

Медико- социальные аспекты охраны материнства и детства



*Доцент кафедры общественного
здоровья и здравоохранения
И.В. Березовский*



Вопросы

- Охрана материнства и детства (ОМД): определение, подсистема, ее основные элементы; законодательство по охране материнства и детства.
- Материально-техническая база ОМД.
- Организация акушерско-гинекологической помощи, основные направления работы участкового врача акушера гинеколога, аборт как социально-гигиеническая проблема. Показатели деятельности акушерско-гинекологической службы. Перинатальные центры.
- Родовой сертификат.
- Организация лечебно-профилактической помощи детям. Особенности структуры поликлиники, особенности работы врача-педиатра участкового, показатели деятельности педиатрической службы.



Охрана материнства и детства (ОМД)

ОМД – это система мер государственного, муниципального, общественного и частного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции – рождение и воспитание здорового ребенка.

ОМД – подсистема здравоохранения (элементы)





Организационное единство системы обеспечивается ее этапностью

- 1 этап** – формирование здоровья девочки, как будущей матери, подготовка ее к будущему материнству;
- 2 этап** – лечебно-профилактическая помощь женщине до наступления беременности;
- 3 этап** – антенатальная охрана плода (сохранение беременности)
- 4 этап** – интранатальная охрана плода, сохранение здоровья женщины в период родов;
- 5 этап** – охрана здоровья новорожденного и матери в послеродовой период;
- 6 этап** – охрана здоровья ребенка до поступления в школу;
- 7 этап** – охрана здоровья школьника и передача его в подростковую сеть.

Законодательство ОМД

(ссылки на более, чем на 1200 источников)

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВНЫХ ГАРАНТИЯХ ПРАВ РЕБЕНКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(24 июля 1998 года)

Статья 8. Установление государственных минимальных социальных стандартов основных показателей качества жизни детей

Государственные минимальные социальные стандарты основных показателей качества жизни детей включают в себя установленный минимальный объем социальных услуг по: в т.ч. по **бесплатному медицинскому обслуживанию детей**, обеспечению их питанием в соответствии с минимальными нормами питания;...



Статья 10. Обеспечение прав детей на охрану здоровья

В целях обеспечения **прав детей** на охрану здоровья органы исполнительной власти осуществляют **в государственных и муниципальных учреждениях** здравоохранения мероприятия по оказанию детям **бесплатной медицинской помощи**, предусматривающие профилактику заболеваний, медицинскую диагностику, лечебно-оздоровительную работу, в том числе диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями, и санаторно-курортное лечение детей.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ КАДРАМИ

Показатели	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Число врачей-педиатров*- абсолютное число (тыс.)	61,8	61,3	55,2	55,3	56,3	56,2	56,0	55,4
<i>- на 10 000 детей от 0 до 17 лет включительно*</i>	<i>19,7</i>	<i>20,2</i>	<i>19,3</i>	<i>20,1</i>	<i>20,2</i>	<i>20,8</i>	<i>21,5</i>	<i>21,3</i>
врачей-неонатологов	5070	5109	5225	5279	5242	5326	5490	5613
<i>- на 10 000 детей до 1 года</i>	<i>34,2</i>	<i>34,6</i>	<i>35,0</i>	<i>35,6</i>	<i>35,7</i>	<i>33,3</i>	<i>32,2</i>	<i>33,0</i>
Число врачей акушеров- гинекологов- абсолютное число (тыс.)	39,0	39,1	39,1	39,0	39,3	39,2	39,4	39,4
<i>- на 10 000 женского населения</i>	<i>5,1</i>	<i>5,1</i>	<i>5,1</i>	<i>5,1</i>	<i>5,1</i>	<i>5,1</i>	<i>5,2</i>	<i>5,2</i>
Число акушерок – абсолютное число (тыс.)	67,5	67,4	66,3	65,2	65,5	64,4	63,9	63,6
<i>-- на 10 000 женского населения</i>	<i>8,9</i>	<i>8,8</i>	<i>8,7</i>	<i>8,5</i>	<i>8,57</i>	<i>8,44</i>	<i>8,4</i>	<i>8,3</i>

Материально-техническая база

Женские консультации

2005 – 1704; 2010 – 1609

Родильные дома

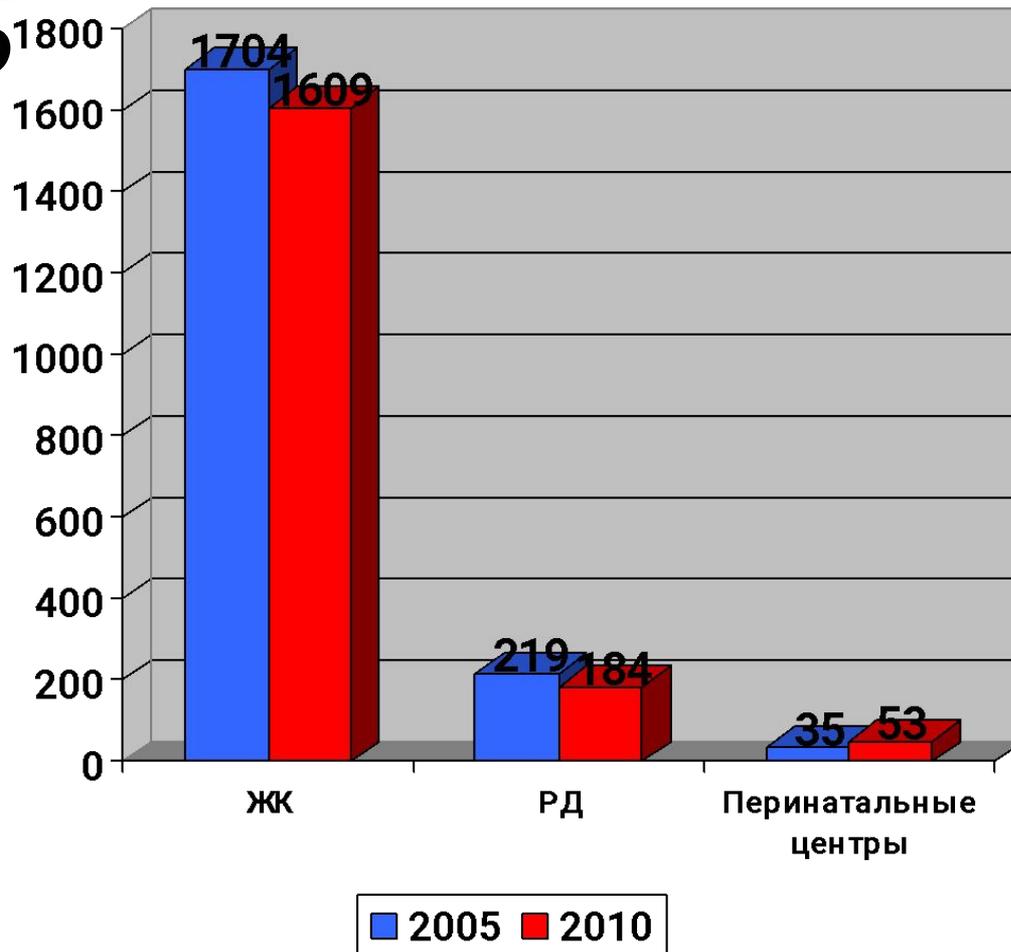
2005 – 219; 2010 – 184

Перинатальные центры

2005 – 35; 2010 – 53

Обеспеченность:

- акушерскими койками -20,7
- Для бер-ных и рожениц -11,0
- Патологии беременных - 9,9
(около 50% от общ. числа)
- Гинекологические -



Материально-техническая база

Детские областные больницы

2005 – 67; 2010 – 69

Детские городские больницы

2005 – 291; 2010 – 231

Детские самостоятельные поликлиники

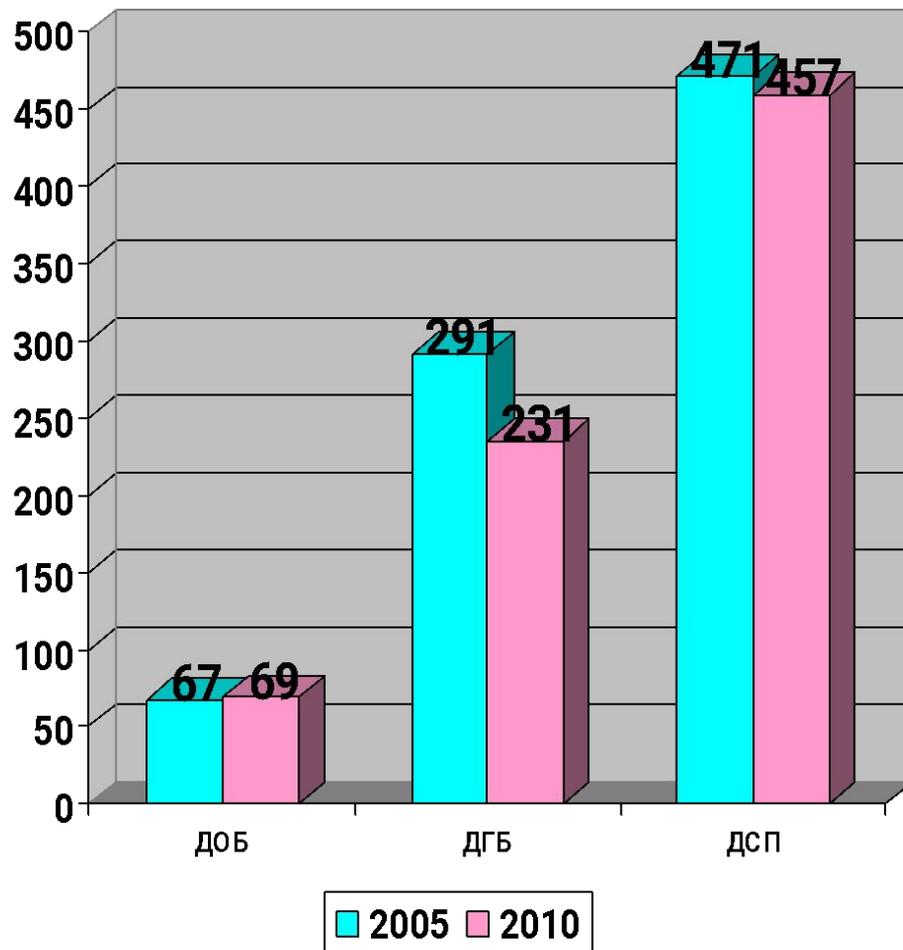
2005 – 471; 2010 – 457

Детские санатории

2005 – 432; 2010 – 329

Молочные кухни

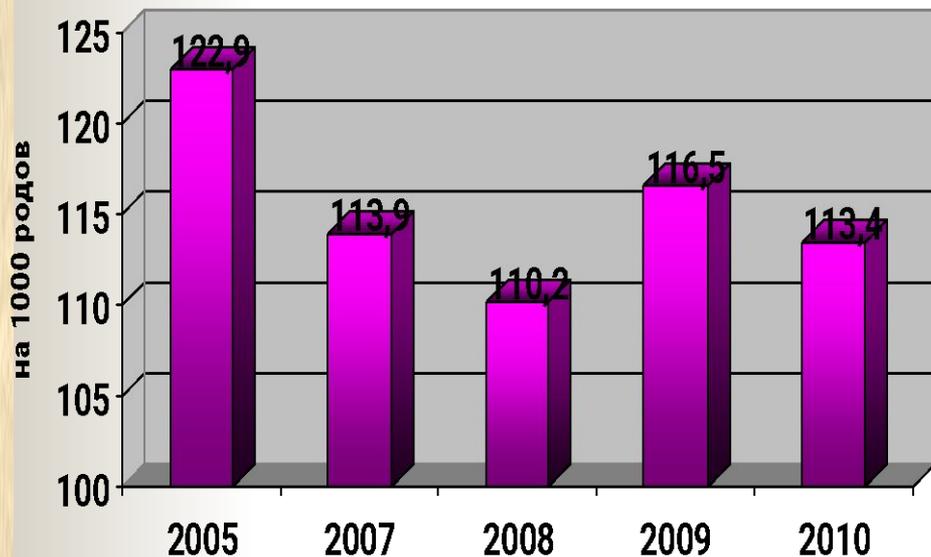
2005 – 784; 2010 – 302



Педиатрические койки – 70,5
На 10.000 дет. нас.

ИЗ ОБЩЕГО ЧИСЛА РОДИВШИХ ЖЕНЩИН:
2005 – 33,7%; 2010 – 37,4% - нормальные роды
**35% ИМЕЛИ ВЫСОКИЙ РИСК ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
И МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ**

**Нарушение родовой деятельности у
рожениц РФ**



ИЗ РОДИВШИХСЯ ДЕТЕЙ:

**КАЖДЫЙ 12- й НОВОРОЖДЕННЫЙ
РОЖДАЕТСЯ С НИЗКОЙ
МАССОЙ ТЕЛА, 75% ИЗ НИХ НУЖДАЮТСЯ
В ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ
И РЕАНИМАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ**



**В СООТВЕТСТВИЕ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ВОЗ НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ВОЗМОЖНЫ В УСЛОВИЯХ
ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ИЗ РАСЧЕТА 4 РЕАНИМАЦИОННЫХ КОЙКИ
НОВОРОЖДЕННЫХ НА 1000 РОДОВ;**

В 2005 году В РОССИИ – 1,9 КОЙКИ НА 1000 РОДОВ

Поэтому наблюдаем увеличение числа перинатальных центров в РФ

Уровни оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным



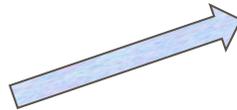
Формирование потоков женщин для оказания медицинской помощи помощи в период беременности и родов

Беременные
с физиологическим
течением
беременности
(24%)



Родильные дома, родильные
отделения
городских и районных больниц

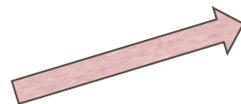
Беременные
средней
степени риска
(41%)



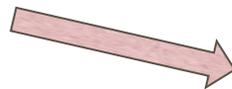
Межрайонные перинатальные
центры,
родильные отделения краевых,
областных и республиканских
больниц



Беременные
высокой
степени риска
(35%)



Перинатальные
центры субъектов РФ



Перинатальные центры
федеральных округов (НИИ)



Приказом Минздравсоцразвития
России от 2 октября 2009 г. № 808н.

**Порядок оказания
акушерско-
гинекологической
помощи в РФ**



Объединенный родильный дом

Стационарное звено:

1. акушерский стационар со службой реанимации и интенсивной терапии,
2. отделение 1 этапа выхаживания новорожденных и недоношенных,
3. отделение патологии беременности (50% от числа коек, для беременных и рожениц),
4. гинекологическое отделение и д.р.

Штатные нормативы медицинского и другого персонала родильных домов (отделений)

Врачебный персонал

Врач-акушер-
гинеколог

Из расчета 1 должность:

на 10 коек в отделении патологии
беременности;

на 10 коек в акушерском
физиологическом отделении;

на 10 коек в акушерском
обсервационном отделении;

из расчета 1 круглосуточный пост:

на 3 индивидуальные родовые;

на 1 предродовую и родовую;

в приемном отделении;



Средний медицинский персонал

Акушерка

Из расчета 1 круглосуточный пост:
на 2 индивидуальные родовые;
на 1 предродовую и 1 родовую;
на 20 коек в отделении патологии
беременности;
на 25 коек в акушерском
физиологическом отделении;
на 15 коек в акушерском
обсервационном отделении;
в приемном отделении;



Объединенный родильный дом

Амбулаторно-поликлиническое звено:

1. женские консультации,
2. центр планирования семьи,
3. медико-генетические консультации,
4. подразделения перинатальной комплексной диагностики

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

Два основных этапа:

- **первый – амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами,** а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности – врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом, в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);
- **второй – стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии)** или специализированных отделениях (при соматической патологии) учреждений здравоохранения.

Штатные нормативы медицинского и другого персонала женских консультаций

Врачебный персонал

Врач-акушер-гинеколог	Из расчета 1 должность: на 2200 женщин.
Врач-терапевт	Из расчета 1 должность: на 40 тыс. взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории.
Врач-стоматолог	Из расчета 1 должность: на 40 тыс. взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории.



Средний медицинский персонал

Акушерка	Из расчета 1 должность: на каждую должность врача-акушера-гинеколога.
Медицинская сестра	Из расчета 1 должность: на каждую должность врача-специалиста; на 10 коек дневного стационара.
Медицинская сестра процедурная	Из расчета 1 должность: на 7 должностей врачей-специалистов.



Участковый акушер-гинеколог

1. Диспансеризация беременных
2. Наблюдение, оздоровление, и восстановительное лечение **родильниц**
3. Гинекологическая помощь
4. Работа по формированию здорового образа жизни и профилактике нежелательной беременности

Физиологическое течение беременности

осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом – не менее десяти раз;
- врачом-терапевтом, врачом-стоматологом – не менее трех раз (в каждом триместре)
- врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее двух раз;
- другими специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.
- Скрининговое ультразвуковое исследование плода проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 20-22 недели и 32-34 недели.
- При сроке беременности 11-14 недель проводится забор проб крови беременных женщин для биохимического скрининга
- Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.



Вынашивание беременности

- При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности решается вопрос о возможности вынашивания беременности.
- Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 22 недель беременности.



Искусственное прерывание беременности (аборт)

- *Медицинский (в специализированных ЛПУ, врачом имеющим соответствующую квалификацию)*
- **Криминальный**



Искусственное прерывание беременности (аборт)

По законодательству каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос материнства.

Аборт производится:

1. по желанию женщины до 12 недель беременности,
2. по социальным показаниям до 22 недель,
3. по медицинским показаниям и согласия женщины – независимо от срока.



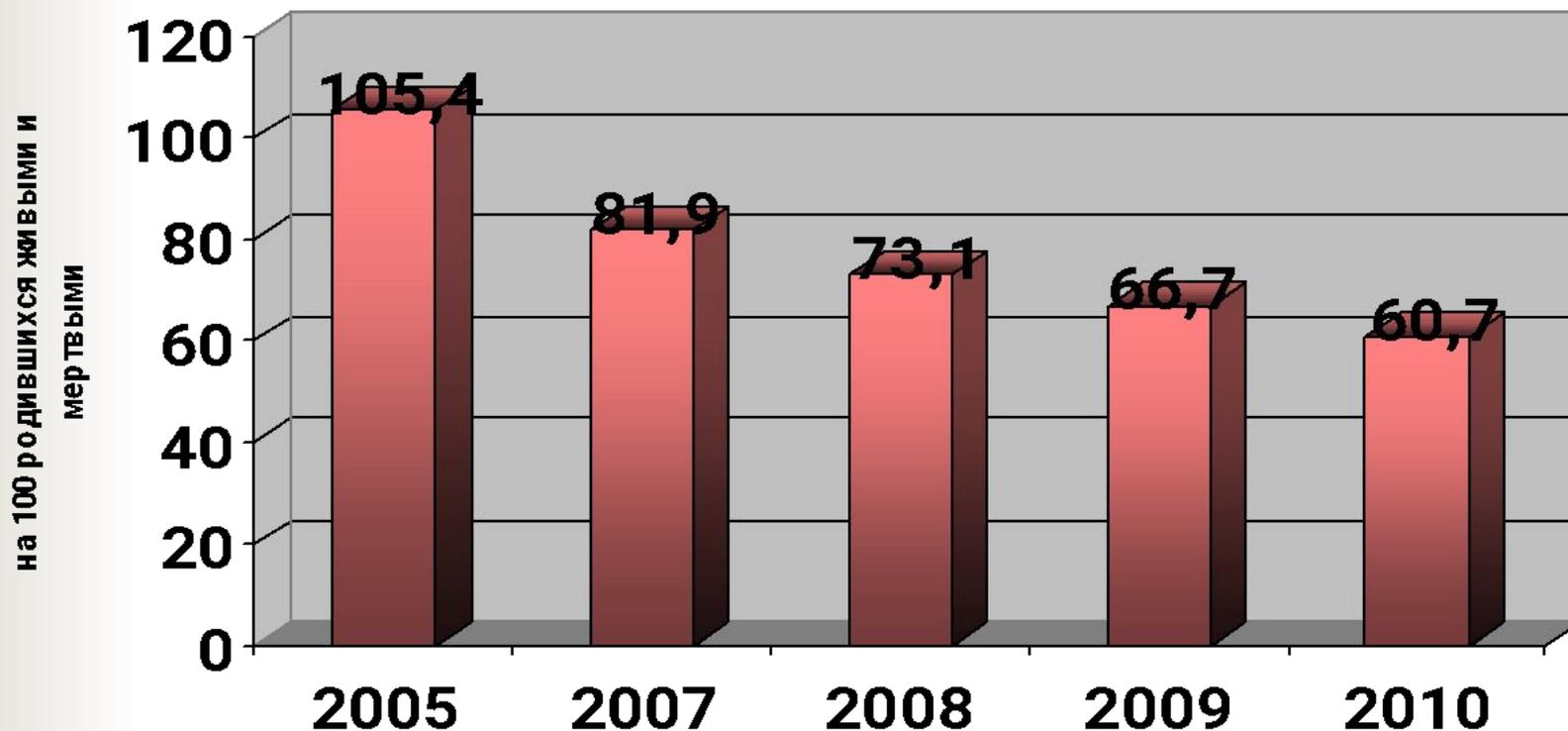
Искусственное прерывание беременности (аборт)

Социальные показания для ИПБ:

1. Низкий доход семьи
2. Женщина не замужем
3. Беременность после изнасилования
4. Нахождение мужа в заключении

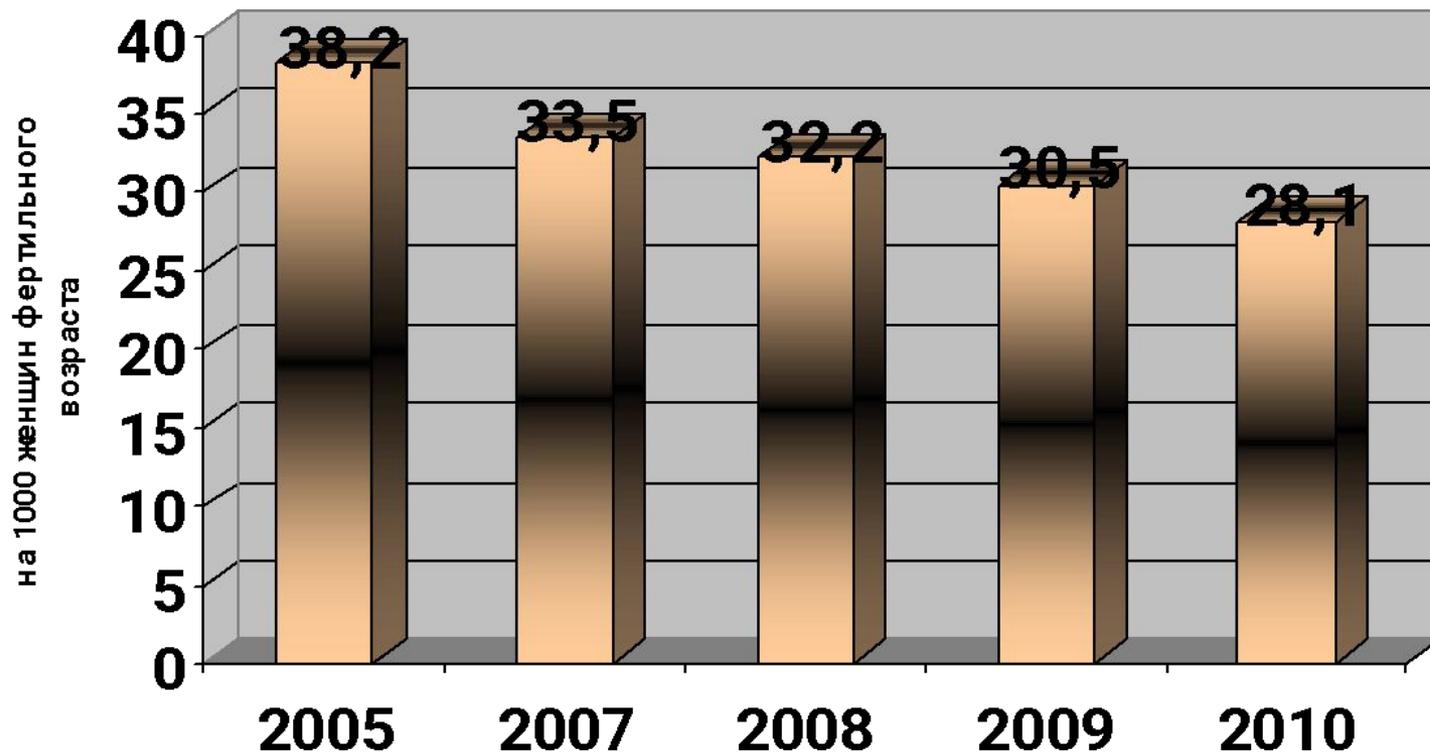
Актуальность проблемы аборт

Частота абортов в РФ

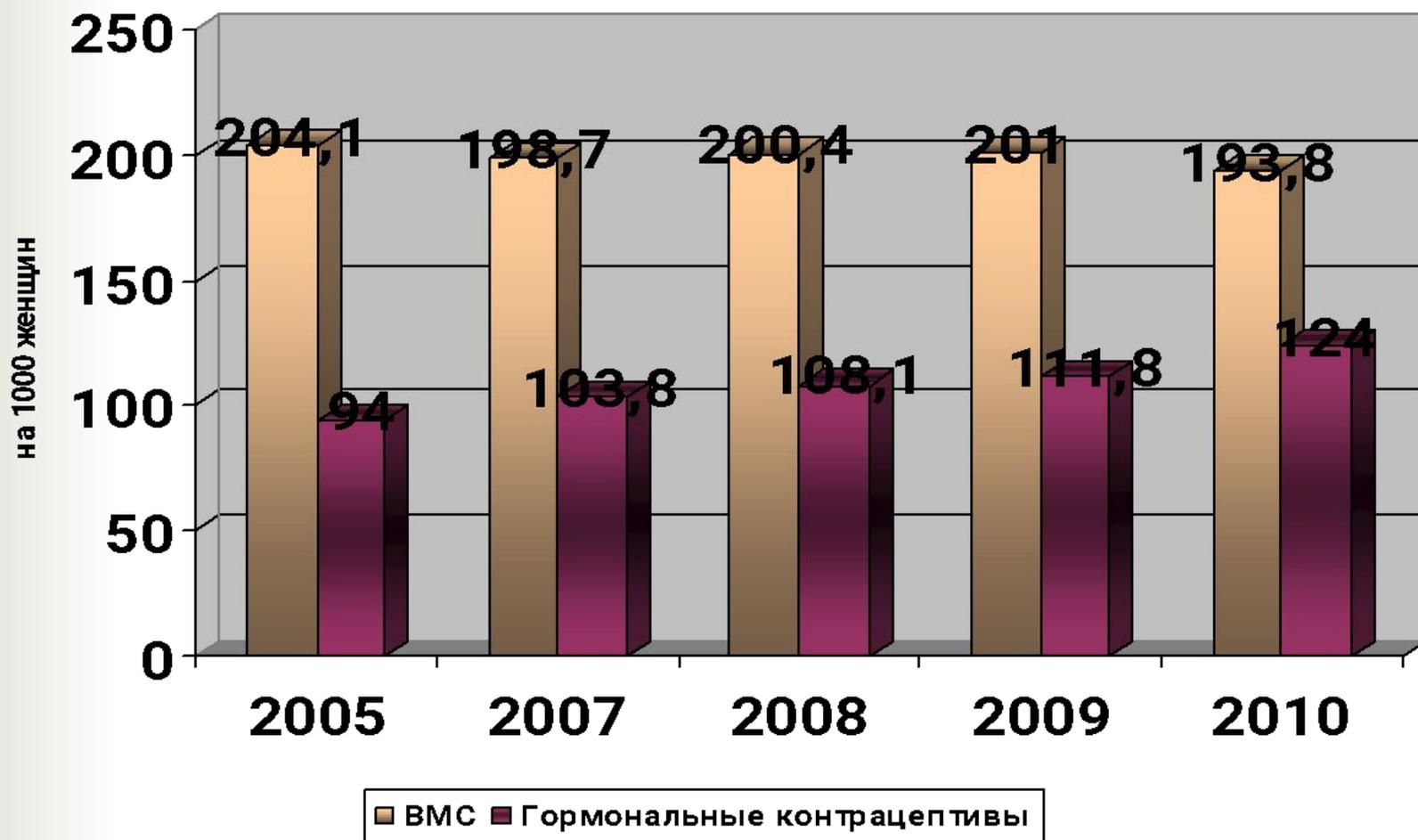


Актуальность проблемы аборт

Частота аборт в РФ



Частота использования ВМС и гормональную контрацепцию в РФ





Актуальность проблемы абортов

- Являются непосредственной и опосредованной причиной **материнской смертности** (в сумме около 20% от всех причин)
- Другие виды абортов (криминальные)
- Внутриматочные кровотечения
- Токсикозы
- Внематочная беременность

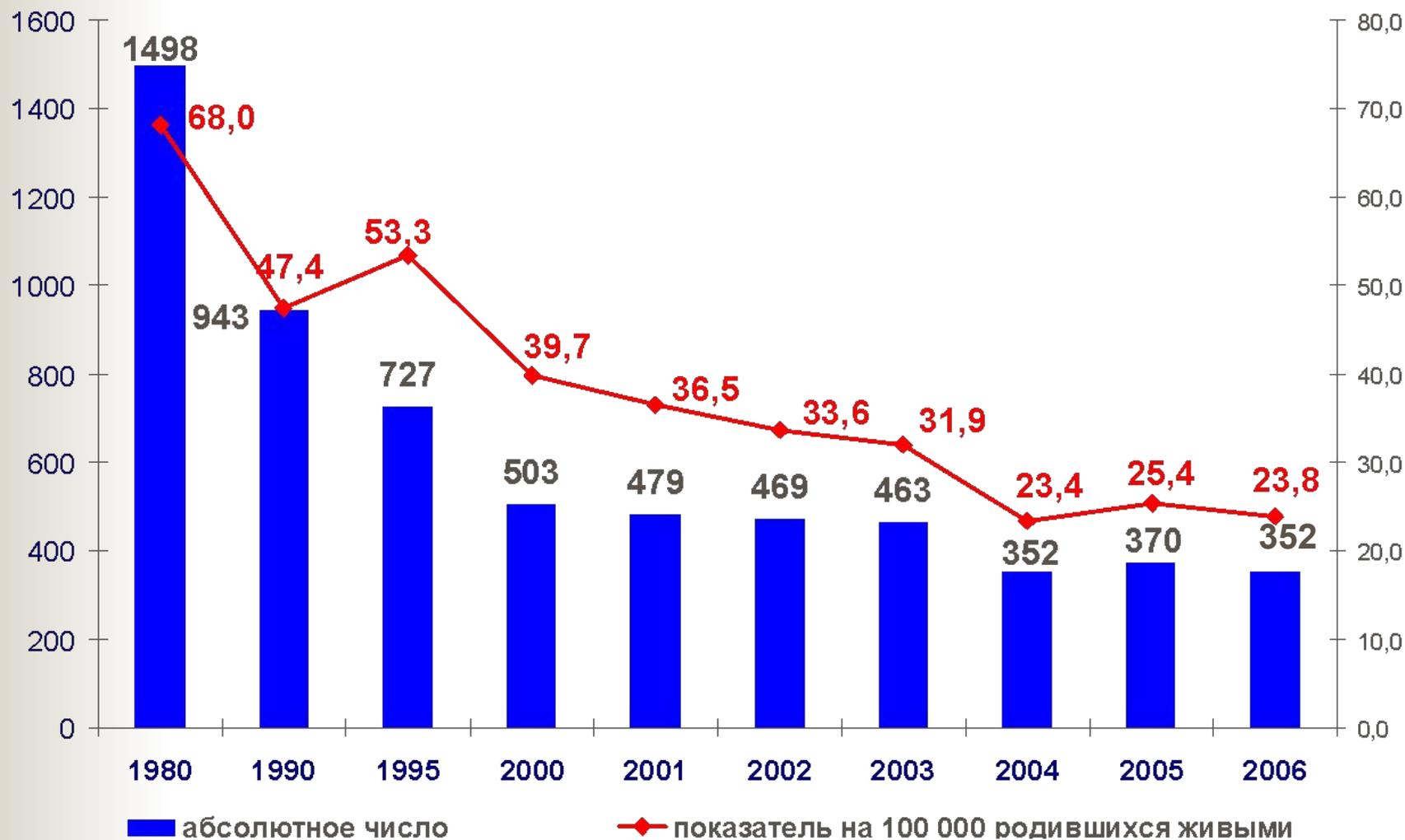


Материнская смертность

Число умерших от беременности и родов до 42 дней после родов на 100.000 родившихся живыми.

Каждый случай материнской смертности разбирается персонально.

Материнская смертность в России

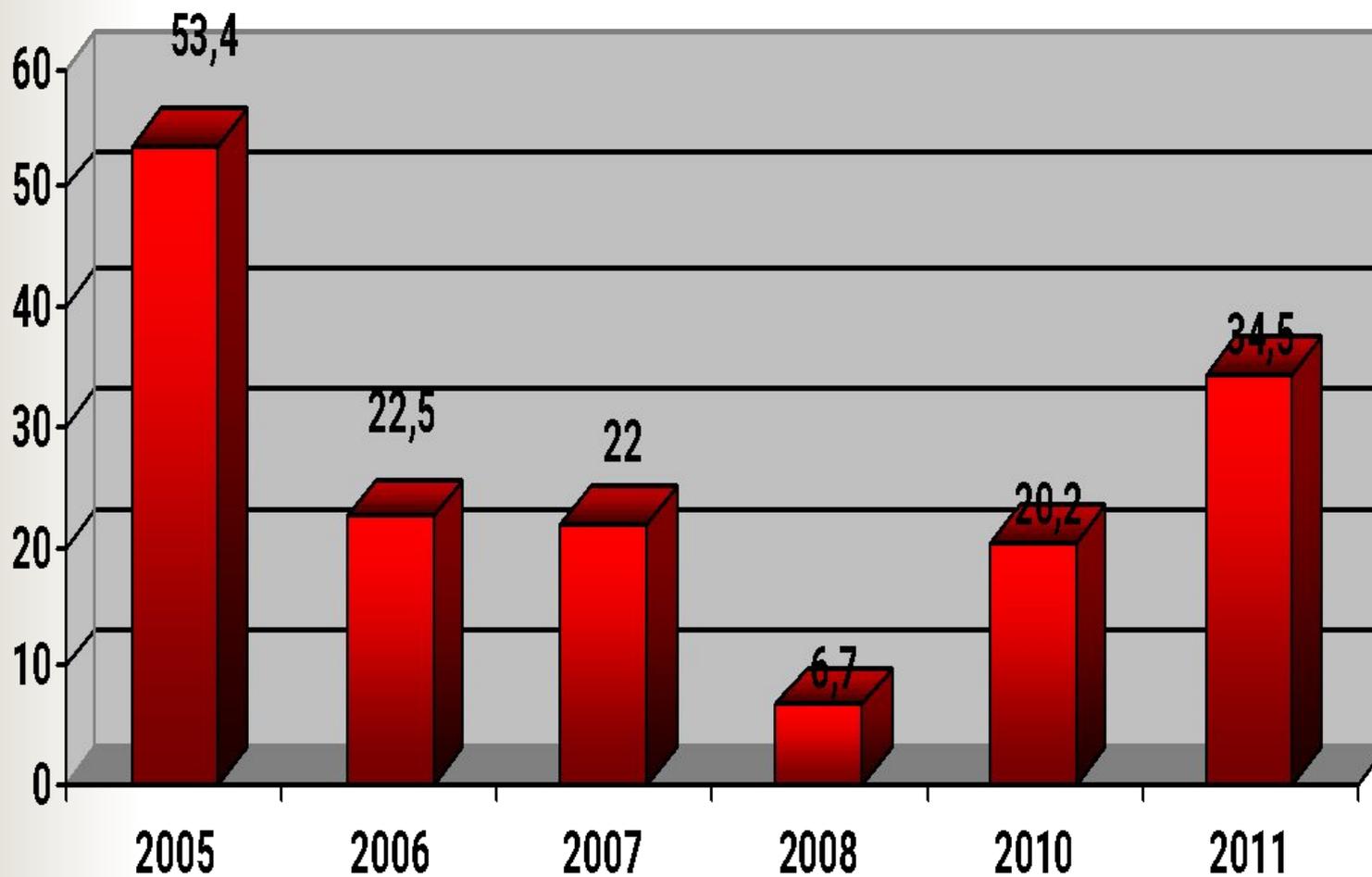


В 2008 году – 23‰, в 2010 году – 26,1‰

По данным Росстата

Материнская смертность в Тверской области

На 100.000 род. живыми



По данным Росстата



Актуальность проблемы аборт

1. Воспалительные заболевания женских половых органов и осложнения в течении беременности в 2 раза чаще у перенесших аборт
2. Достоверно чаще риск возникновения рака молочной железы и шейки матки у женщин имеющих в анамнезе большое число абортов, причем без сочетания с другими факторами
3. Снижение репродуктивной функции и вторичное бесплодие (более 20% супружеских пар бесплодны из-за сделанных ранее абортов)



Актуальность проблемы аборт

1. Чаще внематочные беременности
2. Показатель младенческой смертности выше на 8-10%, перинатальной смертности на 25-30% среди женщин производивших ИПБ
3. Особенно серьезно надо подходить к прерыванию первой беременности т.к. у половины происходит нарушение репродуктивной функции:
 - 36% - бесплодие,
 - 13,7% – невынашивание,
 - 12% - нарушение менструальной функции,
 - 10% - воспалительные заболевания, **следовательно важно сохранить первую беременность**

Показатели работы ЖК

1. Своевременность поступления беременных под наблюдение ЖК (до 12 нед.– 71%).
2. Частота ошибок в определении сроков родов
3. Среднее число посещений беременными консультаций
4. Полнота обследования беременных, поступивших под наблюдение консультации
5. Осложнения беременности
6. Смертность беременных
7. Исходы беременности
8. Удельный вес женщин применяющих гормональные контрацептивы
9. Частота аборт (рассчитывается на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 родов)



Показатели работы стационара родильного дома

Оказание медицинской помощи в родах (на 1000 родов)

1. с наложением щипцов (1,23 на 1000 родов)
за 5 лет уменьшился в 2 раза
2. вакуум экстракция (5,18).
за 5 лет увеличился в 4 раза
3. Кесарево сечение (219,6 на 1000 родов при сроке 28 недель и более).

Частота увеличилась в 1,5 раза. Это свидетельствует: о расширении показаний к Кесареву сечению, ранней плановой подготовке к родам (УЗИ)



Показатели работы стационара родильного дома

Показатели состояния здоровья матерей

1. **материнская смертность**
2. **частота осложнений в родах.** Рассчитывается по каждому виду осложнений, например разрыв промежности (на 1000 принятых родов + число поступивших женщин родивших вне стационара). Только 37% нормальных родов.
3. **частота осложнений в послеродовом периоде** (по видам осложнений на 1000 родившихся)



Показатели работы стационара родильного дома

Показатели лечебно-профилактической помощи новорожденным:

1. Мертворождаемость (4,7 на 1000 род. жив. + мерт.) из них 84% до начала родовой деятельности
2. Частота недоношенности
3. Заболеваемость новорожденных (доношенных, недоношенных + данной болезнью (на 1000 детей). Общая заболеваемость 3732,9 (за 5 лет увеличилась в 1,8раза)
4. Показатели летальности (на 100 детей данной группы). Общая летальность 2,7. Самая высокая при синдроме респираторных нарушений – 12,5.



Перинатальный центр



Акушерский блок



Педиатрический блок
(отделение реанимации
новорожденных, отделение
патологии новорожденных)



**Гинекологический
блок**



**Вспомогательные
службы**

**Лабораторный
блок**



**Консультативно-
диагностический блок**



**Организационно-
аналитический отдел**



**Административно-
хозяйственное
подразделение**



ЗАДАЧИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА



- **Оказание диагностической и лечебной помощи наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц**
- **Оказание медицинской помощи новорожденным, в том числе родившимся с экстремально низкой массой тела, нуждающимся в проведении реанимационных мероприятий**
- **Организация и внедрение на территории субъекта Российской Федерации выездных форм реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным**
- **Внедрение новых технологий в работу центра и тиражирование их в регионе**
- **Мониторинг материнской и младенческой смертности в регионе**

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТЛИЧИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА И ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА



РОДДОМ:

- **УСЛОВИЯ ДЛЯ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ**
- **НЕ ПРЕДУСМОТРЕНЫ КОЙКИ ДЛЯ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**
- **В СЛУЧАЕ РОЖДЕНИЯ МАЛОЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ДЕТЕЙ, ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТРЕБУЕТСЯ ИХ ПЕРЕВОД И ТРАНСПОРТИРОВКА В ДРУГОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ (ОБЛАСТНАЯ, КРАЕВАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА)**

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР:

- **ПРЕДУСМОТРЕНЫ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕД. ПОМОЩИ ПРИ СОСТОЯНИЯХ, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОМУ**
- **В СЛУЧАЕ РОЖДЕНИЯ МАЛОЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ДЕТЕЙ ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ БЕЗ ПРОМЕДЛЕНИЯ НА МЕСТЕ**
- **В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ СРОЧНОЙ ОПЕРАЦИИ НОВОРОЖДЕННОМУ ОНА ВЫПОЛНЯЕТСЯ В УСЛОВИЯХ ПЦ (ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ)**
- **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЫХАЖИВАНИЕ МАЛОЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ДЕТЕЙ ПРОИЗВОДИТСЯ В ПЦ ПРИ УЧАСТИИ МАТЕРИ, НЕ ТРЕБУЕТ ТРАНСПОРТИРОВКИ В ДРУГОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ (ОБЛАСТНАЯ, КРАЕВАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА)**



Родовой сертификат

РС – заполняется государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

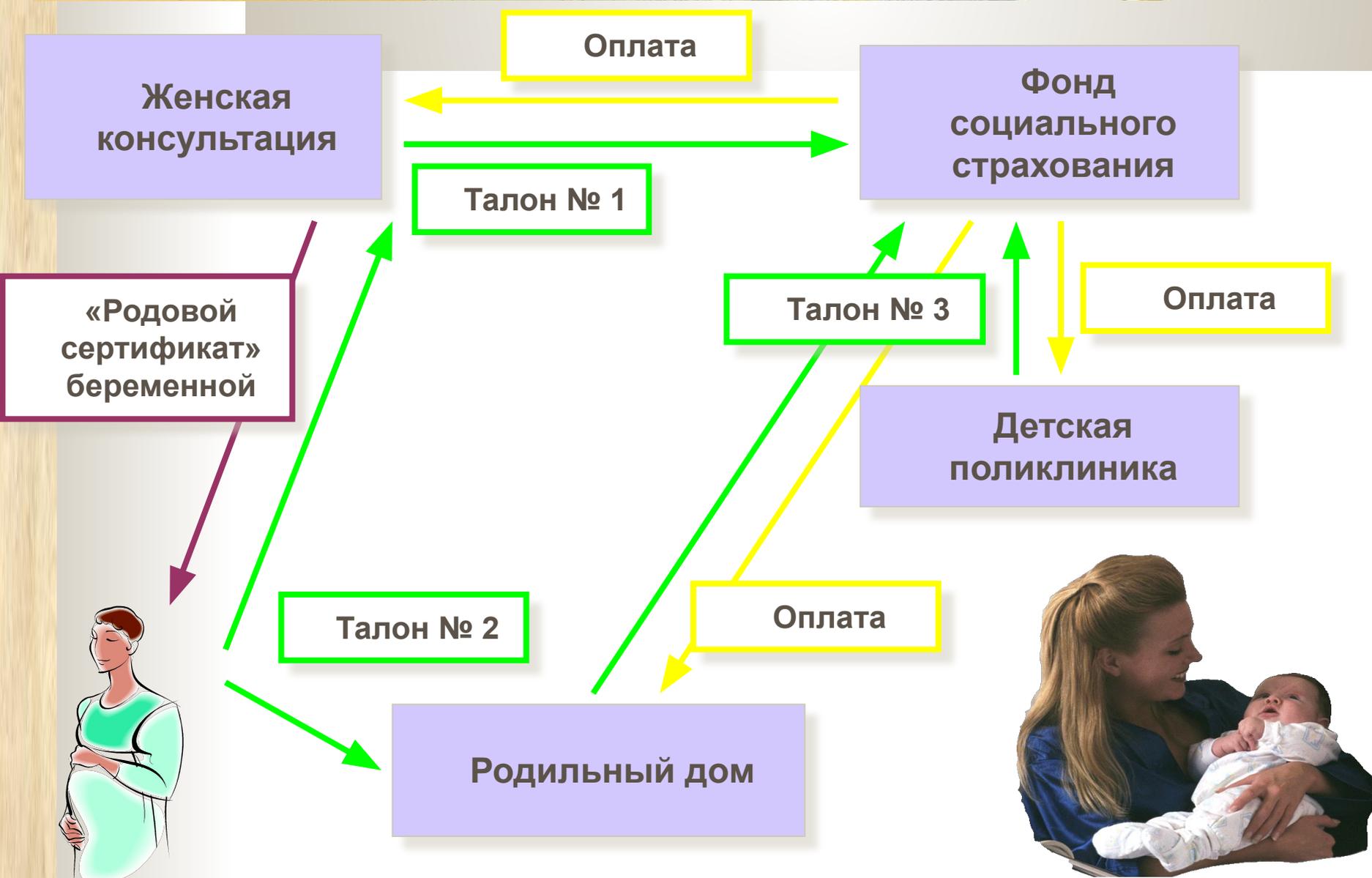
Состоит из 5-х частей:

1. Корешок (для подтверждения выдачи РС)
2. Талон 1 (оплата мед. помощи ЖК)
3. Талон 2 (оплата мед. помощи РД)
4. Талон 3 (оплата ДП)
5. РС (подтверждение оказания мед. помощи)

Выдается – вставшим на учет независимо от срока беременности.

Оплачивается – если роды наступили в 29 недель беременности и более и ребенок жив.

Движение «родового сертификата» в 2007 - 2011 годах



**Стоимость и структура расходов средств от
родовых сертификатов на 2009 год**
**Стоимость родового сертификата увеличится
до 11 тыс. рублей**

- **В женской консультации - 3 тыс. рублей (30%-лекарственное обеспечение - витамины, минералы, фолиевая к-та, препараты железа; 30-45%-на зарплату в зависимости от качественных показателей работы)**
- **В родильном доме - 6 тыс. рублей (40-55% на зарплату, остаток средств - на приобретение оборудования, лекарственных средств, питание для беременных и кормящих)**
- **В детской поликлинике – 2 тыс. рублей (1 тыс. руб. – через 6 мес. жизни ребенка и 1 тыс. рублей - через 12 мес. жизни ребенка – в 2008 году)**





Основным лечебно-профилактическим учреждением оказывающим, медицинскую помощь детям являются **объединенная детская больница.**

В ее состав входят:

- 1. поликлиники,*
- 2. стационар,*
- 3. молочная кухня.*



Основными принципами работы детской поликлиники являются:

1. Принцип участковости (800 детей на одном педиатрическом участке)
2. Преемственность в работе врачей, оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям.
3. Этапность в лечении.
4. Непрерывность активного динамического наблюдения за здоровьем ребенка, начиная с антенатального периода.



Особенности структуры детской ПОЛИКЛИНИКИ:

- 1 – фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами,
- 2 – кабинеты по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка)
- 3 – два входа (для здоровых и больных детей).



Основные показатели деятельности детской поликлиники и стационара

- Младенческая смертность в целом и по причинам смерти (на 1000 родившихся)
- Неонатальная смертность (на 1000 родившихся)
- Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)
- Среднее число детей на участке
- Общая заболеваемость детей по данным обращаемости (на 1000 детей соотв. возраста)



Основные показатели деятельности детской поликлиники и стационара

- Регулярность наблюдения за детьми первого года жизни
- «Индекс здоровья» детей (первого года жизни и т.д.)
- Распределение детей по группам здоровья
- Охват детей прививками
- Удельный вес детей находящихся на естественном вскармливании
- Больничная летальность



Факторы, формирующие высокий уровень младенческой смертности в РФ

- **1 группа. Здоровье матери**

Наличие заболеваний и патологических состояний у матери до беременности, в период беременности, в родах, отрицательно влияющих на здоровье плода и ребенка

- **2 группа. Влияние внешней среды и проф. вредность**

Наличие у матери в период беременности различного рода неблагоприятных производственных условий.

- **3 группа. Социальные факторы влияющие на мать**

Неполноценное питание, вредные привычки, психосоциальный стресс беременной



Факторы, формирующие высокий уровень младенческой смертности в РФ

- **4 группа. Медицинский фактор**

Низкое качество медицинского обслуживания беременных, рожениц, новорожденных, позднее выявление и не эффективное лечение заболеваний и патологических состояний

- **5 группа. Социальные и медицинские факторы, влияющие на ребенка**

Условия жизни младенца после выписки из родильного дома, а также неудовлетворительное состояние качества медицинского обслуживания младенцев по профилактике, своевременному выявлению у них и лечению заболеваний и патологических состояний.