

Социальная медицина и организация здравоохранения
Лекция для студентов 5-го курса медицинского факультета

**Тема: Медико-социальные проблемы охраны здоровья матери и ребенка.
Репродуктивное здоровье**



**'LA VIRGEN CON EL NIÑO, SANTA CATALINA
SANTA ISABEL Y SAN JUAN BAUTISTA'
ANDREA DEL SARTO 1519**



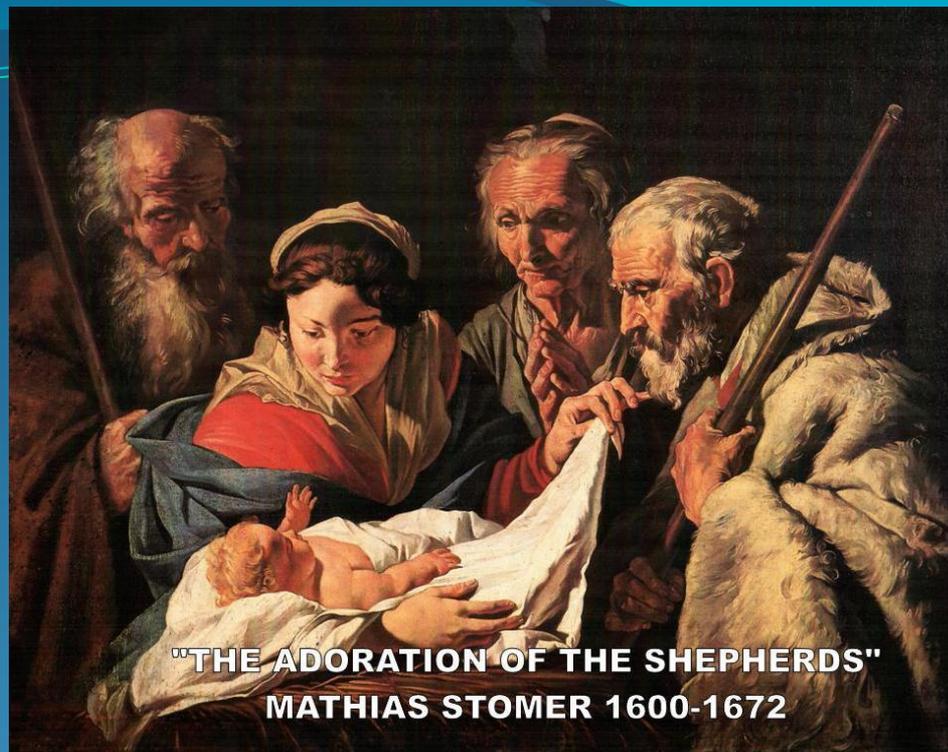
"MADONNA CONESTABILE"
RAFAEL 1503



"THE VIRGIN AND A CHILD"
JAN VAN SCOREL 1495-1562

Античный философ Ликург считал, что «Богатство народа таится в здоровом теле женщины».





"THE ADORATION OF THE SHEPHERDS"
MATHIAS STOMER 1600-1672

Охрана здоровья матери и ребенка – это комплекс государственных, региональных, общественных, мероприятий и мер частного характера, направленных на:

- ✓ укрепление и сохранение здоровья женщин и детей,
- ✓ создания оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции – рождение и воспитание здорового ребенка,
- ✓ улучшение демографической ситуации в стране,
- ✓ обеспечение ребенку условий для здорового,
- ✓ всестороннего и гармоничного развития личности.



Элементами системы ОХМ и Д являются :

- ✓ гарантии гражданских прав женщины матери и прав ребенка;**
- ✓ охрана женского труда и труда подростков;**
- ✓ социальное страхование беременной женщины и женщины матери;**
- ✓ общественное воспитание и обучение детей и подростков;**
- ✓ материальная поддержка материнства и детства, обеспечение денежными пособиями;**
- ✓ лечебно – профилактическая помощь женщинам и детям;**



К видам государственной помощи относится помощь:

- ✓ по беременности и родам;
- ✓ при рождении ребенка;
- ✓ по уходу за ребенком;
- ✓ по уходу за ребенком-инвалидом;
- ✓ по временной нетрудоспособности;
- ✓ по уходу за больным ребенком;
- ✓ на детей одиноким матерям;
- ✓ на детей, находящихся под опекой;
- ✓ на несовершеннолетних детей, отцы которых уклоняются, от уплаты алиментов, или когда взыскание алиментов невозможно.



Поэтапная профилактическая направленность организации медицинской помощи женщинам и детям:

- ✓ I этап – медицинская помощь будущей матери и подготовка ее к материнству;
- ✓ II этап – комплекс мер по антенатальной охране плода, осуществляющийся специализированными акушерско-гинекологическими учреждениями, общей сетью лечебно-профилактических учреждений, санаториями для беременных;
- ✓ III этап – интранатальная охрана плода – обеспечение помощи при родах в акушерских отделениях роддомов, многопрофильных и районных больницах;
- ✓ IV этап – лечебная помощь новорожденным в отделениях новорожденных родильных домов и отделениях новорожденных детских больниц;
- ✓ V этап – охрана здоровья детей дошкольного возраста, осуществление профилактических мер;
- ✓ VI этап – охрана здоровья детей школьного возраста.

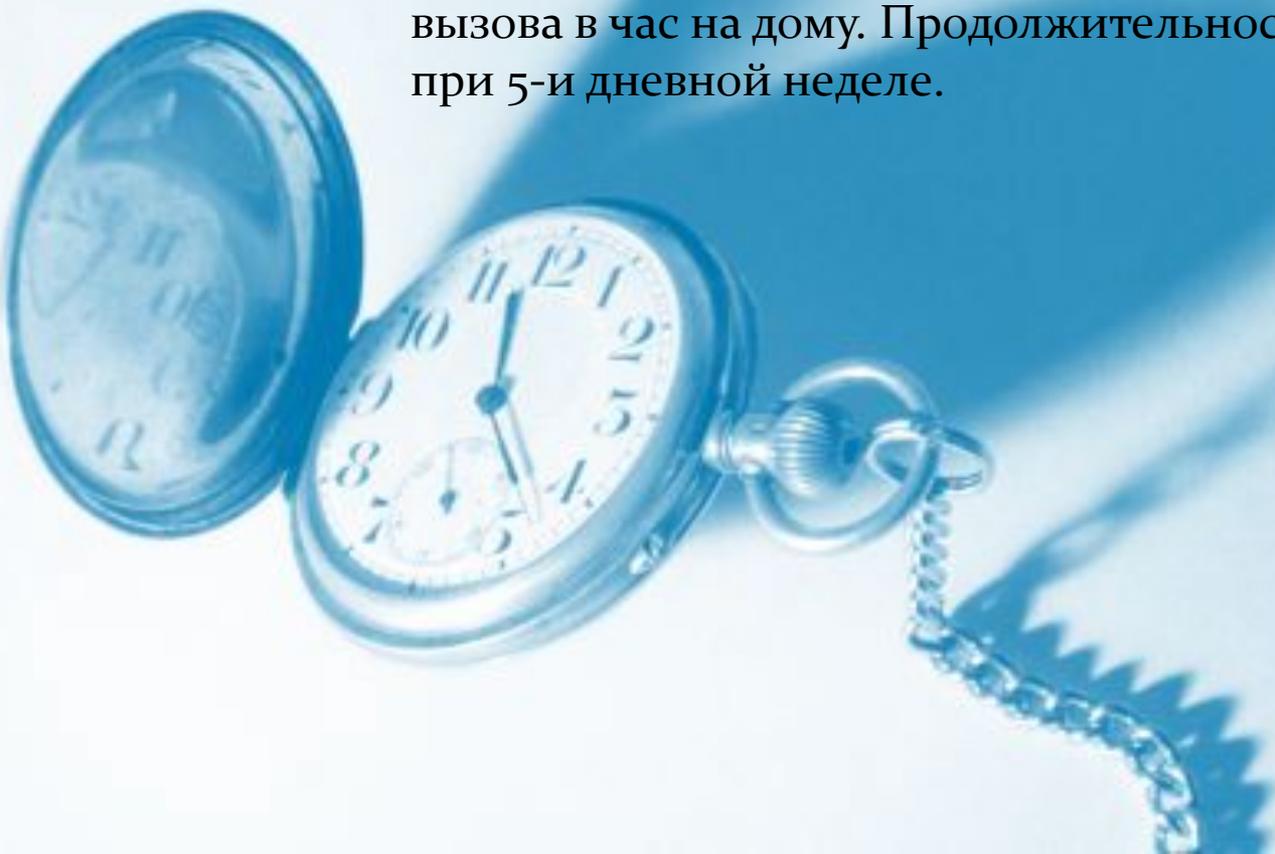


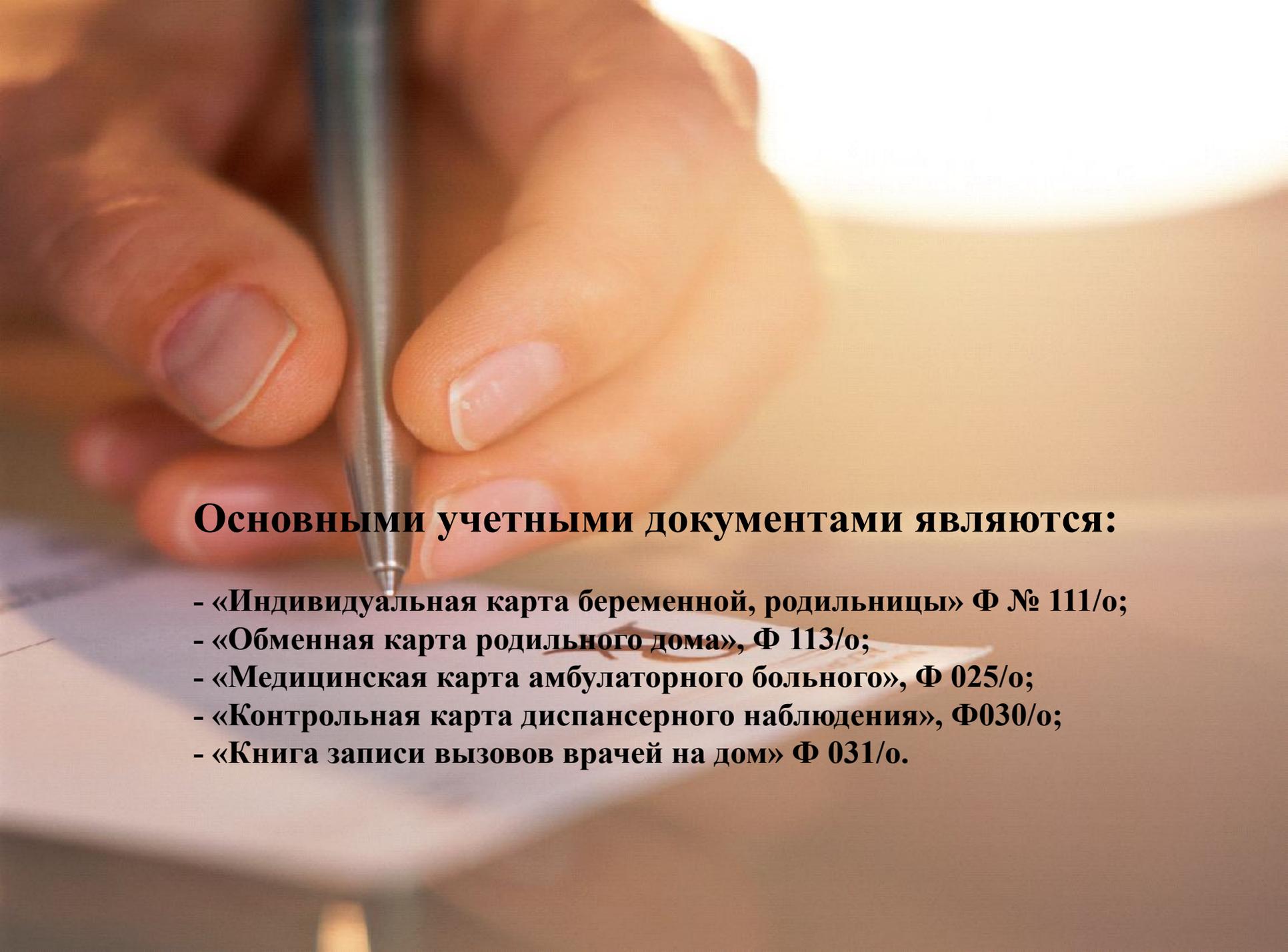
Основными задачами женской консультации являются:

- ✓ проведение мероприятий по профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода и гинекологических заболеваний;
- ✓ предоставление квалифицированной и специализированной акушерско-гинекологической помощи;
- ✓ внедрение в практику современных методов диагностики и лечения беременных, гинекологических больных и лиц группы риска;
- ✓ проведение работы по вопросам контрацепции и профилактики абортов;
- ✓ профилактика и лечение бесплодия;
- ✓ предоставление социально-правовой помощи.
- ✓ проведение санитарно – просветительной работы, формирование у женщин ЗОЖ
- ✓ обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных с акушерско-гинекологическими стационарами и другими ЛПУ (районной поликлиникой, детской поликлиникой, КВД, онкологическим диспансером и др.)



Работа женской консультации, так же как и других поликлинических учреждений, строится **по участковому принципу**. Должности акушеров - гинекологов устанавливают для оказания амбулаторной помощи всему населению по месту жительства и работы (учебы), в том числе для обеспечения диспансеризации – на 3.300 женского населения старше 15 лет. Рекомендованная численность женщин на 1 участок 4.000. Норма нагрузки врача акушера – гинеколога на амбулаторном приеме составляет в среднем 5 женщин в 1 час, 8 – при профосмотрах, 1.25 вызова в час на дому. Продолжительность рабочего дня – 6,5 часов при 5-и дневной неделе.





Основными учетными документами являются:

- «Индивидуальная карта беременной, родильницы» Ф № 111/о;
- «Обменная карта родильного дома», Ф 113/о;
- «Медицинская карта амбулаторного больного», Ф 025/о;
- «Контрольная карта диспансерного наблюдения», Ф030/о;
- «Книга записи вызовов врачей на дом» Ф 031/о.

Репродуктивное здоровье - состояние полного физического, психического и социального здоровья, позволяющее иметь здорового и желаемого ребенка, оно заключается в способности людей вести ответственную, удовлетворяющую их безопасную половую жизнь, в способности к воспроизведению рода и свободе выбора – делать ли это, когда и как часто.



**"RETRATO DE FAMILIA"
ANTHONIS VAN DYCK 1621**



По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором в детородном возрасте при условии регулярной половой жизни без применения контрацептивов в течение года женщина не беременеет.



Существенной проблемой для многих стран, в том числе для Украины, является **невынашивание беременности** (все случаи самопроизвольного прерывания беременности в сроки от зачатия до 37 недель) и как следствие рождение недоношенных детей.



Основным самостоятельным акушерско-гинекологическим стационаром является родильный дом, который имеет следующие основные подразделения:

- ✓ приемно-пропускной блок;
- ✓ физиологическое акушерское отделение (50 – 55% от общего числа акушерских коек);
- ✓ отделение патологии беременности (25 – 30% от общего числа акушерских коек);
- ✓ палаты для новорожденных в составе I и II акушерского отделения;
- ✓ наблюдательное (II) акушерское отделение (20 – 25% от общего числа акушерских коек);
- ✓ гинекологическое отделение (25 – 30% от общего числа коек родильного дома).



Приемно-пропускной блок – имеет 2 отделения: одно для беременных и рожениц, другое для гинекологических больных и женщин, поступающих для прерывания беременности.

Приемно-смотровое отделение для беременных имеет 1 фильтр и 2-е смотровые для приема рожениц в I-е физиологическое и II-е наблюдательное акушерские отделения.

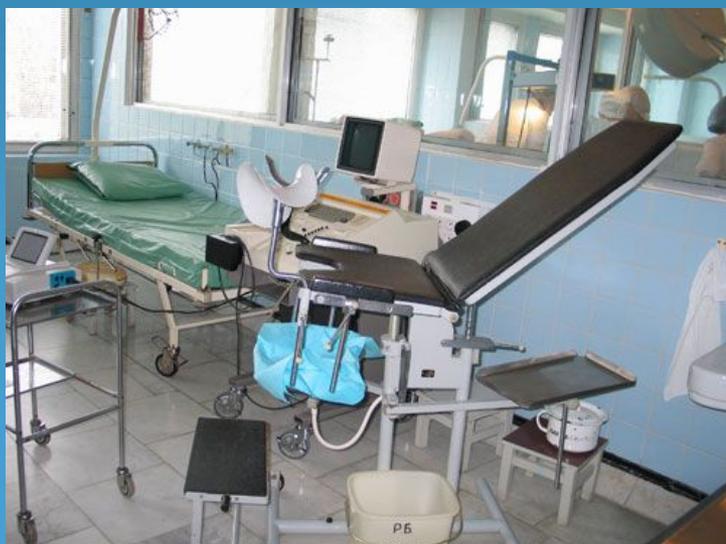
Приемно-смотровое отделение для гинекологических больных и женщин, поступающих для прерывания беременности, обычно располагается в другом отделении родильного дома.



Физиологическое (I-е) акушерское отделение имеет в своем составе родовой блок, предродовую, послеродовые палаты, родзал, комнату для новорожденных, большую и малую операционную, палату интенсивной терапии для тяжело больных и оперированных. В предродовых палатах число коек должно составлять примерно 12% расчетного числа послеродового физиологического отделения, но не менее 2-х. В родзале должно быть 8% расчетного числа послеродового отделения, но тоже не менее 2-х мест.



Гинекологическое отделение имеет 3 профиля коек: для оперативных и консервативных методов лечения и для искусственного прерывания беременности. В гинекологическом отделении обычно развертываются большая и малая операционные, перевязочная, манипуляционная, физиотерапевтический кабинет, комната для выписки, палата интенсивной терапии.





'LA VIRGEN CON EL NIÑO, SANTA CATALINA
SANTA ISABEL Y SAN JUAN BAUTISTA"
ANDREA DEL SARTO 1519

**Часть 2. Медико-
социальные
проблемы охраны
здоровья матери и
ребенка.
Лечебно-
профилактическая
помощь детям.**



План лекции.

- 1. Амбулаторно-поликлиническая помощь детям:
- - основные принципы и методы работы детской поликлиники;
- - структура детской поликлиники и ее особенности;
- - организация работы детской поликлиники;
- - диспансерное наблюдение за детьми;
- - лечебная помощь в поликлинике и на дому;
- - противоэпидемическая работа;
- - учетно-отчетная документация.

- 2. Медицинское обслуживание детей в ДДУ и школах.
- 3. Стационарная лечебная помощь детям:
 - - структура детской больницы;
 - - организация работы лечебных отделений;
 - - учетно-отчетная документация.
- 4. Особенности оказания ЛПП детям, проживающим в сельской местности.
- 5. Показатели деятельности объединенной детской больницы и их анализ.

Законодательная база.

- 1. Закон Украины «Об охране детства», апрель 2001г.
- 2. Приказ МЗ Украины от 29.11.2002 г. № 434 «Об усовершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детям в Украине».
- 3. Приказ МЗ Украины от 12.12.2002 г. № 465 «Об усовершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
- 4. Приказ МЗ Украины от 20.03.2008 г. «Об утверждении Клинического протокола медицинского наблюдения за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет».

Основными направлениями деятельности являются:

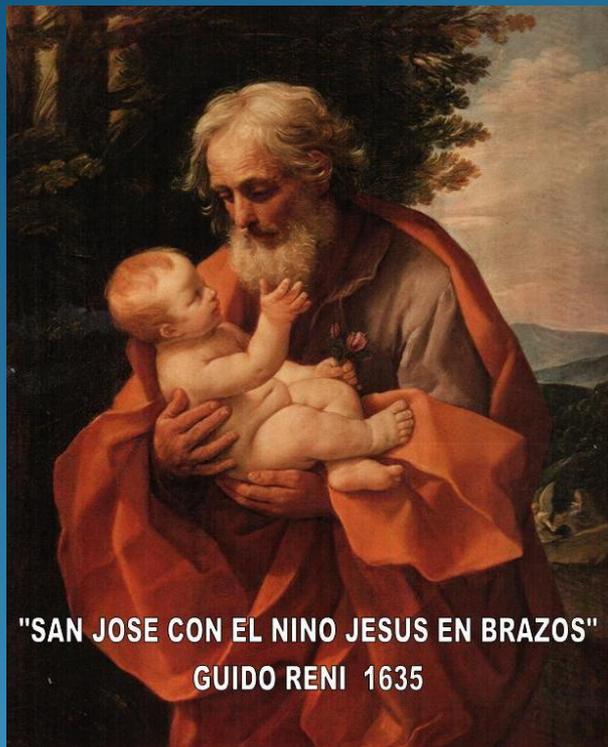
- ✓ организация и проведение комплекса профилактических мероприятий (профосмотры детей и диспансерное наблюдение относительно групп здоровья и вида патологий);
- ✓ противоэпидемические мероприятия (своевременное выявление инфекционных заболеваний, изоляция больных, планирование и проведение профилактических прививок);
- ✓ лечебно-консультативная помощь детям в поликлинике и на дому;
- ✓ лечебно-профилактическая работа в дошкольных учреждениях и школах;
- ✓ организационно-методическая работа.



График работы врача должен быть скользящим по началу приема в течение дней недели, стабильным по началу приема в четные и нечетные дни, динамичным по длительности времени приема. Нагрузка: 5 детей за один час приема в поликлинике, 7-при профосмотрах и 2 детей – при обслуживании вызовов на дому.



В детской поликлинике предусматриваются следующие помещения:



- **раздельный** вход для здоровых и больных детей;
- кабинеты педиатров и других врачей узких специальностей;
- кабинет или отделение (в состав которого входят кабинет здорового ребенка, кабинет педиатра, прививочный кабинет и холл для ожидания) **здорового ребенка;**
- отделение восстановительного лечения;
- лечебно-диагностические отделения;
- регистратура, гардероб;
- АХЧ в самостоятельных поликлиниках.





"MADONNA BENOIS"
LEONARDO DA VINCI 1478



"MADONNA LITTA"
LEONARDO DA VINCI 1490-1491

Структурной особенностью детской поликлиники является наличие в ней кабинета (отделения) здорового ребенка. Его работники должны пропагандировать здоровый образ жизни, обучая родителей уходу за детьми, основам воспитания, в том числе организации (соответственно возрасту ребенка) режима, рационального питания, физического воспитания (проведению массажа и гимнастики), закаливающих процедур.



Первый этап диспансеризации детей включает несколько взаимосвязанных периодов:

первый период – антенатальная охрана
плода. Из ЖК в ДП поступает
информация о каждой беременной
женщине, взятой на учет. Участковый
педиатр организует двухразовый
дородовой патронаж по месту
жительства беременной.



второй период — динамическое наблюдение за новорожденным в неонатальном периоде. Первый патронаж на дому выполняет участковый педиатр совместно с патронажной мед. сестрой в течение **первых 3^x суток** после выписки из роддома. В дальнейшем участковый педиатр посещает ребенка на дому один раз в неделю, а при достижении ребенком возраста один месяц мама посещает детскую поликлинику, где ребенка, кроме педиатра, должен осмотреть детский ортопед — травматолог, а в его отсутствии — детский хирург.



третий период – динамическое наблюдение за здоровым ребенком до достижения возраста 3^х лет (пр. МЗ №149 от 20.03.2008 года). Предусматривается активное наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием ребенка не менее 13 раз участковым педиатром и не менее 6 раз патронажной участковой мед. сестрой, а именно:

- на первом году жизни – 1 раз в месяц;
- на втором году жизни - 1 раз в полугодие;
- на третьем году жизни- 1 раз в год, т.е. при достижении 3^х лет.



четвертый период – динамическое наблюдение за ребенком дошкольного возраста (до 6 лет), - один раз в год проводит участковый педиатр, если ребенок воспитывается в семье, и педиатр детского дошкольного учреждения, если ребенок посещает ДДУ.



пятый период - медицинское обеспечение школьников, которое имеет чрезвычайно важное значение для воспитания здорового поколения. В этом возрастном периоде организм ребенка значительно острее и сильнее, чем взрослый, реагирует на влияние самых разнообразных факторов. Значительная часть патологических отклонений в состоянии здоровья возникает именно в школьные годы — близорукость, нарушение осанки, заболевания гастродуоденальной системы и др. Именно в этом возрасте создаются предпосылки для развития в дальнейшем атеросклероза, сахарного диабета, гипертонической болезни, неврозов.



Критерии для оценки групп здоровья:

- частота острых заболеваний в год;
- наличие или отсутствие врожденных дефектов и пороков развития, а также хронической патологии и ее обострений;
- функциональное состояние основных систем и органов;
- резистентность и реактивность организма;
- физическое и нервно-психическое развитие.



Предложено 5 групп здоровья: *первая группа* – здоровые дети; *вторая группа* – здоровые, но с наличием риска возникновения патологии и имеющие острые заболевания 1-2 раза в год; *третья, четвертая и пятая группы* – больные дети в состоянии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации хронического патологического процесса.



Среди профилактических мероприятий, которые осуществляются детской поликлиникой, значительное место занимает **противоэпидемическая работа**. Ее основными разделами на педиатрическом участке являются:

- ✓ учет детей, которые подлежат прививкам, планирование этой работы;
- ✓ специфическая иммунизация детей – проведение прививок соответственно рекомендованным срокам;
- ✓ подготовка к прививкам детей, которые часто болеют, при наличии в анамнезе аллергических реакций на введение вакцин;
- ✓ своевременное выявление инфекционных заболеваний, уведомление о них СЭС;
- ✓ изоляция (госпитализация) больных.



Учреждения общественного воспитания детей

Открытого
типа

Полуоткрытого
типа

Закрытого
типа

КРИТЕРИИ

ВОЗРАСТ

Ясли
Ясли-сад
Детсад
Школа

Состояние здоровья

Детские санатории
Специальные школы

Социальные состояние
семьи

Дом грудного
ребенка
Детский дом
Школа-интернат

Основной задачей детской больницы (отделения) является предоставление высококвалифицированной и специализированной помощи в достаточном объеме. В ее структуру входят различные подразделения:

- ✓ отделение приема и выписки больных
- ✓ клинические отделения
- ✓ изоляционно-диагностическое отделение
- ✓ вспомогательные отделения и службы
- ✓ административно-хозяйственные службы.



Нормативы обслуживания детей в стационаре от 10-ти в ОПН до 20 -30-ти в педиатрических отделениях на одного врача-ординатора в зависимости от профиля отделения. В отделениях от 30 до 60 коек предусмотрена должность заведующего отделением, причем, если коек меньше 60, заведующий ведет еще 10 больных.



Медицинское обслуживание детей, которые проживают в сельской местности, осуществляется на общих принципах. Организационно-методическое обеспечение этой работы осуществляет районный педиатр. Медицинское наблюдение детей младшего возраста в сельской местности осуществляет акушерка, старшего – фельдшер.



Спасибо за внимание!

