

**Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения с  
курсом Социальной работы  
Кафедра экономики и менеджмента**

**Тема: Организация охраны материнства и детства**

**лекция №7 для студентов 4 курса, обучающихся по  
специальности 060103 Педиатрия**

К.м.н., доцент Приходько Е.А.

Красноярск, 2013

# План лекции

1. Актуальность проблемы охраны материнства и детства.
2. Аборт как медико-социальная проблема
3. Показатели и структура причин материнской смертности по краю и по РФ
4. Цели и задачи первого этапа оказания лечебно-профилактической помощи женщинам и детям.
5. Второй этап оказания лечебно-профилактической помощи женщинам и детям.

# План лекции

6. Интранатальная охрана здоровья ребенка (III этап)
7. Охрана здоровья новорожденного (IV этап)
8. Принципы диспансеризации детей дошкольного возраста.
9. Работа детской поликлиники.
- 10 . Охрана здоровья детей школьного возраста
11. Функции и структурные подразделения стационара детской больницы.

# План лекции

12. Ухудшение здоровья детей в РФ в период экономических реформ
13. Показатели перинатальной смертности по краю за 1999 – 2006 гг.
14. Структура и динамика младенческой смертности по краю
15. Гарантии, предусмотренные для семей, имеющих детей
16. Физическое развитие детей и подростков

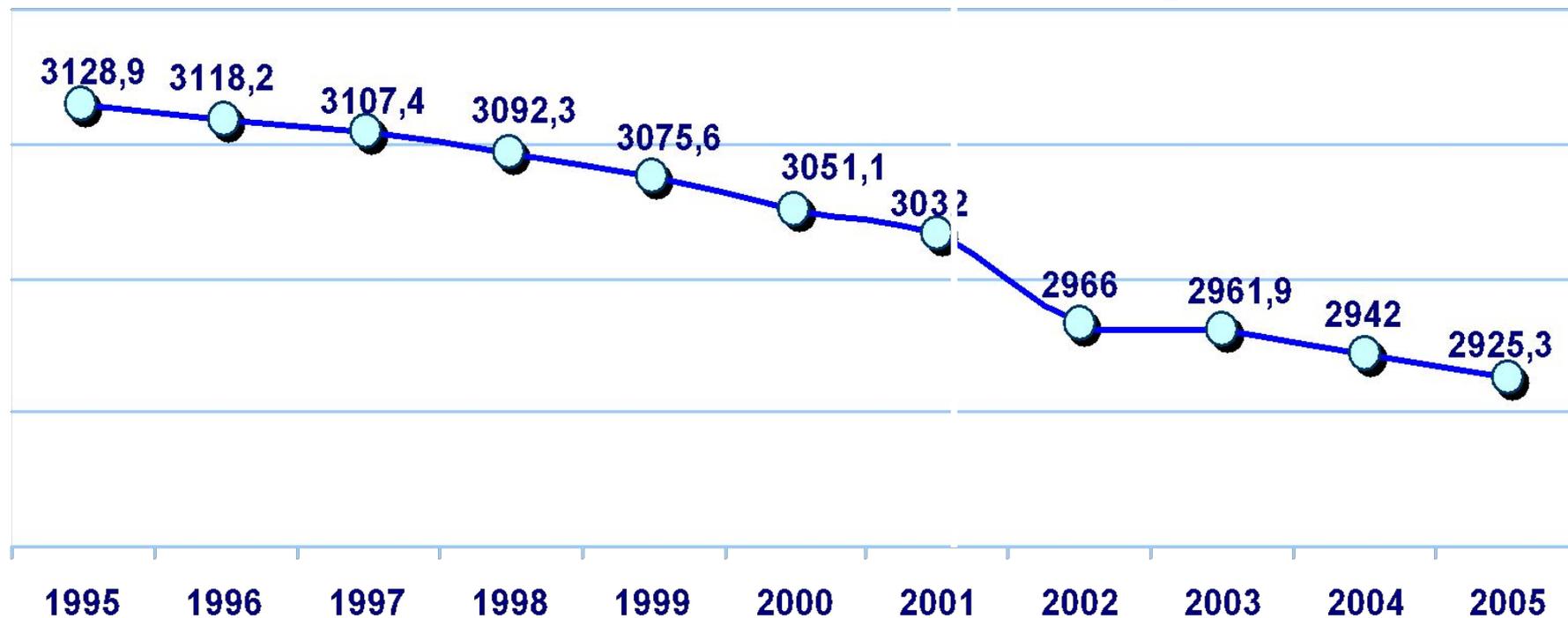
# План лекции

17. Особенности физического развития детей и подростков в РФ на современном этапе
18. Определение инвалидности у детей
19. Состояние проблемы детской инвалидности в современных условиях.
20. Родовые сертификаты

# Динамика численности населения Красноярского края в 1910-2011 гг.

гг.  
(тыс. человек)

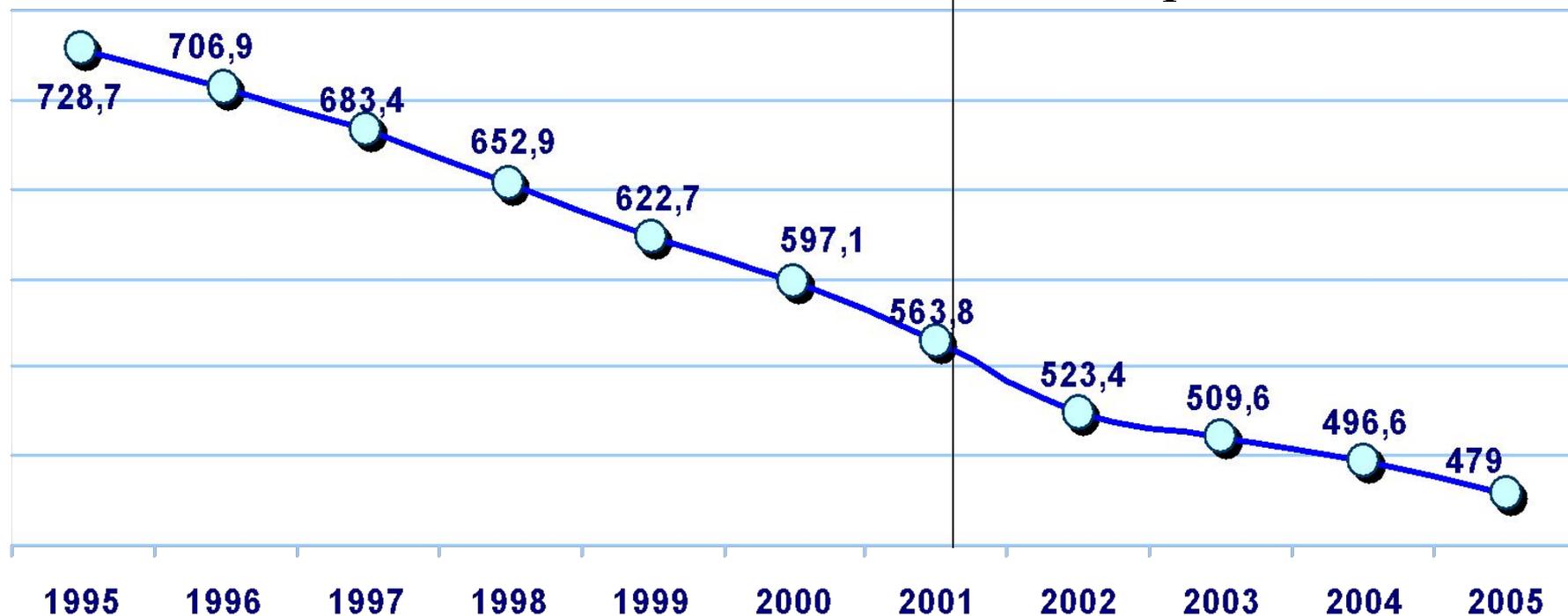
По данным  
переписи



Средний ежегодный темп сокращения населения в 1995-2005 гг. составил 20 тыс. человек в год.

# Динамика численности детского населения Красноярского края в 1995-2005 гг. (тыс. человек)

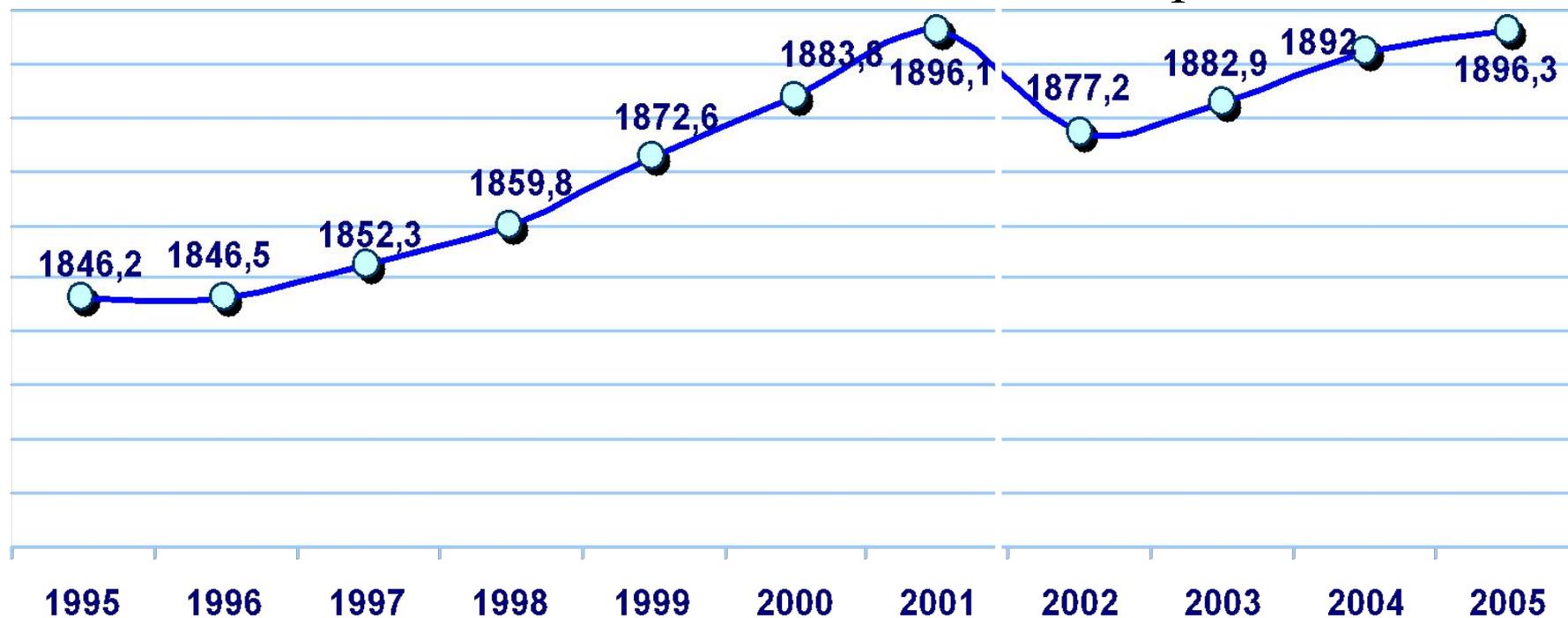
По данным  
переписи



Средний ежегодный темп сокращения детского населения в 1995-2005 гг. составил 28 тыс. детей.

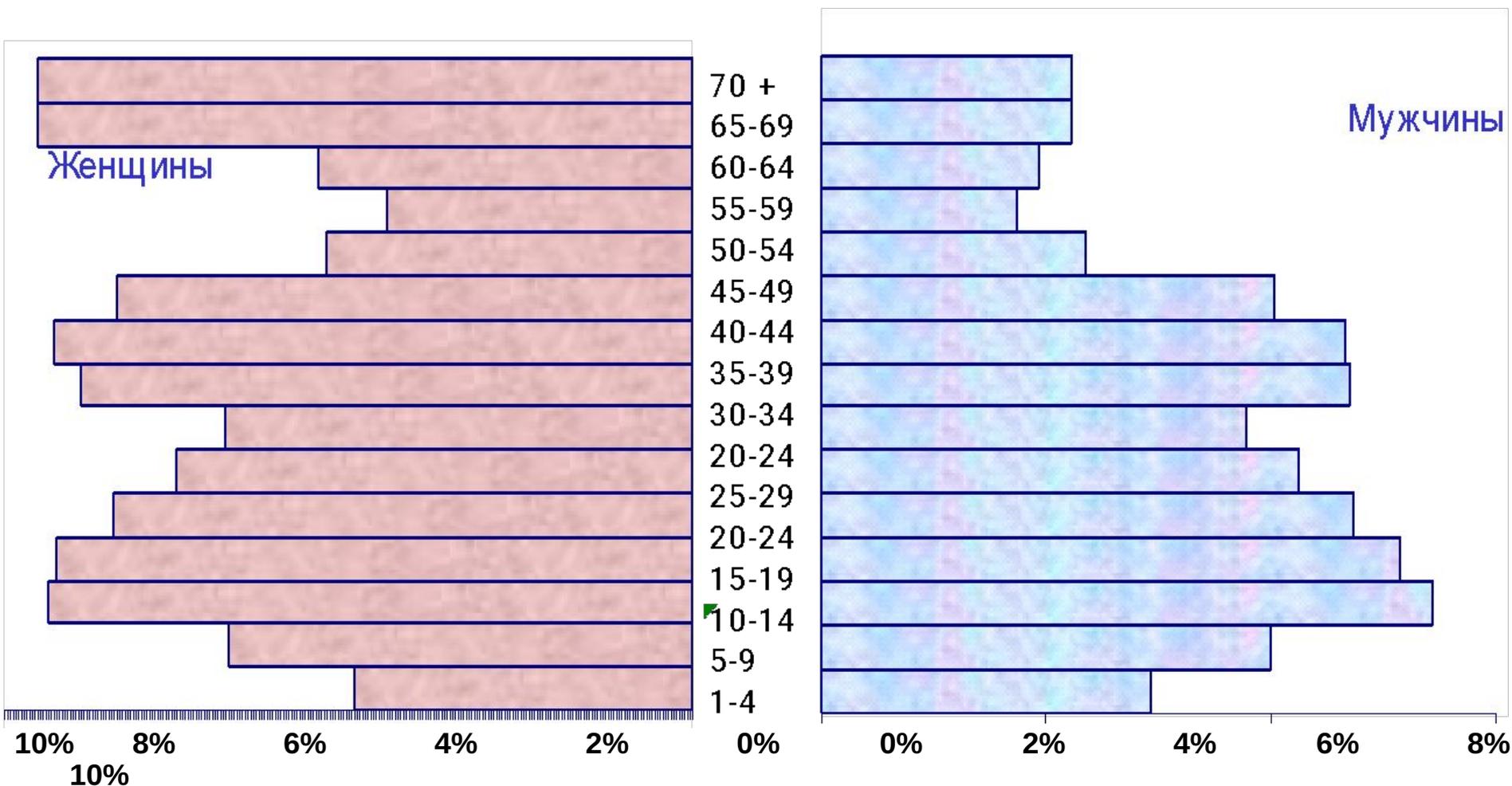
# Динамика численности населения трудоспособного возраста в 1995-2005 гг. (тыс. человек)

По данным  
переписи



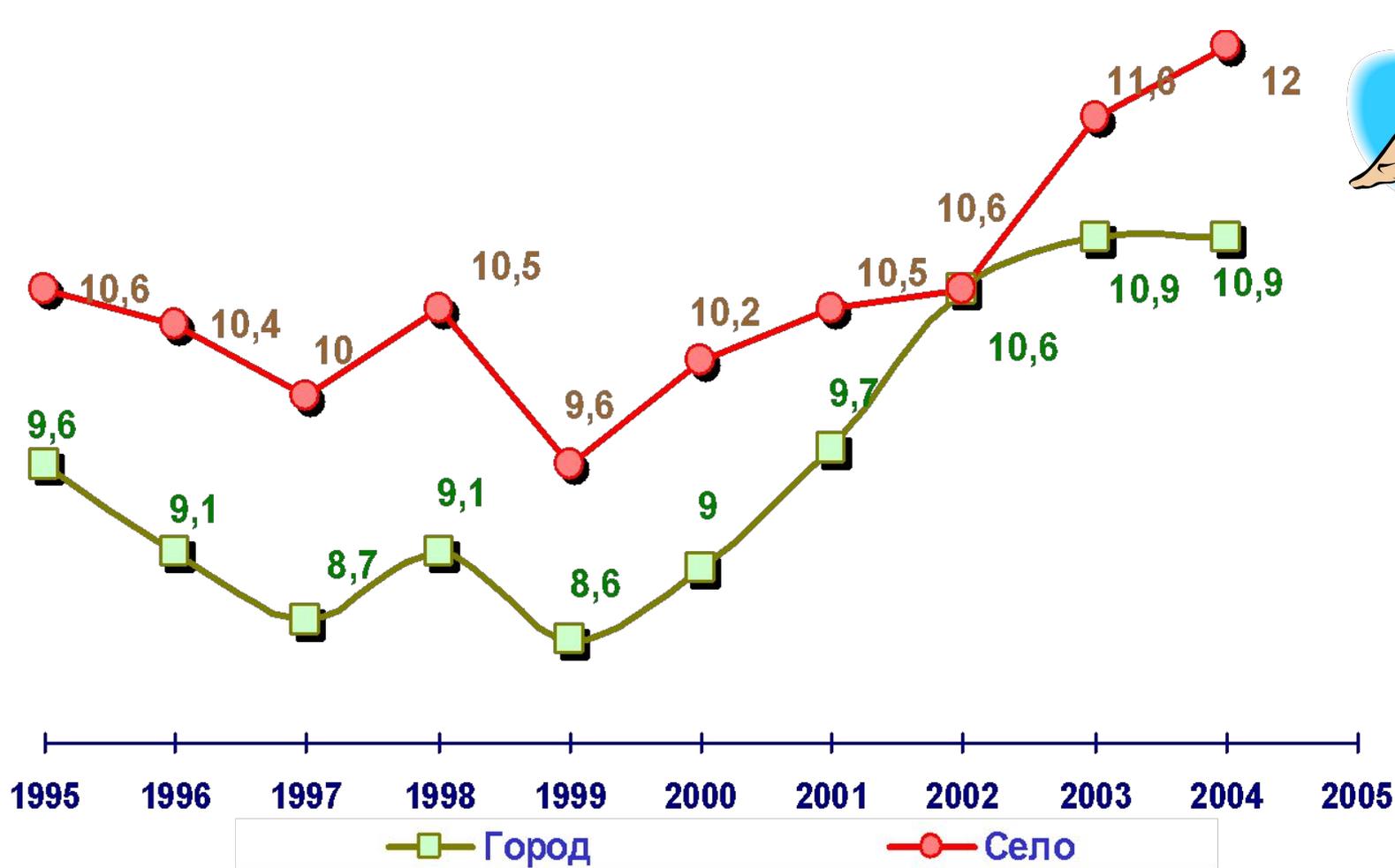
По прогнозу КРАСНОЯРСКСТАТА в 2016 году численность трудоспособного населения края сократится по сравнению с 2000 г. на 12%

# Процент от общей численности населения Красноярского края по полу и возрасту на 01.01.2005 г.



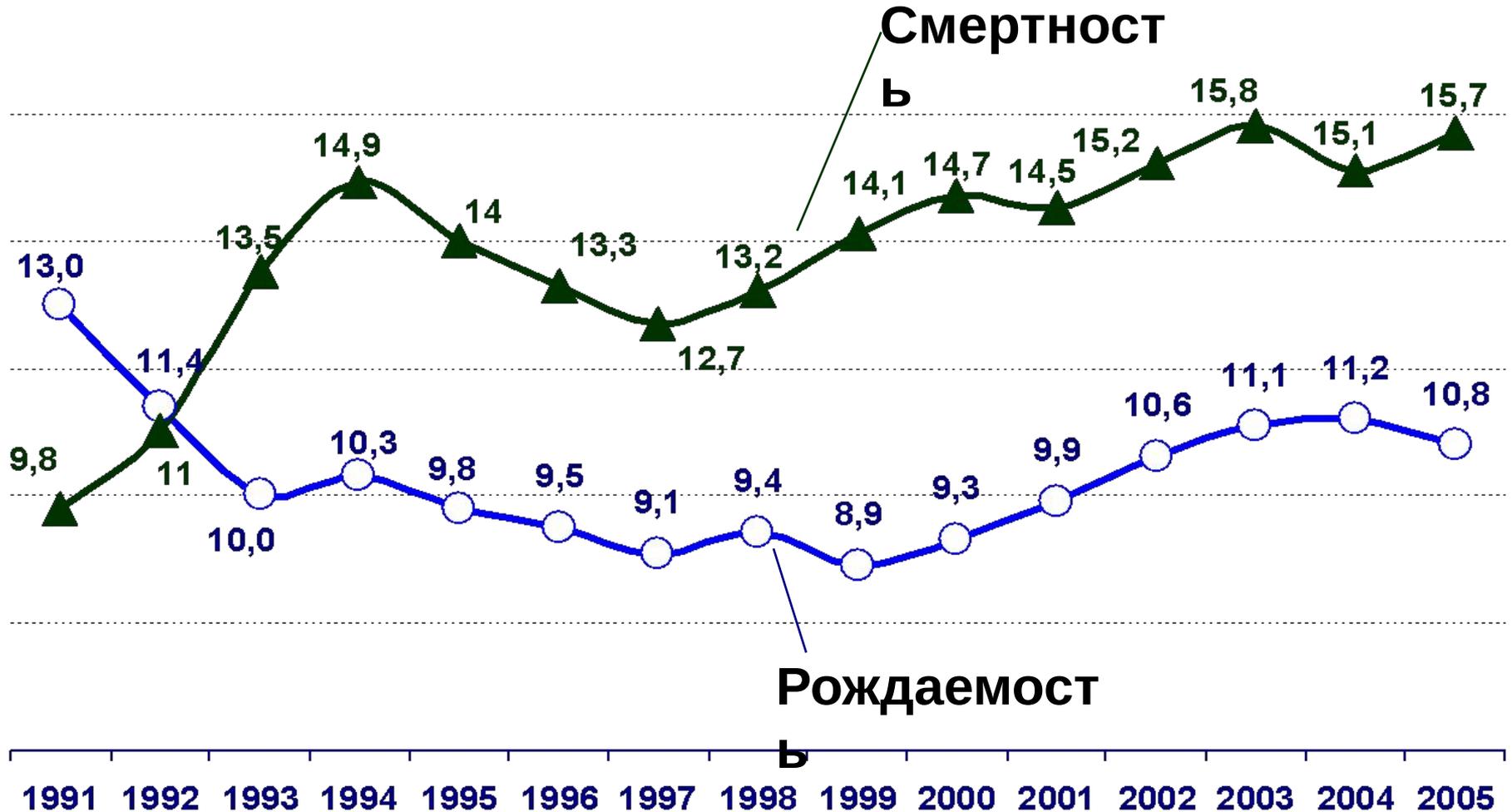
ИТОГОМ снижения рождаемости населения является появление демографической ямы, движение которой предопределяет снижение трудового потенциала и рост демографической нагрузки.

## Динамика рождаемости в Красноярском крае (город – село) в 1995 - 2005 гг. (на 1000 населения)



Показатель рождаемости не имеет устойчивых тенденций к росту ни в городской (воздействие урбанизации), ни в сельской местности (миграция населения репродуктивного возраста для обучения в ВУЗах и с целью поиска работы в города)

# Рождаемость и смертность населения Красноярского края в 1990-2005 гг. (‰)



Соотношение числа родившихся к числу умерших в 2005 году составило 1 : 1,45 (по РФ в 2004 г. – 1 : 1,37).















В 1994 г. в Красноярске открылся центр планирования семьи, основные направления его деятельности:

Организационно-методическая работа:

1. Формирование структуры службы планирования семьи.
2. Анализ демографической ситуации, социологические исследования, определение потребности в различных видах помощи.
3. Подготовка кадров по планированию семьи.
4. Информационная работа.
5. Определение потребности в различных контрацептивных средствах и методах, подготовка рекомендаций по их закупке.
6. Распространение и контроль за бесплатной раздачей контрацептивов.
7. Организация продажи средств контрацепции и предметов гигиены.

## Медицинская:

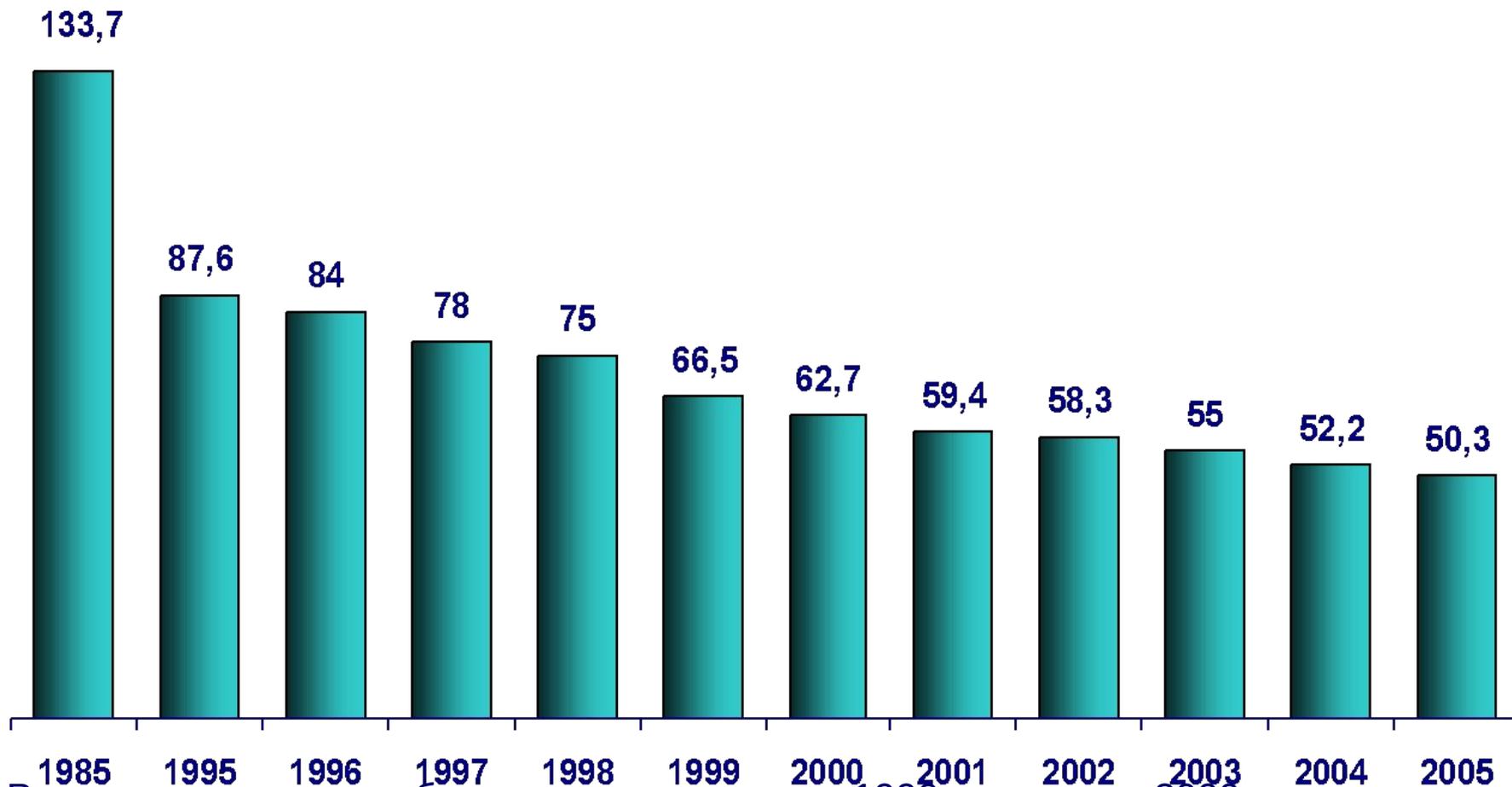
1. Подбор методов и средств контрацепции;
2. Консультирование и подготовка к проведению медицинской стерилизации женщин;
3. Реабилитация после родов, абортов, гинекологических операций;
4. Профилактические гинекологические осмотры;
5. Исследования молочных желёз;
6. Онкоцитологические исследования;
7. Исследование молочных желёз, направление в специализированные стационары при выявлении патологий.

Одной из основных задач женской консультации и центров планирования семьи на первом этапе является предупреждение нежелательной беременности. Проблема аборта является важной медико-социальной проблемой, требующей неотложного решения. Решением этой проблемы наряду с женскими консультациями занимается служба планирования семьи. По оценке экспертов, ежегодно в мире производится от 36 до 53 млн. абортов, т. е. Каждый год около 4 % женщин фертильного возраста подвергается этой операции.

В мире ежегодно умирает 200000 женщин от последствий аборта. Аборт является основной причиной вторичного бесплодия (до 41 % случаев). После аборта частота самопроизвольных выкидышей увеличивается в 8-10 раз, около 60 % первородящих женщин в возрасте старше 30 лет страдают невынашиванием беременности, связанным с произведёнными абортами.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока беременности. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители.

## Частота абортів в Красноярському краї в 1985-2005 гг. (на 1000 жінок в віці 15-49 лет)



Распространенность абортов среди женщин в 1990-х и начале 2000-х годов имеет устойчивую тенденцию к снижению. При этом показатель остается выше среднего по РФ в 2004 г. - 40,6 на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет.

Число абортов по социальным показаниям за последние 5 лет снизилось почти в 2 раза, что связано с ограничением показаний к прерыванию беременности по социальным показаниям на основании постановления Правительства РФ от 11. 08. 2003 г. № 485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности».

Число криминальных абортов за этот период уменьшилось на 67,7 процента.

Искусственное прерывание беременности отрицательно влияет не только на половую систему женщины, но и приводит к эмоциональному стрессу, который нарушает течение психических процессов, оказывает влияние на функцию всех желёз внутренней секреции, ухудшая здоровье женщины и формируя экстрагенитальную хроническую патологию, способствуя возникновению и развитию онкологических заболеваний.

**Второй этап** - комплекс мероприятий по антенатальной охране плода, который включает деятельность женских консультаций, отделений патологии беременных акушерских стационаров, специализированных отделений, санаториев для беременных.

Основным учреждением, оказывающим медицинскую помощь на этом этапе, является женская консультация. Сеть женских консультаций в нашей стране позволяет всем беременным женщинам находиться под наблюдением медперсонала.

*Женская консультация* - это государственное (муниципальное) ЛПУ, обеспечивающее амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь женщинам, работу по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья населения.

Женские консультации строят свою работу по одному из следующих принципов:

*Территориального обслуживания*, при котором лечебно-профилактическая помощь оказывается женщинам, проживающим на определённой территории. *При этом не исключается свободный выбор врача пациентами;*

*цехового обслуживания*, когда помощь оказывается работницам определённых промышленных (агропромышленных) предприятий;

*территориально-цехового (смешанного)*

Основная цель работы женской консультации-охрана здоровья матери и ребёнка путём оказания квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде.

Основными *задачами* женской консультации являются:

1. Проведение профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья женщины, предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний;

- профилактические гинекологические осмотры (предварительные, периодические, целевые);

- диспансеризацию беременных, родильниц, гинекологических больных, женщин, применяющих внутриматочные и гормональные контрацептивы и, при необходимости, оказывают им амбулаторную лечебно-диагностическую помощь;

- работу по контрацепции в целях предупреждения непланируемой беременности;

2. Оказание лечебно-диагностической акушерско-гинекологической помощи;

- оказание акушерско-гинекологической (в том числе и неотложной) помощи непосредственно в женской консультации и на дому;

- обеспечение женщин специализированной акушерско-гинекологической помощью, при необходимости обследованием и лечением врачами других специальностей;

- выявление женщин, нуждающихся в госпитализации и направление их для обследования и лечения в стационар соответствующего профиля;

3. Проведение работы по контрацепции и профилактике абортов;

4. Введение в практику работы современных методов диагностики и лечения осложнений беременности, заболевания рожениц и гинекологических больных, новых организационных форм работы, способствующих снижению невынашивания беременности, материнской и перинатальной смертности, гинекологической заболеваемости;

5. Проведение гигиенического воспитания, направленного на формирование здорового образа жизни женщин и рационального планирования семьи;

6. Обеспечение женщин правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства.

7. Проведение реабилитационных мероприятий, выявление женщин, нуждающихся в санаторно-курортном лечении и/или пребывания в санаториях-профилакториях, домах отдыха для беременных и выдача им соответствующих медицинских документов;

8. Экспертизу временной нетрудоспособности и выдачу листков нетрудоспособности (справок), а также направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу лиц со стойкой утратой трудоспособности;

9. Разработку мероприятий по охране труда и здоровья работниц - совместно с администрацией и общественными организациями прикреплённых промышленных предприятий;

10. Мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала консультации.

В основу функционирования женской консультации положен принцип участковости (1 участок обслуживает 4-4,5 тысячи женщин, из них 3-3,5 тысячи - женщины фертильного возраста).

Структура женской консультации обусловлена стоящими перед ней задачами. Основными структурными подразделениями женской консультации являются:

- регистратура;
- кабинеты участковых акушеров-гинекологов;
- кабинеты специализированного приёма - планирования семьи, невынашивания беременности, гинекологической эндокринологии, патологии шейки матки, бесплодия, гинекологии детского и подросткового возраста, функциональной и перинатальной диагностики;
- кабинеты других специалистов - терапевта, стоматолога, психотерапевта, юриста, социального работника, психопрофилактической подготовки беременной к родам, лечебной физкультуры;
- другие подразделения - малая операционная, клиничко-биохимическая лаборатория, стерилизационная.

В крупных женских консультациях могут быть организованы дневные стационары для обследования, лечения гинекологических больных и проведения малых гинекологических операций и манипуляций.

Наиболее эффективным считается наблюдение беременной при своевременном (раннем - до 3 месяцев) её обращении в женскую консультацию.

Поздняя (после 28 недель беременности) постановка женщин на учёт может неблагоприятно сказаться на течении родов, здоровье ребёнка.

## Динамика посещений женской

консультации:

1 триместр - 1 раз в месяц;

2 триместр - 2 раза в месяц;

3 триместр - 3-4 раза в месяц.

Кратность посещений за период беременности составляет 14-16 раз.

При установлении беременности в ЖК заводят ф. № 111/у («Индивидуальная карта беременной и родильницы»), куда заносят данные подробно собранного анамнеза, общего осмотра и специального гинекологического исследования женщины. При сроке беременности 22 недели врач женской консультации выдаёт на руки каждой беременной «Обменную карту родильного дома» (ф. № 113/у), в которую заносятся данные последующих осмотров и исследований.

# Работа женской консультации оценивается по следующим показателям:

## 1. *Полнота охвата беременности диспансерным наблюдением:*

Число женщин, поступивших под наблюдение женской консультации

---

100

Общее число женщин, закончивших беременность родами в районе  
деятельности

x

**Этот показатель по большинству территорий равен 100 %. Наблюдение беременной у врача женской консультации в значительной мере снижает риск летального исхода как женщины, так и плода.**

Работа женской консультации оценивается по следующим показателям:

**2. Процент женщин, поступивших под наблюдение женской консультации своевременно:**

Число женщин, поступивших под наблюдение врача женской консультации до 3-х месяцев беременности

x 100

---

Общее число беременных, поступивших под наблюдение консультации в отчётном году

**Во многих учреждениях и отдельных территориях этот показатель превышает 80-90 %.**

## Работа женской консультации оценивается по следующим показателям:

### **3. Процент женщин, поступивших под наблюдение консультации поздно (при сроке 7 месяцев и позже):**

**Число беременных, поступивших под наблюдение консультации  
позже 7 мес.**

**x 100**

---

**Общее число беременных, поступивших под наблюдение в отчётном  
году**

**Доля этих женщин невелика и постепенно снижается. Позднее обращение беременной женщины в женскую консультацию значительно повышает риск неблагоприятного исхода родов для матери и плода.**

## Работа женской консультации оценивается по следующим показателям:

***4. Среднее число посещений консультации до родов женщинами, родившими в отчётном году.***

**Среднее число посещений во время беременности составляет 14; оно превышает данный уровень у беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями или имеющие осложнения беременности.**

***5. Среднее число посещений консультации после родов женщинами, родившими в отчётном году.***

**Этот показатель в среднем составляет 2 посещения. Женщины, у которых беременность или роды осложнились токсикозом или другими патологическими состояниями, нуждаются в более частом наблюдении после родов не только у акушеров-гинекологов, но и у других специалистов.**

# Работа женской консультации оценивается по следующим показателям:

## **6. Процент беременных, у которых беременность закончилась родами:**

Число женщин, у которых беременность закончилась родами

---

х 100

Число беременных, у которых беременность закончилась родами + Число беременных, у которых беременность закончилась абортom

## **7. Процент женщин, у которых беременность закончилась преждевременными родами:**

Число женщин, у которых беременность закончилась преждевременными родами

---

х 100

Число женщин, у которых беременность закончилась родами

Показатель преждевременных родов колеблется по отдельным территориям от 3 до 4,8 %, причём в крупных городах он выше среднего.

# Работа женской консультации оценивается по следующим показателям:

## **8. Процент женщин, у которых беременность закончилась абортom:**

Число женщин, у которых беременность закончилась абортom

x

100

Число женщин, у которых беременность закончилась родами + Число женщин, у которых беременность закончилась абортами

**Этот показатель по отдельным учреждениям колеблется от 6 до 12 %.**

# Работа женской консультации оценивается по следующим показателям:

## ***9. Показатели, характеризующие точность определения срока родов:***

**Число женщин родивших ранее (или позже) установленного консультацией срока**

---

**х 100**

**Число женщин получивших дородовой отпуск**

**Расхождением срока родов с фактическим предполагаемым врачом считается ошибка в 15 дней и более. Показатели вычисляют отдельно для установления ошибки в диагностике срока родов ранее и позже срока, а также рассматривают суммарный показатель.**

# Работа женской консультации оценивается по следующим показателям:

**10. Процент женщин, осмотренных терапевтом в сроки до 3 месяцев беременности и процент женщин осмотренных терапевтом дважды.**

Число беременных, осмотренных терапевтом до 3-х мес.беременности  
x 100

---

Число беременных, родивших в отчётном году

**Частота двукратного осмотра терапевтом:**

Число беременных, дважды осмотренных терапевтом

x

100

Число беременных родивших в отчётном году

## **Состояние здоровья беременных.**

- Продолжает ухудшаться состояние здоровья беременных женщин, что является следствием низкого уровня общесоматического здоровья женщин. Так, за последние 5 лет частота анемии возросла на 11 %, а число беременных, страдающих поздним гестозом увеличилось на 26,4 процента. Уменьшение тяжелых форм позднего гестоза произошло незначительно и частично связано с диагностикой ранних форм и проведением профилактического

## **Состояние здоровья беременных.**

- За последние 5 лет (по сравнению с 2001 годом) уровень гинекологической заболеваемости на 100000 женского населения увеличился: эндометриозом – в 1,5 раза, сальпингитами и оофоритами – на 9,5 процента. На 60,5% увеличилась частота расстройств менструации.
- Остается высокой гинекологическая заболеваемость жительниц сельской местности, в структуре которой ведущее место занимают воспалительные

- Число беременных женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации в сроки до 12 недель беременности, остается неизменным, и составляет в 2005 году 68,7 процента. В то же время не уменьшается число женщин, не наблюдавшихся по поводу беременности (2001 год– 1632; 2004 год–1831, 2005 год - 1697).
- Из числа женщин, закончивших беременность в 2005 году, незначительно уменьшилась доля преждевременных родов, что связано с более тщательным обеспечением беременных на инфекции

**Третий этап - интранатальная охрана плода**, в основе которой лежит рациональное ведение родов. Родильные дома, акушерские и гинекологические отделения областных, центральных, районных и участковых больниц являются основными учреждениями, оказывающими стационарную акушерско-гинекологическую помощь.

Основными задачами указанных учреждений (отделений) являются - оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, а также при гинекологических заболеваниях и прерывании беременности; - оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорождёнными во время пребывания их в акушерском стационаре.

Стационар родильного дома имеет следующие подразделения:

1. Приёмно-пропускной блок;

2. Физиологическое отделение (50-55 % от общего числа акушерских коек);

- дородовые палаты

- родовой блок

- отделение новорождённых

3. Обсервационное отделение (20-25 % от общего числа коек);

- дородовые палаты

- родовой блок

- отделение новорождённых

4. Операционный блок;

5. Отделение патологии беременности (25-30 % от общего числа акушерских коек);

6. Гинекологическое отделение (25-30 % от общего числа коек родильного дома).

В наблюдательное отделение переводятся роженицы, родильницы и новорождённые при проявлении у них признаков инфекционного заболевания, женщины без документов, родильницы, роды у которых произошли вне ЛПУ.

Отделения патологии беременности создаются в родильных домах мощностью 100 коек и более. В отделение госпитализируют беременных с экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями беременности (токсикозы беременности, угроза прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточностью и др.), с неправильным положением плода, отягощённым акушерским анамнезом.

Палаты в отделениях новорождённых заполняются одномоментно. Предродовые палаты и родовые комнаты оснащаются кварцевыми лампами, на всех этапах приёма родов и обработке новорождённого обязательно стерильное бельё и правильно обработанные предметы ухода. Кровати матери и ребёнка должны иметь один и тот же номер. Основная медицинская документация родильного дома это «История родов» (Ф. № 096/у) и «История развития новорождённого» (Ф. № 097/у).

Сведения о течении родов и послеродового периода заносятся в ф. № 113/у, которая передаётся врачу женской консультации. Вся информация о новорождённом (дата и время рождения ребёнка, время отпадения пуповины, физиологическая убыль массы, проявления физиологических состояний новорождённых, данные о вакцинации) также заносится в отдельный раздел ф. № 113/у, который передаётся в участковую детскую поликлинику.

При оценке деятельности родильного дома могут быть использованы следующие качественные показатели: заболеваемость новорождённых, частота случаев кесарева сечения, материнская смертность, перинатальная смертность. Экспертно оцениваются: каждый случай смерти беременной, роженицы и родильницы; каждый случай группового внутрибольничного инфицирования; жалобы населения. При наличии гинекологического отделения может учитываться распределение выписанных больных по результатам лечения, оперативная активность, частота послеоперационных осложнений, послеоперационная гинекологическая летальность, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов.

женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности, и наступившая в период беременности или в течении 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

умершие женщины во время беременности,  
Материнская смертность =  $\frac{\text{родов или в течении 42 дней после родов}}{\text{число детей, родившихся живыми}} \times 1000$   
= (от причин, связанных с беременностью)

- Из 11 случаев материнских смертей в 2005 году 6 произошло по непредотвратимым причинам. Вне стационара в 2005 году зарегистрировано 2 случая смерти.

- За последние 5 лет материнская смертность имеет нестабильный показатель и составляет в 2005 году 31,7 на 100 000 родившихся живыми (по данным Крайкомстата 34,8).
- В 2005 году изменилась структура причин материнской смертности. Если с 2001 года более 40 % материнских потерь определялись непрямыми акушерскими причинами (экстрагенитальная патология), то в 2005 году ведущими причинами материнской смертности явились септические осложнения аборта.
- У 3-х из 4-х женщин, умерших от аборта, причиной смерти явились септические осложнения аборта, начатого вне лечебного учреждения.

Значительное превышение показателя материнской смертности по сравнению с экономически развитыми странами диктует необходимость жёсткой самооценки, тем более, что половина случаев материнской смертности обусловлены медицинскими и медико-организационными дефектами. И тем не менее уровень материнской смертности в России в 5-10 раз выше, чем в экономически развитых странах: на 100000 живорождённых приходится 50-55 случаев смерти женщин от осложнений беременности, родов или послеродового периода, тогда как в Швейцарии и Швеции - 5, в Великобритании - 6, в США - 8, в Японии и Германии - по 12.

- За последние 5 лет материнская смертность имеет нестабильный показатель и составляет в 2005 году 31,7 на 100 000 родившихся живыми (по данным Крайкомстата 34,8).
- В 2005 году изменилась структура причин материнской смертности. Если с 2001 года более 40 % материнских потерь определялись непрямыми акушерскими причинами (экстрагенитальная патология), то в 2005 году ведущими причинами материнской смертности явились септические осложнения аборта.
- У 3-х из 4-х женщин, умерших от аборта, причиной смерти явились септические осложнения аборта, начатого вне лечебного учреждения.

Перинатальная заболеваемость и смертность являются интегрированными медико-социальными показателями, характеризующими уровень и качество медицинской помощи беременным, роженицам и новорождённым, социальную поддержку и защиту материнства и детства.

Перинатальная смертность - суммарная характеристика мёртворождаемости, смертности во время родов и на первой неделе ЖИЗНИ.

$$\text{Перинатальная смертность} \times 1000 = \frac{\text{Число детей, родившихся мёртвыми} + \text{Число детей, умерших в возрасте 0-6 дней}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мёртвыми}}$$

Процесс снижения потерь в раннем неонатальном периоде во многом связан с внедрением протокола первичной и реанимационной помощи новорождённым в родильном зале (приказ Минздрава России № 327 от 28. 12. 95), что обеспечило улучшение уровня помощи, оказываемой новорождённым в первые минуты жизни, а также с использованием передовых организационных и лечебно-диагностических неонатальных технологий - создание отделений реанимации и интенсивной терапии для новорождённых, повышение подготовки кадров в области интенсивного ухода.

- Снижение показателя перинатальной смертности идет как за счет снижения ранней неонатальной смертности, так и за счет снижения мертворождаемости. Однако темп снижения мертворождаемости не так высок. В структуре мертворождаемости 82,2% составляет антенатальная гибель плода, что свидетельствует о необходимости совершенствования пренатальной диагностики.

Система охраны материнства и детства находится в стадии реформирования, как и вся система здравоохранения страны. Изменения, в основном, касаются клинико-диагностических технологий, несколько в меньшей степени - организационных форм и материально-технической базы.

В последние годы закрываются родильные койки в маломощных родильных домах. Вместе с тем их число увеличивается в специально организованных стационарах - *перинатальных центрах (ПЦ)*.

Изменение числа и структуры коечного фонда соответствует медико-демографической ситуации: низкий уровень рождаемости, высокий уровень патологии беременности и гинекологической заболеваемости, снижение частоты искусственного прерывания беременности.

В качестве внедрения элементов «современных перинатальных технологий» получают развитие отделения (палаты) совместного пребывания матери и новорождённого.

Период реформирования здравоохранения наиболее благоприятен для трансформации родильных домов в перинатальные центры. Центр призван осуществлять пренатальную диагностику угрожаемых и патологических состояний матери и плода, проводить при показаниях коррегирирующую терапию, родоразрешать женщин с «высоким риском» перинатальной патологии, своевременно диагностировать патологические состояния и выполнять интенсивную терапию новорождённых, в т. ч. недоношенных, а также реабилитационные мероприятия в амбулаторном отделении.

Концепция деятельности центра сводится к соблюдению трёх основных положений:

- качество перинатальной помощи обеспечивается по единому критерию;
- любой женщине и любому новорождённому должны быть доступны все компоненты действующей системы перинатальной помощи;
- учреждения в пределах региона должны иметь эффективные механизмы взаимодействия, позволяющие легко перемещать пациентов; обязательным является тесное сотрудничество специалистов разного профиля.

Перинатальные центры организуются на территориях с населением 500 тысяч человек и более для оказания консультативно-диагностической помощи беременным, имеющим патологические отклонения в течении беременности; лечения вызванной патологии в амбулаторных и стационарных условиях родоразрешения беременных из групп «высокого риска» и организации медицинской помощи новорождённым с полным реабилитационным комплексом.

**Четвёртый этап - охрана здоровья новорождённого. Целью данного этапа является контроль за правильностью вскармливания, наблюдение за физиологическим развитием, оказание лечебной помощи в отделениях новорождённых родильных домов и патологии новорождённых родильных домов и патологии новорождённых детских больниц.**

# Родовой сертификат

- Региональные отделения Фонда социального страхования Российской Федерации перечисляют средства на оплату услуг учреждениям здравоохранения на основании договора между региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации и учреждением здравоохранения, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям "акушерство и гинекология" и (или) "педиатрия". Договор 231 составляется в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. N 860

# Родовой сертификат

- 6. Региональные отделения Фонда социального страхования Российской Федерации осуществляют оплату услуг исходя из расчета:
- 3 тыс. рублей за каждую женщину, получившую соответствующие услуги в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности;
- 6 тыс. рублей за каждую женщину, получившую соответствующие услуги в учреждениях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь женщинам в период родов и в послеродовой период;
- 1 тыс. рублей за каждого ребенка, получившего соответствующие услуги в учреждениях здравоохранения, осуществляющих диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни.

# Родовой сертификат

- 7. Оплата услуг осуществляется на основании талонов родового сертификата - документа, выдаваемого врачами учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности, при сроке 30 недель (при многоплодной беременности - 28 недель) и более, при явке к врачу на очередной осмотр. Порядок и условия выдачи родового сертификата, его учета и хранения утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

# Родовой сертификат

- 8. Для получения средств, выделяемых на оплату услуг, учреждения здравоохранения ежемесячно, до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, представляют в региональные отделения Фонда социального страхования Российской Федерации счета на оплату услуг с приложением надлежаще оформленных талонов родовых сертификатов, которые подтверждают оказание услуг, а также реестров указанных талонов.

# Родовой сертификат

- 9. Средства на оплату услуг, перечисленные региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, расходуются учреждениями здравоохранения (их структурными подразделениями), в которых:
- оказана амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам в период беременности, - на оплату труда медицинского персонала (в размере 35 - 45 процентов указанных средств в зависимости от качества оказанной медицинской помощи, критерии качества которой утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации), обеспечение медикаментами женщин в период беременности (в размере 20 - 33 процентов указанных средств) и оснащение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения:

# Родовой сертификат

- 9. Средства на оплату услуг, перечисленные региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, расходуются учреждениями здравоохранения (их структурными подразделениями), в которых:
- оказана стационарная помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, - на оплату труда медицинского персонала (в размере 40 - 55 процентов указанных средств в зависимости от качества оказанной медицинской помощи, критерии качества которой утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации), оснащение медицинским оборудованием, инструментарием и мягким инвентарем, обеспечение медикаментами и изделиями медицинского назначения, дополнительным питанием беременных и кормящих;

# Родовой сертификат

- 9. Средства на оплату услуг, перечисленные региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, расходуются учреждениями здравоохранения (их структурными подразделениями), в которых:
- осуществлялось диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни, - на оплату труда медицинского персонала, за исключением врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-педиатров участковых и медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).

Родильные дома сообщают о выписке новорождённого в ту детскую поликлинику, где выписанный будет наблюдаться.

Динамическое наблюдение за новорождённым начинается участковым педиатром после выписки ребёнка из родильного дома.

Первый патронаж новорождённого педиатр вместе с медсестрой проводят на 1-3 сутки после выписки из роддома.

В педиатрической практике принято выделять 3 группы новорождённых «высокого» риска:

1. Дети с нарушениями адаптации (внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, синдром дыхательных расстройств, отёчный синдром, тяжёлый родовой стресс, иммуно-дефицитные состояния, состояния оживлённого организма).
2. Недоношенные и дети с задержкой внутриутробного развития (недоношенные, соответствующие сроку беременности; новорождённые с задержкой внутриутробного развития по отношению к сроку беременности). Недоношенность детей с учётом массы тела при рождении подразделяется на 4 степени: I степень недоношенности - 2500-2000 г.; II степень - 2000-1501 г.; III степень - 1500-1000 г.; IV степень - меньше 1000 г.
3. Дети с наследственными, врождёнными и эндокринными нарушениями, врождёнными пороками развития (ВПР), хромосомными aberrациями, наследственными аномалиями обмена.

Последующие патронажи осуществляет участковая медицинская сестра; второй врачебный патронаж проводится у ребёнка в возрасте 2 недель. Вся информация о состоянии здоровья новорождённого заносится в медицинскую карту «История развития ребёнка» (Ф. № 112/у).

## Статистические данные о заболеваемости новорождённых.

В 1990 году в России рождался больной или заболел в период новорождённости каждый седьмой ребёнок массой тела свыше 1000 грамм, в 1992 году - каждый пятый, в 1998 году - уже каждый третий младенец (358,2 на 1000 живорождённых). По Красноярскому краю заболеваемость новорождённых в 1999 году составила 45,34 %, а за последние 5 лет выросла ещё на 31,6 %. Не снижаются темпы роста в группе синдрома респираторных расстройств (29,4 %), гемолитической болезни новорождённых (39,1 %).

Общая заболеваемость детей первого года выросла с 2232,7 до 2659,2 (на 19,1 %). Особенно значительный рост отмечается в классе болезней мочеполовой системы (69,7%), болезней органов пищеварения (54,8 %), травм и отравлений (56,9 %).

**Пятый этап - охрана здоровья ребёнка в дошкольный период.** Важным разделом работы медицинских учреждений является контроль за физическим развитием, рациональным питанием, иммунологическим статусом ребёнка.

**Цель этапа - сохранение здоровья ребёнка дошкольного возраста.** Характеризуется он динамическим наблюдением за детьми, осуществляемым по определённому для каждого возраста плану.

Медико-социальная помощь детям оказывается в различных учреждениях, относящихся к системе здравоохранения, просвещения и социальной защиты.

Основные типы таких учреждений:

- детская поликлиника (самостоятельная, в составе объединённой детской больницы);
- детское отделение общей поликлиники или амбулатории сельских участковых больниц;
- детская стоматологическая поликлиника;
- детская больница общего профиля;
- детская больница специализированная (инфекционная, психиатрическая, туберкулёзная, восстановительного лечения);
- перинатальный центр;
- детский диагностический центр;

- молочная кухня;
- детские дошкольные учреждения (детские ясли, детский сад);
- школьные учреждения, в том числе интернатного типа (для детей с ослабленным зрением, для детей со снижением слуха и др.);
- детские санаторные учреждения (санаторий типа «Лесная школа», санаторий «Мать-дитя», детская грязелечебница, детская бальнеолечебница и др.);
- реабилитационный центр (общего профиля, для детей с детским церебральным параличом и др.).

Ведущую роль в организации медицинской помощи детям выполняет детская поликлиника.

Динамическое наблюдение за ребёнком на протяжении первого года жизни.

Каждого здорового ребёнка на первом году жизни врач осматривает в среднем 15 раз. Мать с ребёнком на первом году жизни посещает врача детской поликлиники ежемесячно, причём каждое такое посещение сопровождается взвешиванием, антропометрическими измерениями и оценкой физического и нервно-психического развития.

# Динамическое наблюдение за ребёнком первого года жизни:

Осмотр	
педиатр	ежемесячно
ортопед	1
невролог	3 неделя, 12 месяцев
офтальмолог	12 месяца, 12 месяцев
стоматолог	12 месяцев
отоларинголог	12 месяцев

# Динамическое наблюдение за ребёнком в возрасте от 1 года до 7 лет:

2-		ежеквартально
3-	ой год жизни	2
ий год жизни		раза в год
с 4-ого года жизни		ежегодно

Здоровье ребёнка с определением группы здоровья комплексно оценивает участковый педиатр при первичном посещении новорождённого после выписки из родильного дома.

Затем оценку здоровья детей 1-го и 2-го года жизни с определением группы проводят 1 раз в квартал, детей 3-го года жизни - 1 раз в полугодие, детей дошкольного возраста - 1 раз в год.

При диспансеризации детей относят к одной из пяти групп здоровья:

1 группа - здоровые дети;

2 группа - практически здоровые, но с риском возникновения патологии, а также часто и длительно болеющие простудными заболеваниями, реконвалесценты (после перенесённой пневмонии, гепатита, или других заболеваний), дети с факторами риска;

3,4,5 - дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации.

# Учётно-отчётная документация в детской поликлинике:

1. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА РЕБЁНКА - Ф. 026/У.
2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА - Ф. 112/У.
3. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ - Ф. 058/У.
4. ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ - Ф. 060/У.
5. ДНЕВНИК ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ - Ф. 039./У.
6. КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ - Ф. 030/У.

# Основные показатели деятельности детской поликлиники.

1. Обеспеченность врачебными кадрами (средними мед. работниками);
2. Укомплектованность врачами (средними мед. Работниками);
3. Участковость;
4. Заболеваемость и болезненность (на 1000 населения) в целом по учреждению;
5. Показатель раннего охвата н/р диспансерным наблюдением

6. Показатели деятельности, характеризующие работу с детьми 1-го года жизни:

- а) систематичность наблюдения;
- б) своевременность и полнота проведения проф. Прививок;
- в) показатель частоты рахита, гипотрофии (2-3 ст.);
- г) частота грудного вскармливания;
- д) частота ни разу не болевших детей («индекс здоровья»),

**Шестой этап - охрана здоровья ребёнка в период школьного возраста.**

**Цель** - осуществление контроля за физическим развитием, половым созреванием, оценка функции основных систем растущего организма, выделение и коррекция отклонения в соответствии здоровья детей.

Охрана здоровья ребёнка на этом этапе осуществляется школьным врачом, врачами ДП, узкими специалистами в составе поликлиники или привлечёнными из других ЛПУ.

В системе охраны материнства и детства, помимо амбулаторно-поликлинического звена, задействована и стационарная служба. Детские стационары оказывают специализированную помощь детям в экстренном и плановом порядке.

Детская больница - государственное ЛПУ, обеспечивающее детям бесплатную, высококвалифицированную медицинскую помощь на основе достижений современной науки и техники.

# Структурно-организационные характеристики детской больницы

Детские стационары классифицируются следующим образом:

По профилю: - многопрофильные  
- специализированные

По системе организации: - объединённые  
-не объединённые

По объёму деятельности: - различной коечной мощности

В зависимости от объёма деятельности и от профиля детская больница может иметь в своём составе следующие подразделения:

- Стационар, включающий приёмное и детские отделения различного профиля, в том числе при наличии помещений изолированные отделения или палаты для недоношенных и новорождённых;
- Реанимационное отделение (при мощности учреждения не менее 400 коек);

# Структурно-организационные характеристики детской больницы

- Лабораторно-диагностическую службу;
- Патолого-анатомическое отделение;
- Другие структурные подразделения (аптека, кухня, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, библиотека).

## Функции детской больницы:

- Оказание высококвалифицированной помощи детям.
- Внедрение в практику передовых методов диагностики и лечения детской патологии.
- Проведение санпросвет работы, совершенствование организационных и методических форм обслуживания населения.
- Анализ показателей заболеваемости детского населения.

Пик заболеваемости детей в недавнем прошлом приходился на 2 год жизни. В настоящее время наибольшие показатели заболеваемости регистрируются у детей 3-го года жизни, что связано с более поздним поступлением в ДДУ. Последнее событие в жизни ребёнка незамедлительно сказывается на изменении показателей и структуры заболеваемости. У дошкольников в структуре острой заболеваемости преобладают ОРЗ и инфекционные болезни, их удельный вес составляет 60-70%.

По данным специальных исследований 30-40 % дошкольников имеют отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата; 20-25 % - заболевания носоглотки; от 20 % до 40 % - имеют различные невротические проявления.

Хроническая патология детей дошкольного возраста распределена следующим образом:

- болезни костно-мышечной системы
- болезни кожи
- болезни эндокринной системы
- болезни мочеполовых органов.

Дети школьного возраста (6-17 лет) составляют 65 % всего детского населения. Школьные годы характеризуются как период накопления патологических состояний. Заболеваемость этой обширной категории детей неуклонно увеличивается и вызывает особую тревогу медиков.

За последние 35 лет (с 1960 по 1995 год) доля практически здоровых школьников (с 1-2 группой здоровья) снизилась в начальных классах с 61 % до 46 %, а в старших с 60 % до 40 %. Соответственно, увеличилась когорта детей школьного возраста, имеющих хроническую патологию: в начальных классах с 39 % до 54 %, в старших - с 40 % до 60 %.

Наибольший рост заболеваемости отмечен по следующим классам болезней: заболевания органов пищеварения, болезней нервной системы и органов чувств.

В целом показатели заболеваемости детского населения по РФ выглядят следующим образом:

Общая заболеваемость детей в 1998 году составила 1613,0 ‰, а в 2000 г. - 1829,8 ‰.

# Проблема детской инвалидности.

- По данным экспертов ВОЗ удельный вес детей - инвалидов составляет 2-4% от детской популяции. По данным ООН 140 млн. детей являются инвалидами, прогноз ЮНИСЭФ предполагает увеличение их числа более, чем в три раза. В развитых странах уровень детской инвалидности достигает 250 на 10000 детей и не имеет тенденции к снижению.

# Проблема детской ИНВАЛИДНОСТИ.

- В своей основе инвалидность определяется состоянием здоровья детского населения, которое в последние годы имеет четкую тенденцию к ухудшению.
- В Красноярском крае показатель общей заболеваемости у детей за 5 лет увеличился на 16%.
- Заболеваемость у детей в нашем крае превышает показатели по РФ в классе инфекционных заболеваний, психических расстройств, болезней нервной системы, органов пищеварения и травм.

# Проблема детской инвалидности.

- Инвалидность у детей - значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем

# Структура детской заболеваемости:

- первое место - болезни органов дыхания
- второе место – заболевания нервной системы
- третье - болезни органов пищеварения

# Структура причин детской инвалидности в Красноярском крае

- - психические расстройства,
- - врожденные аномалии
- - болезни нервной системы

## Структура причин детской инвалидности в Красноярском крае

- Первое ранговое место принадлежит психическим расстройствам - 4,3 на 1000 детей в возрасте от 0 до 16 лет, среди которых 3,5 на 1000 детей составляет умственная отсталость.

## Структура причин детской инвалидности в Красноярском крае

- Второе место принадлежит врожденным аномалиям развития - 3,8 на 1000 детей.

## Структура причин детской инвалидности в Красноярском крае

- Третье - болезням нервной системы (3,7 на 1000 детей), причем в эту группу болезней входит детский церебральный паралич (ДЦП), распространенность которого составляет 2,7 на 1000 детей.

# Проблема детской инвалидности

- В Красноярском крае ведущими нарушениями в состоянии здоровья детей, приводящими к инвалидности являются:
- двигательные - 5,3 на 1000 детей в возрасте от 0 до 16 лет
- умственные - 4,3 на 1000
- висцеральные и метаболические нарушения и расстройства питания - 4,1 на 1000.

# Проблема детской инвалидности

- Признание приоритетности проблем детства в государственной политике, меняющиеся экономические и социальные условия жизни диктуют необходимость поиска новых путей решения вопроса жизнеобеспечения детей – инвалидов.

Среди причин соматической заболеваемости женщин в тройку лидеров входят:

1. Болезни органов кровообращения
2. Болезни органов дыхания
3. Болезни органов пищеварения

# Динамика аборт в РФ и Красноярском крае в 2000-2004 гг.

	2000	2001	2002	2003	2004
Число аборт на 1000 женщин фертильного возраста					
РФ	50,5	47,7	45,8	42,9	
Красноярский край	77	-	66,3	62,9	
Число аборт на 100 родов					
РФ	156,2	142,2	128,3	115,9	
Красноярский край	213,9	-	178,1	163,9	

# Исходы беременности в РФ (из числа состоящих на диспансерном учете в 2003 г.)

Всего закончили

беременность 1366016

Роды в срок, % 92,2

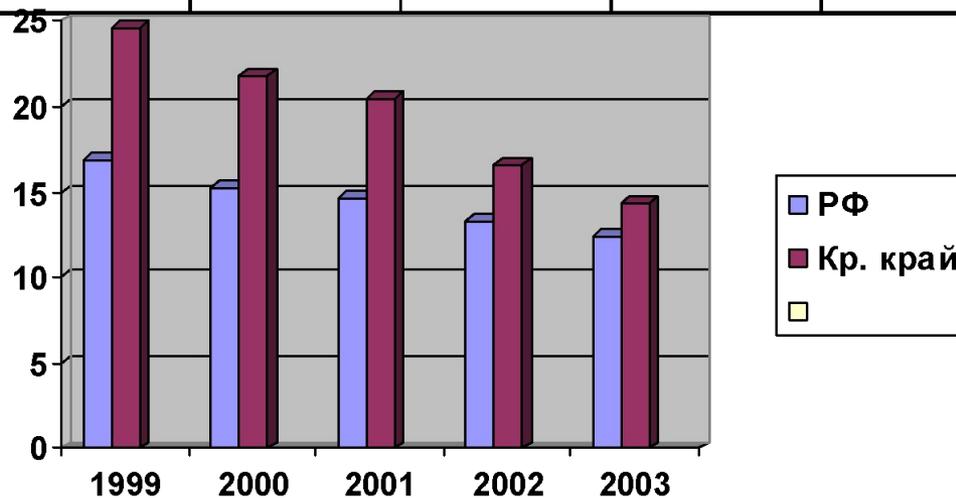
Преждевременные роды, % 3,5

Аборты, % 4,4

в т.ч. в срок 22-27 недель 1

# Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми. (показатель по РФ и Красноярскому краю).

Кв. кбсн	99	00	01	02	03	
РФ	17,0	15,3	14,9	13,3	12,4	
Кр. край	24,8	21,8	20,6	16,7	14,6	14,0



# Причины младенческой смертности в 2003 году в РФ и Кр. крае (на 10000 родившихся живыми).

Показатель	РФ	Кр. край
Все причины	123,6	141,1
В том числе:		
Инфекционные болезни	5,9	5,5
Болезни органов дыхания	10,5	11,6
Врождённые аномалии	30,2	31,1
Состояния перинатального периода	57	55,9
Несчастные случаи, отравления, травмы	8,6	14,7
Прочие причины	11,4	22,3

# Заболееаемость новорождённых по РФ (на 1000 родившихся живыми).

Показатель	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Общая заболееаемость	523,6	549,8	580,1	590,8	592,4	-

# Заболееаемость новорождённых по Красноярскому краю (на 1000 родившихся живыми).

Показатель	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Общая заболееаемость	453,4	454,7	485,8	553,5	596,5	-

## **Список литературы:**

### **Обязательная**

- 1.Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2012
- 2 Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практически занятиям / В.А. Медик, В.И. Лисицын, М.С. Токмачев М.: ГЭОТАР-Медиа. 2012.

### **Дополнительная**

- 1.Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для вузов ,М.: ГЭОТАР-Медиа.2011
2. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин [и др.] М.: ГЭОТАР-Медиа .2011
- 3.Статистический анализ основных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения : учеб. пособие / И. П. Артюхов [и др. ] Красноярск: тип. КрасГМУ , 2008.

- **Список литературы:**

Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан: комментарии, основные понятия, подзаконные акты. – 3-е издание, перераб. И доп. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008.-544с.

Демографический понятийный словарь / под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М.: Медицина, 2010. – 464с.

Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР и- Медиа, 2011. \_ 592 с.

Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. В.А. Медика, В.К. Юрьева. – 3-е издание, перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288с.

Пэтри А., Сэбин К. Наглядная Медицинская статистика / пер. с англ. Под ред. В.П. Леонова. 2-е изд., перераб. И доп. - – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 168 с.

Практическая демография/ под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2005. – 280с.

Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие / под ред. В.З. Кучеренко. – 4-е издание , перераб. И доп. - – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256с.

**Спасибо за внимание!**