

СОСТОЯНИЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2001-2005 гг.

Лискович В.А., Наумов И.А., Новицкая В.С.

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно*

Уровень ранней неонатальной смертности (РНС) является составной частью младенческой смертности и важным индикатором качества оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи [1].

Одно из главных направлений в решении проблемы охраны материнства и детства на региональном уровне связано со снижением репродуктивных потерь, которые рассматриваются как конечный результат внедрения современных перинатальных технологий, в том числе и технологий управления, рассматриваемых как их неотъемлемый элемент [2, 3].

Цель исследования: На основе анализа ранней РНС оценить качество оказания медицинской помощи в Гродненской области.

Материал и методы. Изучено состояние младенческой и ранней неонатальной смертности в Гродненской области в 2001-2005 гг. на основании данных форм государственной статистической отчетности №32/у «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Результаты. Установлено, что в 2001-2005 гг. в соответствии с Приказом управления здравоохранения Гродненского облисполкома № 338 от 17.11.97 г. «Об организации перинатальной помощи в Гродненской области» в регионе была создана и активно функционировала разноуровневая система оказания перинатальной помощи, открыты 5 межрайонных перинатальных центров II и III уровней.

Структура и организация работы межрайонных перинатальных центров II и III уровней была построена по принципу работы «на себя». Это позволило сконцентрировать наиболее сложную акушерскую и неонатальную патологию из районов области в перинатальных центрах II и III уровней с целью оказания высококвалифицированной медицинской помощи.

Так, в 2005 г. в сравнении с 2001 г. в перинатальных центрах II и III уровней на 44,9% ($p < 0,05$) увеличилось количество принятых преждевременных родов, достигшее 304 – 88,6% всех преждевременных родов в области. В Гродненском областном клиническом перинатальном центре (перинатальном центре III уровня) количество преждевременных родов в 2005 г. составило 59,1% от их числа по области – на 66,2% больше, чем в 2001 г. ($p < 0,05$). По итогам 2005 г. в перинатальных центрах II и III уровней удельный вес беременных с экстрагенитальной патологией, гестозами, осложненным течением беременности и родов составил 90,6%. В связи с этим в 2001-2005 гг. в перинатальных центрах II и III уровней были зарегистрированы 79,6% всех случаев РНС в регионе.

В 2001-2005 гг. в Гродненской области средний показатель младенческой смертности с учетом младенцев массой 500-999 г составил $9,22 \pm 2,37\%$, а средний показатель РНС – $2,46 \pm 0,68\%$.

Показатель РНС в Гродненской области был максимальным в 2002 г. и составлял 3,3%. Удельный вес РНС в Гродненской области в структуре младенческой смертности также был максимальным в 2002 г. и достигал 43,8%. В период 2002-2005 гг. удельный вес РНС в структуре младенческой смертности неуклонно уменьшался, и по итогам 2005 года составил 17,6%.

На протяжении пятилетия структура РНС в Гродненской области претерпела существенные изменения.

Так, если в 2001 г. в структуре РНС преобладали врожденные аномалии развития – 30,8%, то по итогам 2005 г. эта патология переместилась на последнее ранговое место – в структуре РНС не было случаев смерти новорожденных от врожденных пороков развития (ВПР). В целом в структуре РНС в Гродненской области в 2001-2005 гг. врожденные аномалии развития заняли второе ранговое место. Уменьшение РНС от несовместимых с жизнью ВПР стало возможным благодаря реализации мероприятий Комплексной областной программы по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин и детей на 2002-2005 гг. по прегравидарному оздоровлению женщин, внедрению методики преконцептивной профилактики рождения детей с ВПР, активной работе по медико-генетическому консультированию, проведению декретивного

ультразвукового скрининга беременных с целью выявления ВПР у плодов.

Несмотря на значительное уменьшение абсолютного количества случаев РНС от респираторного дистресс-синдрома (2001 г. – 10 случаев, 2005 г. – 4 случая), в структуре РНС в 2001-2005 гг. данная патология заняла первое рейтинговое место – 45,8%.

Третье ранговое место в структуре РНС в Гродненской области за 5-летний анализируемый период заняли инфекции, специфичные для перинатального периода. Их уровень в 2002 г. достиг максимального значения и составил 20,5%. Принятые управленческие решения, внедрение современных перинатальных технологий и алгоритмов лечения позволили коренным образом изменить сложившуюся ситуацию, и в 2003-2005 гг. в Гродненской области в структуре РНС инфекции, специфичные для перинатального периода, не регистрировались. В целом в структуре РНС в Гродненской области в 2001-2005 гг. удельный вес инфекций, специфичных для перинатального периода, составил 9,6%.

В структуре РНС четвертое место заняла внутриматочная гипоксия и асфиксия плода, удельный вес которой за 5-летний анализируемый период оставался стабильно низким и составил 3,6%. Это стало возможным также благодаря реализации мероприятий Комплексной областной программы по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин и детей на 2002-2005 гг. – централизованному приобретению и оснащению перинатальных центров своевременной аппаратурой для диагностики гипоксических состояний плода – кардиотахографами и УЗ-аппаратами с возможностью проведения доплеровского картирования, а также внедрению современных перинатальных технологий и алгоритмов лечения внутриматочной гипоксии.

Удельный вес иных патологических состояний в структуре РНС в Гродненской области в 2001-2005 гг. был незначительным и не превышал 2%.

Вывод. Таким образом, уменьшение показателя и изменение структуры РНС свидетельствует об эффективности разработанных и реализованных управлением здравоохранения

Гродненского областного исполнительного комитета мероприятий по повышению качества акушерско-гинекологической и неонатальной служб в 2001-2005 гг.

Литература

1. Землянова, Е.В. Потери в рождаемости и проблемы репродуктивного здоровья / Е.В. Землянова // Глав. врач. – 2003.– № 2. – С. 38–40.
2. Мурашко, М.А. Региональные аспекты акушерской помощи / М.А. Мурашко, Е.Г. Котова // Акушер. и гинекол. – 2007. – №5. – С. 81–84.
3. Одинцова, В.В. Индикативная оценка медико-социальной и ресурсной эффективности здравоохранения в муниципальных образованиях Краснодарского края / В.В. Одинцова, С.А. Алексеенко // Экономика здравоохр. – 2008. – №2. – С. 52–58.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК

Лисок Е.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Проблема профессиональных ошибок в медицине актуальна не только для системы здравоохранения отдельно взятой страны, она является интернациональной. По данным отчёта Национальной Академии Наук США (2005 г.), «жертвами» неблагоприятных событий в медицине по вине медицинского персонала ежегодно становятся около 1,5 млн человек, из них от 44 до 98 тыс. пациентов умирают [1]. Основными причинами этого явились: недостаточность профессиональных знаний у медицинского персонала, нетипичное течение болезни, недостаточная техническая оснащённость, неполноценные осмотр и обследование пациентов, самоуверенность медицинского персонала, отказ от консилиумов и учёта мнений коллег [2]. В Республике Беларусь официальная статистика профессиональных ошибок в организациях здравоохранения (далее – ОЗ) не ведётся.

Цель исследования: провести сравнительный анализ причин совершения профессиональных ошибок в ОЗ Республики Беларусь.

Материал и методы. Исследование проводилось при применении метода анкетирования. Респондентами явились 40 человек: 20 врачей и 20 медицинских сестёр ОЗ Минской и Гродненской областей, в возрастной вариации от 40 до 44 лет. Среди врачей 40% составили лица мужского, и 60% – женского пола. Стаж работы составил от 12 до 24 лет. По категорийности