

УДК 618.177-089.888.11

Современные медико-социальные аспекты охраны материнства и детства в Украине

Б.П. Калиберденко, Л.П. Колбасина, М.В. Колбасина

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: этапность, родильный дом, стационар, женская консультация

Охрана материнства и детства в нашей стране стала одним из стратегических направлений государственной социальной политики. Благодаря последовательным мероприятиям, проводимым как на государственном, так и региональном уровнях, удалось добиться улучшения основных показателей деятельности этой службы [2].

Организационная и практическая работа органов управления и учреждений здравоохранения в области охраны материнства и детства направлена на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи женщинам и детям, снижение материнской, детской и младенческой заболеваемости и смертности, уменьшение детской инвалидности [4].

Ответственность за оказание первичной медико-санитарной помощи на селе будет постепенно перенесена на врача общей практики. В связи с этим необходимо подчеркнуть, что особое место при проведении любой реформы или реструктуризации в здравоохранении должны занимать учреждения охраны здоровья матери и ребенка, оказывающие медицинскую помощь наиболее незащищенной и социально уязвимой части населения. Именно

в этой службе должны быть реальные гарантии как доступности медицинской помощи всем слоям населения, так и возможности обеспечения качества медицинских услуг. Проблемой остается неравномерное и недостаточное финансирование медицинской помощи детям и матерям, для улучшения ситуации рекомендуется органам исполнительной власти выделять для целей охраны материнства и детства не менее 30% консолидированного бюджета здравоохранения [5].

Акушерско-гинекологическая помощь оказывается женщинам в специальных учреждениях амбулаторного и стационарного типа. Основными учреждениями этого типа являются в городах: родильный дом с женской консультацией; родильное и гинекологическое отделение общих больниц; акушерско-гинекологические клиники медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей; научно-исследовательские институты акушерства и гинекологии; женские консультации или гинекологические кабинеты, входящие в состав поликлиник и медико-санитарных частей. Руководство этими учреждениями осуществляет главный врач.

Родильный дом является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим квалифицированную стационарную помощь, а при наличии в своем составе женской консультации - амбулаторно-поликлиническую помощь населению на основе достижений современной медицинской науки и практики [1].

Основными задачами родильного дома являются оказание специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, и в послеродовом периоде (стационарной и клинической), а также обеспечение надлежащего наблюдения, ухода и квалифицированной помощи новорожденным в период пребывания в родильном доме. Кроме того, в задачи входит оказание специализированной медицинской помощи гинекологическим больным и анализ причин акушерских и экстрагенитальных осложнений у беременных женщин, больных гинекологическими заболеваниями, а также разработка и проведение оздоровительных мероприятий, направленных на снижение и ликвидацию наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Повышение квалификации врачебного, среднего и младшего медицинского персонала. В настоящее время предусмотрено семь категорий родильных домов, в зависимости от количества коек в них (20, 40, 60, 80, 100, 120, 150), но в крупных городах имеются родильные дома по типовым проектам на 230 коек [3].

Основная роль в оказании поликлинической акушерско-гинекологической помощи принадлежит женской консультации. Женская консультация является лечебно-профилактическим учреждением диспансерного типа. Основные задачи женской консультации - оказание лечебной и профилактической помощи женщинам в период беременности и после родов, снижение материнской смертно-

Табл. 1

Этапы оказания медпомощи женщинам (акушерско-гинекологическая) и детям (лечебно-профилактическая)

Наименование этапа	Этапные мероприятия
1 -ый этап	Подготовка женщин к материнству. Медпомощь будущим матерям
2 -ой этап	Комплекс мероприятий по антенатальной охране плода, проводимые роддомами, ЛПУ и санаториями
3 -ий этап	Интранатальная охрана плода: специализированная медпомощь в роддомах или в ЛПУ
4 -ый этап	Лечебная помощь новорожденным в отделениях новорожденных роддомов и в отделениях новорожденных детских больниц
5 -ый этап	Охрана здоровья детей дошкольного возраста, профилактические мероприятия
6 -ой этап	Охрана здоровья детей школьного возраста

сти и перинатальной смертности, снижение невынашиваемости беременности, а также оказание лечебной помощи при гинекологических заболеваниях и подготовке беременных к родам (Табл. 1).

Женские консультации осуществляют свою работу по территориально-участковому принципу.

Один акушерско-гинекологический участок включает приблизительно 2 территориальных терапевтических участка (4000-4500 женщин всех возрастов, в том числе 3000-3500 старше 15 лет), на одном акушерском участке работает один врач акушер-гинеколог и одна акушерка, которая обслуживает от 7000 до 8000 беременных и гинекологических больных в год [1,3].

Участковый принцип позволяет акушеру-гинекологу осуществлять постоянную связь с участковым терапевтом, терапевтом женской консультации и другими специалистами. Это способствует своевременному выявлению беременных женщин и решению вопросов о возможности сохранения беременности у женщин, страдающих экстрагенитальными или другими заболеваниями.

Врач акушер-гинеколог медсанчасти предприятия работает по установленному для всех врачей цеховому принципу, обслуживая от 1500 до 2000 женщин. Врач и акушерка должны иметь точный список проживающих и работающих женщин старше 15 лет на своем участке [6].

Наиболее целесообразной системой работы врачей акушеров-гинекологов, является система чередования, при которой врач женской консультации через 1,5-2 года работает по 3-4 месяца в стационаре.

Кроме того, врачи женской консультации 2 раза в месяц дежурят в стационаре объединенного родильного дома. Обычно врач акушер-гинеколог самостоятельно планирует свою работу, чередуя приемы в утренние и вечерние часы.

При первом обращении беременной в женскую консультацию на нее заводят индивидуальную карту беременной и роженицы (учетная форма № 111/У), куда заносят паспортные данные, данные общего анамнеза, данные общего осмотра женщины. При нормальном течении беременности женщина посещает консультацию 1 раз в месяц в первую половину беременности, 2 раза во вторую и после 32 недель - 3-4 раза в месяц. В среднем, беременная должна посетить консультацию 14-16 раз.

Таким образом, антенатальная охрана плода (38,61%) является одной из наиболее важных задач в деятельности женской консультации. В женской консультации формируется так называемая "Школа матери" (с 16 недель

беременности), а начиная с 34-35 недель беременности, проводят с беременными занятия по психопрофилактической подготовке к родам. Всего отводится 5-6 занятий на специальную программу. Для

осуществления преемственного наблюдения за беременной в женской консультации и родильном доме выдают каждой беременной Обменную карту родильного дома, родильного отделения, (учетная форма № 113 (У)). Эту карту беременная передает врачу при поступлении в стационар роддома. В консультации должны уделять особое внимание беременным с патологией, так называемым группам риска, которая определяет повышенный риск перинатальной смертности новорожденных 2/3 детей из числа умерших в перинатальный период. Здесь должно иметь место интенсивное наблюдение в период беременности, и на 36 неделе необходимо решать вопрос о сроках родоразрешения.

Важным моментом в ведении беременной женщины является своевременно определенный дородовый отпуск. Ошибки выдачи составляют в среднем 11,7% к числу женщин, получивших дородовый отпуск, 6,1% ранее установленного срока, и 5,6% позже установленного срока.

Позднее обращение беременных в женскую консультацию не позволяет врачу своевременно выявить возможную патологию в течение беременности, и правильно определить срок дородового отпуска. С целью обследования жилищно-бытовых условий беременных осуществляется патронаж беременных. Первый патронаж осуществляется через 2 недели после того, как консультация взяла на учет беременную женщину.

В послеродовом периоде женщины нуждаются в тщательном наблюдении медработников. Женщина должна посетить врача акушера-гинеколога не позднее 2-3 недели после родов, повторно при нормальном протекании послеродового периода через 4-5 недель, т.е. перед концом декретного отпуска. Родильницы, не посетившие врача после родов, подлежат патронажу на дому.

В стационаре имеются: журнал приема беременных и рожениц (учетная форма № 002 (У)) и история родов (учетная форма № 096 (У)) По существующему положению и нормативам на акушерские койки приходится 60% и на - гинекологические - 40% всего коечного фонда родо-вспомогательных учреждений.

Планировка помещений родильного дома должна обеспечивать полную изоляцию здоровых женщин, поступивших для родовспоможения, т.е. первое, второе акушерское и гинекологическое отделение должны быть разобщены.

Неосложненные роды при головном предлежании ведутся акушеркой, все остальные роды должны проводиться врачами. Первый туалет новорожденного проводится непосредственно в родзале. Через 2-2,5 часа роженица переводится в послеродовое отделение, новорожденный в палату новорожденных. Кровати матери и ребенка имеют один и тот же номер.

В отделении патологии беременности

госпитализируются беременные с экстрагенитальными заболеваниями и т.д. здесь желательно иметь небольшие палаты и распределять беременных по профилю патологии.

Отделение новорожденных: число коек должно соответствовать койкам в акушерском отделении. В этом отделении, более чем в любом другом должны соблюдаться санитарно-гигиенический режим в отделении должны быть и боксирование палаты для недоношенных детей. Ежедневные данные наблюдения за ребенком вносят в историю развития ребенка (форма № 112/Ф).

Акушерско-гинекологическая помощь, ее развитие в последние годы значительно улучшили показатели и уровень медицинской помощи на Украине.

Во многих городах 20-30% всего коечного фонда стационаров составляют специализированные койки. В последние годы также созданы специализированные отделения для женщин с экстрагенитальными патологиями и для женщин с определенными видами акушерских осложнений.

В последние годы расширяется объем научных исследований, необходимых практическому здравоохранению, в том числе и по лечению бесплодия, создаются центры охраны материнства и детства, укомплектованные отечественной и зарубежной аппаратурой, разрабатываются иммунологические взаимоотношения организмов матери и плода, методы эффективной и безопасной контрацепции.

Особенностью обслуживания детей в возрасте до 3-х лет определяется активным патронажем. Сведения о беременных поступают в детскую поликлинику с 6-7 месяца беременности. Патронаж осуществляет медсестра, которая знакомится с бытовыми условиями беременной, разъясняет ей значение правильного режима и питания, необходимого для развития плода, дает рекомендации по уходу за новорожденным. Патронажное наблюдение за новорожденным устанавливается после выписки его из родильного дома. Детскую поликлинику информируют письменным сообщением накануне выписки ребенка из стационара родильного дома (отрывной талон обменной карты 113-У).

На 1-м месяце врач посещают ребенка по мере необходимости, медсестра — не менее 2 раз в месяц, при этом, медсестра знакомит мать с графиком работы участкового врача-педиатра и приглашает на прием в поликлинику.

Недоношенных детей врач посещают 2 раза на первом месяце, медсестра - не реже одного раза в неделю. Патронаж детей старше 1 месяца осуществляется при ежемесячных профилактических осмотрах участковым педиатром в поликлинике и контрольных посещениях участковой медсестры по дому.

Рациональное вскармливание является

одним из важных факторов, влияющих на состояние здоровья здоровых детей 1-го года жизни. Врач уделяет особое внимание вскармливанию новорожденных на 2-м - 3-м месяце жизни, к 1-му году жизни ребенка врач проводит полное его обследование: измерение роста, массы тела и т.д., анализирует данные обязательных консультаций специалистов (окулисты, стоматолога, отоларинголога, хирурга, ортопеда, невропатолога), проверяет выполнение прививок. Профилактические осмотры детей в возрасте от 1 года до 3-х лет проводятся педиатром 1 раз в квартал.

Профилактические осмотры детей в возрасте от 1-го года до 3-х лет проводятся педиатром 1 раз в квартал.

Создание постоянного функционирующего стоматологического кабинета в школах, в женских консультациях и детских поликлиниках способствует профилактике стоматологических заболеваний у детей. С 3 до 7 лет организованные дети наблюдаются врачом детских учреждений, неорганизованные осматриваются врачом-педиатром 1 раз в год с заключительным диспансерным обследованием в возрасте 7 лет перед поступлением в школу.

Диспансеризация проводится также среди старших школьников: выделяются дети страдающие хроническими заболеваниями, часто и длительно болеющие

ревматизмом, анемией и др. заболеваниями. При ряде заболеваний (пневмонии, болезнь Боткина, желудочно-кишечные заболевания) сроки диспансеризации ограничены: по истечении этих сроков подвергаются полному обследованию и снимают с диспансерного учета.

В стационаре детской больницы врач-ординатор обслуживает 20 коек - 15 коек. При наличии в отделении 60 коек выделяется должность заведующего отделением, в отделении на 20 коек выделяется врач приемного отделения. Одна медсестра обслуживает 8-10 детей младшего возраста и 15 детей для детей старшего возраста. В каждом отделении имеется старшая медсестра и сестра - хозяйки. Стационарная помощь для детей планируется из расчета 1,2 детской стоматологической койки и 1,4 инфекционной койки на 1000 населения.

Врачи-педиатры в объединенной детской больнице работают по системе чередования.

Итак, регулирование рождаемости - одна из важнейших социально-гигиенических проблем, требующих изменения форм и методов работы медицинских учреждений по охране материнства и детства. Решение проблем охраны и укрепления здоровья семьи в значительной степени связано с вопросом организации медико-социальной помощи семье, которая

в Украине реализуется поэтапно. В целях реализации стратегии «Здоровье для всех в XXI-м веке» ВОЗ рекомендовано странам-участницам этой международной организации, в том числе и Украине, придать надлежащий приоритет, прежде всего, медико-социальным потребностям подрастающего поколения, усилить меры профилактики, роль первичной медико-санитарной помощи. Исследования последних лет свидетельствуют о декларативности целого ряда призывов в области охраны здоровья детей.

Литература

1. Бутман В.И. и др. Раннее социальное сиротство: Учебно-метод. пособие. М., 2004. С.47.
2. Бутман В. И., Варга А.Я., Хамитова П.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психол. журн. 2000. Т. 21. № 2. С. 79-87.
3. Бутман В.И. и соавт. Девиантное материнское поведение // Моск. психотерапевт. журн. 2006. № 4. С. 81-98.
4. Малышева З.В., Тютюнник П.Ф., Алексеева Н.А. Медико-экологические аспекты охраны репродуктивного здоровья женщин. // Журнал акушерства и женских болезней. 2000. 3. С.2022.
5. Сивочалова О.В., Денисов Э.П., Родионова Г.К. От гигиены труда женщины к охране репродуктивного здоровья работающих. Принципы и перспективы. // Мед. труда. 2008. 7. С.1922.
6. Тарасова А.А., Сорокина Н.С., Лагутина Г.Н. Факторы производственной среды и патология репродукции. // Там же. 2008. 3. С.1315.

Сучасні медико-соціальні аспекти охорони материнства і дитинства в Україні

В.П. Каліберденко, Л.П. Колбасіна, М.В. Колбасіна

Регулювання народжуваності - одна з важливих соціально-гігієнічних проблем, що вимагають зміни форм і методів роботи медичних установ по охороні материнства і дитинства. Вирішення проблем охорони і зміцнення здоров'я сім'ї в значній мірі пов'язане з питанням організації медико-соціальної допомоги сім'ї, яка в Україні реалізується поетапно, починаючи від жіночої консультації, і закінчуючи післяродовим патронажем.

Ключові слова: етапність, пологовий будинок, стаціонар, жіноча консультація.

The modern medical and social aspects of guard of maternity and childhood in Ukraine

B.P. Kaliberdenko, L.P. Kolbasina, M.V. Kolbasina

Birth control is the one of major medical and social problems, requiring the change of forms and methods of work of medical establishments on the guard of maternity and childhood. Decision of problems of guard and strengthening of health of family is largely related to the question of organization of medical and social help to family which in Ukraine will be realized stage-by-stage, beginning from womanish consultation, and concluding the patronage.

Keywords: stage, maternity hospital, permanent establishment, womanish consultation.