

На правах рукописи

ХАРИТОНОВ Анатолий Константинович

**МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ
РАБОТЫ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов».

Научный руководитель:

Коновалов Олег Евгеньевич - Заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Орёл Василий Иванович – Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет», Министерства здравоохранения РФ, проректор по учебной работе, заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования.

Тюмина Ольга Владимировна – доктор медицинских наук, директор ГБУЗ «Самарский областной центр планирования семьи и репродукции».

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2019 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета Д.212.203.35 при Российском университете дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 10, к. 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

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

Автореферат разослан «___» _____ 2019 г.

Учёный секретарь диссертационного совета Д 212.203.35
кандидат медицинских наук, доцент

Л.В. Пушко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Для всех стран мира охрана репродуктивного здоровья населения является приоритетной проблемой в области здравоохранения [Стародубов В.И., 2012; Байбарина Е.Н., 2014; Шувалова М.П., 2015; Шевцова Е.П., 2018; Alizadeh M., 2015; Zeitlin J., 2015; Kroelinger C.D., 2016]. Цели устойчивого развития ООН ставят амбициозные задачи в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей к 2030 г. При этом повышение качества медицинской помощи является фундаментальным принципом сокращения материнской и младенческой смертности. К достижению данной цели направлена в последние десятилетия деятельность ВОЗ, о чем свидетельствуют такие принятые в последние годы документы, как «Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.)», «Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов».

Проблема низкой рождаемости в Российской Федерации усугубляется тенденцией к росту гинекологической и соматической заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста, частоты осложнений беременности и родов, а также повышения заболеваемости новорожденных [Андреев Е.М., 2013; Башмакова Н.В. и соавт., 2014; Калининская А.А., 2015; Шувалова М.П., 2017].

Как отмечается в распоряжении Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г.» нельзя недооценивать влияние здоровья плода и новорожденного на формирование детской инвалидности, так как в более чем 60% случаев она обусловлена осложнениями перинатального периода [Яковлева Т.В. и соавт., 2018]. Несмотря на стабильное снижение перинатальной смертности, в России эти показатели еще достаточно высоки по сравнению с экономически развитыми странами [Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., 2016; Баранов А.А., 2017, 2018]. Необходимо подчеркнуть, что важнейшим событием в нашей стране стал переход в 2012 г. на международные критерии регистрации рождения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» (с изменениями на 2 сентября 2013 года).

Формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным в настоящее время является государственным приоритетом, с которым связывают прогресс снижения младенческой и материнской смертности в стране [Семеновский Н.В., 2016; Харбедия Ш.Д., 2017; Холодова В.Е., 2017]. Строительство новых федеральных и региональных перинатальных центров, обеспечивающих наивысший уровень оказания медицинской помощи матерям и новорожденным, определило основу структурных преобразований службы родовспоможения.

Современные задачи службы охраны материнства и детства на этапе ее продолжающегося реформирования диктуют необходимость анализа результатов регионализации системы оказания перинатальной помощи [Шувалова М.П., 2017].

Степень разработанности темы. Международная практика территориального распределения перинатальных центров с учетом объемов и транспортной доступности медицинской помощи проанализирована в работе М.П.Шуваловой и соавт. (2015). Роли перинатальных центров на современном этапе развития родовспоможения и оценке социальной эффективности их деятельности посвящены исследования Е.О.Терехиной (2016); В.В. Пильщиковой и В.Е. Холодовой (2017); Е.А. Комоновой и А.С. Суманеевой (2017). Опыт внедрения в различных регионах медико-организационных инноваций в деятельность перинатальных центров, в том числе при сверхранных преждевременных родах, представлен в работах Е.И. Петровой и соавт. из Рязани (2013); Л.А. Алексеенко и соавт. из Ханты-Мансийска (2017); Г.А. Сусловой и соавт. из Санкт-Петербурга (2017); А.Я. Перепелицкой из Сургута (2018). Вопросам медико-генетического консультирования и врожденным порокам развития плода и новорожденного посвящены работы Н.В. Зарецкой и соавт. (2013); Ю.В. Черенкова и соавт. (2016). В исследованиях Л.А. Зайцевой (2014); В.П. Глушковой и соавт. (2016); В.А. Романова и С.В. Белоусовой (2018), Н.А. Сенченко (2018) изучена оказываемая в перинатальных центрах социально-психологическая и психотерапевтическая помощь женщинам, оказавшимся в ситуации кризисной беременности. Проблеме социального сопровождения материнства на примере областного перинатального центра г. Курска посвящена работа В.П. Кузьмина (2016).

Цель исследования: разработка и научное обоснование комплекса мер медико-организационного характера, направленных на совершенствование деятельности областного перинатального центра, снижение потерь здоровья матери и ребенка.

Задачи исследования:

1. Изучить состояние здоровья и организацию медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным в Московской области для выявления проблемных зон в динамике за 2010–2017 гг.
2. Оценить качество акушерско-гинекологической помощи на основе социологического опроса женщин, получавших медицинскую помощь в областном перинатальном центре.
3. Провести анализ деятельности областного перинатального центра для выявления резервов ее совершенствования.
4. Разработать комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию деятельности областного перинатального центра и сокращение потерь здоровья матери и ребенка, а также оценить их эффективность за период внедрения разработанных предложений (2015–2017 гг.).

Научная новизна данного исследования состоит в том, что впервые:

- проанализировано состояние здоровья и организация медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным в Московской области и выявлены проблемные зоны;
- дана оценка акушерско-гинекологической помощи женщинами, получившими ее в областном перинатальном центре, на основе социологического исследования;
- проведен анализ деятельности областного перинатального центра, позволивший выявить резервы медико-организационного характера в целях повышения ее эффективности;
- научно обоснованы подходы к совершенствованию медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным в условиях областного перинатального центра.
- на основании полученных результатов разработаны предложения по совершенствованию деятельности областного перинатального центра, направленные на сокращение потерь здоровья матери и ребенка и показана их эффективность.

Научно-практическая значимость исследования:

- выявлены особенности состояния здоровья и организации медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным в Московской области на современном этапе, определяющие дифференцированный подход к проведению лечебно-профилактических мероприятий;
- изучено мнение получавших акушерско-гинекологическую помощь в Московском областном перинатальном центре женщин о ее доступности и качестве;
- определены проблемные зоны в оказании акушерско-гинекологической помощи женщинам, получавшим ее в областном перинатальном центре;
- установлены основные направления совершенствования деятельности областного перинатального центра, которые позволят повысить качество и доступность акушерско-гинекологической помощи; улучшить здоровье беременных, рожениц, родильниц; снизить уровень репродуктивных потерь.

Методология и методы исследования

Для реализации поставленных задач была проведена комплексная оценка акушерско-гинекологической и неонатальной помощи в областном перинатальном центре. Использовались различные источники медико-статистических данных и результаты социологического опроса женского населения репродуктивного возраста, находящегося в зоне обслуживания указанного перинатального центра. В работе были применены библиографический, медико-статистический, социологический, аналитический, математико-статистический (моделирование трендов) методы исследования.

На основе оценки состояния здоровья беременных, рожениц и

новорожденных, и организации службы родовспоможения в Московской области, изучения мнения женского населения репродуктивного возраста о качестве оказываемой им акушерско-гинекологической помощи и анализа деятельности областного перинатального центра были разработаны пути совершенствования организации и повышения эффективности его деятельности.

Репрезентативность выборки и использование современных математико-статистических методов определили достоверность и объективность полученных результатов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Современные тенденции в состоянии здоровья беременных, родильниц и новорожденных в Московской области требуют медико-организационных мер по совершенствованию системы охраны материнства и детства на уровне областного перинатального центра.

2. Основными путями совершенствования деятельности областного перинатального центра являются: усиление профилактического направления при диспансеризации женского населения; преемственность в работе с другими медицинскими организациями; внедрение клинических рекомендаций (протоколов), медико-экономических стандартов и современных технологий; аудит качества акушерско-гинекологической и неонатальной помощи; оптимизация ресурсной обеспеченности; повышение квалификации и коммуникативных навыков медицинских работников.

3. Совершенствование деятельности областного перинатального центра позволило повысить качество и доступность акушерско-гинекологической помощи населению Московской области в целом, что привело к увеличению доли нормальных родов, снижению материнской и перинатальной смертности, а также к улучшению здоровья новорожденных. В свою очередь, это положительно отразилось на показателях деятельности самого перинатального центра.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертационной исследования соответствуют пунктам 1, 2, 3 паспорта специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Степень достоверности результатов. Достоверность и объективность полученных результатов определяется репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования, статистической обработкой полученных данных с использованием современных подходов. Необходимое число наблюдений, обеспечивающее достоверность полученных результатов, определялось по стандартной формуле бесповторной выборки.

Внедрение результатов исследования в практику. Разработанные по результатам исследования научно-обоснованные рекомендации по усилению организационно-методической и экспертной работы в перинатальном центре для контроля и своевременного устранения дефектов оказываемой помощи;

совершенствованию организации и реализации пренатального мониторинга физиологической и патологической беременности; улучшению коммуникативных навыков медицинского персонала и разъяснительной работы с пациентками, в том числе по их правам при получении медицинской помощи внедрены в практическую деятельность Московского областного перинатального центра и перинатального центра при ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

По материалам исследования подготовлено, издано и внедрено информационно-методическое письмо «Мероприятия по совершенствованию деятельности областного перинатального центра и их эффективность» (М.: РУДН, 2018).

Материалы исследования также используются в учебном процессе при чтении лекций и проведении практических занятий со студентами и слушателями ФПК ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет».

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на:

- I-ой межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Молодежь и медицинская наука» (Тверь, 2013);
- XIX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2015);
- межвузовской научно-практической конференции «Трансформация здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование – взгляд в будущее» (М., 2016);
- научно-практической конференции с международным участием, посвященной 55-летию медицинского факультета РУДН (М., 2016);
- XX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2016);
- VIII Международной научной конференции «Science4health2017» (Москва, 2017);
- 66-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» (Душанбе, 2018).

Личное участие диссертанта. Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора как на этапе постановки цели и задач, разработки методологии исследования, так и сборе первичных данных, проведении исследований, обработке, анализе и обобщении полученных результатов для написания и оформления рукописи.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 9 печатных работ, в том числе 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 163

страницах машинописного текста и состоит из введения и пяти глав (обзор литературы, методология и организация исследования, 3 глав собственных исследований), заключения, выводов, предложений, списка литературы. Работа иллюстрирована 41 рисунком, 47 таблицами. Библиографический указатель содержит 174 источника, из них 139 – отечественных и 35 – иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, определены цель и задачи, научная новизна и практическая значимость работы, а также выносимые на защиту положения.

В первой главе представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по теме исследования, в котором рассматриваются медико-социальные аспекты организации родовспоможения в современных условиях. Дана развернутая характеристика репродуктивно-демографических процессов в Российской Федерации, тенденциям репродуктивного здоровья женщин и перинатальных потерь, медико-организационным аспектам оптимизации системы профилактики репродуктивных потерь. Особое внимание было уделено роли перинатальных центров в службе родовспоможения.

Во второй главе изложена программа, дана характеристика базы, материала и методов исследования.

Гипотеза исследования. Мировой опыт свидетельствует, что регионализация службы родовспоможения обеспечивает прогресс в снижении репродуктивных и материнских потерь. На сегодняшний день во всех экономически развитых странах система оказания перинатальной помощи базируется на принципе регионализации. Европейское бюро ВОЗ под термином «регионализация медицинской помощи» подразумевает рациональное территориальное распределение отдельных видов помощи, технологий и учреждений по трем уровням, обеспечивая всеобщую доступность качественной медицинской помощи для населения и ее клинико-экономическую эффективность. Согласно российскому законодательству, оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе листов маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем лечебно-диагностических вмешательств в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских организаций. Проблема повышения ее качества в современных социально-экономических и медико-демографических условиях недостаточно изучена и приобретает ряд новых направлений, что требует эффективного поиска их решений. В связи с этим, возникает необходимость оценки состояния системы регионализации перинатальной помощи: ее работоспособность, функциональность и эффективность. Большую научно-практическую значимость приобретает совершенствование организации и оказания

акушерско-гинекологической помощи в областных перинатальных центрах.

Базой исследования явилось ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр» (МОПЦ), основанный на базе женской консультации №1 городского округа Балашиха.

Коечный фонд составляет 200 коек, из которых 130 акушерских коек, 40 – гинекологических коек, 30 коек - патологии новорожденных. Центр оснащен современным высокотехнологическим диагностическим и лечебным оборудованием.

В структуру МОПЦ входят: клиничко-диагностическое отделение (поликлиника), девять стационарных отделений, отделение пренатальной диагностики, отделение вспомогательных репродуктивных технологий и клиничко-диагностическая лаборатория. Для беременных женщин с осложненным течением беременности в МОПЦ открыт дневной стационар для проведения лечебно-диагностических процедур и малых акушерско-гинекологических операций с применением современных технологий.

Предмет исследования: акушерско-гинекологическая и неонатальная деятельность областного перинатального центра.

Объект исследования: женское население репродуктивного возраста, получающее медицинскую помощь в областном перинатальном центре.

Единица наблюдения: женщина репродуктивного возраста – пациентка МОПЦ.

Информационная база исследования:

- отечественные и зарубежные источники литературы, документы ВОЗ, доклады о профилактике и распространенности заболеваемости акушерско-гинекологического профиля в России и в мире;

- данные, содержащиеся в базе Федеральной службы государственной статистики (Росстат);

- статистические сборники: «Демографический ежегодник России», «Здравоохранение в России», «Ресурсы и деятельность медицинских организаций» за период 2010-2017 гг.;

- форма №30 «Сведения о медицинской организации»;

- форма №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»;

- форма №232 «Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах»

- данные социологического опроса женского населения Московской области.

Для решения поставленных задач исследование проводилось в несколько этапов. В таблице 1 представлены источники информации, объем и методы исследования.

В работе использовались следующие *методы исследования:* библиографический, медико-статистический, социологический, аналитический, математико-статистический (моделирование трендов).

На первом этапе проводилась оценка состояния и проблем акушерско-гинекологической и неонатальной помощи в России в современных условиях. Медико-социальные аспекты организации родовспоможения изучались на основании анализа отечественных и зарубежных источников литературы, документов ВОЗ, докладов о состоянии здоровья женщин в России и в мире.

Таблица 1. - Этапы, источники информации, объем и методы исследования

Этапы исследования	Источники информации	Объемы и методы исследования
1. Оценка степени разработанности вопросов организации и деятельности перинатальных центров в современных условиях, обоснование программы исследования	Анализ отечественной и зарубежной литературы	174 источника (библиографический)
2. Анализ уровня и тенденций в состоянии здоровья беременных, рожениц и новорожденных, и организации службы родовспоможения в Московской области	База Росстата Статистические сборники	Показатели за 2010-2017 гг. по РФ, ЦФО и Московской области (медико-статистический, математико-статистический)
3. Изучение мнения женского населения репродуктивного возраста о качестве оказываемой им акушерско-гинекологической помощи	Анкеты опроса женского населения репродуктивного возраста (18-49 лет)	596 анкет опроса женского населения (социологический)
4. Анализ деятельности областного перинатального центра	Статистические формы 30, 32 и 232	Данные за 2010-2017 гг. (медико-статистический, математико-статистический)
5. Научное обоснование и разработка путей совершенствования организации и повышения эффективности деятельности областного перинатального центра	Материалы предыдущих этапов	Материалы предыдущих этапов (аналитический)

Второй этап исследования заключался в анализе состояния здоровья и организации медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным в Московской области за период 2010-2017 гг. Проводилось сравнение с аналогичными данными по Российской Федерации в целом и Центральному федеральному округу (ЦФО). При этом были выделены два временных интервала: 2010-2014 гг. – период до внедрения рекомендаций по совершенствованию деятельности перинатального центра и 2015-2016 гг. – период внедрения предложений по совершенствованию его деятельности.

Изучалась гинекологическая заболеваемость женщин репродуктивного возраста, заболеваемость женщин во время беременности, родов и послеродового периода, заболеваемость доношенных и недоношенных

новорожденных, ее нозологическая структура.

Анализ заболеваемости женщин и новорожденных осуществлялся в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ-10).

Для оценки акушерско-гинекологической и неонатальной помощи в Московской области анализировались такие показатели, как обеспеченность специализированными койками, обеспеченность врачами соответствующего профиля и уровень их квалификации, показатели работы койки.

При анализе динамического ряда проводили моделирование трендов методом аппроксимации. Моделирование трендов позволило установить степень достоверности наблюдаемых тенденций. Тенденция считается достоверной при R^2 равной или превышающей 0,4.

Целью *третьего этапа* исследования было получить медико-социальную характеристику женщин репродуктивного возраста - пациенток областного перинатального центра, а также изучение мнения о качестве акушерско-гинекологической и неонатальной помощи, оказываемой им. В социологическом опросе приняли участие 596 женщин в возрасте 18-49 лет, проживающих в Московской области.

Репрезентативность выборки была установлена с помощью таблицы В.И. Паниотто и соавт. (2004).

Генеральная совокупность женского населения репродуктивного возраста Московской области достигает 3,8 млн. человек, поэтому была выбрана позиция, где объем генеральной совокупности составлял «10 000», которой соответствует выборочная совокупность 385 человек. В связи с этим 596 опрошенных нами женщин можно считать репрезентативной выборкой.

На четвертом этапе проводилась оценка деятельности МОПЦ в соответствии с критериями, характеризующими объем и структуру посещений женщинами различных категорий, состояние здоровья прошедших через центр беременных, рожениц и новорожденных, репродуктивные потери, ресурсную деятельность учреждения и удовлетворенность пациенток, оказываемой им медицинской помощью.

На пятом этапе на основании полученных результатов были научно обоснованы и разработаны мероприятия по совершенствованию деятельности областного перинатального центра и представлены практические рекомендации, адресованные организаторам здравоохранения Московской области, руководителям, врачам акушерам-гинекологам, педиатрам и неонатологам перинатальных центров.

Математическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики, корреляционного анализа. Доверительный интервал для средних величин вычислялся с заданным уровнем достоверности 0,95. Исходным материалом для вычисления были абсолютные числа по наблюдениям в группах. Определялись тренды изучаемых явлений методом скользящего среднего. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью

пакета статистических программ Statistica v.6.1. и программы Microsoft Office Excel 2010.

Третья глава посвящена демографической ситуации, динамике и тенденциям здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных. Кроме того, представлен анализ состояния организации родовспоможения и неонатальной помощи в Московской области.

Ежегодно в Московской области рождается около 80 тыс. детей. К 2016 г. по сравнению с 1995 г., когда отмечался самый низкий уровень рождаемости, число родившихся увеличилось в 1,9 раза (с 7,1 до 13,1 на 1000 населения, соответственно). Однако, в 2017 г. было отмечено резкое снижение рождаемости до 11,9 промилей (рисунок 1). Следует отметить, что рождаемость в Московской области только в два последние года стала несколько выше, чем в РФ, в которой этот показатель в 2017 г. составил 11,5 на 1000 населения.

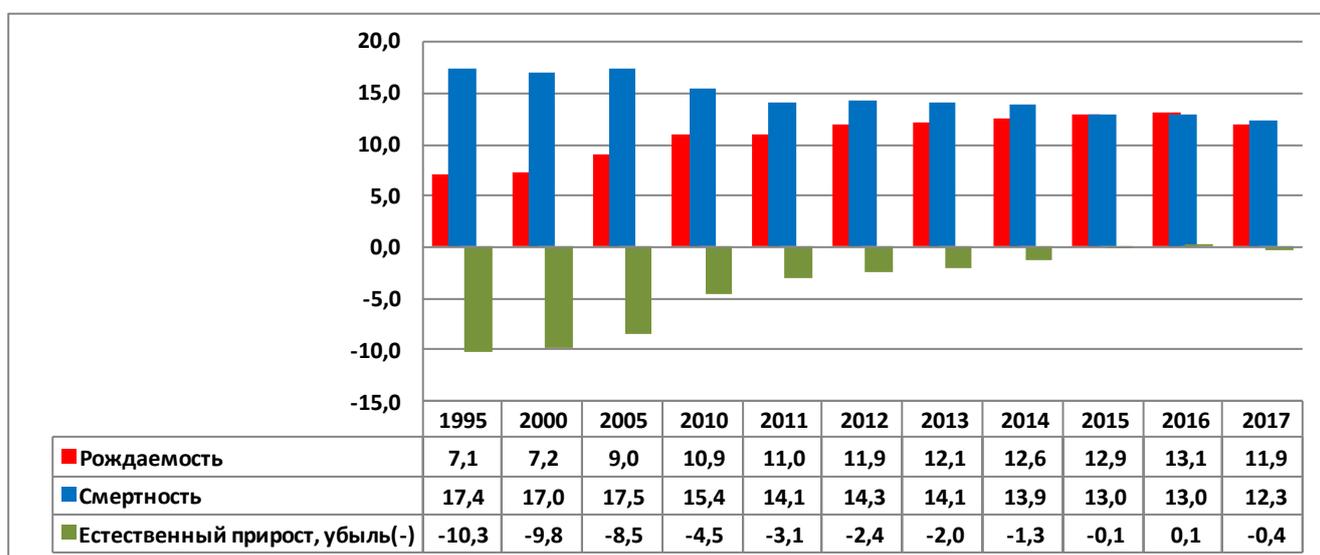


Рисунок 1. – Естественное движение населения Московской области (на 1000 населения)

В последние годы демографическая ситуация в области улучшилась. В связи с ростом рождаемости и тенденцией к снижению общей смертности населения сократилась убыль населения, однако, коэффициент естественного движения остается отрицательным (в 2017 г. - -0,4), хотя в России в целом он был положительным и только резко изменился в 2017 г. - -0,9.

Общая численность населения Московской области составляет более 7 млн. человек и постепенно растет (в 2009 г. 6, 71 млн., в 2017 г. – 7,42 млн. человек). Доля женского населения составляет 53,8% населения. При этом более 80% из них являются городскими жителями. Женщины репродуктивного возраста (в возрасте 15-49 лет) от всего женского населения составляют около половины – более 1,7 млн. человек. На фоне стабильности общей численности женского населения число и доля женщин репродуктивного возраста сокращается – с 49,8% в 2008 г. до 42,6% в 2017 г.

Неблагоприятным является тот факт, что сокращение женского населения репродуктивного возраста в области происходит за счет

возрастной группы до 24 лет, т.е. наиболее активной в репродуктивном отношении. Так, численность девушек (в возрасте 15-19 лет) уменьшилась на 35,9%, а женщин в возрасте 20-24 года – на 18,7%.

В Московской области отмечается более высокий уровень частоты нормальных родов, чем в РФ в целом и Центральном федеральном округе (рисунок 2). Однако, его уровень неустойчивый и к 2017 г. был самый низкий за весь период наблюдения – 40,6%.

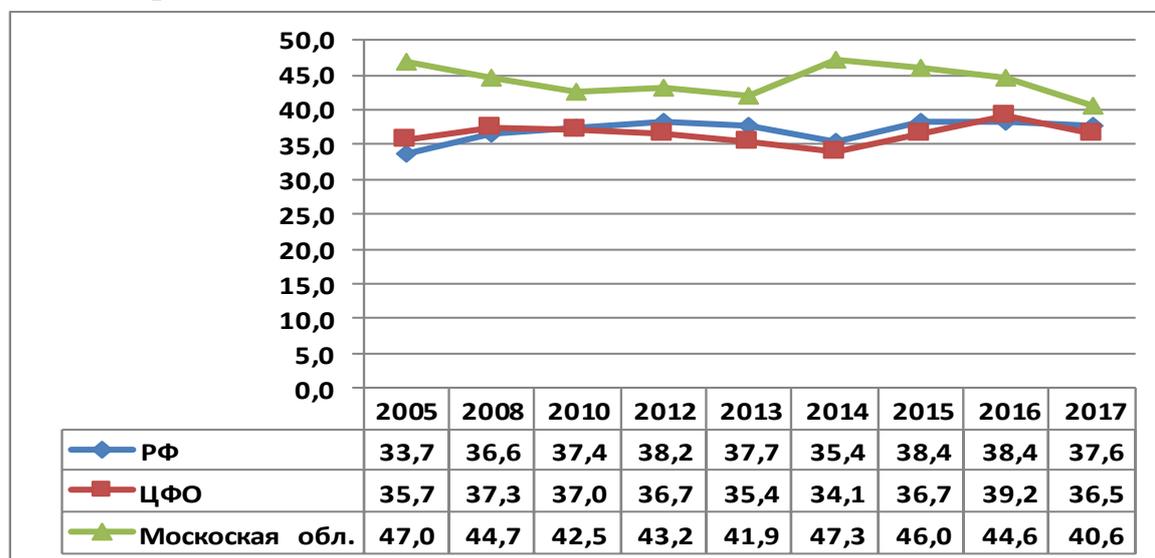


Рисунок 2. – Доля нормальных родов в РФ, Центральном ФО и в Московской области (в %)

Ежегодно в Московской области у 65–68 тыс. беременных женщин регистрируются различные заболевания и патологические состояния, что составляло около 73%.

Следует отметить, что за период 2010–2017 гг. число случаев заболеваемости беременных несколько увеличилось и достигло 85,5% (таблица 3.2). Однако, при пересчете на 1000 родов, заболеваемость женщин повысилась соответственно с 1244% в 2010 г. до 1401,6% в 2017 г. (+ 12,6%).

Имеет место увеличение доли женщин с патологией в родах и в послеродовом периоде – с 58,3% до 66,2% соответственно, и к 2017 г. их численность составила 53,4 тыс. человек. При этом значительно выросла распространенность заболеваний, осложнивших роды (осложнений родов и послеродового периода) – с 790,8 до 1109,9 на 1000 родов (+ 40,4%).

Структура заболеваний, осложнивших роды (осложнений родов и послеродового периода) за период 2010–2017 гг. несколько изменилась. В 2010 г. и первое ранговое место занимали преждевременный разрыв плодных оболочек (23,8%), второе место – анемии (20,8%), третье место – отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (17,3%). В 2017 г. на первое место вышли анемии (21,0%), преждевременный разрыв плодных оболочек переместился на второе место (19,9%).

Подавляющее большинство детей Московской области рождается доношенными, т.е. с массой тела более 2500 г. На долю недоношенных детей приходится более 5%. При этом за период 2012–2017 гг. данный показатель

почти не изменился. Так, в 2012 г. и в 2017 г. новорожденные массой тела менее 2500 г. составляли 5,2 и 5,5%, соответственно. В Московской области довольно небольшая доля детей рождается с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), не более 0,35%, что в 2 раза меньше, чем по РФ в целом (около 0,8%).

За период 2012–2017 гг. практически не изменилась структура заболеваемости новорожденных ЭНМТ – первые ранговые места занимали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и дыхательные расстройства у новорожденного (дистресс), внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах, на долю которых приходилось 86% и 83,4%, 25,3% и 23,5%, 17,1% и 15,6%, соответственно.

В Московской области произошло также значительное снижение (в 2 раза) материнской смертности – в 2017 г. она составила 5,6 на 100 000 живорожденных, что позволяет относить ее к территориям с низкими показателями как по РФ в целом, так и среди субъектов ЦФО.

В 2017 г. перинатальная смертность в Московской области составила 4,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (сокращение в 1,5 раза) и была ниже, чем в РФ и ЦФО.

В период 2010–2017 гг. в Московской области отмечалось сокращение родильных домов и увеличение числа перинатальных центров и женских консультаций. Служба родовспоможения области в настоящее время представлена 5 перинатальными центрами, 3 родильными домами и 52 родовспомогательными учреждениями и родильными отделениями в составе муниципальных больниц.

За период 2010–2017 гг. в области произошло некоторое сокращение абсолютного числа акушерских (с 2727 до 2605), гинекологических (с 2723 до 2688) коек и коек для беременных и рожениц (с 1599 до 1322). Увеличилось количество коек патологии беременности (с 1128 до 1283). Указанные изменения привели к аналогичной динамике обеспеченности койками указанного профиля на 10 000 женщин репродуктивного возраста.

Следует отметить значительное превышение по сравнению с РФ в целом и ЦФО средней занятости койки в году для беременных и рожениц – 269 против 259 и 235 дней соответственно ($p < 0,05$), и патологии беременности – 316 против 297 и 295 дней соответственно ($p < 0,05$).

Средняя занятость гинекологических коек в году в Московской области не столь значительно превышает только окружной уровень – 309 против 309 и 302 дней, соответственно.

Анализ средней занятости койки в году по типам учреждений (в днях) в Московской области показал также тенденцию к ее сокращению в родильных домах (на 12,3%) и в перинатальных центрах (на 7,5%). При этом, данные показатели в области были достоверно выше, чем в РФ и ЦФО: в родильном доме – 299 против 276 и 265 дней соответственно, в перинатальных центрах – 332 против 296 и 293 дней соответственно ($p < 0,05$).

В Московской области увеличилась обеспеченность акушерами-гинекологами (на 5,7%) и неонатологами (на 8,9%). При этом, если уровень

обеспеченности акушерами-гинекологами в 2017 г. (4,26 на 10000 населения соответствующего возраста) приближался к таковым в РФ и ЦФО (4,65 и 4,40 соответственно), то обеспеченность неонатологами была значительно ниже – 26,8 против 31,9 и 32,4 соответственно.

В **четвертой** главе представлена субъективная оценка опрошенными женщинами своего здоровья и их медицинская активность, а также репродуктивные установки, удовлетворенность акушерско-гинекологической помощью и данные об информированности пациенток о предоставляемых медицинских услугах.

Подавляющее большинство респонденток (в 70% случаев) относили себя к группе здоровых, 18,1% женщин считали, что страдают заболеваниями хронического характера, 11,9% – чувствовали себя больными. Установлена определенная зависимость мнения о своем здоровье от возраста опрошенных. Удельный вес практически здоровых женщин достигала максимума в возрастной группе 20–29 лет (74,5%) и к возрасту 40–49 лет снижался до 16,7%. В то же время, доля женщин, имеющих хронические заболевания, увеличивалась с 19,1% до 66,7% соответственно. При этом увеличивалась доля лиц, чувствующих себя больными.

В структуре хронической патологии у наблюдаемых женщин наибольшая доля приходилась на болезни органов дыхания – 27,4% (22,6% болезни ЛОР-органов и 4,8% хроническая бронхолегочная патология), болезни системы кровообращения (16,1%). Реже встречались гинекологические заболевания (12,9%) и болезни эндокринной системы (11,3%). В единичных случаях регистрировались болезни костно-мышечной и мочеполовой системы (рисунок 3).

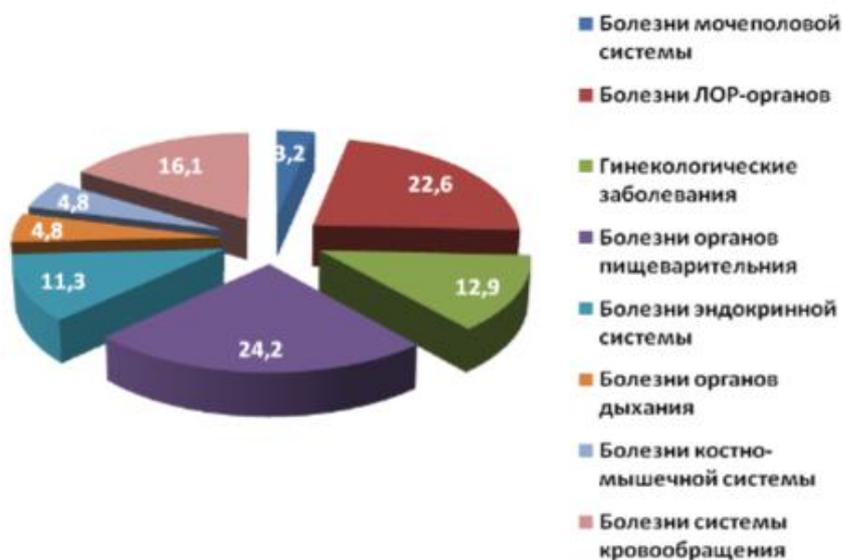


Рисунок 3. – Структура экстрагенитальных заболеваний у опрошенных женщин (в %)

В анамнезе наиболее были распространены воспалительные заболевания половой сферы: у 30,9% женщин аднексит, у 7,2% – эндометриоз. Эрозия шейки» матки имела место в 34% случаев, кисты

яичников – в 15,5%, миома матки – в 7,2% и бесплодие – в 3,1%.

На момент опроса о наличии гинекологических заболеваний (эрозия шейки матки, миома матки и киста яичников) сообщили 11,1% респонденток. Следует обратить внимание, что только 37% из них указали на наличие хронических заболеваний, 25% – чувствовали себя больными и 7,3% – считали себя практически здоровыми.

В 83,9% случаев опрошенные женщины имели относительно высокую медицинскую активность, при этом 38,7% несколько раз в год посещали женскую консультацию. В то же время среди основных причин отказа от посещения женской консультации было названо отсутствие времени – 59,4%. Установлена зависимость частоты посещения женской консультации от возраста. Так, в возрасте 20–39 лет регулярно ее посещало 86,5–89,4% респонденток, тогда как женщины возрастных групп до 20 лет и 40–49 лет делали это только в 50% и 68,4% случаев соответственно ($p < 0,05$).

Пациентки, имевшие высшее образование, были более активными в плане посещения женской консультации. Так, 91,1% посещали её несколько раз в год и не менее одного раза в год. Лишь 20% женщин, принявших участие в опросе, имеющих общее среднее образование, женскую консультацию посещали регулярно.

Практически здоровые и чувствующие себя больными женщины имели чаще всего по одной беременности – в 45% и 50% случаев. Среди пациенток с хроническими заболеваниями на их долю приходилось достоверно меньше – 35,8% ($p < 0,05$).

В целом пациенты были удовлетворены, оказываемой им медицинской помощью в женской консультации (54,1%) и родильном доме (51,1%). При этом они имели возможность выбирать врача в женской консультации, а помощь, оказанная в данном учреждении, вполне соответствовала их индивидуальным нуждам. Среди положительных моментов также назывались возможность получения квалифицированной помощи, контакта с врачом по мере необходимости.

Вместе с тем, около одной трети женщин не были удовлетворены информацией о диагнозе, методах обследования, течении заболевания, лечении и побочных действиях лекарственных препаратов. Как показали исследования, наиболее часто (ответ «всегда») врачи предоставляют информацию о диагнозе – в 75,3% случаев, не всегда – в 21,6% и не предоставляют – в 2%.

Следует отметить, что лишь небольшая часть пациентов в полной мере знали о правах, защищающих их интересы. Около половины (49,2%) опрошенных сообщили, что врачи всегда представляют им информацию о праве пациента отказаться от обследования и лечения и последствиях такого отказа, 39,2% – не всегда, 11,6% – не предоставляют. Распределение частоты положительных ответов было различным в зависимости от возраста пациентов. Женщины в возрасте до 20 лет дали положительный ответ в 100% случаев, в возрасте 40–49 лет – в 60%, в остальных возрастных группах их

частота колебалась от 45,7 до 50%.

Доступность медицинских услуг определяется также информированностью пациентов об их праве на свободный выбор врача. Анкетирование показало, что почти половина женщин (48,2%) предпочитали получать медицинскую помощь у участкового акушера-гинеколога женской консультации, 32,6% – у знакомого врача и 19,2% – в частном медицинском центре.

В **пятой** главе представлены приоритетные направления совершенствования помощи беременным, матерям и новорожденным в областном перинатальном центре.

Проведенные исследования (социологический опрос и анализ деятельности областного перинатального центра) позволили выявить существующие проблемы и определить пути их решения для совершенствования деятельности МОПЦ. Выявленные по результатам социологического опроса пациенток проблемы и пути их решения представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Проблемы МОПЦ по материалам социологического опроса и пути их решения

Проблемы по результатам социологического опроса	Решения
Неудовлетворенность пациенток по ряду позиций: - качеством медицинской помощи в родах и после родов; - психологической совместимостью с врачом; - психологической совместимостью с акушеркой; - комфортностью условий при родах и после родов; - информацией о диагнозе, методах обследования, течения заболевания, лечении и побочных действиях лекарственных препаратов; - недостаточные знания о правах, защищающих их интересы при получении медицинской помощи.	- Разработка и практическое внедрение методики многофакторной и объективной оценки (аудита) качества акушерско-гинекологической и неонатальной помощи. - Оптимизация кадровой обеспеченности, повышение квалификации и коммуникативных навыков медицинских работников. - Совершенствование социально-правовой работы в перинатальном центре. - Систематический анализ показателей деятельности акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров и перинатального центра в целом.

Анализ работы областного перинатального центра выявил такие проблемные зоны, как:

- недостаточная доля беременных, поступивших под наблюдение до 12 недель гестации;
- сокращение доли профилактических осмотров;
- высокие показатели прерываний беременности по медицинским показаниям, в связи с неразвивающейся беременностью и диагностированными пороками развития на первом генетическом скрининге;

– ресурсная деятельность перинатального центра характеризуется недостаточным использованием коечного фонда – показатели работы койки патологии беременности и гинекологической койки ниже рекомендуемых МЗ РФ;

– имеет место недостаточный уровень занятости койки и сокращение оборота койки дневного стационара.

Кроме того, необходимо отметить негативное влияние следующих факторов риска, связанных с соматическим или продуктивным здоровьем женщин:

– рост распространенности экстрагенитальной патологии за счет болезней системы кровообращения, мочеполовой системы и щитовидной железы;

– изменение в структуре экстрагенитальной патологии – увеличение значимости болезней, отнесенных к группе «Другие» и болезней системы кровообращения, которые стали занимать первое и второе место соответственно;

– тенденция к росту инфекций, передаваемых половым путем, которая связана с так называемыми болезнями нового поколения — хламидиоз, микоплазмоз, герпетическая инфекция и др.;

– рост частоты гинекологических заболеваний, в структуре которых повышается значимость болезней воспалительного характера на фоне неблагоприятных тенденции в распространенности ИППП;

– основными осложнениями беременности у состоящих на учете пациенток являлись угроза ее прерывания, преэклампсия и плацентарные нарушения;

– увеличение доли таких причин заболеваемости беременных как рубец на матке, инфекции мочевых и половых путей, преждевременное излитие вод и сахарный диабет;

– значительные колебания показателя мертворождаемости и доношенность части детей, родившиеся мертвыми, в том числе погибшими в антенатальном периоде;

– первые ранговые места (после отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде), по убыванию занимают такие причины заболеваемости новорожденных, как дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения, геморрагические и гематологические нарушения, родовая травма.

– достоверное увеличение числа случаев дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений у новорожденных.

При обосновании и разработке мероприятий по совершенствованию деятельности областного перинатального центра мы руководствовались следующими принципами:

1) мероприятия должны носить разнонаправленный характер, то есть включать организационные, медико-социальные и профилактические составляющие;

2) мероприятия должны осуществляться на всех этапах возможной предотвратимости потерь здоровья (профилактики поведенческих факторов риска, своевременной диагностики и адекватного лечения).

Необходимо отметить, что во всех разделах работы перинатального центра есть резервы для улучшения качества оказания квалифицированной медицинской помощи. При этом система обеспечения качества медицинской помощи женщинам и детям должна состоять из разделов:

I раздел – усиление профилактической деятельности акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров;

II раздел – повышение качества диспансеризации женского населения;

III раздел – совершенствование преемственности в работе перинатального центра детских поликлиник, женских консультаций и стационаров области;

IV раздел – дальнейшая отработка в лечебном процессе методов лечения основных заболеваний у женщин и новорожденных в соответствии с медико-экономическими стандартами и введением новых методик

V раздел – дифференцированное по уровням помощи внедрение современных технологий;

VI раздел – рациональная организация труда медицинских работников на рабочем месте;

VII раздел – рациональное по функциональным уровням переоснащение и эксплуатация оборудования;

VIII раздел – разработка и практическое внедрение методики многофакторной и объективной оценки (аудита) качества акушерско-гинекологической и неонатальной помощи;

IX раздел – оптимизация кадровой обеспеченности, повышение квалификации и коммуникативных навыков медицинских работников;

X раздел – совершенствование социально-правовой работы в перинатальном центре;

XI раздел – систематический анализ показателей деятельности акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров и перинатального центра в целом.

Улучшение качества диспансерной работы в женских консультациях и медицинской помощи беременным и родильницам можно обеспечить путем проведения экспертных оценок с помощью специально разработанных экспертных карт.

Важно обеспечить взаимодействие женских консультаций с лечебно-профилактическими и образовательными учреждениями с целью повышения эффективности работы по профилактике среди девочек-подростков и женщин активного репродуктивного возраста вредных привычек и искусственных абортов.

Акушерам-гинекологам женских консультаций, центров планирования семьи и репродукции в своей работе по профилактике нарушений репродуктивного здоровья, перинатальных и материнских потерь

необходимо учитывать результаты экспертных оценок, а также выявленные особенности медицинской активности, репродуктивных установок и поведения жительниц области.

Внедрение перечисленных мероприятий способствовало оптимизации работы областного перинатального центра и привело к улучшению показателей его деятельности и состояния здоровья беременных, повышению доли нормальных родов, снижению мертворождаемости.

Так, в период после 2014 г. почти на одну треть (29,3%) выросло число посещений в год – с 25,9 до 33,5 тыс. человек. Повысился средний показатель занятости койки в году – с 295,5 до 320,8 дней, сократилось среднее пребывание пациентов на койке – с 5,8 до 4,4 дней (на 24,1%) и, соответственно, вырос оборот койки с 50,2 до 72,3 выбывших (на 44%) (таблица 3).

Таблица 3. – Динамика показателей деятельности МОПЦ

Показатели	2014 г.	2017 г.	2017/2014 гг., %
Число посещений в год, тыс. человек	25,9	33,5	+29,3
Число дней занятости койки в году	294,5	320,8	+8,9
Среднее пребывание на койке, дней	5,8	4,4	-24,1
Оборот койки, число выбывших	50,2	72,3	+44,0

Важным результатом проводимых мероприятий было улучшение состояния здоровья контингента беременных женщин, обратившихся в МОПЦ. За анализируемый период достоверно снизилась общая заболеваемость беременных с 64,4 до 26,2, в том числе преэклампсией – с 11,2 до 1,1 на 100 обследованных ($p < 0,05$). Это, в свою очередь, повлияло на некоторое повышение доли нормальных родов и снижение мертворождаемости.

В **заключении** в обобщённом виде представлены результаты проведенного диссертационного исследования.

ВЫВОДЫ

1. Согласно полученным данным, в Московской области в период 2010–2014 гг. (до внедрения практических рекомендаций) в состоянии здоровья женщин репродуктивного возраста, беременных, рожениц, родильниц и новорожденных имел место ряд негативных тенденций, в том числе:

– рост частоты экстрагенитальной патологии (прежде всего, болезней системы кровообращения, мочеполовой системы и щитовидной железы), а также гинекологических заболеваний (с 32,4 до 41,3 на 100 обследованных), в структуре которых повышается значимость болезней воспалительного характера на фоне неблагоприятных тенденции в распространенности ИППП;

– отрицательная динамика заболеваемости беременных (рост с 1244‰ до 1424,6‰), рожениц (рост с 790,8‰ до 1037,3‰) и новорожденных (рост с

1451,9‰ до 1524,3‰);

– повышенный уровень перинатальных потерь – рост перинатальной смертности (с 7,3‰ до 8,2‰), мертворождаемости (с 4,4‰ до 5,2‰) и стагнация показателей ранней неонатальной смертности.

2. К организационным проблемам акушерско-гинекологической службы области относились:

– отсутствие развитой сети перинатальных центров и низкий уровень, в отличие от Российской Федерации в целом, обеспеченности на 10 тыс. женщин репродуктивного возраста акушерскими койками (15,4 против 20,4), койками для беременных и рожениц (8,2 против 10,5), патологии беременности (7,2 против 9,9);

– недостаточное использование коечного фонда МОПЦ – ниже рекомендуемых Минздравом РФ показатели работы койки патологии беременности (265,5 против 325 дней) и гинекологической койки (285,2 против 318 дней); недостаточный уровень занятости койки (в 2015 г. 297,3 дней) и сокращение оборота коек дневного стационара за 2011-2015 гг. (с 54,3 до 51,4 человек).

3. В 83,9% случаев опрошенные женщины имели относительно высокую медицинскую активность, при этом 38,7% достаточно часто посещали женскую консультацию. Основными причинами отказа от посещения женской консультации было отсутствие времени – 59,4%. В целом пациенты были удовлетворены, оказываемой им медицинской помощью в женской консультации (54,1%) и родильном доме (51,1%). При этом они имели возможность выбирать врача в женской консультации, а помощь, оказанная в данном учреждении, вполне соответствовала их индивидуальным нуждам. Среди положительных моментов также назывались возможность получения квалифицированной помощи, контакта с врачом по мере необходимости.

Вместе с тем, около одной трети женщин не были удовлетворены информацией о диагнозе, методах обследования, течении заболевания, лечении и побочных действиях лекарственных препаратов. Следует отметить, что лишь небольшая часть пациентов в полной мере знали о правах, защищающих их интересы.

4. В деятельности областного перинатального центра в ходе исследования были выявлены резервы повышения качества оказания квалифицированной медицинской помощи, которые определили необходимость разработки мероприятий по ее совершенствованию. Установлено, что основными путями сокращения потерь здоровья матери и ребенка при этом являются: усиление профилактической деятельности и повышение качества диспансеризации женского населения; совершенствование преемственности в работе перинатального центра, детских поликлиник, женских консультаций и стационаров области; активное внедрение медико-экономических стандартов и современных технологий; систематическое проведение аудита качества акушерско-гинекологической и неонатальной помощи; оптимизация ресурсной

обеспеченности центра, повышение квалификации и коммуникативных навыков медицинских работников. Реализация данных мероприятий (в 2015–2017 гг.) подтвердила их эффективность в плане улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных.

5. Совершенствование деятельности областного перинатального центра (2015–2017 гг.) позволило повысить качество и доступность акушерско-гинекологической помощи женскому населению в целом, что привело к снижению репродуктивных потерь – материнской и перинатальной смертности, а также к положительным сдвигам в состоянии здоровья новорожденных. За анализируемый период достоверно снизилась общая заболеваемость беременных с 64,4 до 26,2, в том числе преэклампсией – с 11,2 до 1,1 на 100 обследованных ($p < 0,05$). Это, в свою очередь, явилось одним из факторов, способствующих некоторому увеличению доли нормальных родов и снижению мертворождаемости.

6. Улучшились показатели деятельности самого перинатального центра, что положительно отразилось на состоянии здоровья беременных, повысилась доля нормальных родов. За период после 2014 г. почти на одну треть (29,3%) выросло число посещений перинатального центра за год – с 25,9 до 33,5 тыс. человек. Повысился средний показатель занятости койки в году – с 295,5 до 320,8 дней, сократилась средняя длительность пребывания пациентов на койке – с 5,8 до 4,4 дней (на 24,1%) и, соответственно, вырос оборот койки с 50,2 до 72,3 выбывших (+44%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения Московской области:

1. Акцентировать внимание на выполнении подпрограмм государственной программы Московской области «Развитие здравоохранения Подмосковья» на 2014–2020 гг. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» и «Охрана здоровья матери и ребенка» в разрезе сохранения репродуктивного здоровья.

2. Обеспечить преемственность в работе между областным перинатальным центром и лечебно-профилактическими учреждениями области (детские поликлиники, женские консультации, стационарные учреждения), в том числе центрами здоровья для взрослых и детей.

3. Активизировать профилактическую работу по формированию среди женского и детского населения здорового образа жизни с привлечением соответствующих специалистов в учебных заведениях, центрах здоровья, медико-социальных кабинетах медицинских организаций.

4. Обеспечить соответствие коечных и кадровых ресурсов областного перинатального центра с показателями, рекомендуемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5. Повысить информированность населения о возможностях акушерско-гинекологической службы Московской области с привлечением

СМИ и ресурсов Интернета.

Руководителям перинатальных центров обеспечить:

1. Осуществление перинатального мониторинга физиологической и патологической беременности для обоснованного направления в лечебно-профилактические учреждения необходимого уровня, соответствующего особенностям течения беременности, состояния плода и предполагаемым срокам родоразрешения.

2. С целью повышения эффективности медицинской помощи женщинам и детям внедрять инновационные медицинские технологии.

3. Усиление организационно-методической и экспертной работы в перинатальном центре для контроля и своевременного устранения дефектов оказываемой помощи.

Врачам акушерам-гинекологам, педиатрам и неонатологам:

1. Учитывать тенденции в распространенности и структуре заболеваемости беременных, родильниц и новорожденных для своевременной диагностики и оказания медицинской помощи.

2. Отрабатывать методы лечения основных заболеваний у женщин и новорожденных в соответствии с медико-экономическими стандартами, использовать современные технологии, повышать квалификацию и коммуникативные навыки.

3. Для повышения удовлетворенности пациенток оказываемой медицинской помощью в женской консультации и родильном доме, предоставлять им достаточной объем информации о диагнозе, особенностях течения заболевания, необходимых методах обследования, плане лечения и побочных действиях назначаемых лекарственных препаратов.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Кабочкин А.А., **Харитонов А.К.** Распространенность вредных привычек среди беременных и молодых матерей // Молодежь и медицинская наука: материалы 1-й межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. – Тверь, 2013. – С.47-49.

2. Коновалов О.Е., **Харитонов А.К.** Динамика и тенденции заболеваемости новорожденных (по материалам Московской области) // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 19-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2015. – С. 184-188.

3. **Харитонов А.К.** Состояние здоровья беременных, рожениц и родильниц в Московской области // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 19-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2015. – С. 113-118.

4. Коновалов О.Е., **Харитонов А.К.** Современные тенденции перинатальной и неонатальной смертности в Московской области // **Вестник РУДН. Серия: Медицина.** – 2016. – № 1.– С. 135-140.

5. **Харитонов А.К.** Анализ показателей работы клинико-диагностического отделения областного перинатального центра // **Вестник РУДН. Серия: Медицина.** – 2016. – Т. № 3. – С. 152-157.
6. **Харитонов А.К.** Характеристика работы дневного стационара областного перинатального центра // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 20-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2016. – С. 175-178.
7. **Харитонов А.К.** Оценка показателей работы коечного фонда Московского областного перинатального центра // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 20-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2016. – С. 171-174.
8. Коновалов О.Е., **Харитонов А.К.**, Жильцова Е.Е. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения и здоровья жительниц Московской области // **Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П.Павлова.** – 2016.- Т. 24, № 4. – С. 25-31.
9. **Харитонов А.К.** Система мер по совершенствованию деятельности областного перинатального центра // **Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 55-летию медицинского факультета РУДН.** – М.: РУДН, 2016. – С. 81.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
РФ – Российская Федерация
ЦФО – центральный федеральный округ
МКБ-10 – международная классификация болезней
МОПЦ - Московский областной перинатальный центр
ЭНМТ – экстремально низкая масса тела

Харитонов Анатолий Константинович (Россия)

Медико-организационные аспекты оптимизации работы областного перинатального центра

Работа посвящена решению актуальной проблемы – научному обоснованию комплекса организационных мероприятий, направленных на оптимизацию работы областного перинатального центра. С использованием адекватных методов исследования изучены состояние здоровья и организации медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным в Московской области. Проведено социологическое исследование качества акушерско-гинекологической помощи по материалам опроса пациенток центра. Получена оценка удовлетворенности акушерско-гинекологической помощью и информированности респонденток о предоставляемых медицинских услугах. Проанализирована организация и оказание медицинской помощи беременным, матерям и новорожденным в различных отделениях областного перинатального центра. Представлена система мер по совершенствованию его деятельности и показана их эффективность.

Kharitonov Anatolii Konstantinovich (Russia)
The medical and organizational aspects of optimization performance of the regional perinatal centre

The article deals with the solution of actual problem of the scientific substantiation of the complex of organizational measures aimed on optimizing the work of the regional perinatal centre. With the use of adequate research methods, the state of health and organization of medical care for pregnant women, mothers and newborns in the Moscow region were studied. The sociological study of the quality of obstetric and gynecological care based on a survey of patients of the center was carried out. The assessment of satisfaction of obstetrics and gynecological care and respondent awareness about the medical services is received. The organization and healthcare delivery to pregnant women, mothers and newborns in various departments of the regional perinatal centre are also analyzed. The system of measures for improvement of its activity is presented and their efficiency is shown.