

процессов: монография / В. Б. Писарев, А. В. Смирнов, Д. Ю. Гуров. — Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2006. — 192 с.

8. *Daneman R.* The blood-brain barrier in health and disease // *Ann Neurol.* — 2012. — № 72(5). — P. 648—672.

9. *Dufouil C.* Effects of blood pressure lowering on cerebral white matter hyper intensities in patients with stroke: the PROGRESS (Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study) / C. Dufouil, J. Chalmers, O. Coskun // *Magnetic Resonance Imaging Substudy Circulation.* — 2005. — № 112 (11). — P. 1644—1650.

10. *Erickson M. A.* Neuroinflammation: a common pathway in CNS diseases as mediated at the blood-brain barrier / M. A. Erickson, K. Dohi, W. A. Banks // *Neuroimmunomodulation.* — 2012. — № 19 (2). — P. 121—130.

11. *Hachinski V.* Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards / V. Hachinski, C. Iadecola, R. C. Petersen, M. M. Breteler, et al. // *National Institute of Neurological.* — 2007. — *Math.* 38 (3). — P. 1118.

## Контактная информация

**Горелик Елена Владимировна** — к. м. н., старший преподаватель кафедры анатомии человека, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: [gorelikvolgmu@rambler.ru](mailto:gorelikvolgmu@rambler.ru)

УДК 368.45

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА НАМЕРЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ НОВОРОЖДЕННОГО В УСЛОВИЯХ ВАРИАНТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

*И. С. Гаврилова*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра социальной работы с курсом педагогики и образовательных технологий*

В статье говорится о применении комплексного исследования факторов риска отказа от новорожденных женщинами, имеющими один из вариантов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Была установлена четкая корреляция между вариантами ПКГД и намерениями женщин отказаться от новорожденного, определено, что именно гипогестогнозический вариант ПКГД свидетельствует о намерении женщины отказаться от новорожденного, выделены наиболее существенные факторы риска, влияющие на формирование гипогестогнозического варианта ПКГД. Также были определены направления применения выявленных факторов риска в рамках авторской модели медико-социальной работы по профилактике отказов от новорожденных.

*Ключевые слова:* социологическая концепция медико-социальной работы, медико-социальная безопасность пациентов, снижение уровня социальных рисков, психологический компонент гестационной доминанты, профилактика отказа от новорожденных.

## OUTCOMES OF THE COMPREHENSIVE STUDY OF RISK FACTORS AFFECTING THE WOMAN'S DECISION NOT TO KEEP HER NEW-BORN IN TERMS OF PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATION DOMINANT VARIANT

*I. S. Gavrilova*

The article presented the outcomes of a comprehensive study of risk factors of the decision of mothers exhibiting one of the psychological components of gestation dominant not to keep their babies. A clear correlation between the variants of psychological component of gestational dominant and women' intentions not to keep their newborn was made. The hypogestognosic type of psychological component of gestational dominant was found to indicate the decision not to keep their baby. The most significant risk factors influencing the development of hypogestognosic options were identified. Potential applications of the revealed risk factors within the author's model of medicosocial work were considered to prevent mothers from not keeping their babies.

*Key words:* social conception of medical and social work, medical and social patient security, decreasing social risks, psychological component of gestation dominant, preventing mothers from not keeping their babies.

По данным материалов совещаний и семинаров Министерства здравоохранения Волгоградской области, сохраняется высокий процент ранних отказов от новорожденных в учреждениях родовспоможения всех уровней. Именно поэтому возникла необходимость ис-

следовать потенциал медико-социальной работы в рамках вторичной профилактики ранних отказов, который видим в работе с медицинскими, психологическими и социальными факторами психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), определяющего

течение гестации (по И. В. Добрякову). Данные группы факторов обуславливают формирование ПКГД и, соответственно, один из его вариантов: оптимальный, тревожный, гипогестогнозический, эйфорический или депрессивный. Именно направленность варианта ПКГД, по теории И. В. Добрякова, формирует те или иные специфические условия для развития ребенка. Дальнейшее развитие его идеи натолкнуло нас на мысль об актуальности определения корреляции между вариантом ПКГД и намерением женщины отказаться от новорожденного, а также выявление психологических, социальных и медицинских факторов, которые в наибольшей степени влияют на формирование варианта ПКГД, обуславливающего это намерение.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление психологических, социальных и медицинских факторов, формирующих вариант психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), обуславливающего намерение женщины отказаться от новорожденного. Необходимо решить следующие задачи:

1) определить соотношение между вариантами ПКГД, сформировавшимися у женщин в периоде гестации и намерением женщин отказаться от новорожденного;

2) выявить факторы, формирующие вариант ПКГД, обуславливающий намерение женщины отказаться от новорожденного: психологические, социальные и медицинские;

3) основываясь на принципах авторской социологической концепции медико-социальной работы и полученных данных определить направления использования факторов риска в профилактике отказов от новорожденных.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе ГБУЗ ВОКПЦ № 2 в период 2011—2014 гг. Выборку составили женщины в послеродовом периоде в возрастном диапазоне 18—42 года, подписавшие информированное согласие на добровольное участие в исследованиях. Стратегия и тактика научного изыскания, а также руководство научным проектом были разработаны и осуществлены в соответствии с авторской социологической концепцией медико-социальной работы, полевые исследования проводились дипломниками кафедры социальной работы Волгоградского государственного медицинского университета. Выборочная совокупность составляет 98 человек и включает женщин с широким возрастным диапазоном, поскольку в демографии фертильный возраст устанавливается от 15 до 44 лет. В зависимости от поставленных задач и полученных промежуточных результатов внутригрупповую выборку составили 38 пациенток, имеющих намерение отказаться от новорожденного, затем 33 пациентки, имеющие намерение отказаться от новорожденного и обладающие гипогестогнозическим и оптимальным вариантами ПКГД, а за-

тем уже 27 пациенток с гипогестогнозическим вариантом ПКГД. Образование, территория фактического проживания, семейный статус и доход также были приняты во внимание в соответствии с авторской социологической концепцией медико-социальной работы.

Для решения задач эмпирического исследования были использованы: скрининг-тест отношений беременной (ТОБ-б), разработанный И. В. Добряковым для выявления варианта ПКГД, соответствующий требованиям, предъявляемым к тестам, применяемым в работе с беременными женщинами; метод интервьюирования; методика Дембо-Рубинштейн в модификации А. М. Прихожан; методика Э. Хайма.

Стратегия комплексного исследования факторов риска, влияющих на намерение женщины отказаться от новорожденного в условиях варианта психологического компонента гестационной доминанты, имеет следующие тактические шаги: на первом этапе был применен ТОБ-б. Он содержит в себе три блока утверждений. Блок А отражает отношение женщины к себе, блок Б — отношение женщины в системе «мать — дитя», и наконец, блок В отражает отношение женщины к отношениям к ней окружающих. Каждый блок, в свою очередь, имеет три раздела, в каждом разделе располагаются пять утверждений. Испытуемой женщине предлагается выбрать из пяти утверждений одно — наиболее соответствующее ее состоянию и отношению, а затем отметить выбранные ею варианты в специальную таблицу.

Эта таблица позволяет посчитать количество баллов по каждому из пяти вариантов ПКГД: оптимальному, эйфорическому, тревожному, гипогестогнозическому и депрессивному. Если набрано шесть или более баллов, соответствующих одному из вариантов ПКГД, то этот вариант можно считать определяющим.

Результаты данного теста использовались при решении первой задачи — определение соотношения между вариантами ПКГД, сформировавшимися у женщин в периоде гестации, и намерением женщин отказаться от новорожденного, поэтому мы посчитали целесообразным обосновать его. Этот метод использовался в отношении 98 женщин в периоде гестации. Среди исследуемых были как женщины, которые в послеродовом периоде изъявили намерение отказаться от новорожденного, так и женщины, не имеющие такого намерения. Корреляция вычислялась с помощью формул программы SPSS Statistics 17.0.

В дальнейшем по логике исследования исчезла необходимость участия всех 98 женщин и работа продолжалась с 33 пациентками, имеющими намерение отказаться от новорожденного с гипогестогнозическим и оптимальным вариантами ПКГД, а после интервьюирования, интерес составили 27 пациенток с гипогестогнозическим вариантом ПКГД.

Для решения второй задачи эмпирического исследования — выявления факторов, формирующих вариант ПКГД, обуславливающий намерение женщи-

ны отказаться от новорожденного, возникла необходимость использования метода интервьюирования. Программа интервью состоит из 27 вопросов, которые являются индикаторами выделенных автором трех групп факторов: психологических, социальных и медицинских. Интервьюирование направлено на подтверждение и детализацию ранее полученных данных о факторах риска формирования гипогестогнозического варианта ПКГД, который влияет на намерение женщины отказаться от новорожденного.

Вопросы интервью являются индикаторами для всех факторов, за исключением двух психологических, а именно: уровней самооценки и притязаний и предпочитаемых копинг-стратегий. Поэтому после анализа результатов интервьюирования мы перешли к следующему этапу исследования.

Методика выявления уровней самооценки и притязаний Дембо-Рубинштейна в модификации А. М. Прихожан позволила автору проверить, могут ли какие-либо уровни самооценки и притязаний служить факторами риска. Данная методика основана на непосредственном оценивании исследуемыми женщинами ряда личных качеств, таких как здоровье, способности, характер, авторитет, умение много делать своими руками, внешность и уверенность в себе — итого 7 пунктов. Таким образом, исследуемым предлагается бланк с инструкцией и шкалами, высота которых 100 мм. На каждой шкале указаны верхняя точка, нижняя точка и середина. При этом верхние и нижние точки отмечаются заметными чертами, а середина едва заметной точкой. На каждой из 7 шкал исследуемым женщинам предлагается сначала чертой (—) отметить развитие у себя тех или иных качеств в настоящее время, а затем крестом (x) — при каком уровне развития данных качеств они были бы удовлетворены собой или почувствовали гордость за себя.

После определения уровней самооценки и притязаний женщин, имеющих намерение отказаться от новорожденного, была использована методика Э. Хайма, направленная на выявление предпочитаемых женщинами копинг-стратегий, которые предварительно были выделены автором как фактор, влияющий на формирование ПКГД, поэтому возникла необходимость подтвердить данную гипотезу. Предназначенная как для определения ресурсов личности, так и для непродуктивных паттернов социального поведения, эта методика как нельзя лучше соответствует поставленной задаче. Исследуемым женщинам предлагаются три группы утверждений — А, Б и В. Первая группа включает когнитивные копинг-стратегии, вторая — эмоциональные, третья — поведенческие. Женщинам необходимо вспомнить, каким образом чаще всего они разрешают трудные ситуации и ситуации высокого эмоционального напряжения.

После проверки последнего фактора осуществляется общее подведение итогов — выявляется, какие факторы в наибольшей степени обуславливают формирование гипогестогнозического варианта ПКГД.

На заключительном этапе исследования, опираясь на принципы авторской социологической концепции медико-социальной работы, определяются направления и тактика использования факторов риска в профилактике отказов от новорожденных.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В рамках первой задачи необходимо выявить взаимосвязь намерений женщины отказаться от новорожденного и ее вариант ПКГД. Для этого использовались результаты ТОБ-б, а обработка осуществлялась посредством программного обеспечения SPSS Statistics 17.0. Корреляция устанавливалась между вариантами ПКГД женщин в периоде гестации и намерениями женщин отказаться от новорожденного (табл. 1).

Таблица 1

### Определение соотношения встречаемости вариантов ПКГД женщин в периоде гестации и намерений женщин отказаться от новорожденного

Вариант ПКГД	Встречаемость варианта ПКГД (чел.)	Намерение отказаться от новорожденного (чел.)	Соотношение (% от внутригрупповой выборки)
Оптимальный	44	6	14
Гипогестогнозический	28	27	96
Эйфорический	11	1	9
Тревожный	10	3	25
Депрессивный	5	1	20

На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что наиболее яркая корреляция между намерениями отказа и вариантами ПКГД наблюдается при гипогестогнозическом варианте ПКГД — 96 %, причем велики как встречаемость самого варианта, так и количество намерений отказа, 25 % — при тревожном варианте ПКГД, 20 % — при депрессивном и 9 % — при эйфорическом, при том что встречаемость вариантов относительно невелика, в отличие, например, от оптимального варианта ПКГД — 14 % представительниц от которого высказали намерение отказаться от новорожденного.

Далее определяется корреляция между намерениями женщин отказаться от новорожденного в условиях варианта ПКГД и общего количества намерений женщин отказаться от новорожденного (табл. 2).

Результаты корреляции говорят о том, что наибольший процент отказов (71 %) приходится на женщин с гипогестогнозическим вариантом ПКГД, 16 % — на женщин с оптимальным вариантом ПКГД, 8 % — на женщин с тревожными вариантами ПКГД, по 3 % отказов приходится на женщин с эйфорическим и депрессивным вариантами ПКГД. Принимая во внимание полученные ре-

зультаты, можно предположить, что формирование гипогестогнозического варианта ПКГД у женщины в периоде гестации в большинстве своем является индикатором, сигнализирующим о намерении в послеродовом периоде отказаться от новорожденного.

Таблица 2

**Определение соотношения намерений женщин отказаться от новорожденного с ПКГД вариантами и общего количества намерений женщин отказаться от новорожденного (по данным внутрigrупповой выборки)**

Вариант ПКГД	Встречаемость варианта ПКГД (чел.)	Общее кол-во пациенток с намерением отказаться от новорожденного (чел.)	Соотношение (% от внутрigrупповой выборки)
Оптимальный	6	38	16
Гипогестогнозический	27	38	71
Эйфорический	1	38	3
Тревожный	3	38	8
Депрессивный	1	38	3

При решении второй задачи исследования необходимо было выявить психологические, социальные и медицинские факторы, которые формируют гипогестогнозический вариант ПКГД. Для ее реализации мы использовали метод интервьюирования, в котором приняли участие 33 женщины с оптимальным и гипогестогнозическим вариантами ПКГД, а затем методики Дембо-Рубинштейн и Э. Хайма в отношении 27 исследуемых женщин с гипогестогнозическим вариантом ПКГД.

Таким образом, на первом этапе решения данной задачи с исследуемыми женщинами было проведено интервьюирование, вопросы которого явились индикаторами следующих медицинских факторов: наличие/отсутствие соматических заболеваний и акушерско-гинекологических патологий, психическое здоровье женщины. Психологические факторы: мотивы беременности, планируемая у женщины или не планируемая беременность, восприятие мужчиной беременности женщины, наличие у женщины других детей. Социальные факторы: поддержка женщины ее матерью в контексте передачи ей опыта ухода за ребенком, отношения женщины с близкими и друзьями, зарегистрирован ли брак женщины или не зарегистрирован, образ жизни женщины, ее жилищно-бытовые условия, уровень дохода, уровень образования и возраст.

У 6 женщин, обладающих оптимальным вариантом ПКГД и имеющих намерение отказаться от новорожденного, не выявлено посредством интервьюирования факторов, которые явились бы факторами риска из выделенных нами групп медицинских, психологических, социальных и медицинских факторов, собственно, по этой причине и не было условий и предпосылок

для формирования иного варианта психологического компонента гестационной доминанты, который бы обусловил намерение женщины отказаться от новорожденного. Тем не менее в процессе интервьюирования при ответах на вопросы: «Как отец вашего ребенка воспринял его рождение?», «Кто поддерживает вас в настоящее время?», «Чьей помощи и поддержки в настоящее время вам не достает?», «Как у вас складываются отношения с каждым из членов вашей семьи?» — был выявлен фактор, который обусловил намерение отказаться от новорожденного, а именно рождение ребенка с пороками развития, являющийся травмирующим обстоятельством как для матери, так и для отца ребенка, а также для внутрисемейных отношений, поскольку речь идет о ситуации переживания горя. Таким образом, в 4 из 6 случаев женщины не могли рассчитывать на поддержку супруга, необходимую им более всего.

Ответы 27 пациенток, обладающих гипогестогнозическим вариантом, позволяют выделить следующие медицинские факторы риска: в 8 случаях женщины заявляют о низком уровне соматического здоровья ввиду наличия социально обусловленных заболеваний, в 19 случаях женщины указывают на удовлетворительное состояние здоровья. Тем самым мы можем зафиксировать, что наличие или отсутствие соматических заболеваний в их конкретных случаях фактором риска не является. Тем не менее в 8 случаях отмечается низкий уровень соматического здоровья, связанный преимущественно с социально обусловленными заболеваниями, которые не подвергаются лечению, запускаются, ухудшая при этом состояние здоровья женщины (рис. 1). Акушерско-гинекологических патологий и нарушений психического здоровья у 27 исследуемых не выявляется.

**Медицинские факторы риска**

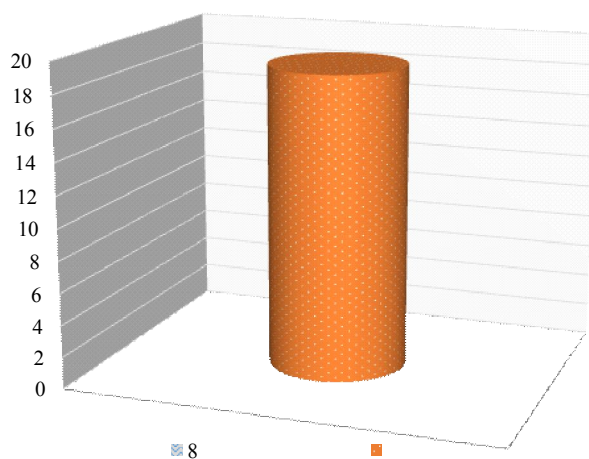
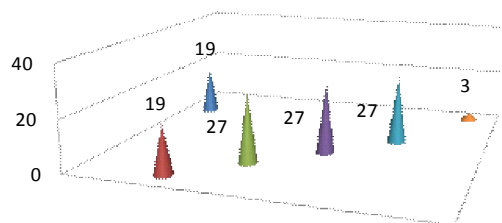


Рис. 1. Уровни соматического здоровья исследуемых пациенток

К психологическим факторам риска, выявленным во время интервью, относятся в целом причины широкого спектра (рис. 2).

## Психологические факторы риска



- Неблагоприятный опыт взаимодействия с родительской семьёй
- Деструктивные или несформированные мотивы беременности
- Незапланированная беременность
- Негативное или безразличное восприятие партнером беременности и рождения ребенка
- Неблагоприятный опыт взаимодействия с собственной матерью
- Наличие у женщин других детей

Рис. 2. Наиболее вероятные психологические факторы риска, обуславливающие формирование гипогестогнозического варианта ПКГД

Интервьюирование позволило выявить 8 наиболее ярких социальных фактора (рис. 3).

## Социальные факторы риска



Рис. 3. Социальные факторы риска, в наибольшей степени обуславливающие формирование гипогестогнозического варианта ПКГД

На втором этапе решения данной задачи было необходимо проверить оставшиеся психологические факторы, а именно: уровни самооценки, притязаний и копинг-стратегии, предпочитаемые женщинами, имеющими намерение отказаться от новорожденного.

У 27 женщин, имеющих намерение отказаться от новорожденного, уровень притязаний располагается в границах между 45—60 и является низким, так же как и уровень самооценки, не превышающий ни у одной ис-

следуемой 45 баллов. Методика Э. Хайма не выявила адаптивных когнитивных, поведенческих и эмоциональных копинг-стратегий, преобладающими являются неадаптивные: смирение, активное избегание и подавление эмоций соответственно.

Таким образом, наиболее существенными факторами риска, влияющими на формирование гипогестогнозического варианта ПКГД, обуславливающего намерение женщины отказаться от новорожденного, являются следующие психологические факторы: низкие уровни самооценки и притязаний, использование неадаптивных копинг-стратегий, неблагоприятный опыт взаимодействия беременной женщины с собственной матерью и в целом с родительской семьёй, несформированные мотивы беременности, непланируемая беременность, негативное или безразличное восприятие мужчиной беременности женщины; и следующие социальные факторы: отсутствие поддержки матери или старшей женщины в контексте передачи опыта ухода за новорожденным, отсутствие друзей и близких, к которым можно обратиться за поддержкой, незарегистрированный брак, образ жизни, не подвергшийся необходимым изменениям, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, низкий уровень дохода или его отсутствие и неполное среднее образование.

Следует отметить и медицинский фактор, такой как низкий уровень соматического здоровья, зафиксированный у 8 исследуемых и связанный преимущественно с социально обусловленными заболеваниями, которые не подвергаются лечению, запускаются, ухудшая при этом состояние здоровья женщины.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принимая во внимание особенности различных лечебно-профилактических учреждений, авторская концепция медико-социальной работы представляет собой единство устойчивости и вариативности, включает две стороны — институциональную и личностную, учитывает потребности пациента и возможности лечебно-профилактического учреждения. Поскольку в практическом плане авторская модель интеграции медико-социальной работы носит модульный характер, то тактические действия могут меняться в зависимости от профиля ЛПУ, санологического поведения пациентов и других сочетанных сопутствующих факторов.

Таким образом, в рамках исследования была установлена четкая корреляция между вариантами ПКГД и намерениями женщин отказаться от новорожденного, определено, что именно гипогестогнозический вариант ПКГД свидетельствует о намерении женщины отказаться от новорожденного, и выделены наиболее существенные факторы риска, влияющие на формирование гипогестогнозического варианта ПКГД.

Среди психологических факторов были выделены: низкий уровень самооценки и притязаний, использование неадаптивных копинг-стратегий, негативный опыт взаимодействия беременной женщины с собствен-

ной матерью и в целом с родительской семьей, несформированные мотивы беременности, незапланированная беременность, негативное или безразличное восприятие мужчиной беременности женщины.

Социальные факторы: отсутствие поддержки матери или старшей женщины в контексте передачи опыта ухода за новорожденным, отсутствие друзей и близких, к которым женщина могла бы обратиться за поддержкой, незарегистрированный брак, образ жизни, не подвергшийся необходимым изменениям, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, низкий уровень дохода или его отсутствие и неполное среднее образование. Также были определены направления применения выявленных факторов риска в рамках технологий медико-социальной работы по профилактике отказов от новорожденных. Данное направление позволит детализировать статусно-ролевое взаимодействие участников процесса медико-социальной работы и место специалиста по социальной работе в системе оказания медицинской помощи, снизить уровень социальных рисков, а также

укрепить ресурсы здравоохранения, с одной стороны, и способствовать активизации ресурсов самого пациента — с другой.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова И. С. Значение медико-социальной культуры агентов социализации для здоровья ребенка / И. С. Гаврилова, Е. В. Блинцова // Проблемы управления здравоохранением. — 2012. — № 1. — С. 26—29.
2. Добряков И. В. Гипогестозический вариант психологического компонента гестационной доминанты // Здоровье ребенка современного города: материалы IX Международной конференции. — СПб.: СПбГТУ, 2002. — С. 56.

## Контактная информация

**Гаврилова Ирина Сергеевна** — к. филос. н., доцент кафедры социальной работы с курсом педагогики и образовательных технологий, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: gavrilo-irene@rambler.ru

УДК 378.661:616-053.31

## СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОСТДИПЛОМНОМ ОБУЧЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ВРАЧЕЙ-НЕОНАТОЛОГОВ

*Н. В. Деларю, В. Б. Мандриков, Т. Е. Заячникова*

*Волгоградский государственный медицинский университет,*

*Обучающий симуляционный центр по акушерству, гинекологии и перинатологии ВолгГМУ, ректорат, кафедра педиатрии и неонатологии факультета усовершенствования врачей*

Результаты обучения 52 врачей-неонатологов в Обучающем симуляционном центре по акушерству, гинекологии и перинатологии ВолгГМУ показали, что данная форма повышения квалификации не только улучшает уровень практических профессиональных компетенций в области интенсивной терапии специалистов, но и выявляет «проблемные» вопросы как додипломной, так и постдипломной подготовки.

*Ключевые слова:* симуляционные технологии, постдипломное обучение, интенсивная терапия, врачи-неонатологи.

## SIMULATION TECHNOLOGIES IN POSTGRADUATE TRAINING OF NEONATOLOGISTS IN INTENSIVE CARE

*N. V. Delaru, V. B. Mandrikov, T. E. Zayachnikova*

The results of training of 52 neonatologists in the Educational Simulation Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology of Volgograd State Medical University demonstrated that this form of professional development not only increases their practical professional proficiency in intensive care but also helps to reveal the problem area both before and after the training.

*Key words:* simulation technologies, postgraduate training, intensive care, neonatologists.

В 2014 г. уровень младенческой смертности в Волгоградской области снизился, по сравнению с 2013 г., на 18,4 % (с 9,8 до 8,0‰), но, тем не менее, он продолжает превышать общероссийский показатель почти на 10 %. В структуре младенческой смертности преобладает смертность новорожденных, причем более 40 % из них погибают в первые часы жизни от асфиксии в

родах, аспирационных синдромов и других управляемых причин. Поэтому существенное значение имеет качество проведения реанимационных мероприятий в родильном зале, что предполагает наличие у врачей специальных навыков, многие из которых должны быть отработаны до автоматизма. Важную роль в этом в последние годы приобрело использование технических