабаровского края; осуществление оперативного дистанционного динамического наблюдения за состоянием здоровья новорожденных в критических состояниях, госпитализированных в акушерские стационары Хабаровского края; оказание круглосуточной консультативной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным Хабаровского края; организация перевода и транспортировки пациенток с высокой степенью риска материнской смертности в акушерский стационар III уровня силами выездной акушерской бригады; организация перевода и транспортировки новорожденных с высокой степенью риска младенческой смертности в отделение анестезиологии-реанимации для новорожденных; второй этап выхаживания силами выездной неонатологической бригады; организация перевода и транспортировки детей старшего возраста, требующих оказания специализированной медицинской помощи, силами выездной педиатрической бригады; организация планового наблюдения беременных из группы риска, новорожденных с перинатальной патологией; предоставление оперативной информации о женщинах из группы высокого риска и новорожденных в министерство здравоохранения Хабаровского края; обучение медицинских работников края профессиональным навыкам оказания реанимационной и неотложной помощи; формирование единой персонифицированной базы данных о женщинах из групп высокого риска по материнской и перинатальной смертности, новорожденных в критических состояниях. В результате внедрения новых технологий дистанционного наблюдения, а также поуровневой системы оказания медицинской помощи беременным за последние 3 года объем консультативной помощи женщинам увеличился более чем в 8 раз,

новорожденным детям – в 4 раза.

За 2010 г. специалистами ДКЦ было внесено в регистр 3895 женщин, из них 75% относились к группам высокого и среднего риска; проведено более 18 тысяч консультаций, из них каждая пятая – по экстренным показаниям. Показатель плановой госпитализации в Перинатальный центр с момента организации ДКЦ вырос с 24 до 78%.

В связи с развитием технологии антенатального трансфера число выездов акушерской бригады за последние 3 года увеличилось на 33%, а вылетов/выездов неонатологической бригады снизилось более чем в 3 раза.

Внедрение новых организационных технологий существенно изменило показатели деятельности и неонатальной бригады. В регистр новорожденных в 2010 г. было внесено 2125 детей, из них 10% наблюдались по экстренным показаниям.

Совершенно очевидно, что представленная модель маршрутизации и организации дистанционного динамического наблюдения женщин и детей позволила значимо повлиять на показатели материнской и младенческой смертности на территории края.

Разработан алгоритм контроля и проведения экспертизы качества медицинской помощи, включающий четыре уровня анализа каждого законченного случая оказания медицинской помощи. На первом уровне экспертизу проводят заведующие отделениями. На втором осуществляется технический контроль специалистами группы по передаче информации в страховые медицинские организации и территориальный фонд Обязательного медицинского страхования. На третьем – руководитель группы врачей-экспертов по экспертизе качества медицинской помощи, руководители подгрупп, врачи-эксперты (педиатрия, неврология, акушерство и гинекология) в соответствии с выявленными дефектами решают вопрос о проведении экспертизы с привлечением врачей-экспертов по программам Обязательного медицинского страхования. На четвертом уровне врачи-эксперты врачебной комиссии по экспертизе качества медицинской помощи рассматривают результаты экспертизы с представлением выводов главному врачу для принятия решений.

Руководители подгрупп врачей-экспертов ведут персонализированный (на лечащего врача) реестр случаев оказания медицинской помощи, подвергшихся экспертизе на третьем уровне, с указанием дефектов, повлиявших на исход или длительность лечения; по согласованию привлекают к проведению экспертизы специалистов профильных кафедр КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» и ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России.

Четырехуровневый контроль качества медицинской помощи позволяет выявить несоблюдение стандартов и протоколов, причины их невыполнения, своевременность направления в специализированное ЛПУ для

обследования и лечения, нарушения лечебного процесса (несвоевременное направление на госпитализацию, недооценка тяжести состояния больного и др.), дефекты поведения медицинского персонала. Все выявленные недостатки разделяют на учрежденческие, отделенческие, персональные с оценкой материально-технического обеспечения, внедрения технологий диагностики и лечения, квалификации врачей и этики взаимоотношений. Это позволяет подготовить предложения по оптимизации лечебно-диагностического процесса, материально-технической базы, отношений врач – пациент, повышению квалификации сотрудников.

Изменения качества жизни детей с ПП ЦНС, в том числе детей-инвалидов, в результате перинатальной профилактики оценивали для обоснования ее оптимизации. Установлено, что качество жизни здоровых детей первого года жизни по сравнению с детьми с последствиями ПП ЦНС несколько выше при низких показателях «поведения и общения». На первом году жизни детей оценка качества жизни, данная родителями, выше, чем врачами, что указывает на неадекватную оценку родителями поведения, состояния здоровья своих детей. Высокая оценка качества жизни детей с тяжелыми последствиями ПП ЦНС, данная их родителями, по шкалам «поведение и общение», «семейное окружение» свидетельствует о повышенном внимании к больному ребенку, более активном участии семьи в его реабилитации, о мотивации к выздоровлению.

У здоровых детей 1–3 лет отмечается самое высокое качество жизни, самое низкое – у детей с тяжелыми последствиями ПП ЦНС. Мнение родителей и врачей в большинстве случаев совпадает.

Возрастная динамика качества жизни в группах была разнонаправленной. По мнению родителей и врачей, качество жизни детей в возрасте 1–3 лет, по сравнению с первым годом жизни, улучшалось как у здоровых, так и у детей с последствиями ПП ЦНС легкой и средней степени: у здоровых детей – за счет повышения уровня по шкалам «поведение и общение», «способность оставаться одному»; у детей с последствиями ПП ЦНС легкой и средней степени – по шкалам «поведение и общение», «способность оставаться одному», «нервно-психическое развитие и физическое здоровье». Неблагополучная возрастная динамика качества жизни отмечалась у детей с тяжелыми последствиями ПП ЦНС за счет снижения его уровня по шкалам «поведение и общение» и «семейное окружение» с тенденцией к снижению по шкале «нервно-психическое и физическое здоровье» и к увеличению по шкале «способность оставаться одному». Данные явления совпадают с расстройством семейных отношений, в ряде случаев уходом отца из семьи, с формированием психосоматических отклонений у матери, смещением приоритетов в реабилитации ребенка на врачей-специалистов со снижением значимости семьи. Это указывает на необходимость развивать детско-родительские отношения, семейное окружение и общения с ребенком, активизировать участие семьи в реабилитации ребенка с тяжелыми последствиями ПП ЦНС, а также служит обоснованием организации медико-психолого-педагогической

помощи в системе профилактики перинатальной патологии в семьях.

Для оптимизации мероприятий по профилактике перинатальной патологии в прегравидарном, родовом и родовом, в послеродовом периодах и на этапе наблюдения за детьми первых трех лет жизни изучали удовлетворенность родителей и медицинских работников их качеством и объемом.

Проведенный анализ показал, что до беременности родители в большей степени были удовлетворены информированностью в правовых вопросах охраны здоровья матери и ребенка и ответственного родительства, доступностью медицинской помощи. Самая низкая удовлетворенность родителей касалась санитарного состояния медицинских помещений и квалификации персонала. Медицинские работники, так же как и родители, были больше удовлетворены информированностью пациентов, доступностью медицинской помощи; их удовлетворенность санитарным состоянием и оснащением медицинских помещений, здоровьем женщин, планирующих беременность, была выше, чем у родителей.

В родовый и родовой периоды удовлетворенность родителей качеством и объемом профилактической работы по большинству критериев была ниже, чем у медицинских работников. У родителей отмечалась самая низкая удовлетворенность информированностью о здоровом образе жизни, санитарным состоянием медицинских помещений, квалификацией персонала, а самая высокая – информированностью о факторах риска нарушений здоровья новорожденных, в правовых вопросах по охране здоровья беременной, доступностью медицинской помощи, состоянием здоровья новорожденного. Медицинские работники демонстрировали самую низкую удовлетворенность квалификацией персонала и его готовностью выполнять рекомендации врачей-консультантов, а наибольшую – информированностью о факторах риска, в правовых вопросах, здоровьем беременных и новорожденных.

Удовлетворенность родителей качеством и объемом проводимых профилактических мероприятий в послеродовой период и на этапе наблюдения за детьми первых трех лет жизни по всем критериям была ниже, чем у медицинских работников. Более высокая удовлетворенность была информированностью в правовых вопросах, доступностью медицинской помощи и здоровьем детей раннего возраста. Родители были менее удовлетворены квалификацией и морально-этическими качествами медицинского персонала.

Выявленные показатели удовлетворенности родителей и медицинских работников послужили обоснованием для разработки программы по повышению качества и объема профилактических мероприятий в медицинских учреждениях, в частности, улучшение информированности о здоровом образе жизни взрослых и детей, повышение квалификации персонала с формированием необходимости

разъяснять родителям обоснованность назначений и их выполнения, возможность решения проблемы пациента на каждом этапе.

Следовательно, организационная структура и функции Перинатального центра и его подразделений; Родовспомогательное объединение, обеспечивающее координацию и интегрирование работы служб родовспоможения на различных этапах профилактики перинатальной патологии; система маршрутизации беременных из группы риска и детей с перинатальной патологией; система дистанционного динамического наблюдения беременных, рожениц, родильниц и новорожденных; комплексная информатизация технологических процессов и создание единого информационного пространства; персонафицированная тактика ведения беременных и детей первых трех лет жизни с перинатальной патологией; организация контроля качества медицинской помощи перинатальной службы в регионе – представляют региональную модель профилактики перинатальной патологии с системой медико-организационных и медико-педагогических мероприятий в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения (рис. 4).

Созданная модель обеспечивает:

- принятие оперативных и стратегических управленческих решений по оптимизации деятельности акушерско-гинекологической, неонатологической служб, оказывающих профилактическую помощь детям с перинатальной патологией и ее последствиями на уровне Родовспомогательного объединения;
- интеграцию и координацию деятельности всех учреждений края при внедрении информационных систем и создании единого информационного пространства;
- реализацию трехуровневой системы родовспоможения с внедрением региональной системы экстренной и плановой маршрутизации беременных из группы высокого риска и новорожденных с перинатальной патологией с использованием дистанционных технологий;
- персонафицированный подход к тактике ведения беременных из группы риска, женщин с пренатальной патологией плода, новорожденных и детей с перинатальной патологией;
- обеспечение равной доступности всех видов перинатальной помощи и своевременности ее оказания;
- комплексный подход к выявлению факторов перинатального риска, их профилактике и коррекции с устранением или ослаблением действия медико-психолого-педагогических и социальных факторов риска;
- комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации беременных, рожениц, новорожденных и детей с перинатальной патологией и ее последствиями до 3 лет жизни;
- разработку и внедрение новых медицинских технологий;



Рис. 4. Схема региональной модели профилактики перинатальной патологии

- создание системы контроля качества медицинской помощи по оценке удовлетворенности родителей и медицинских работников, качества жизни детей с перинатальной патологией и ее последствиями, четырехуровневой системой экспертной оценки качества медицинской помощи;
- повышение квалификации медицинского персонала и формирование здорового образа жизни детей и их родителей, медицинских работников.

В 6 главе представлена эффективность региональной организационно-функциональной модели перинатальной профилактики, медико-организационных и медико-педагогических мероприятий по ее оптимизации. Дано научное обоснование перспектив развития перинатальной службы в Хабаровском крае до 2020 г.

Эффективность внедрения системы профилактики перинатальной патологии, прежде всего, представлена динамикой статистических показателей деятельности Перинатального центра и родовспомогательных ЛПУ края за период 2000–2009 гг. В Хабаровском крае прослеживается стойкая тенденция к снижению младенческой смертности (с 17,3‰ в 2000 г. до 10,1 ‰ в 2009 г. – в 1,7 раза).

За десятилетний период (с 2000 по 2009 г.) отмечено достоверное снижение частоты родовых травм (с 7,8 до 3,5%). Число оперированных новорожденных с врожденными аномалиями с 2002 по 2009 гг. увеличилось в 2,5 раза (с 18 до 46%). На первом месте у них стоят пороки развития органов пищеварения, на втором – костно-мышечной системы, на третьем – мочевой системы.

С 2000 по 2009 гг. в Хабаровском крае общий показатель инвалидности детей 0–4 лет снизился в 1,2 раза. Отмечено снижение показателей инвалидности, обусловленной болезнями органов дыхания – в 4,3 раза, органов пищеварения – в 7,3 раза, костно-мышечной системы – в 3 раза, мочеполовой системы – в 8,5 раза, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, – в 2,3 раза, врожденными аномалиями – в 1,3 раза, травмами – в 3,4 раза. При этом отмечен рост в 1,3 раза инвалидности вследствие болезней нервной системы. В структуре заболеваний, формирующих инвалидность детей 0–4 лет, первое место занимали врожденные аномалии, второе – болезни нервной системы, третье – психические расстройства и расстройства поведения, четвертое – болезни глаза.

Анализ родовспоможения с 2006 по 2010 гг. в акушерских стационарах разных уровней показал, что число родов в целом увеличилось на 10% с достоверным уменьшением на I (с 22,8 до 21,1%) и II (с 64,8 до 60,8%) уровнях и с увеличением на III уровне (с 12,4 до 18%).

В Перинатальном центре общая заболеваемость новорожденных оказалась в 2 раза выше, заболеваемость беременных и число осложненных родов – соответственно в 2,6 и 2 раза выше, чем в целом по Хабаров-

скому краю. Это свидетельствует об эффективности мероприятий по созданию и функционированию трехуровневой системы родовспоможения. В 2009 г. по сравнению с 2000 г. на 6,5% больше женщин встали на учет по беременности в срок до 12 недель. Беременность чаще заканчивалась родами (83,7% в 2009 г. и 87,0% в 2000 г.), при этом частота преждевременных родов осталась на прежнем уровне. Отмечено достоверное снижение числа беременностей, закончившихся абортми, в 1,8 раза.

В результате внедрения новых технологий дистанционного наблюдения, а также поуровневой системы оказания медицинской помощи беременным за последние 3 года объем консультативной помощи женщинам увеличился более чем в 8 раз, новорожденным – в 4 раза.

Показатель плановой госпитализации в Перинатальный центр с момента организации ДКЦ увеличился с 24 до 78%.

Внедрение новых организационных технологий внесло существенные коррективы и в деятельность неонатальной бригады – 90% новорожденных наблюдались в плановом порядке.

Эффективность региональной модели оценивали по динамике показателей удовлетворенности родителями качеством медицинской помощи (2007–2012 гг.). На всех этапах удовлетворенность родителей повысилась по всем показателям: информированность о факторах риска нарушений здоровья, о формировании здорового образа жизни, правовых вопросах с увеличением объема информации, полученной от медицинских работников; квалификацией и морально-этическими качествами медицинского персонала, оснащением медицинских кабинетов, доступностью получения медицинской помощи, решением конкретной проблемы здоровья, что повысило степень доверия к рекомендациям медицинского персонала, готовность признать, что данное медицинское учреждение качественно оказывает медицинские услуги, и рекомендовать его своим родственникам, друзьям и знакомым, а также считать себя и своих детей более здоровыми после получения медицинской помощи.

Наибольшее повышение удовлетворенности родителей (в 1,9 раза) отмечали в послеродовой период и на этапе наблюдения за детьми первых трех лет жизни.

Динамика показателей здоровья женщин и детей за 10 лет (с 2000 по 2009 гг.) указывает на правильно выбранный вектор разработки и внедрения предложенной региональной модели по профилактике перинатальной патологии, начиная с прегравидарного этапа.

Внедрение медико-организационных мероприятий по профилактике перинатальной патологии способствовало улучшению выживания новорожденных, повышению уровня выживания детей с тяжелой перинатальной патологией, что в сочетании с увеличением числа факторов риска, приходящихся на одну беременную и ребенка и общей тенденцией к ухудшению показателей здоровья населения обусловили рост заболевае-

мости беременных в 1,5 раза, общей заболеваемости новорожденных – в 1,2 раза, увеличение числа детей с последствиями перинатальной патологии в раннем возрасте – в 1,6 раза. Это требует пролонгирования медико-организационных мероприятий по снижению материнской и перинатальной смертности, модернизации и трансформированию системы непрерывной профилактики перинатальной патологии. В соответствии с основными принципами Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разработана и утверждена «Концепция (стратегический план) последовательного, этапного развития акушерско-гинекологической и неонатологической служб Хабаровского края на 2011–2020 гг.».

Основной целью концепции является повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам во время беременности, родов, в послеродовом периоде, гинекологическим больным и новорожденным, профилактика и снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности.

Основные задачи концепции направлены на дальнейшее развитие приоритетных направлений оптимизации деятельности акушерско-гинекологической и неонатологической служб по профилактике перинатальной патологии и регионализации перинатальной помощи на территории Хабаровского края и являются продолжением медико-организационных мероприятий, внедренных до 2011 года, пролонгирует основные направления их развития по оптимизации системы профилактики перинатальной патологии.

Таким образом, проведенное исследование позволило разработать региональную систему профилактики перинатальной патологии в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения, доказать ее эффективность и обеспечить стратегическое, долгосрочное этапное планирование конкретных мероприятий и условий для их реализации с расчетом необходимых материальных, кадровых ресурсов и принятием целевых организационных решений на 2011–2020 гг.

ВЫВОДЫ

1. На основании углубленного анализа структуры и динамики показателей младенческой смертности, заболеваемости беременных и рожениц, заболеваемости и инвалидности новорожденных и детей первых трех лет жизни в Хабаровском крае за 2000 год (уровень младенческой смертности – 17,3%, перинатальной смертности – 15,6%, показатель фетоинфантильных потерь – 26,3%; заболеваемость беременных – 111,15%, новорожденных – 433,25%, детей первого года жизни – 2544,75% при высокой частоте врожденных аномалий и пороков раз-

вития, неврологической патологии у детей до одного года – 81,55%) научно обоснованы направления оптимизации профилактики перинатальной патологии и ее последствий: интеграция и координация деятельности всех учреждений края; создание единого информационного пространства; обеспечение реализации трехуровневой системы родовспоможения; персонифицированный подход к тактике ведения беременных из группы риска; обеспечение доступности всех видов помощи; своевременность оказания медицинской помощи; дистанционное управление динамическим наблюдением беременных и детей, их маршрутизацией; комплексный подход к выявлению психолого-педагогических и социальных факторов перинатального риска, их профилактике и коррекции; обеспечение системы контроля качества медицинской помощи с разработкой критериев его эффективности.

2. В интересах матери и ребенка научно обоснованы, разработаны «Положения» и созданы новые подразделения Перинатального центра: неонатальной хирургии, для детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы; психоневрологическое отделение с дневным стационаром; отделение катамнеза детей с перинатальной патологией; отдел информационных и телемедицинских технологий; Центр медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации и Центр дистанционного консультирования.
3. Дана медико-социальная характеристика семей, воспитывающих ребенка с перинатальными поражениями центральной нервной системы средней степени тяжести: матери чаще относились к возрастной группе от 35 до 40 и моложе 18 лет; болели острыми респираторно-вирусными инфекциями более двух раз в год, имели соматическую хроническую патологию, отягощенный акушерский анамнез (чаще регистрировались аборт и самопроизвольное прерывание беременности); становились на учет в женскую консультацию преимущественно после 12 недель беременности и посещали врача нерегулярно; чаще имели осложнения течения беременности. Дети чаще рано переводились на искусственное вскармливание. Родители реже обращались к врачу с ребенком. Отцы в этих семьях чаще вступали в брак в возрасте до 20 лет; чаще курили; принимали участие в воспитании ребенка только тогда, «когда было время», менее одного часа в день. Брак чаще не был зарегистрирован; мать разведена или не замужем; семья чаще проживала в комнате в коммунальной квартире; доход на одного члена семьи обычно был ниже прожиточного минимума; взаимоотношения в семье преимущественно носили изменчивый, противоречивый характер. Установлена позиция родителей на реабилитацию ребенка: активная – у 36%; пассивная – у 38%; и отстраненная – у 26%. В этих семьях социальные факторы риска перинатальной патологии встречались у

73,7%, биологические – у 62,2%. У 67,5% выявлялись нарушения внутрисемейных отношений. У более чем одной трети детей регистрировали сочетание социальных и биологических факторов риска. Обоснована необходимость разработки системы медико-психолого-педагогической и социальной помощи этим семьям и создана организационно-функциональная модель Центра медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации, направленной на профилактику возникновения факторов риска и их коррекцию.

4. Установлены симптомы дизонтогенеза нервно-психического развития детей группы перинатального риска на первом году жизни: задержка развития зрительных и слуховых ориентировочных реакций на первых месяцах жизни; нарушения в развитии познавательной деятельности и эмоционально-речевого общения; прогрессирующая моторная недостаточность к концу года с нарушениями развития общих движений, движений руки и действий с предметами. С возрастом глубина и комплексность задержки увеличивается. Разработана технология комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям с перинатальными поражениями центральной нервной системы. Эффективность применения технологии выражалась у детей с задержкой нервно-психического развития в его положительной динамике у 95,5% детей и его нормализацией у 15,6% детей к первому году жизни.
5. Разработана и внедрена региональная система дистанционного динамического наблюдения и маршрутизации беременных из группы риска, новорожденных и детей первых трех лет жизни с перинатальной патологией и ее последствиями с проведением экстренных и плановых мероприятий, основанных на персонализированном подходе к тактике их ведения с организацией комиссий: по определению тактики ведения женщин с пренатальной патологией плода; по отбору беременных для индивидуального динамического наблюдения; консилиумов: медико-педагогического – по определению тактики ведения детей с перинатальной патологией; краевого телемедицинского консилиума; клинично-патологоанатомического – по спорным случаям материнской и младенческой смерти; и обеспечивающих реализацию трехуровневой системы родовспоможения.
6. Разработаны методологические подходы к исследованию качества деятельности перинатальной службы по профилактике перинатальной патологии и ее последствий с оценкой динамики показателей заболеваемости беременных, рожениц, новорожденных, частоты родов в учреждениях разного уровня, охвата диспансерным наблюдением беременных из группы перинатального риска, показателя их плановой госпитализации; использованием методов четырехуровневой системы экспертизы качества, оценки удовлетворенности пациентов, родите-

лей, медицинских работников качеством профилактических мероприятий.

7. Выявленная сниженная удовлетворенность родителей объемом и качеством профилактической работы в учреждениях родовспоможения за счет низкой удовлетворенности информированностью о здоровом образе жизни как взрослого, так и ребенка, санитарным состоянием помещений медицинских учреждений, квалификацией медицинского персонала, пониманием необходимости и обоснованности всех назначений, морально-этическими качествами медицинского персонала, решением проблем пациента послужила обоснованием для разработки и внедрения мероприятий по их повышению, включающих: улучшение информированности о здоровом образе жизни взрослых и детей, повышение квалификации и морально-этических качеств медицинских работников, формирование необходимости разъяснения родителям обоснованности назначений и их выполнения, возможности решения проблемы пациента на каждом этапе.
8. Качество жизни позволяет оценить качество перинатальной профилактики и обосновать мероприятия по его оптимизации. У детей с 1 года до 3 лет с тяжелыми последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (детей-инвалидов) выявлялись самое низкое качество жизни по всем критериям. Ухудшение качества их жизни в динамике, по сравнению с первым годом жизни, по критериям «поведение и общение» и «семейное окружение» с тенденцией к его снижению по шкале «нервно-психическое и физическое здоровье» и к увеличению по шкале «способность оставаться одному» создают необходимость развивать детско-родительские отношения, семейное окружение и общение с ребенком, активизировать участие семьи в реабилитации ребенка.
9. Создана региональная организационно-функциональная модель профилактики перинатальной патологии, включающая: расширение границ профилактики действия перинатальных факторов риска в прегравикулярный период и в первые три года жизни ребенка; централизованное, единое методическое руководство и координация взаимодействия лечебно-профилактических учреждений – создание Родовспомогательного объединения с Советом руководителей; информатизацию Перинатального центра и лечебно-профилактических учреждений края с организацией единого информационного пространства; научно-практическое объединение всех подразделений центра и лечебно-профилактических учреждений края с кафедрами Института повыше-

ния квалификации министерства здравоохранения Хабаровского края, Дальневосточного государственного медицинского университета; Перинатальный центр с вновь организованными отделениями; региональная система дистанционного динамического наблюдения и маршрутизации беременных группы риска, новорожденных и детей первых трех лет жизни с перинатальной патологией с использованием персонифицированного подхода к тактике их ведения; систему организации контроля качества профилактики перинатальной патологии в регионе; систему медико-психолого-педагогической и социально-правовой помощи женщинам и детям.

10. Доказана эффективность внедрения региональной организационно-функциональной модели по перинатальной профилактике в Хабаровском крае: снижение младенческой смертности в 1,71 раза (с 17,3‰ в 2000 г. до 10,1‰ в 2009 г.); снижение перинатальной смертности в 1,8 раза (с 15,6 до 8,8‰ соответственно), в том числе за счет состояний, возникающих в перинатальном периоде, – в 1,4 раза (с 11,5‰ в 2000 г. до 8,1‰ в 2009 г.) и врожденных аномалий и пороков развития – в 5,2 раза (с 2,6‰ в 2000 г. до 0,5‰ в 2009 г.); снижение фетоинфантильных потерь – в 1,7 раза; улучшение показателей наблюдения беременных: снижение числа аборт – в 1,8 раза; увеличение числа родов – в 1,5 раза при той же частоте преждевременных родов; повышение на 6,5% частоты ранней постановки на учет по беременности; улучшение показателя плановой госпитализации в Перинатальный центр с 24 до 78%; снижение общей заболеваемости рожениц и родильниц – в 1,1 раза; снижение показателя инвалидности детей в возрасте 0–4 лет – в 1,2 раза; повышение удовлетворенности родителей, медицинских работников качеством медицинской помощи. Внедрение высоких технологий реанимационно-анестезиологической службы и неонатальной хирургии, способствующих повышению выживаемости детей, при этом приводящих к росту общей заболеваемости новорожденных, – в 1,2 раза, других нарушений церебрального статуса – в 4,1 раза.
11. Научно обоснованы приоритетные направления по оптимизации деятельности акушерско-гинекологической и неонатальной служб на 2011–2020 гг.: стратегическое, долгосрочное, этапное планирование конкретных мероприятий и условий для их реализации с расчетом необходимых материальных, кадровых ресурсов и целевыми организационными решениями. Принятая «Концепция развития акушерско-гинекологической и неонатальной служб Хабаровского края на 2011–2020 гг.» является продолжением медико-организационных мероприятий, внедренных до 2011 года, пролонгирует и развивает основные их направления.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для департаментов здравоохранения регионов Российской Федерации.

При разработке региональных программ по снижению материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности, оптимизации показателей здоровья женщин и детей первых трех лет жизни могут использоваться результаты исследования, отражающие медико-организационные решения по оптимизации перинатальной профилактики в регионе:

- оценочная система качества медицинской помощи с использованием методов четырехуровневой системы экспертизы качества; оценки удовлетворенности пациентов, родителей, медицинских работников объемом и качеством профилактических мероприятий; оценки качества жизни детей раннего возраста с перинатальной патологией;
- модель медико-психолого-педагогической и социально-правовой помощи в системе перинатальной службы;
- новые подразделения в Перинатальном центре: отделение катамнеза детей с перинатальной патологией, в том числе маловесных детей, отдела информационных и телемедицинских технологий, Центра дистанционного консультирования, Центра медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации.

2. Для департаментов здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений родовспоможения территорий Российской Федерации с низкой плотностью населения.

При разработке стратегических планов развития акушерско-гинекологической, неонатологической служб в регионах с низкой плотностью населения использовать:

- определение приоритетных направлений оптимизации деятельности служб, основанных на анализе показателей репродуктивного здоровья населения, заболеваемости новорожденных и детей раннего возраста с перинатальной патологией и ее последствиями, удовлетворенности качеством медицинской помощи медиков и родителей, оценок качества жизни детей;
- систему маршрутизации и динамического наблюдения беременных из группы риска и новорожденных с персонализированным подходом к тактике их ведения, дистанционным управлением с проведением экстренных и плановых мероприятий и использованием разработанных дополнений к показаниям для направления в учреждения родовспоможения разного уровня;
- организацию родовспомогательного объединения для координации деятельности всех лечебно-профилактических учреждений региона по ро-

довспоможению, их интеграции и координации со специализированными службами.

3. Для лечебно-профилактических учреждений родовспоможения регионов Российской Федерации.

Использовать разработанные анкеты для оценки удовлетворенности качеством и объемом проводимых профилактических мероприятий до беременности, в дородовый и родовой, послеродовый периоды и на этапе наблюдения за детьми первых трех лет жизни, а также эффективности мероприятий, направленных на оптимизацию системы профилактики перинатальной патологии.

Использовать оценку качества жизни детей для определения направлений реабилитации детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, в том числе детей-инвалидов.

Применить разработанную технологию комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям на первом году жизни.

4. Для использования в учебном процессе в вузах.

Материалы исследования использовать в медицинских вузах при обучении студентов, повышении квалификации организаторов здравоохранения, руководителей всех уровней в области охраны здоровья матери и ребенка и практических врачей.

СПИСОК НАУЧНЫХ ТРУДОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

В изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ

1. Ступак, В. С. Роль проведения ранних медико-педагогических мероприятий детям раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы в профилактике инвалидности / В. С. Ступак, Е. В. Подворная // Дальневосточный медицинский журн. — 2007. — № 3. — С. 110—111.

2. Ступак, В. С. Фетоинфантильные потери в Хабаровском крае: динамика, проблемы и пути решения / В. С. Ступак // Дальневосточный медицинский журн. — 2007. — № 4. — С. 88—90.

3. Ступак, В. С. Организационные технологии динамического наблюдения за детьми раннего возраста с перинатальными заболеваниями / В. С. Ступак, С. М. Колесникова, Е. В. Подворная // Тихоокеанский медицинский журн. — 2009. — № 4. — С. 89—91.

4. Ступак, В. С. Основные направления профилактики ретинопатии недоношенных детей на территории Хабаровского края / В. С. Ступак // Дальневосточный медицинский журн. — 2010. — № 2. — С. 56—59.

5. Ступак, В. С. Инфекции как маркеры компрометированности для функциональной системы «мать – плацента – плод» / В. С. Ступак, Е. А.

Левкова, С. М. Колесникова // Дальневосточный журн. инфекционной патологии. — 2010. — № 16. — С. 56—60.

6. Ступак, В. С. Организационные и диагностические технологии раннего выявления ретинопатий недоношенных в перинатальной службе Хабаровского края / В. С. Ступак // Российская педиатрическая офтальмология. — 2010. — № 2. — С. 6—9.

7. Ступак, В. С. Оптимизация нормативно-правового обеспечения в службе детства и родовспоможения на территории Хабаровского края / В. С. Ступак, М. Г. Свередюк // Медицинское право. — 2010. — № 4 (32). — С. 48—51.

8. Ступак, В. С. Значимость диагностики инфекционной патологии в снижении репродуктивных потерь / В. С. Ступак, Г. В. Чинова, С. М. Колесникова, К. В. Карташев, В. А. Фисюк // Пробл. стандартизации в здравоохранении. — 2010. — № 7—8. — С. 38—43.

9. Ступак, В. С. Особенности возрастной динамики качества жизни детей раннего возраста с последствиями перинатальных поражений центральной нервной системы / В. С. Ступак, В. И. Стародубов, О. М. Филькина, И. В. Винярская, В. В. Черников, Н. В. Долотова // Вопр. современной педиатрии. — 2011. — Т. 10, № 6. — С. 7—12.

10. Ступак, В. С. Состояние здоровья детского населения Хабаровского края / С. М. Колесникова, В. С. Ступак, А. В. Витько, И. В. Балабкин // Дальневосточный медицинский журн. — 2011. — № 4. — С. 37—40.

11. Ступак, В. С. Акмеологический подход в комплексной системе медико-психолого-педагогической помощи детям с перинатальными поражениями нервной системы / Е. В. Подворная, В. С. Ступак // Вестн. Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика». — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 179—182.

12. Ступак, В. С. Особенности качества жизни детей-инвалидов раннего возраста вследствие заболеваний нервной системы / В. С. Ступак, В. И. Стародубов, И. В. Винярская, Н. В. Долотова, О. М. Филькина, В. В. Черников, Е. А. Воробьева // Дальневосточный медицинский журн. — 2011. — № 3. — С. 54—56.

13. Ступак, В. С. Системный воспалительный ответ у новорожденных с поражением центральной нервной системы / Д. А. Холичев, В. С. Ступак, В. А. Филонов, Н. В. Фирсова, З. Н. Ерохова // Дальневосточный медицинский журн. — 2012. — № 3. — С. 30—33.

14. Ступак, В. С. Состояние постнеонатальной смертности в Хабаровском крае / В. С. Ступак, С. М. Колесникова, О. А. Синкевич, И. В. Шумилова // Дальневосточный медицинский журн. — 2012. — № 4. — С. 49—53.

15. Ступак, В. С. Социологические исследования как индикатор ка-

чества медицинской помощи в системе непрерывной профилактики перинатальной патологии / В. И. Стародубов, В. С. Ступак, О. М. Филькина, О. А. Сенькевич, Е. А. Воробьева // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный ресурс]. — 2012. — № 4. — Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/414/30/lang,ru>.

16. Ступак, В. С. Эффективность системы профилактики перинатальной патологии по показателям удовлетворенности родителей качеством и объемом проводимых мероприятий / В. И. Стародубов, В. С. Ступак, И. М. Сон, О. М. Филькина, Е. А. Воробьева // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. [Электронный ресурс]. — 2012. — №6 (26) — Режим доступа /URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/414/27/lang,ru/>

17. Ступак, В. С. Региональная модель медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям первого года жизни с перинатальной патологией / В. С. Ступак // Якутский медицинский журн. — 2012. — № 4. — С. 57 — 60.

Монографии, статьи и материалы конференций

18. Ступак, В. С. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в системе охраны материнства и детства Хабаровского края / В. С. Ступак, Н. Ю. Владимирова, С. А. Гончар, З. В. Сиротина, Г. В. Чижова, В. Н. Соколов // Материалы Дальневосточной региональной научно-практической конференции «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». — Хабаровск : ДВГМУ, 2007. — С. 41—43.

19. Ступак, В. С. Правовое регулирование информированного согласия пациента на медицинскую помощь в акушерско-гинекологической службе / В. С. Ступак, М. Г. Свердюк // Материалы Дальневосточной региональной научно-практической конференции «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». — Хабаровск : ДВГМУ, 2007. — С. 44—48.

20. Ступак, В. С. Перспективы развития высокотехнологичной перинатальной помощи в Дальневосточном федеральном округе / В. С. Ступак, З. В. Сиротина, Г. В. Чижова, Н. Н. Чешева // Материалы Дальневосточной региональной научно-практической конференции «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». — Хабаровск : ДВГМУ, 2007. — С. 49—53.

21. Ступак, В. С. Перспективы развития аутодонорства в акушерстве и неонатологической службе Хабаровского края / В. С. Ступак, Е. Е. Дорофеев, З. В. Сиротина, Г. В. Чижова, В. Н. Соколов // Материалы Дальневосточной региональной научно-практической конференции «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». — Хабаровск : ДВГМУ, 2007. — С. 109—112.

22. Ступак, В. С. Новые медицинские технологии в решении проблем бесплодного брака на территории Хабаровского края / В. С.

Ступак, Н. Ю. Владимирова, Г. В. Чижова, М. А. Фролова // Материалы Дальневосточной региональной научно-практической конференции «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». — Хабаровск : ДВГМУ, 2007. — С. 186—191.

23. Ступак, В. С. Оказание медико-педагогической помощи детям раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы / В. С. Ступак, Е. В. Подворная // Материалы международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. — Вып. 2. — М., 2007. — С. 141—143.

24. Ступак, В. С. Превентивное логопедическое воздействие в системе комплексной реабилитации детей раннего возраста / В. С. Ступак, Е. В. Подворная // Материалы научно-практической конференции «Проблемы развития медицинской реабилитации на Дальнем Востоке». — Хабаровск, 2007. — С. 83—86.

25. Ступак, В. С. Опыт работы с родителями и семьей по обеспечению психического и социального благополучия детей в условиях перинатального центра Хабаровского края / В. С. Ступак, Е. В. Подворная // Материалы Международного конгресса «Психологическое здоровье ребенка». — СПб., 2007. — С. 55—57.

26. Ступак, В. С. Особенности организации лечения и реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС в Хабаровском крае / В. С. Ступак, Е. В. Подворная, С. А. Гончар, Д. Б. Дрозд // Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии: Материалы Всемирного конгресса. Том II. — М., 2007. — С. 111—112.

27. Ступак, В. С. Психолого-педагогическая работа с родителями в системе комплексной реабилитации детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы / Е. В. Подворная, В. С. Ступак // Дошкольное и начальное образование: опыт, перспективы развития : сб. науч. и науч.-метод. статей. — Комсомольск-на-Амуре : Изд-во АмГПУ, 2008. — С. 44—48.

28. Ступак, В. С. Формирование индивидуальных программ оказания медико-педагогической помощи детям с пароксизмальными нарушениями / В. С. Ступак, Е. В. Подворная, О. М. Филькина // Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Хабаровского края. — Хабаровск, 2008. — С. 270—275.

29. Ступак, В. С. Медико-социальная и психолого-педагогическая работа по профилактике социального сиротства в Хабаровском крае / Е. В. Подворная, В. С. Ступак, О. М. Филькина, Н. В. Романова // Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы профилактики социального сиротства в Российской Федера-

ции». — Иваново, 2008. — С. 58—61.

30. Ступак, В. С. Технология медико-педагогической помощи детям с последствиями перинатальных поражений центральной нервной системы / В. С. Ступак, О. М. Филькина, Е. В. Подворная // Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы профилактики социального сиротства в Российской Федерации». — Иваново, 2008. — С. 85—87.

31. Ступак, В. С. Истомина, 85 : От уездной больницы до Перинатального центра. К 70-летию Хабаровского края / В. С. Ступак, И. А. Литовченко, Д. Б. Дрозд, Г. Д. Деньгуб, Е. В. Подворная // Здоровоохранение Дальнего Востока. — 2008. — № 5. — С. 2—5.

32. Ступак, В. С. Некоторые итоги и проблемы в деятельности краевого перинатального центра / В. С. Ступак, З. В. Сиротина, Г. В. Чижова // Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Хабаровского края. — Хабаровск, 2008. — С. 18—23.

33. Ступак, В. С. Демографические основы развития перинатальной медицины в Хабаровском крае / А. В. Витько, В. С. Ступак, К. В. Карташев // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 11—14.

34. Ступак, В. С. Перспективы регионализации перинатальной медицины в Дальневосточном федеральном округе / Г. В. Чижова, З. В. Сиротина, В. С. Ступак, Н. Ю. Владимирова // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 19—23.

35. Ступак, В. С. Совершенствование медико-генетических подходов к диагностике наследственных синдромов с проявлениями эндокринопатий / Д. Б. Дрозд, В. С. Ступак, С. А. Гончар // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 70—72.

36. Ступак, В. С. Подходы к организации тератологического репродуктивного консультирования / Д. Б. Дрозд, В. С. Ступак, С. А. Гончар, Е. В. Ельщицева // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 73—75.

37. Ступак, В. С. Опыт применения «сенсорной комнаты» в реабилитации детей с перинатальной патологией / Е. В. Подворная, В. С. Ступак, Е. А. Левкова // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 166—170.

38. Ступак, В. С. Практика создания и функционирования антенатального консилиума как современная медико-организационная технология перинатальной медицины / В. С. Ступак, Д. Б. Дрозд, Н. Ю.

Владиминова // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 204—208.

39. Ступак, В. С. Новые структурно-организационные решения проблемы комплексной реабилитации детей с перинатальной патологией / В. С. Ступак, Е. В. Подворная, О. М. Филькина, Е. А. Левкова // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 209—213.

40. Ступак, В. С. Применение вспомогательной репродукции в условиях замкнутого технологического цикла оказания специализированной помощи при бесплодии / М. А. Фролова, В. С. Ступак, Н. Ю. Владимировна, Я. В. Бянкина, В. Н. Муранова // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 240—242.

41. Ступак, В. С. Перспективы развития и совершенствование оказания ВМП в ГУЗ «Перинатальный центр» / И. В. Шумилова, В. С. Ступак, Н. Н. Чешева, Н. Ю. Владимировна // Сборник материалов I Дальневосточного симпозиума «Проблемы перинатальной медицины». — Хабаровск, 2009. — С. 245—249.

42. Ступак, В. С. Практика реализации права пациента на выбор врача в многопрофильном лечебном учреждении / В. С. Ступак, М. Г. Свередюк // Сборник научных трудов IV Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. — М., 2009. — С. 223—225.

43. Ступак, В. С. Пропедевтика речевого развития детей раннего возраста с поражением нервной системы в условиях краевого перинатального центра / Е. В. Подворная, В. С. Ступак, О. М. Филькина // Материалы международной научно-практической конференции «Развитие детей раннего, дошкольного и школьного возраста в Дальневосточном регионе». — Комсомольск-на-Амуре, 2009. — С. 140—144.

44. Ступак, В. С. Изучение акмеологических условий развития детей первого года жизни с перинатальными поражениями центральной нервной системы / Е. В. Подворная, В. С. Ступак, Т. В. Карасёва // Сборник материалов Всероссийской научной конференции «Акмеологическая наука и качество образования». — Шуя, 2010. — Т. II. — С. 107—109.

45. Ступак, В. С. Акмеолого-педагогические условия реабилитации детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы / Е. В. Подворная, В. С. Ступак, Т. В. Карасёва // Сборник материалов Всероссийской научной конференции «Акмеологическая наука и качество образования». — Шуя, 2010. — Т. II. — С. 109—111.

46. Ступак, В. С. Актуальные вопросы антенатальной тактики и постнатальной коррекции при врожденных пороках развития у детей на

территории Хабаровского края. Проблемы, пути решения / В. С. Ступак, Д. Б. Дрозд, Н. Н. Чешева, И. В. Шумилова, Е. А. Левков, К. В. Карташев // Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы профилактики врожденных и наследственных заболеваний на региональном уровне». — Хабаровск, 2010. — С. 7—12.

47. Ступак, В. С. Многолетнее исследование младенческой смертности от врожденных пороков развития на территории Хабаровского края / К. В. Карташев, В. С. Ступак, И. А. Литовченко // Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы профилактики врожденных и наследственных заболеваний на региональном уровне». — Хабаровск, 2010. — С. 43—48.

48. Ступак, В. С. Принципы динамического наблюдения детей с перинатальной и врожденной патологией на третьем уровне оказания специализированной медицинской помощи / Т. А. Сорвина, В. С. Ступак, Е. А. Левкова // Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы профилактики врожденных и наследственных заболеваний на региональном уровне». — Хабаровск, 2010. — С. 55—62.

49. Ступак, В. С. Неонатальный сепсис – проблемы патоморфологической диагностики / В. С. Ступак, О. В. Кожарская, Е. А. Левкова // Материалы I съезда педиатров Дальнего Востока «Актуальные вопросы охраны материнства и детства на современном этапе». — Хабаровск, 2010. — С. 301—303.

50. Ступак, В. С. Акмеологические аспекты совершенствования медицинской помощи детям с перинатальной патологией / Е. В. Подворная, Т. В. Карасева, В. С. Ступак // Сборник трудов III Межвузовской научной конференции «Шуйская сессия студентов, аспирантов, молодых ученых». — М. ; Шуя, 2010. — С. 139—143.

51. Ступак, В. С. Особенности динамического наблюдения детей с перинатальной патологией в зависимости от уровня оказания специализированной медицинской помощи / Т. А. Сорвина, В. С. Ступак, Е. А. Левкова, С. М. Колесникова // Материалы Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения». — Хабаровск, 2010. — С. 273—276.

52. Ступак, В. С. Основные вехи развития перинатальной медицины в Хабаровском крае / В. С. Ступак, И. А. Литовченко, Е. В. Подворная // Сборник научно-практических материалов к 10-летию образования ГУЗ «Перинатальный центр». — Хабаровск, 2010. — С. 8—23.

53. Ступак, В. С. Современные подходы к формированию акмеолого-педагогической системы реабилитации детей с перинатальной патологией / Е. В. Подворная, В. С. Ступак, Т. В. Карасева, О. М. Филькина //

Сборник научно-практических материалов к 10-летию образования ГУЗ «Перинатальный центр». — Хабаровск, 2010. — С. 142—145.

54. Ступак, В. С. Типология формирования административно-правовых регламентов в системе обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края / В. С. Ступак, М. Г. Свередюк, К. Е. Пошатаев, И. А. Литовченко // Сборник научных статей Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). — Казань, 2011. — С. 272—277.

55. Ступак, В. С. Младенческая смертность — показатель эффективности реализации программы модернизации здравоохранения Хабаровского края / В. С. Ступак, О. А. Чумакова, Е. А. Левкова, К. В. Карташев // Здравоохранение Дальнего Востока. — 2011. — № 2. — С. 24—27.

56. Ступак, В. С. Клинико-лабораторная характеристика вариантов течения воспалительной реакции у новорожденных с церебральной ишемией / В. С. Ступак, Д. А. Холичев, М. В. Казаринова, С. Г. Дудукалов, Н. А. Беломыцина, Г. П. Березина, Г. Г. Обухова // Здравоохранение Дальнего Востока. — 2011. — № 3. — С. 21—24.

57. Ступак, В. С. Роль инфекций в фетоинфантильных потерях и пути снижения репродуктивных потерь на территории Хабаровского края / В. С. Ступак, Е. А. Левкова // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской информатики на Дальнем Востоке». — Хабаровск, 2011. — С. 131—138.

58. Ступак, В. С. Алгоритм пренатальной диагностики на территории Хабаровского края / Н. Ю. Владимирова, В. С. Ступак, М. В. Никишина, В. В. Филиппова // Здравоохранение Дальнего Востока. — 2011. — № 4. — С. 50—53.

59. Ступак, В. С. Перинатальная медицина в Хабаровском крае: прошлое, настоящее, будущее / В. С. Ступак, Н. Ю. Владимирова, А. В. Витько, Г. В. Чижова, Е. В. Подворная // Сборник научных трудов II Дальневосточного симпозиума по актуальным проблемам перинатальной медицины. — Хабаровск, 2012. — С. 9—18.

60. Ступак, В. С. Результаты мониторинга и оценка качества жизни детей-инвалидов раннего возраста вследствие заболеваний нервной системы / В. С. Ступак, В. И. Стародубов, Н. В. Долотова, О. М. Филькина, И. В. Винярская, В. В. Черников, Е. А. Воробьева // Сборник научных трудов II Дальневосточного симпозиума по актуальным проблемам перинатальной медицины. — Хабаровск, 2012. — С. 185—189.

61. Ступак, В. С. Организация комплексной медицинской, психологической, педагогической, социальной помощи женщинам и детям в условиях перинатального центра / В. С. Ступак, Е. В. Подворная

// Сборник научных трудов II Дальневосточного симпозиума по актуальным проблемам перинатальной медицины. — Хабаровск, 2012. — С. 127—133.

62. Ступак, В. С. Практика наблюдения и клинические исследования детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий / Т. А. Сорвина, Е. А. Левкова, В. С. Ступак, С. М. Колесникова, С. И. Самсонова // Сборник научных трудов II Дальневосточного симпозиума по актуальным проблемам перинатальной медицины. — Хабаровск, 2012. — С. 178—184.

63. Ступак, В. С. Плацентология – современное направление непрерывной профилактики перинатальной патологии / В. С. Ступак, Е. А. Левкова, О. В. Кожарская, Э. Б. Емельянова // Сборник материалов II съезда педиатров Дальнего Востока «Актуальные вопросы охраны материнства и детства на современном этапе». — Хабаровск, 2012. — С. 157—160.

64. Ступак, В. С. Новые технологии медико-социальной и психолого-педагогической помощи в перинатологии / В. С. Ступак, Е. В. Подворная // Сборник материалов II съезда педиатров Дальнего Востока «Актуальные вопросы охраны материнства и детства на современном этапе». — Хабаровск, 2012. — С. 154—157.

65. Ступак, В. С. Концептуальные подходы развития службы родовспоможения на территории Хабаровского края / В. С. Ступак, Н. Ю. Владимирова, Е. В. Подворная, О. М. Филькина, Е. А. Левкова, С. М. Колесникова // Сборник материалов II съезда педиатров Дальнего Востока «Актуальные вопросы охраны материнства и детства на современном этапе». — Хабаровск, 2012. — С. 150—153.

66. Ступак, В. С. Оптимизация ранней медико-педагогической помощи детям с перинатальными поражениями центральной нервной системы и их последствиями : метод. рук-во / О. М. Филькина, В. С. Ступак, Е. В. Подворная, О. Ю. Кочерова, Е. А. Воробьева. — Иваново - Хабаровск, 2009. — 122 с.

67. Ступак, В. С. Организация динамического наблюдения детей с перинатальными поражениями ЦНС и их последствиями в условиях территориального перинатального центра: монография / В. С. Ступак, О. М. Филькина, Л. П. Чичерин. — Иваново : МИК, 2009. — 216 с.

68. Ступак, В. С. Дальневосточный малыш : справ. пособие для родителей / сост. В. С. Ступак, Н. Ю. Владимирова, Е. А. Левкова, Д. Б. Дрозд, Е. В. Подворная, М. Г. Свередюк — Хабаровск : Платина, 2010 — 144 с.

69. Ступак, В. С. Социально-экономические аспекты развития телемедицинских сетей на Дальнем Востоке : монография / Н. Э. Посвалюк, В. С. Ступак, В. Е. Казеннов, Н. Э. Косых, С. З. Савин. — Хабаровск : ДВГМУ, 2010. — 218 с.

70. Ступак, В. С. Психолого-акмеологические условия развития детей первого года жизни с психомоторными нарушениями : монография / Е. В. Подворная, Н. П. Фетискин, Т. В. Карасева, В. С. Ступак. — Иваново: МИК, 2011. — 224 с.

71. Ступак, В. С. Региональная система профилактики перинатальной патологии: монография / В. С. Ступак, В. И. Стародубов, О. М. Филькина. — ГОРОД, 2012.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ПП ЦНС системы	перинатальные поражения центральной нервной системы
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
ДКЦ	дистанционный консультативный центр