

УДК – 618.1/2:614.215

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р.А. Часнойть, О.Н. Харкевич, В.А. Лискович, И.А. Наумов

Управление здравоохранения Гродненского облисполкома,
НИИ охраны материнства и детства Министерства здравоохранения РБ



Члены авторского коллектива:
Часнойть Роберт Александрович - депутат Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь, начальник управления здравоохранения Гродненского облисполкома, канд. экон. наук, заслуженный врач Республики Беларусь, автор 63 научных работ.
Лискович Виктор Андреевич - заместитель начальника лечебного отдела, главный акушер-гинеколог управления здравоохранения Гродненского облисполкома, канд. мед. наук, автор 57 научных работ.
Наумов Игорь Алексеевич - заведующий женской консультацией № 2 учреждения здравоохранения «Территориально-медицинское объединение № 2» г. Гродно, главный внештатный акушер-гинеколог отдела здравоохранения Гродненского горисполкома, канд. мед. наук, автор 46 научных работ.

В монографии изложены основные принципы управления службой родовспоможения в Гродненской области. Представлен сравнительный системно-структурный анализ причин и динамики заболеваемости беременных и новорожденных, материнской, перинатальной и младенческой смертности в Гродненской области и Республике Беларусь в 1991-2000 годах. Определены резервы снижения перинатальных потерь и намечены пути совершенствования деятельности службы родовспоможения в современных условиях.

Оценена эффективность внедрения на региональном уровне разработанного комплекса современных перинатальных технологий по оказанию медицинской помощи женскому населению на различных возрастных этапах функционирования репродуктивной системы.

Статья рассчитана на организаторов здравоохранения, врачей акушеров-гинекологов и других специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи женскому населению, а также студентов медицинских высших учебных заведений.

Ключевые слова: организация этапной акушерско-гинекологической помощи, заболеваемость беременных, заболеваемость новорожденных, материнская смертность, перинатальная смертность, младенческая смертность, демографическая ситуация.

The monograph shows the basic principles of obstetric aid service management in Grodno Region.

A comparative systemic and structural analysis of the causes and dynamics of morbidity in pregnant women and newborns; of maternal, perinatal and infant mortality in the Grodno Region and the Republic of Belarus within the period from 1991 to 2000. The potentials of perinatal mortality reduction have been determined and the methods of improvement of obstetric aid service activities in current conditions have been defined.

The efficacy of the introduction of the elaborated complex of the current technologies at the regional level for rendering medical aid to female population at different age stages of functioning the reproduction system has been assessed.

This issue is for organizers of public health, obstetricians, gynecologists and other specialists participating in rendering medical aid to female population as well as for students of higher medical educational institutions.

Key words: organization of stage obstetric and gynecological service, morbidity of pregnant, morbidity of newborns, maternal mortality, perinatal mortality, infant mortality, demographic situation.

Репродуктивное здоровье женщины характеризуется способностью зачать, выносить и родить здорового ребенка. Сохранение репродуктивного здоровья – одна из важных задач современной медицины. От ее решения зависит воспроизводство людских ресурсов и прогноз социально-экономического развития общества.

Изменения социально-экономической ситуации в стране с начала 90-х годов XX века привели к значительному ухудшению показателей РЗ женщин, обусловив рост заболеваемости женщин фертильного возраста, снижение удельного веса нормальных родов и увеличение заболеваемости новорожденных. Это способствовало ухудшению основных демографических показателей: снижению уровня рождаемости, превышению смертности над рождаемостью, неблагоприятной структуре населения по возрасту и полу, сокращению продолжительности жизни, в том числе ожидаемой при рождении.

С развитием науки об управлении в Республике Беларусь, как и во всем мире, изменилось отношение не только к осуществлению медицинских программ, но и к социальной политике в целом. Ранее доминировал подход, при котором основные ресурсы направлялись на преодоление последствий кризисной ситуации. В настоящее время целью большинства программ является предотвращение кризиса путем разработки краткосрочных и долгосрочных прогнозов и планов развития. К стабильному улучшению состояния здоровья населения может привести только реализация программ с четким определением целей и задач развития современного здравоохранения, включающих изучение демографических показателей, данных статистики заболеваемости, смертности, физического развития отдельных групп и всего населения в целом. Эти исследования также необходимы для изучения влияния средовых, производственных и социальных факторов на здоровье человека и для своевременной разработки соответствующих мероприятий.

Как свидетельствуют проведенные исследования, в течение 10 лет (1991-2000 гг.) в Гродненской области уровень смертности населения увеличился с 14,9‰ до 16,7‰ ($P < 0,05$). Рост показателя смертности по Гродненской области в сравнимые сроки привел к снижению естественного прироста населения. Естественный прирост в регионе с 1993 года перешел в естественную убыль населения.

В 1996-2000 гг. в Гродненской области, как и в целом по республике, произошел рост заболеваемости беременных с 63,25±6,41% до 77,24±0,41% ($P < 0,001$). В 1996-2000 гг. показатель заболевае-

мости беременных в регионе значительно превысил среднереспубликанский ($P < 0,001$).

В 1996-2000 гг. число показатель заболеваний у беременных в процентах к числу закончивших беременность достиг уровня 152,6±0,4%, то есть у каждой беременной регистрировалось более одного заболевания.

Средний показатель материнской смертности за период 1991-2000 гг. по Гродненской области составил 16,0±3,1 на 100 тыс. родившихся живыми и был достоверно ниже, чем в целом по Республике Беларусь - 22,2±0,12 ($P < 0,05$). За анализируемое десятилетие основной причиной материнской смертности в Гродненской области, как и в целом по РБ, явились «другие осложнения беременности и родов».

Средний показатель заболеваемости новорожденных в Гродненской области в 1991-1995 гг. составил 157±14,7‰. В 2000 году он составил 197‰ без учета младенцев с массой тела 500-999 г. и 258‰ с учетом младенцев с массой тела 500-999 г. В структуре заболеваемости новорожденных в Гродненской области, как и в республике, за 10-летний период первое место заняла внутриматочная гипоксия и асфиксия - 51,3±5,8‰.

В Гродненской области в период 1996-2000 гг. в сравнении с 1991-1995 гг. наблюдалось снижение мертворождаемости и перинатальной смертности ($P < 0,05$). Первое место в структуре перинатальной смертности и мертворождаемости заняла внутриматочная гипоксия и асфиксия плода.

В Гродненской области наблюдалось снижение неонатальной смертности с 7,3±0,47‰ в 1991-1995 гг. до 4,9±0,51‰ в 1996-2000 гг. ($P < 0,01$) (в республике отсутствовало достоверное изменение данного показателя). Причиной явилось снижение неонатальной смертности от состояний, возникающих в перинатальном периоде с 4,4±0,20‰ в 1991-1995 гг. до 3,5±0,30‰ в 1996-2000 гг. ($P < 0,05$).

Среди причин младенческой смертности в период 1991-2000 гг. в Гродненской области ведущие ранговые места занимали врожденные пороки развития и состояния, возникающие в перинатальном периоде.

Как показал проведенный корреляционный анализ, ведущее место в росте заболеваемости новорожденных принадлежит йододефицитным и желездефицитным состояниям у беременных. Существует выраженная взаимосвязь между заболеваемостью беременных и новорожденных, а также заболеваемостью беременных и уровнем перинатальных потерь.

Преобладание в структуре заболеваемости беременных и новорожденных, а также среди при-

чин материнской, младенческой и перинатальной смертности управляемых состояний диктует необходимость разработки новых мероприятий по их профилактике с целью снижения уровня перинатальных потерь.

Организация системы здравоохранения в регионе построена на общих принципах управления, в целом обеспечивающих ее эффективное функционирование. Это принципы комплексности, делимости, иерархичности, целенаправленности, замкнутости цикла управления.

Структура управления здравоохранения построена на отношениях «руководство-подчинение», что обуславливает пирамидальность управления. Иерархическая цепочка имеет вид: начальник управления – заместитель начальника – начальник отдела – специалист. Также в управлении широко развиты и горизонтальные связи между отделами, специалистами, службами.

Организационная структура службы родовспоможения Гродненской области включает 17 районных и 2 городских ТМО, родильный дом, областной медико-генетический центр, медсанчасть «Азот» и больницу скорой медицинской помощи.

При формировании организационной структуры была реализована задача сделать эту систему максимально управляемой и эффективно функционирующей. Поэтому в основу схематического построения организационной структуры и системы управления был заложен принцип горизонтальной и вертикальной систематизации связей изучаемых структур, их ранжирования согласно утвержденным направлениям деятельности, выделение уровней управления по горизонтали в зависимости от количества вертикальных связей и числа непосредственно подчиненных.

Согласно предлагаемой схеме удалось добиться оптимального ограничения числа иерархических уровней: 1-ый уровень управления – это начальник управления здравоохранения и его заместители, 2-ой – главные врачи ТМО и заместители, 3-ий – руководители ЛПУ, 4-ый – руководители служб и структурных подразделений.

Таким образом, структурная организация и система управления службы родовспоможения Гродненской области имеет весьма разветвленный и многоукладный характер, сочетающий в себе различные формы управления. В то же время структуры и системы управления службы родовспоможения Гродненской области достаточно просты и показательны. Их использование помогает организатору здравоохранения моделировать различные варианты и выбирать для практической деятельности наиболее оптимальный вариант расста-

новки в лечебных учреждениях руководящих кадров всех уровней управления, систем их прямого и функционального руководства ответственности и подчиненности.

Как показали проведенные исследования, в основе благоприятного исхода беременности и родов, а также профилактики заболеваний новорожденных лежит рациональная организация этапной акушерско-гинекологической помощи.

Нами разработаны алгоритмы по организации медицинского наблюдения за состоянием женской репродуктивной системы на различных возрастных этапах ее функционирования и оказания медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным. Эти алгоритмы позволяют значительно унифицировать подходы к профилактике, диагностике и лечению патологии репродуктивной системы, оказанию плановой и экстренной перинатальной помощи.

В качестве примера на рис. 1 представлен алгоритм организации медицинской помощи в детском и подростковом возрасте. В его основу положен принцип выявления групп «риска» по развитию гинекологической и соматической патологии у девочек-подростков и своевременная их санация.

Несмотря на постоянное совершенствование перинатальных технологий, врожденные пороки развития по-прежнему занимают одно из ведущих мест в структуре перинатальных потерь. Поэтому проблема совершенствования организации медико-генетической помощи на прегравидарном этапе, несомненно, является актуальной и занимает важное место в алгоритме преемственной подготовки.

На прегравидарном этапе медико-генетическое консультирование осуществляется в областном медико-генетическом центре по следующим показаниям:

1. Возраст женщины или супруга 35 лет и более.
2. Наличие у одного из супругов хромосомных aberrаций или порока развития.
3. Наличие в анамнезе детей со следующей патологией: наследственными и сцепленными с полом болезнями, врожденной гиперплазией коры надпочечников, врожденными пороками развития, изолированными или множественными, хромосомными заболеваниями, умственной отсталостью.
4. Наличие вышеперечисленной патологии среди родственников.
5. Кровнородственный брак.
6. Привычное невынашивание беременности неясного генеза.
7. Первичная аменорея, нарушения менстру-

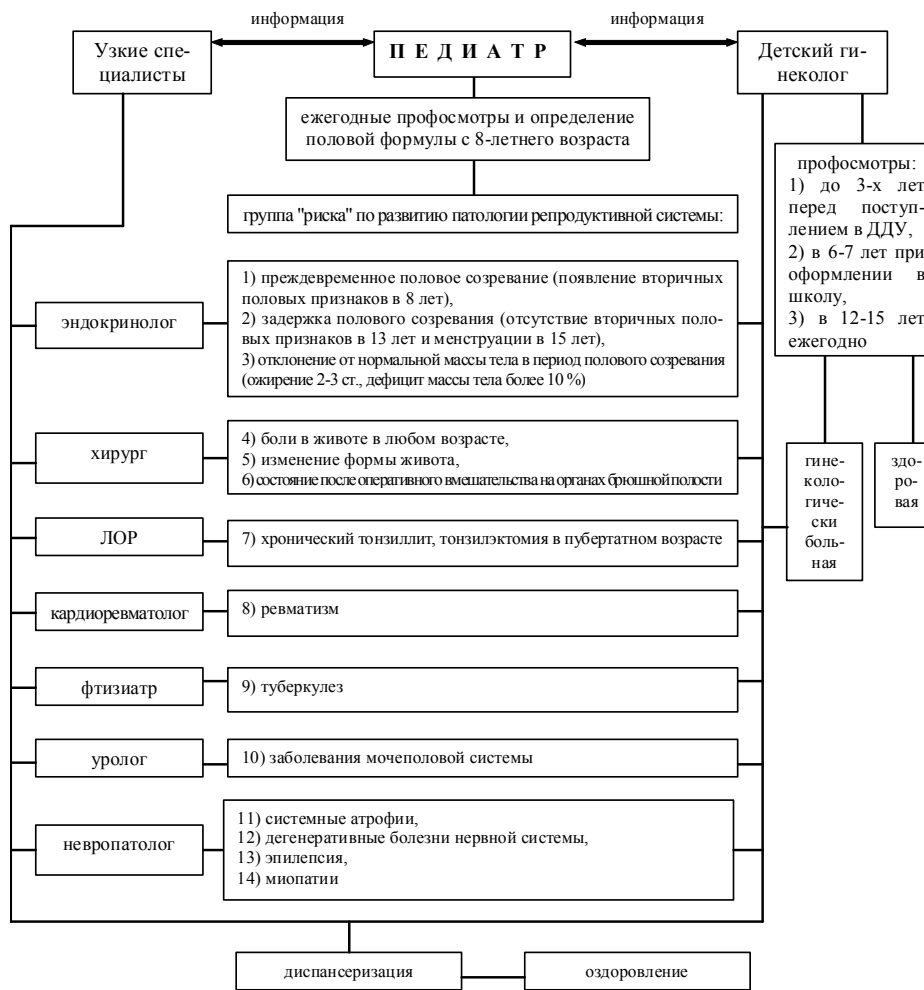


Рис. 1. Алгоритм оценки развития репродуктивной системы

ального цикла неясного генеза.

Алгоритм организации медико-генетического консультирования на прегравидарном этапе представлен на рис. 2.

Врач-генетик проводит тщательный сбор анамнеза, составляет родословную, проводит фенотипический осмотр членов семьи, выполняет антропометрические измерения, изучает результаты обследования других специалистов. Врач-генетиком оцениваются последствия влияния неблагоприятных факторов внешней среды на организм человека в реальных условиях на основании генетического мониторинга и делается вывод о наличии факторов генетического риска в данной семье или у пациентки.

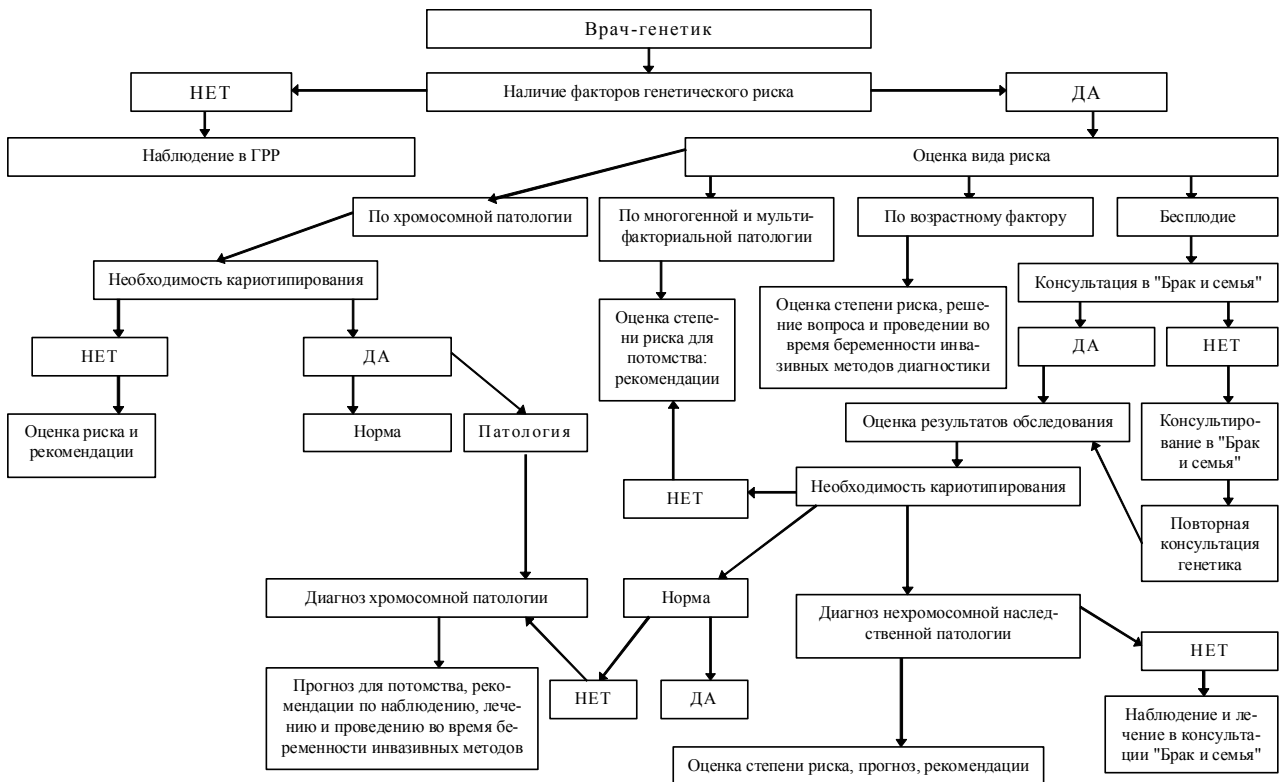


Рис. 2. Алгоритм организации медико-генетического консультирования женщин ГПП

При повышенном «риске» по хромосомной патологии решается вопрос о необходимости кариотипирования членов семьи. В случае наличия хромосомных aberrаций проводится расчет генетического «риска» рождения ребенка с несбалансированными изменениями кариотипа, при этом при последующих беременностях рекомендуется инвазивная пренатальная диагностика.

При повышенном «риске» по моногенной и мультифакториальной патологии, то есть в случае наличия в семье или у пациентки аутосомно-рецессивных, аутосомно-доминантных, X-сцепленных заболеваний, а также врожденного порока сердца, спинномозговой грыжи и прочих подобного рода заболеваний оценивается степень «риска» как для больного, так и членов его семьи.

При повышенном «риске» по возрастному фактору повышается «риск» рождения ребенка с синдромом Дауна. В данном случае семье рекомендуется проведение во время беременности пренатальных инвазивных методов диагностики.

Одним из важных направлений работы является медико-генетическое консультирование семей с первичным бесплодием. В 7-8% случаев оно связано с нарушениями в наследственном аппарате супругов. В медико-генетическом центре делается вывод о целесообразности кариотипирования супружеской пары. После кариотипирования выдается медико-генетическое заключение с соответствующими рекомендациями.

Обязательным элементом медико-генетического консультирования на прегравидарном этапе является рекомендация медикаментозной профилактики препаратами фолиевой кислоты и йода врожденных пороков развития всем женщинам группы «резерва родов» «активного» наблюдения либо супружеским парам не менее чем за 6 месяцев до планируемой беременности.

Анализ репродуктивных потерь, систематизация их компонентов, изучение взаимосвязей заболеваемости беременных и новорожденных позволила не только оценить состояние репродуктивного здоровья женщин

в Гродненской области за период 1991-2000 гг., но и предложить пути по совершенствованию оказания перинатальной помощи.

Основными направлениями улучшения качества медицинской помощи женскому населению явилось создание оптимальных алгоритмов по организации оказания перинатальной помощи, содержащих технологическую последовательность в соответствии с идеологией доказательной медицины.

В качестве примера приводим алгоритм анализа эффективности ведения родов (рис. 3).

Все роды должны вестись только врачом акушером-гинекологом совместно с анестезиологом-реаниматологом и неонатологом, а по показаниям - с участием терапевта и врачей других специальностей.

В родильных отделениях ЛПУ I уровня возможно родоразрешение повторно беременных (до 3 родов включительно) и первобеременных без акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии. Остальные женщины должны быть родоразрешены в ЛПУ II-III уровней.

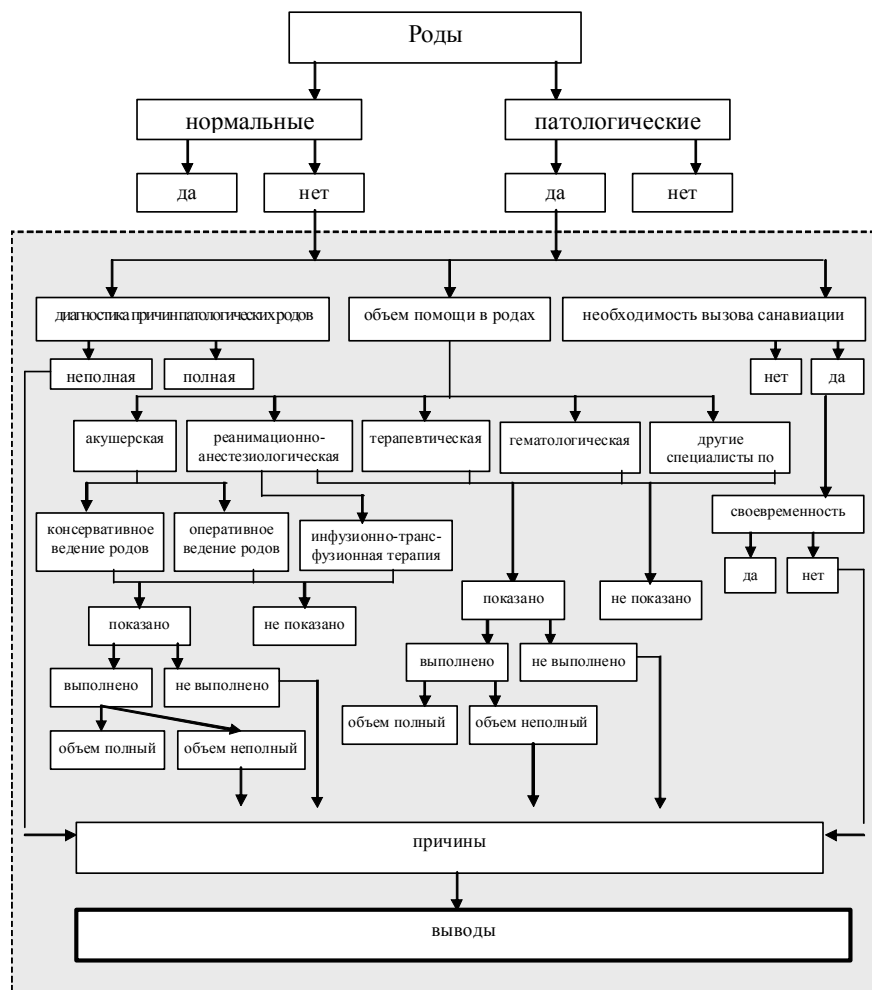


Рис. 3. Алгоритм эффективности оказания медицинской помощи в родах

Анализ помощи в родах предусматривает оценку оказания акушерской, анестезиологической, терапевтической, гематологической помощи и медицинской помощи других узких специалистов. Поэтому для анализа должны привлекаться специалисты других смежных специальностей.

При возникновении экстренных акушерских ситуаций, требующих консультативной помощи, проводится оценка необходимости, своевременности и качества организации консилиумов и вызова специалистов по санитарной авиации (областной и республиканской).

Сложившаяся в последние годы социально-экономическая ситуация требует от всех медицинских работников не только напряженного труда по внедрению новых отраслевых технологий, но и использования экономических методов управления, совершенствования контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений и состоянием исполнительской дисциплины.

Полная ответственность руководителя и умелое сочетание демократичности управления с высокой исполнительской дисциплиной – вот критерии, по которым управление здравоохранения Гродненского облисполкома оценивает каждого, кто возглавляет медицинский коллектив.

Начиная с 1997 года, управление здравоохранения ежегодно обновляет и предоставляет в адрес главных врачей ЛПУ перечень контрольных инструктивно-методических документов по акушерско-гинекологической службе с указанием формы контроля и кратности предоставления необходимой информации, который непосредственно утверждается начальником управления.

Для организации своевременного и четкого контроля за исполнением требований нормативных документов управлением здравоохранения разработан контрольный лист, что позволило достичь соблюдения сроков и кратности представления в управление необходимой информации по исполнению всех видов контролируемых решений и приказов.

Периодический контроль за деятельностью акушерско-гинекологической службы в области также обеспечивается оказанием плановой консультативной и инструктивно-методической помощи, подготовкой вопросов для рассмотрения на коллегии, лечебно-контрольном совете, Совете по перинатологии управления, согласованием годовых планов работы акушерско-гинекологической службы ТМО в управлении здравоохранения, подготовкой вопросов о состоянии здравоохранения в районах на совместных заседаниях управления здравоохранения и райисполкомов, разбором и рецензиро-

ванием в управлении здравоохранения и на кафедрах акушерства и гинекологии и педиатрии ГГМУ всех случаев младенческой и перинатальной смертности, проведением ежеквартального системно-структурного анализа причин перинатальной и младенческой смертности, ежеквартальным приемом отчетов и анализом деятельности акушерско-гинекологической службы ЛПУ с последующей компьютерной обработкой данных, изданием областных статистических сборников, аналитических таблиц по акушерско-гинекологической службе.

Разработка универсальной программы-памятки по проверке состояния организации медицинского обслуживания населения в районах области и алгоритма действий акушерок сельских врачебных участков и фельдшеров ФАПов по оказанию помощи женщинам, гинекологическим больным, проведению профилактических мероприятий позволили унифицировать подходы к оценке состояния службы и организации контроля ее деятельности.

Функционирование системы контроля службы родовспоможения невозможно без оценки участия и роли кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ в этом процессе. В целях максимального использования научного потенциала сотрудников кафедры, а также совершенствования методической работы и курации акушерско-гинекологической службы совместным приказом УОЗ и ГГМУ № 118/48 от 17.03.2000 г. «О совершенствовании курации акушерско-гинекологической службы кафедрой акушерства и гинекологии ГГМУ» были утверждены схема оказания плановой консультативной и инструктивно-методической помощи районным ТМО, состав кураторов районов области из числа сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ, а также график плановых выездов сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ в районные ТМО.

В соответствии с требованиями приказа управления здравоохранения № 177 от 26.05.98 г. «О дальнейшем совершенствовании медико-генетической помощи населению» в ЛПУ области с 1998 года проводится заполнение анкет на все случаи младенческой и перинатальной смертности. Это способствовало полному сбору информации по всем случаям мертворождения и умерших детей в возрасте до 1 года, ее обобщению и анализу с целью своевременного детального изучения причин, приведших к смертности, и разработке комплексных мер по стабилизации и снижению показателей младенческих и перинатальных потерь в области.

Разбор и анализ перинатальной и младенческой смертности в области проводится по алгорит-

му, представленному на рис. 4. Анализ эффективности оказания перинатальной помощи подлежат все случаи материнских, перинатальных и младенческих потерь, а также случаи инвалидизации женщин и детей в результате родоразрешения. Кроме этого, в каждом ЛПУ, оказывающем медицинскую помощь беременным, роженицам и новорожденным, проводится внутренний анализ всех случаев сложных акушерских и перинатальных ситуаций с благоприятным исходом для матери и плода.

В случае выявления грубых дефектов решением советов руководителей ЛПУ предлагается принять меры управленческого характера по устранению недостатков.

Своевременно принятое руководителем управленческое решение и обеспечение контроля его исполнения позволяют определить оптимальные пути взаимодействия различных служб здравоохранения по охране здоровья матери и ребенка.

Управление здравоохранением, в том числе и службой охраны здоровья матери и ребенка, должно обеспечивать эффективность его деятельности. При этом большое значение имеет законодотворческая деятельность, построенная на единых принципах, заданных Конституцией Республики Беларусь. Задачей законодотворческой деятельности является обеспечение гарантированных Конституцией прав граждан на медицинскую помощь и охрану здоровья, решение актуальных проблем медицинской помощи и профилактики заболеваний.

Основываясь на «Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь», утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25 сентября 1998 г. №1499, с учетом достигнутых результатов деятельности службы охраны материнства и детства республики, в тесном сотрудничестве практического здравоохранения и научно-исследовательского потенциала Научно-исследовательского института охраны материнства и детства, соответствующих кафедр медицинских институтов и университетов, Белорусской медицинской академии постдипломного образования и международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ и др.), на региональном уровне управление здравоохранения Гродненского облисполкома определяет тактику развития отрасли на основе анализа состояния здоровья населения с уче-

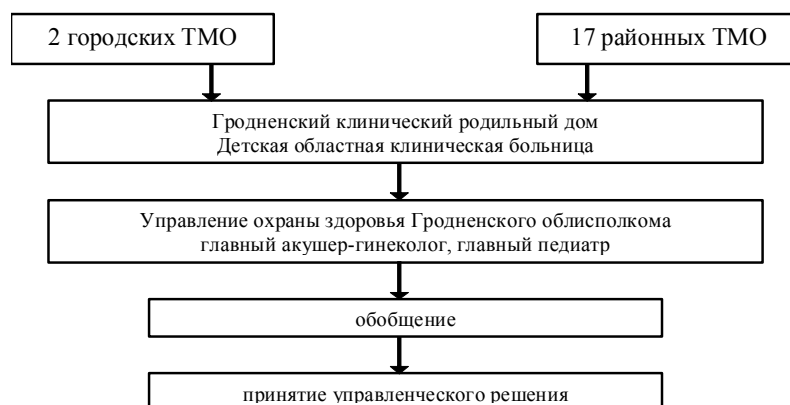


Рис. 4. Алгоритмы разбора и анализа перинатальной и младенческой смертности

том региональных особенностей, разрабатывает и реализует региональные программы по охране репродуктивного здоровья женщин, снижению материнской, младенческой и детской заболеваемости и смертности.

Комплекс мероприятий по развитию и совершенствованию службы охраны материнства и детства, реализуемый управлением здравоохранения Гродненского облисполкома, включает реализацию республиканской программы «Женщины Республики Беларусь», Президентской программы «Дети Беларуси», «Основных направлений реализации демографической политики с учетом устойчивого развития экономики в переходный период», «Здоровье народа».

Решением областного Совета депутатов № 90 от 25.09.2002 г. принята и внедряется комплексная областная программа по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин и детей на 2002-2005 годы, включающая следующие подразделы:

1. Охрана прегравидарного здоровья:
 - создание для подростков и молодежи услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья;
 - организация в каждой поликлинике или женской консультации приема акушером-гинекологом детей и подростков;
 - нравственно-половое воспитание подростков, содействие безопасному и ответственному сексуальному поведению;
 - профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем;
 - снижение числа незапланируемых беременностей у подростков, обеспечение подходящей возрасту и состоянию контрацепцией;
 - санация хронических очагов инфекции;
 - проведение лечебно-оздоровительных мероприятий с подростками и молодыми женщинами, имеющими хронические заболевания для подготов-

ки к планируемой беременности (группа «резерва родов»);

- подготовка к планируемой беременности: витаминизация, прием фолиевой кислоты, профилактика йодной недостаточности и железодефицита;

- проведение обучения подростковых врачей, медицинских работников средних и высших учебных заведений, терапевтов по вопросам охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи;

- развитие и углубление междисциплинарного и межведомственного сотрудничества;

- подготовка и тиражирование информационных, методических и учебных материалов по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

2. Планирование семьи:

- организация кабинетов планирования семьи;

- подготовка персонала кабинетов планирования семьи по вопросам консультирования и методам контрацепции;

- вовлечение мужчин в решение проблем планирования семьи;

- снижение числа незапланированных беременностей и аборт, особенно у женщин активного репродуктивного возраста;

- подготовка методических материалов по планированию семьи;

- подготовка информационных материалов по планированию семьи для разных возрастных категорий населения.

3. Антенатальная охрана плода:

- раннее взятие беременных на учет в женской консультации;

- витаминизация беременных, прием фолиевой кислоты (особенно в I-ом триместре), профилактика йодной недостаточности и железодефицита;

- выявление риска перинатальной патологии;

- дифференцированное ведение беременных групп «риска» в соответствии с разноуровневой системой перинатального ухода;

- внедрение методов пренатальной диагностики ВПР в I-ом триместре беременности во всех регионах республики;

- внедрение программы «Партнерство в родах»;

- внедрение программы «Беременность и сахарный диабет».

4. Обеспечение оптимального акушерского и неонатального ухода:

- независимо от уровня перинатальной помощи демедиализация родов, ведение родов с использованием партограмм, профилактика гипотермии новорожденных, максимальное обеспечение совместного пребывания матери и ребенка в родиль-

ных стационарах, внедрение во всех родильных отделениях принципов успешного грудного вскармливания, создание соответствующих условий для партнерских родов и посещения женщины и ее ребенка желанными для нее посетителями в течение всего периода пребывания в роддоме;

- регионализация акушерской и неонатальной помощи.

5. Профилактика и ранняя диагностика рака репродуктивной системы женщин:

- организация во всех ЛПУ кабинетов профилактики и ранней диагностики рака органов репродуктивной системы женщин;

- обучение медицинских работников различных специальностей правилам обследования молочной железы.

6. Охрана здоровья детей: поддержка грудного вскармливания; иммунопрофилактика; интегрированное ведение болезней детского возраста; профилактика детского травматизма; профилактика заболеваемости, снижение числа хронических болезней; междисциплинарное и межведомственное сотрудничество; развитие системы медико-социального патронажа.

Таким образом, в Гродненской области на протяжении 1996-2000 гг. создана стройная система оказания акушерско-гинекологической помощи, учитывающая особенности репродуктивной системы на разных возрастных этапах ее функционирования, что позволило добиться оптимизации основных конечных показателей деятельности службы родовспоможения и детства.

Resume

The dynamics of basic demographic indices in Grodno Region from 1991 to 2000 has been first shown in this study. The systemic and structural analysis of causes and dynamics of pregnant and newborns morbidity; maternal, perinatal swellas infant mortality in Grodno Region for the period of 1991-2000 has been first carried out as well.

In this study the basic directions and ways of realization, updating, rendering obstetric and gynecological service in different age stages of female reproduction system functioning have been first determined. The algorithms of the organization of perinatal service in medico-prophylactic institutions have been elaborated for the first time too.

A new effective complex method of organization of stage obstetric and gynecological service leading to the improvement of basic perinatal indices has been grounded successfully and introduced in Grodno Region as an example.