

Т.К. Знаменская

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

Охрана материнства и детства является наиболее важной составляющей в системе охраны здоровья, учитывая значимость рождения здоровых детей – будущего потенциала каждого государства. Показатели материнской и младенческой смертности являются индикатором социально-экономического благополучия страны и их снижение включено в основные цели развития тысячелетия, которые определила ООН.

По поручению Президента Украины В.Ф. Януковича был создан и активно внедряется в жизнь Национальный проект (НП) «Новая жизнь – новое качество в охране материнства и детства», целью которого является обеспечение населения доступной высококвалифицированной медицинской помощью, комфортными условиями родовспоможения и выхаживания детей путем регионализации перинатальной помощи и создания сети региональных перинатальных центров.

Необходимость создания сети региональных перинатальных центров обусловлена неудовлетворительным состоянием здоровья матерей и новорожденных. Уровень младенческой смертности в Украине в 2-3 раза превышает таковой в странах ЕС. Наблюдается стабильно высокий уровень смертности новорожденных. В структуре причин смерти новорожденных на первом месте находятся причины перинатального периода. Показатель материнской смертности в стране за последние два года увеличился почти в 2 раза и в 4 раза превышает уровень в странах ЕС.

Основными причинами материнских и плодовых потерь является соматическая патология у женщин, остается значительной частота преждевременных родов, что представляет высокую степень риска для здоровья и жизни матерей и детей. Представленная ситуация обуславливает необходимость реорганизации перинатальной помощи в каждом регионе с учётом усовершенствования организационных и медицинских технологий, кадрового обеспечения.

На сегодня от 30 до 60% родильных отделений в регионах имеют меньше 300 родов в год, что обуславливает факт недостаточного уровня квалификации медицинского персонала, и как

следствие – негативные показатели в работе учреждений. Такие родовспомогательные учреждения становятся потенциально опасными для здоровья матери и ребёнка, а также неоправданно экономически затратными.

Отдельной проблемой доступности населения к квалифицированной перинатальной помощи является транспортировка беременных, рожениц, родильниц и младенцев, что обусловлено недостаточной оснащённостью лечебных учреждений специальным санитарным транспортом, средствами связи, а также неудовлетворительным состоянием автомобильных дорог.

Составляющими перинатальной помощи, определяющими состояние здоровья матерей и детей, являются:

- обеспечение населения доступными услугами по вопросам планирования семьи;
- высококачественная медико-генетическая помощь;
- обеспечение антенатальной помощи в условиях областных женских консультаций, оснащенных современным оборудованием;
- создание условий для безопасных родов, предоставление, в случае необходимости, высокотехнологичной перинатальной помощи.

Основными задачами регионального перинатального центра III уровня является обеспечение 3-уровневой перинатальной помощи путем:

- организации работы сети лечебных заведений;
- формирования потоков пациентов в соответствии с состоянием здоровья;
- анализа проблем региона и разработки путей их решения;
- организационно-методического обеспечения перинатальной помощи в регионе и подготовки кадров;
- обеспечения высокотехнологической помощи беременным, роженицам и новорождённым с высокой степенью перинатального риска.

Реализация НП предусматривает создание региональных перинатальных центров III уровня на базе существующих областных родильных отделений многопрофильного лечебного заведения путем высокотехнологичной реконструкции по-

мещений и дооснащения высокотехнологичным оборудованием.

Создание региональных перинатальных центров в рамках Национального проекта предусматривается в три этапа:

- в 2011 г. перинатальные центры создаются в АР Крым, Кировоградской, Днепропетровской, Донецкой, Житомирской, Одесской, Тернопольской, Харьковской областях;
- в 2012 г. – в Винницкой, Волынской, Ивано-Франковской, Закарпатской, Киевской, Львовской, Хмельницкой, Черновицкой областях и г. Севастополь.
- в 2013 г. – в Запорожской, Луганской, Николаевской, Полтавской, Ровенской, Сумской, Херсонской, Черкасской, Черниговской областях и г. Киеве.

Для достижения цели и выполнения основных заданий НП «Новая жизнь» предполагается следующий порядок его реализации:

- С целью разработки Концепции усовершенствования перинатальной помощи в регионе Рабочей группой НП проводится аудит перинатальной помощи на региональном уровне, который включает:
 - анализ перинатальной помощи в регионе;
 - анализ штатного расписания, резерва и уровня подготовки кадров;
 - оценку технического состояния и номенклатуры существующего медицинского оборудования;
 - определение базового лечебного учреждения для создания регионального перинатального центра, в том числе, оценка технического состояния здания, помещений, инженерных путей и т.д.
- Главой администрации утверждается состав рабочей группы для создания модели регионального перинатального центра, в состав которой включаются главы областных государственных администраций, начальники главного областного управления охраны здоровья, ректора высших учебных медицинских учреждений, директора региональных медицинских колледжей, заместители начальников управлений охраны здоровья по вопросам охраны материнства и детства, главные специалисты управлений охраны здоровья по акушерству и гинекологии, неонатологи, педиатры, главные врачи базовых лечебных учреждений, руководители областных центров планирования семьи, руководители областных медико-генетических центров.
- Региональной рабочей группой, совместно с рабочей группой НП, разрабатывается и утверждается Концепция перинатальной по-

мощи в регионе с организационно-методическими мероприятиями.

- Региональной рабочей группой определяется заказчик проекта создания регионального перинатального центра и генеральный проектант.
- Генеральным проектантом, совместно с рабочей группой НП разрабатывается и утверждается в установленном порядке проект создания регионального перинатального центра, который включает:
 - реконструкцию и капитальный ремонт помещений перинатального центра;
 - внедрение современных инженерных технологий для обеспечения функционирования перинатального центра;
 - внедрение медицинских технологий с дооснащением необходимым высокотехнологичным медицинским оборудованием.
- Рабочий проект подается в Агентство инвестиций и управления национальными проектами.
- Экспертной комиссией, созданной Министерством экономического развития и торговли, осуществляется сопровождение и мониторинг реализации проектов создания региональных перинатальных центров.
- Министерство экономического развития и торговли утверждает проект создания региональных перинатальных центров.

Расходы, связанные с финансированием объектов капитального строительства, закупкой товаров, работ и услуг за счет бюджетных средств осуществляется в установленном законом порядке. Оплата таких товаров, работ и услуг проводится с учетом положений бюджетного законодательства.

- Региональной рабочей группой, совместно с Рабочей группой НП, разрабатывается штатное расписание регионального перинатального центра, которое подаётся в МЗ Украины для утверждения.
- Министерством охраны здоровья, при участии рабочей группы НП, разрабатывается и обеспечивается нормативная база реализации НП на национальном уровне.
- Рабочей группой НП, совместно с высшими учебными заведениями и региональными рабочими группами, разрабатывается учебная программа по подготовке и аттестации кадров.
- Координация тренингового процесса при подготовке кадров региональных перинатальных центров обеспечивается Украинским Центром стратегических исследований в сотрудничестве с международными агентствами.
- Министерство охраны здоровья Украины, Совет министров Автономной Республики Крым, областные Киевская и Севастопольская

городские государственные администрации согласовывают с Экспертной комиссией, рабочей группой НП оперативные мероприятия по созданию региональных перинатальных мероприятий в рамках реализации НП.

- Контроль за соблюдением требований порядка реализации НП осуществляет Экспертная комиссия.
- Рабочей группой НП с привлеченными экспертами создается «группа запуска» перинатального центра.

Реализация концепции НП «Новая жизнь. Новое качество охраны материнства и детства» даст возможность создания условий для достижения обновленных Целей развития Тысячелетия, озвученных Президентом Украины на Саммите ООН в 2010 г. в отношении улучшения охраны здоровья матерей и снижения детской смертности, а именно на 17 % – уровня материнской смертности, на 17 % – снижения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет.

На сегодняшний день уникальным научно-практическим центром в области охраны материнства и детства в Украине, где проводится мониторинг здоровья и оказывается специализированная помощь детям, начиная от эмбриона и плода к новорожденному и ребенку в условиях единого медицинского учреждения, является Государственное учреждение «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» (ГУ «ИПАГ НАМН Украины»). В Институте исследуются, разрабатываются и внедряются самые передовые технологии в области перинатологии.

Важной проблемой перинатологии, решение которой требует обеспечения эффективных медико-организационных мероприятий, остаются врожденные пороки развития. Врожденные пороки развития и наследственная патология играют существенную роль в заболеваемости населения Украины и влияют на уровень перинатальных потерь. В структуре причин детской смертности последние стабильно занимают ведущее место и составляют около 20 % всех причин, а большая их часть приходится на детей первого года жизни.

Высокие показатели ранней неонатальной смертности в Украине свидетельствуют о необходимости улучшения пренатальной диагностики врожденных пороков, в том числе и несовместимых с жизнью. Заслуживает также внимание проблема детей с врожденными пороками, которые корригируются, но даже после серии сложных операций дети остаются инвалидами. Следует отметить, что в целом за последние 10 лет уровень детской инвалидности в Украине вырос на треть, а по причине врожденных аномалий – в 2 раза.

Значительным резервом медицины в части улучшения демографической ситуации в Украине является пренатальная диагностика, которая играет особую роль в снижении перинатальной заболеваемости, смертности и инвалидности от врожденной и наследственной патологии.

В отделении медицины плода ГУ «ИПАГ НАМН Украины» была разработана и предложена концепция пренатальной диспансеризации (включая и терминологию), которая внедрена в практику и действует уже свыше 20 лет. Основное отличие – объектом исследования и наблюдения является плод, как пациент, а не только беременная женщина.

В отделении медицины плода проводится комплексная пренатальная диагностика, включающая не только ультразвуковое исследование, но и инвазивные процедуры (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез) с обязательным цитогенетическим анализом по показаниям.

Благодаря комплексу пренатальных исследований отделяются летальные и определяются витальные аномалии у плода, которые подлежат коррекции. Вопрос о последующем ведении беременности в каждом случае решается пренатальным консилиумом индивидуально и зависит от срока беременности, тяжести заболевания и уровня постнатальной специализированной помощи.

Уникальный замкнутый перинатальный цикл тесного сотрудничества перинатологов и отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития у детей был основан в ГУ «ИПАГ НАМН Украины», с появлением пренатальной диагностики. При установленном пренатально диагнозе (аномалии желудочно-кишечного тракта, передней брюшной стенки, органов средостения, легких и другие аномалии) разрабатывается план ведения беременности, родов и постнатального периода. После рождения новорожденные с витальными аномалиями в течение первых часов жизни при необходимости дообследуются, а те, кому подтвержден диагноз атрезии пищевода, атрезии кишечника всех уровней, диафрагмальной грыжи, гастрошизиса, омфалоцеле и другой хирургической патологии, подлежат оперативному лечению, которое дает возможность выжить тем детям, задержка операции которых угрожала неминуемой летальностью.

Своевременная пренатальная диагностика врожденных аномалий позволяет проводить операции новорожденным по плану не только в первые часы, но и минуты жизни. Это способствует снижению перинатальных осложнений за счет отсутствия транспортировки новорожденного на большие расстояния, отсутствия переохлаждения и пересыхания эвентерированных органов (в случае гастрошизиса и омфалоцеле). Снижение пока-

зателя детской смертности от врожденных пороков развития за последние годы свидетельствует о высоком профессиональном уровне детских хирургов. Внедрение этой перинатальной технологии позволило уменьшить послеоперационную летальность с 40,7 до 5 % у новорожденных с пороками развития, которые сопровождаются висцеро-абдоминальной диспропорцией.

Врожденные пороки сердца принадлежат к самым распространенным аномалиям и встречаются приблизительно у 0,8 % живых новорожденных, составляют 21-30 % от числа всех врожденных пороков развития. Лишь 5-15 % больных, которым не выполнено хирургическое вмешательство, доживают до старшего подросткового возраста. При естественном течении врожденных пороков сердечно-сосудистой системы 40 процентов больных умирает до года, причем половина их – на первом месяце жизни. При своевременной диагностике и неотложной хирургической помощи они могли бы жить и быть здоровыми. Достижения современной детской кардиохирургии, при условии своевременно проведенной хирургической коррекции, позволяют спасти 95 % прооперированных, которые могут жить полноценной жизнью.

На сегодняшний день основным методом для выявления врожденных пороков сердца является ультразвуковая диагностика. С развитием научно-технического прогресса в последнее время точность и информативность ультразвукового исследования значительно повысилась (с 45 % в 2000 году до 85 % в 2010 году). В настоящий момент уровень успешной визуализации разнообразных структур сердца у плода при использовании STIC в соединение с 3D-реконструкцией достигает 100 %, а 3D – энергетический доплер позволяет в 96 %, начиная с 11 недель гестации, визуализировать основные магистральные сосуды.

Основными методами в диагностике врожденных пороков сердца у новорожденных являются методы лучевой диагностики, а именно: ЭХОКГ, МРТ, КТ. Первой и основной методикой остается ЭХОКГ, но в ряде случаев диагностика нуждается в детализации с использованием более высокотехнологического оборудования – МРТ, КТ.

В ГУ «ИПАГ НАМН Украины» налажена система оказания помощи новорожденным с врожденными пороками сердца: беременная с выявленным пороком родоразрешается в ИПАГ, после чего сразу же решается вопрос о возможной хирургической коррекции порока. Дети в возрасте от первого часа до одного месяца жизни переводятся в Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им.Н.Н.Амосова АМН Украины или Центр кардиологии и кардиохирургии.

Одним из перспективных направлений улучшения результатов лечения врожденных пороков сердца у новорожденных является применение стволовых клеток. Проведенные ГУ «ИПАГ НАМН Украины» совместно с Институтом клеточной терапии исследования показали, что у новорожденных с врожденными пороками сердца достаточно высокое содержание стволовых клеток в пуповинной крови, то есть может быть получено достаточное количество стволовых клеток для последующего применения у этого же пациента при хирургической реабилитации порока. Получены первые положительные результаты.

Особенно острой в перинатальном аспекте является проблема материнства при экстрагенитальной патологии (сердечно-сосудистые заболевания, патология почек, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и другие), которая и сегодня остается одной из главных причин материнской и перинатальной патологии и смертности. Результаты научных исследований ГУ «ИПАГ НАМН Украины» позволили разработать пренатальные технологии предоставления помощи таким беременным.

Следует отметить, что Институт фактически взял на себя функцию Перинатального центра по проблеме «Сахарный диабет и беременность». Разработана перинатальная система охраны плода при сахарном диабете, включающая предгестационный, антенатальный, интранатальный и неонатальный этапы, санаторно-курортную реабилитацию беременных, что позволило более чем в 5 раз уменьшить перинатальную смертность при этой самой тяжелой патологии: от 167 ‰ в 80-х годах прошлого века до 29,6 ‰ в первом десятилетии нынешнего.

Разработки Института легли в основу клинических протоколов по ведению беременности и родов у больных с прегестационным и гестационным диабетом (приказ МЗ Украины № 582 от 15.12.2003).

На базе Института Приказом МЗ Украины в 2006 г. Создан постоянно действующий регистр беременных с сахарным диабетом для мониторинга перинатальных потерь при сахарном диабете в Украине. Это позволило изучить действительное состояние предоставления специализированной помощи этому контингенту женщин и их новорожденным, выяснить, что репродуктивный потенциал молодых женщин с диабетом используется не в полной мере, разработать ряд предложений относительно улучшения ситуации в стране. Положительной является постоянная тенденция к увеличению количества родов у больных диабетом, которая наблюдается с 2005 года.

Для решения проблемы экстрагенитальной патологии при беременности необходимо разра-

ботать концепцию безопасного материнства для таких женщин, включающую систему подготовки девушек и женщин фертильного возраста к будущему материнству (консультации и лечение до беременности), качественную работу службы планирования семьи. Необходимо уделить серьезное внимание повышению квалификации врачей, которые работают в родовспомогательных заведениях по вопросам экстрагенитальной патологии. Для чего в программу обучения врачей-интернов медицинских вузов необходимо ввести курс экстрагенитальной патологии и организовать соответствующий цикл в академии последипломного образования. Обеспечить регулярное издание в достаточных тиражах научно-методической литературы по вопросам экстрагенитальной патологии (монографии, методические рекомендации и тому подобное). Регулярно проводить научно-практические конференции и семинары, посвященные ведению беременности и родов при различных заболеваниях внутренних органов.

На сегодняшний день особенно остро стоит проблема предоставления медицинской помощи новорожденным с экстремально низкой массой тела при рождении. Для оптимизации выхаживания детей с низкой массой тела в Институте разработаны микрометодики оценки состояния системы свертывания крови новорожденных, внедряется метод «мама-кенгуру», что позволяет создать естественную «тепловую цепочку» для ребенка, стимулировать раннее естественное вскармливание, уменьшить агрессивность интенсивной помощи и частоту нозокомиального инфицирования, способствовать более заботливому выхаживанию и формированию раннего психоэмоционального контакта с родителями.

Одной из наиболее важных проблем перинатальной медицины является прогрессирующий рост внутриутробного инфицирования плода. Частота его колеблется от 6 до 30 %. Основные проблемы TORCH-инфекций у новорожденных это поражение ЦНС, печени и сердечно-сосудистой системы.

В отделении неонатологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины» разработан экспресс-метод диагностики внутриутробного инфицирования цитомегаловирусом по исследованию мазков-отпечатков из материнской и плодовой части плаценты. Для раннего определения внутриутробного инфицирования вирусом простого герпеса 2 типа предложен иммуногистохимический метод исследования плацент для определения уровня экспрессии антигенов вируса. Для лечения цитомегаловирусной, герпесвирусной и токсоплазменной инфекции у новорожденных раз-

работаны и успешно применяются комплексные схемы лечения с использованием специфических иммуноглобулинов.

Необходимо еще шире внедрять современные технологии физиологического перинатального ухода, которые соответствуют рекомендациям ВОЗ:

- осознанное родительство и партнерские роды;
- демедицинализация беременности и родов, т.е. исключение необоснованных медицинских назначений (лекарств, обследований, процедур);
- демедицинализация раннего неонатального периода, т.е. ограничение контакта новорожденного с медицинским персоналом, ограничение рутинных мероприятий и процедур при осуществлении наблюдения за новорожденным в роддоме;
- контакт с матерью с первых минут жизни ребенка и обеспечение контакта «кожа к коже» матери и ребенка продолжительностью не менее 2-х часов;
- поддержание «тепловой цепочки» при проведении всех лечебно-профилактических мероприятий;
- раннее начало грудного вскармливания (первые 30-60 минут);
- ранняя выписка матери и ребенка из родильного стационара;

Важной задачей для реорганизации перинатальной службы является дальнейшее совершенствование нормативной базы. При участии сотрудников ГУ «ИПАГ НАМН Украины» разработано более тридцати клинических протоколов оказания акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, которые утверждены приказами МЗ Украины и внедрены в практику родовспомогательных учреждений.

Реализацию программы реформирования перинатальной медицины трудно представить без соответствующей информационной поддержки. Здесь можно выделить два наиболее важных направления: это компьютерный мониторинг и телемедицина. Чрезвычайно важным представляется организация мониторинга врожденных пороков развития, перинатальной смертности, детской инвалидности и других, что позволит выявить и оценить факторы риска, разработать организационные мероприятия по их устранению. Телеконсультативная поддержка в трудных для диагностики и лечения случаях в форме видеоконференций или заочных консультаций предполагает аудио и видеообмен между лечащим врачом и консультантом в процессе обсуждения медицинских данных пациента. Телемедицинские услуги экономически обоснованы, так как их применение позволяет значительно уменьшить применение санитарной авиации, сократить потребность в транспортировке пациентов.

Перинатальна психологія і психологія репродуктивної сфери жінчини і чоловічини – унікальне нове напрямлення, остро востребоване в сучасній медичній практиці. Успехи медицини, приводячі до зменшенню смертності дітей з патологією, в минулі роки несовместимой з життям, і неудовлетворительная психопрофілактична робота з вагітними, роблять крайню актуальною задачею становлення перинатальної психотерапії як системи ліечебного психічного (психологічного) впливу на психіку жінчини і дитини в антенатальному, інтранатальному і постнатальному періодах.

В жіночих консультаціях, родильних домах не передбачено одержання пацієнтками психотерапевтичної допомоги. Нерідко ці установи співпрацюють з психологами, але задачі останніх зводяться до участі в підготовці жінок до народження. Діагностикою нервно-психічних розладів і психотерапією вони, як правило, не займаються. В результаті лише

одиниці з тих, кому це необхідно, одержують своєчасну психотерапевтичну допомогу.

В відділенні неонатології ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» розроблена методика психологічного супроводження вагітних жінок з екстрагенітальною патологією, а також психологічне супроводження після народження. В результаті впровадження методики досягнута стабілізація психо-емоціонального стану жінок в 60 % випадків, і в 70 % випадків мати включається в ліечебний комплайнс з медичним персоналом. Відмічено позитивний вплив на стан новонароджених, скорочення термінів перебування в відділенні реанімації і інтенсивної терапії

Впровадження сучасних перинатальних технологій дозволяє знизити материнську і дитячу смертність. Реалізація Національного проекту «Нова життя – нове якість в охороні материнства і дитинства» поставит перинатальну службу в Україні на якісно новий рівень.

НАУКОВІ ДЖЕРЕЛА, В ЯКИХ ОПУБЛІКОВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

ДУ «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»:

1. Абдулаев Р.Я., Лукьянова И.С., Сафонова И.М., Грабар В.В. Допплерэхокардиография плода, диагностика нормы // Навчальний посібник. – Харків, «Новое слово». – 200. – 40 с.
2. Абдулаев Р.Я., Лукьянова И.С., Сафонова И.М., Грабар В.В. Допплерометрия сосудов фетоплацентарного комплекса: диагностика плацентарных нарушений // Навчальний посібник. – Харків, «Новое слово». – 200. – 42 с.
3. Авраменко Т.В. Патогенетичне обґрунтування комплексу лікувально-профілактичних заходів перинатальної охорони плода і новонародженого при цукровому діабеті у вагітних // Международный эндокринологический журнал. – 2010. – № 2 (26). – С.55-60.
4. Антипкін Ю.Г. Сучасні проблеми вроджених вад серця у новонароджених та їх корекції / Антипкін Ю.Г., Книшов Г.В., Авраменко Т.В., Чернишов В.П., Гладких Ю.В. // Перинатологія і педіатрія. – 2009. – № 1. – С.23-28.
5. Верновський Г., Рубенштейн С.Д. Дослідження в перинатології. Серцево-судинні захворювання у новонароджених. – К.: Молодь, 2004. – 309 с.
6. Гордієнко І.Ю. Глава «Пренатальна діагностика вродженої та спадкової патології» // посібник для акушерів, неонатологів та сімейних лікарів. – поліум, кіровоград. – 2008. С.198-215
7. Гордієнко І.Ю., моїсєєнко р.о. актуальні проблеми організації пренатальної діагностики вродженої та спадкової патології в Україні // перинатологія і педіатрія. – №2(38). – 2009. – С.6-11
8. Добряков И.В. Хрестоматія по перинатальній психології: Психологія вагітності, родової та послеродової психології / Сост. А.Н. Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005 С.38 – 41.
9. Знаменская Т.К., Зброжик Е.В. Психологические аспекты взаимодействия медицинского персонала при оказании специализированной помощи // Приложение к журналу перинатология и педиатрия. – 2010. – №4(44). – С.92
10. Знаменська Т.К. Моя мама – «кенгуру» // аргументи і факти. Здоров'я. – № 12 (449). – 2003. – С. 2
11. Знаменська Т.К., Куриліна Т.В. Недоношеній дитині потрібна... «мама-кенгуру» // будьмо здорові. – № 12. – 2001. – С. 20-21
12. Лук'янова І.С., Медведенко Г.Ф., Журавель І.А., Сопко Я.О. Вроджені вади розвитку: пренатальні та постнатальні аспекти // місце лікування. – 2007. – № 1 (37). – С. 24-26
13. Медведенко Г.Ф., Лук'янова І.С., Тарасюк Б.А., Журавель І.А., Атаманська О.І., Філенко Л.Л. Особливості ультразвукового обстеження в діагностиці невідкладних станів новонароджених // Провенева діагностика, променева терапія. – 2006. – № 4. – С. 75-77
14. Медведь В.І. Реєстр вагітних з цукровим діабетом як інструмент поліпшення перинатальних показників в Україні / Медведь В.І., Авраменко Т.В., Жилка Н.Я., Шкабаровська О.М. // Ендокринологія. – 2007. – Т.12.
15. Критерії визначення базового лікувального закладу для створення регіонального перинатального центру. Методичні рекомендації / Ю.П.Вдовиченко, Н.Г.Гойда, О.О.Дудіна, Н.Я.Жилка, С.І.Жук, Т.К.Знаменська, Г.О.Соабкий, О.П.Соловей, І.Д.Шкробанець. – К., 2011. – 7 с.
16. Подольський в.в., скрипченко н.я. клініко-епідеміологічні та соціологічні результати впровадження сучасних медичних технологій розродження жінок в індивідуальних пологових залах та пологових залах сімейного типу // здоров'я жінчини. – № 2 (48). – 2010. – с. 101-104
17. Слепов о.к., гордієнко і.ю., сорока в.п. та ін. Пренатальна діагностика, та рання хірургічна корекція вроджених вад розвитку у новонароджених в умовах єдиного науково-лікувального закладу // матеріали симпозіуму «хірургічні аспекти захворювань кишечника у дітей». – чернівці: бдму, 2008. – С. 61-62
18. Ткаченко В.Б., Писарева С.П. Влияние комплексной программы психо-соматической реабилитации на состояние плода у беременных групп риска развития преэклампсии // Актуальные проблемы перинатологии и психологии родительства. Тематический выпуск журнала «Практическая психология». – М. – № 2 (36). – 2008. – С. 83-85
19. TORCH-инфекции в акушерстве и неонатологии / Под.ред. Знаменської Т.К. – К.: Standart Digital Print, 2008. – 232 с.
20. Gordienko i., slepov o., tarapurova o. Et al. Perinatal cycle: from pregnosis to early postnatal surgery in newborns with congenital abdominal wall defects \xxl european congress of perinatal medicine. Istanbul (turkey). – 2008. – P. 159-162.